HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avis du groupe de lecture

Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Expert	Date de validation
Expert 1	31/07/2021
Expert 2	23/08/2021
Expert 3	19/08/2021
Expert 4	16/08/2021
Expert 5	11/08/2021
Expert 6	20/07/2021
Expert 7	26/07/2021
Expert 8	14/07/2021
Expert 9	28/07/2021
Expert 10	30/07/2021
Expert 11	14/07/2021
Expert 12	18/07/2021
Expert 13	21/08/2021
Expert 14	12/08/2021
Expert 15	13/08/2021
Expert 16	19/07/2021
Expert 17	01/07/2021
Expert 18	26/07/2021
Expert 19	28/07/2021
Expert 20	23/08/2021
Expert 21	23/08/2021
Expert 22	07/07/2021
Expert 23	04/07/2021
Expert 24	20/07/2021
Expert 25	10/08/2021
Expert 26	19/07/2021
Expert 27	21/07/2021
Expert 28	19/07/2021
Expert 29	13/07/2021
Expert 30	18/08/2021
Expert 31	08/07/2021
Expert 32	01/07/2021

Expert 33	09/07/2021
Expert 34	27/07/2021
Expert 35	28/07/2021
Expert 36	19/07/2021
Expert 37	23/08/2021
Expert 38	06/08/2021
Expert 39	12/07/2021
Expert 40	27/07/2021
Expert 41	28/06/2021
Expert 42	16/08/2021
Expert 43	05/08/2021
Expert 44	13/08/2021
Expert 45	15/07/2021
Expert 46	23/08/2021
Expert 47	23/08/2021
Expert 48	27/07/2021
Expert 49	12/08/2021

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Préambule destiné aux membres du Groupe de lecture

Nous vous avons proposé de participer au **Groupe de lecture** de la Recommandation de Bonne Pratique sur le thème **« Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses »** et vous invitons à lire le texte des recommandations et l'argumentaire joints avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. Il vous sera demandé de vous prononcer sur les recommandations proposées.

Si vous l'acceptez, votre mission consiste :
- à lire les documents joints,
- à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte),
- à donner un avis sur l'applicabilité, l'acceptabilité et la lisibilité du texte des recommandations en cotant chaque proposition de recommandations à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé.

- La **valeur « 1 »** signifie que la proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en **désaccord total** avec la proposition,
- La **valeur « 9 »** signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes **totalement d'accord** avec la proposition,
- Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 » traduisent les situations intermédiaires possibles,
- La valeur « 5 » correspond à votre indécision.

Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »).

Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées. Celles-ci pourront être modifiées par rapport à celles que nous vous transmettons. De ce fait, nous vous remercions de **respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents.** Vous recevrez la version définitive des documents une fois celle-ci validée par le collège de la HAS.

La date limite de réponse à ce questionnaire est fixée au **28 juillet 2021**, mais un délai supplémentaire pourra être accordé si nécessaire, notamment en raison de la période de congés.

Nous vous remercions de votre collaboration à ce projet et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique.

Vos contacts :
Emmanuel NOUYRIGAT, chef de projet (e.nouyrigat@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 73 53)
Jessica LAYOUNI, assistante (j.layouni@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 71 67)

Préambule

Contexte d'élaboration de la recommandation
La HAS a été saisie sur le thème de la « prévention et de la prise en charge des surdoses aux opioïdes » par plusieurs demandeurs et sous différentes formes.

Tout d'abord dans le cadre d'une feuille de route intitulée « Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes. Feuille de route 2019-2022 » {Ministère des solidarités et de la santé, 2019 #285}, rédigée par le bureau de la prévention des addictions de la Direction Générale de la Santé (DGS), différentes actions ont été proposées, notamment celle d'améliorer les pratiques professionnelles en disposant de recommandations élaborées par la HAS, notamment sur les actions suivantes :

- Elaborer des recommandations sur la prévention et la prise en charge des surdoses d'opioïdes : bon usage des opioïdes antalgiques. Recommandations sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes présentant une dépendance aux opioïdes (dont opioïdes antalgiques) en intégrant les nouvelles formes pharmaceutiques disponibles. Fiche sur le bon usage des médicaments à base de naloxone indiqués dans le traitement des surdoses d'opioïdes ;
- Elaborer des recommandations sur la prise en charge de la douleur chez les personnes dépendantes aux opioïdes dont les personnes traitées par un médicament de substitution aux opioïdes (MSO).

Parallèlement la Fédération française des addictions (FFA) a sollicité la HAS afin d'obtenir une aide méthodologique quant à l'organisation d'une audition publique relative aux opioïdes, dont les troubles de leur usage et les MSO.
Enfin, l'association auto-support des usagers de drogues (ASUD), a déposé une saisine auprès de la HAS concernant l'élaboration de recommandations sur les procédures validées de sorties de traitement de substitution.

Les opioïdes peuvent être des substances illicites (héroïne, nouveaux opioïdes de synthèse, etc) ou des médicaments. Les deux indications majeures des opioïdes « forts », dont la morphine est le produit de référence, sont le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres antalgiques de niveau plus faible et les médicaments de substitution aux opioïdes (buprénorphine et méthadone). Pour les opioïdes « faibles » (tramadol, codéine, etc.), les indications sont le traitement des douleurs d'intensité modérée à sévère, voire légère à modérée {Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2019 #2}.

Le recours aux médicaments opioïdes a grandement contribué à l'amélioration de la prise en charge de la douleur, qui constitue une priorité de santé publique en France, avec notamment la mise en place depuis 1998 de plans d'action successifs de lutte contre la douleur. Or par leur risque élevé de trouble de l'usage (abus, addiction avec dépendance physique et syndrome de sevrage à l'arrêt), qui peut durer des années ou toute une vie, ces médicaments font l'objet de mésusages associés à un recours aux soins (consultations, hospitalisations) et des dommages sanitaires importants tels que des surdoses entrainant une dépression respiratoire, un coma voire un décès.

L'enjeu consiste à sécuriser au mieux l'usage des opioïdes sans en restreindre l'accès aux patients douloureux et dépendants qui en ont vraiment besoin, notamment dans un contexte de vieillissement de la

population.

Il s'agit donc non seulement de ne prescrire que si nécessaire (après traitement non médicamenteux, échec des antalgiques non opioïdes), de prescrire en respectant les indications et/ou recommandations et les posologies (usage inapproprié des opioïdes dans certaines douleurs), en accompagnant la prescription et la dispensation des médicaments opioïdes de conseils de bon usage, mais également de mieux adapter les traitements, mieux repérer les personnes à risque / les dérives, de savoir aussi dé-prescrire en cas d'inefficacité ou d'effets indésirables et d'anticiper avec le patient l'arrêt du traitement.

Au-delà des problématiques d'accès aux médicaments de substitution aux opioïdes en France (démographie médicale, disparité régionale, des médecins et des pharmacies, stigmatisation…), il est nécessaire de renforcer le soutien et la formation des professionnels, notamment les acteurs de premier recours, et de les sensibiliser à une intervention précoce sur les situations à risque et à l'intérêt d'une meilleure coordination entre tous les professionnels concernés.

Les compétences et connaissances des patients et leur entourage, notamment en matière de gestion du traitement, des interactions médicamenteuses, de reconnaissance des signes de surdose et de conduite à tenir en cas de surdose, sont à renforcer. Une large mise à disposition effective de naloxone « prête à l'emploi » (en dehors des services de santé) est essentielle.

Objectif de la recommandation de la recommandation

Afin de diminuer les cas de surdoses et de dépendance aux opioïdes, les objectifs de cette recommandation sont :

- de porter une réflexion globale sur les opioïdes antalgiques ;
- de promouvoir le bon usage des opioïdes antalgiques dans la douleur aiguë et chronique, liée au cancer ou non, chez les patients de plus de 15 ans ;
- d aborder la prévention et la prise en charge du trouble de l usage et des surdoses de ces différents opioïdes.

Populations concernées

Ces recommandations concernent les patients âgés de plus de 15 ans, traités par opioïdes antalgiques pour une douleur aiguë ou chronique, liée à un cancer ou non, ou les patients âgés de plus de 15 ans traités pas un médicament de la pharmacodépendance aux opioïdes et ceux présentant un usage problématique (dont une dépendance) aux différents opioïdes prescrits et illicites.

Professionnels concernés

Ces recommandations s adressent à tous les professionnels amenés à prendre en charge des personnes traitées par médicaments opioïdes, et/ou présentant un trouble de l usage d opioïdes.

1. Principes généraux d utilisation des médicaments opioïdes

1.1. Introduction

La classe pharmacologique des opioïdes regroupe toutes les substances qui présentent une affinité pour les récepteurs endogènes du même nom. Ces substances se distinguent entre elles notamment par leurs indications thérapeutiques, leur inscription sur la liste des substances vénéneuses de liste I ou celle des stupéfiants et leurs caractéristiques pharmacologiques.

Le tramadol, la poudre d opium, la codéine, la nalbuphine et la dihydrocodéine sont inscrits « sur liste I » des substances vénéneuses. À ce titre, elles sont délivrées uniquement sur prescription médicale, non renouvelable sauf mention contraire. Dans l indication antalgique, elles sont catégorisées comme des opioïdes de « palier 2 » (opioïdes dits « faibles ») selon la classification de l Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1987 pour la prise en charge de la douleur liée au cancer, permettant plus largement le traitement de certaines douleurs aiguës ou chroniques d intensité modérée à sévère, non soulagées par la prise de paracétamol ou d un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) tel que l ibuprofène, auquel elles sont fréquemment associées.

Les médicaments opioïdes classés stupéfiants (et assimilés) sont disponibles exclusivement sur prescription médicale réalisée sur ordonnance sécurisée, dans le cadre de deux catégories d indications : antalgique et substitution aux opioïdes. L encadrement légal de leur délivrance est plus strict que pour les médicaments « sur liste I » ; leur prescription est limitée à 4 semaines et n est pas renouvelable. Ces médicaments sont indiqués pour la prise en charge de douleurs sévères ou résistantes aux antalgiques de palier inférieur, et en particulier celles liées au cancer. À ce titre, ils sont qualifiés d opioïdes de « palier 3 » (opioïdes dits « forts ») selon l OMS, en rapport avec leur puissance pharmacologique supérieure aux molécules de palier inférieur. La plupart -morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone, tapentadol- n ont qu une indication antalgique, tandis que la buprénorphine et la méthadone possèdent en plus une indication dans le traitement de la pharmacodépendance aux opioïdes et sont alors appelés « médicaments de substitution aux opioïdes » (MSO).

1.2. Indications, instauration, suivi et arrêt d un traitement opioïde

1.2.1. Indications

1.2.1.1. Antalgie

1

Le soulagement de la douleur est un objectif thérapeutique essentiel. Le traitement de la douleur, quelle que soit son intensité, doit s appuyer sur une approche multimodale : médicamenteuse et non médicamenteuse.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.98

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	1	48	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	L'approche multimodale concerne tous les types de douleur
Expert 4	Les dernières recommandations vont dans ce sens quel que soit le type de douleur.
Expert 7	La question ne devrait même pas être posée.
Expert 13	Oui mais les recommandations ne rappellent pas les modalités de l'approche multimodale qui sont insuffisamment connues et/ou utilisées par les praticiens. Cf commentaires dans le document PDF attaché à la question 194.
Expert 30	Pas de commentaire

2

Les médicaments antalgiques opioïdes sont souvent recommandés en première intention pour le

traitement des douleurs aiguës et sévères (échelle numérique > 6/10).

Les médicaments antalgiques opioïdes sont indiqués dans la douleur liée au cancer et peuvent être envisagés dans certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d arthrose, voire neuropathiques.

Cependant, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés même en cas de douleurs aiguës et sévères, en première intention, dans les situations cliniques suivantes, en raison de leur rapport bénéfice / risque défavorable : migraine, douleurs dentaires, lombalgie aiguë, traumatismes simples du rachis et contractures musculaires, traumatismes distaux des membres (entorses, ou blessures mineures sans signes de lésions tissulaires), coliques néphrétiques, douleurs dysfonctionnelles abdomino-pelviennes chroniques.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 8
Moyenne : 7.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	2	1	5	4	6	9	19	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	10.20	87.76	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.42	89.58

Expert	Commentaires
Expert 1	La définition de la douleur aiguë sévère peut varier selon les sources avec un seuil à 6 ou 7 /10
Expert 4	Attention, il y a des contradictions dans la 2ème phrase par rapport au document : difficile de dire que les opioïdes peuvent être envisagés dans certaines douleurs chroniques comme l'arthrose : il faut peut-être nuancer le propos : envisageables dans certaines situations mais non clairement recommandés à ce jour. Sur les lombalgies et lomboradiculalgie chroniques : même nécessité d'une nuance plus claire.
Expert 12	"Les médicaments antalgiques opioïdes sont souvent recommandés en première intention pour le traitement des douleurs aiguës et sévères (échelle numérique > 6/10)." Formulation trop générale/floue - "opioïdes " : lesquels ? paliers 2 + paliers 3 ou simplement palier 3 dans cette recommandation ? - "sont souvent recommandés" : Le groupe de travail se positionne t'il : en première intention ? en option possible dès la 1° première intention ? en échec des autres traitements ? "Cependant, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés" : même remarque sur les opioïdes concernés
Expert 16	Cette phrase peut porter à confusion "peuvent être envisagés dans certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques." Surtout que dans l'argumentaire il est noté par exemple : "Les plus récentes recommandations internationales de prise en charge de l'arthrose se sont positionnées contre l'utilisation d'opioïdes dans la prise en charge de la douleur arthrosique" Il faut donc je pense revoir cette formulation. Mettre peut-être " les données actuelles de la science ne permettent pas de recommander les antalgiques opioïdes dans certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques"
Expert 17	Le dernier paragraphe associe des situations trop différentes avec des douleurs chroniques non cancéreuses où je partage la mise en garde "migraine, dysfonctionnelles abdomino-pelviennes chronique" et des situations aiguës ou les opioïdes peuvent avoir une place en traitement court "douleurs dentaires, lombalgie aiguë, traumatismes distaux des membres (entorses, ou blessures mineures sans signes de lésions tissulaires), coliques néphrétiques"
Expert 19	L'argumentaire porte notamment sur une revue de la littérature de Sin 2019. J'aimerais porter l'attention sur le fait que ce travail est 1 - publié dans une revue de qualité moyenne (SIGAPS D) 2- les travaux en référence utilisent pour la plupart des doses uniques d'opioïdes alors que l'intérêt de ces molécules c'est justement la titration. Ceci laisse une interrogation sur l'évaluation de la qualité de l'analgésie et sa comparaison avec

	d'autres molécules. Il faudrait donc relativiser l'importance des résultats de ce travail ou au moins mettre un commentaire qualitatif. Autre exemple avec le travail de Zanjir *et al.* qui disent eux-mêmes que les niveaux de preuves retrouvés dans les études sont très faibles à modérées. Il faudrait préciser ce point dans le tableau synthétique.
Expert 20	Il y a certaines douleurs aiguës et sévères qui exigent l'emploi en première intention de médicaments antalgiques opioïdes sans prendre en compte l'origine de la douleur mais simplement l'intensité de celle-ci surtout si elle est qualifiée d'insupportable par la personne concernée. Or, ce dernier ressenti varie beaucoup d'un individu à l'autre et si l'on ajoute qu'il est beaucoup plus difficile d'éradiquer une douleur lorsqu'elle est installée, il ne faut donc pas écarter d'emblée la possibilité en fonction des situations et des personnes, d'utiliser des médicaments antalgiques opioïdes en première intention.
Expert 21	coliques néphrétiques ?
Expert 22	Je suis d'accord sur tout sauf les coliques néphrétiques qui en aigu peuvent justifier un opioïde
Expert 24	Peut être faut-il préciser : "en raison de leur rapport bénéfice / risque défavorable" par rapport aux alternatives type palier 1 en prescription courte Cf recommandation HAS MARS 2019 LOMBALGIE AIGUE Cf avis d'expert société française Urologie https://www.urofrance.org/base-bibliographique/prise-en-charge-des-coliques-nephretiques-aigues
Expert 25	Tout dépend de l'intensité de la douleur ressentie par le patient et selon le handicap que cela lui procure. Une évaluation du bénéfice risque est nécessaire
Expert 28	Pas clair, confus. Suggestions : Les médicaments antalgiques opioïdes sont souvent recommandés en première intention pour le traitement des douleurs NOCICEPTIVES aiguës et sévères (échelle numérique > 6/10). Les médicaments antalgiques opioïdes, faibles ou forts, sont indiqués dans la douleur liée au cancer en première intention, quelle que soit la nature de la douleur (ESMO PJ ; OMS PJ). Ils peuvent être envisagés dans certaines douleurs chroniques de lombalgie/lomboradiculalgie, d'arthrose, voire neuropathiques (en seconde intention pour le tramadol et en troisième intention pour les opioïdes forts). (SFETD 2020 PJ)
Expert 30	D'accord en grande parti, hormis pour les traumatismes distaux des membres. Il faut à mon sens faire un focus sur ces indications en raison du risque élevé de douleur chronique par syndrome neuro-aldystrophique dans le cas d'une immobilisation consécutive à ce type de traumatisme associée à une douleur mal soulagée par les antalgiques (Intense pain soon after wrist fracture strongly predicts who will develop complex regional pain syndrome: prospective cohort

	study. J Pain. 2014 Jan;15(1):16-23). Dans ce type de situation, en termes de bénéfice-risque, il est probablement intéressant de prescrire rapidement en 2ème intention des opioïdes forts sur une durée brève de quelques jours dans le but de prévenir l'apparition d'un syndrome neuro-algodystrophique. Ceci mérite d'être souligné. Cette association immobilisation - douleur aiguë sévère initialement mal calmée est aussi très fréquemment retrouvée en pratique clinique pour les patients suivis pour une algodystrophie post-chirurgicale.
Expert 32	Quand la douleur est aigue et sévère, quelle qu'en soit la cause, que veut dire « par recommandés, en première intention » ? Je pense qu'il faudrait préciser les alternatives de première intention et définir la deuxième intention. Attend-on des minutes, ou des heures de constater l'inefficacité des médicaments de première intention. Quels sont les critères ? nb= Mais c'est précisé à la question 25. J'ai peur que ces recommandations ne soient comprises en pratique comme "pas d'opioïdes dans ces cas". Je renvoie à ma demande générale sur ces "pas recommandés" (fin du formulaire). Par exemple rajouter (Leur usage est toutefois toléré dans des circonstances exceptionnelles, qui devront faire l'objet d'un argumentaire détaillé dans le dossier médical).
Expert 33	Pour les douleurs chroniques non cancéreuse, il faut préciser que ce n'est pas en première intention. Ok pour le reste
Expert 38	Les échelles d'auto-évaluation de la douleur (EVA/EN) mettent en évidence la subjectivité du ressenti de la douleur. Ils ne correspondent pas à une mesure objective du niveau de douleur sur laquelle on peut baser un protocole de traitement. Ce sont des outils de dépistage et de suivi de la douleur.
Expert 48	Première ligne : le mot "utilisés" serait plus juste que "recommandés", et il serait utile de mentionner après "douleurs sévères" en "association aux médicaments de palier 1 et d'une prise en charge multimodale" Deuxième ligne : après "envisagés dans certaines douleurs chroniques de lombalgie ..." il serait utile de préciser la durée (sur une durée la plus courte possible)
Expert 49	Entièrement en accord avec les pathologies cancéreuses ; pas trop en accord pour les douleurs chroniques

3

Quel que soit le médicament antalgique opioïde, sa puissance est corrélée à la dose prescrite. Le raisonnement par palier d antalgique opioïde n est donc pas une règle intangible.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.61

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	7	1	4	7	24	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.12	87.76	6.12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.52	93.48

Expert	Commentaires
Expert 1	Il existe un effet plafond avec certains opioïdes agonistes antagonistes donc ce principe n'est pas toujours exact
Expert 6	Je trouve cette phrase peu compréhensible .... Est-ce que cela remet en cause la classique distinction "opioïdes faibles/opioïdes forts", en disant que ce qui compte c'est la dose ? ou est-ce que cela veut dire qu'il existe un risque équivalent ente toutes les molécules opioïdes ? Je ne comprends pas le fond. S'il s'agit de dire que le risque addictogène peut être aussi important pour un opioïde faibles que pour un opioïde fort, je suis d'accord, mais ce n'est pas clair.
Expert 12	Pour ma réponse j'ai supposé que la formulation correspond au fait que des molécules classées au palier 3 mais utilisées à faible posologie peut s'assimiler à une stratégie antalgique de palier 2.

	Mais la formulation de la recommandation me semble trop implicite pour des non experts du sujet.
Expert 13	Il y a d'autres paramètres à considérer : - la pharmacocinétique, la voie d'administration - la pharmacodynamie : agonisme partiel ou plein, autres mécanismes associés que opioïdes (exemple tramadol, méthadone)
Expert 14	Le raisonnement par palier n'est pas remis en question par le mécanisme d'action des opioïdes. Par ailleurs, certains opioïdes sont des agonistes partiels. Je ne comprends pas le sens d'intangible ici.
Expert 17	Les paliers 2 (codéine, tramadol) ont une puissance antalgique qui plafonne et une augmentation de dose ne permet pas de contourner ce problème. La titration de doses d'opioïdes de palier 3 (morphine, oxycodone) permet de fait de développer une action antalgique forte ce qui n'est pas accessible aux paliers 2 qui d'ailleurs ne sont pas utilisé en titration intraveineuse en douleur aiguë sévère
Expert 18	La formulation n'est pas claire, d'autant plus qu'il est mentionné au chapitre 1.2.2.1. "un traitement opioïde est instauré par titration, qu'il soit a visée antalgique ou substitutive..."
Expert 19	Je ne comprends pas le rapport entre l'efficacité des opioïdes en fonction de la dose et "le raisonnement par palier d'antalgique ..." le défaut des paliers à mon sens est lié au fait que des antalgiques classés "palier 1" comme les AINS sont efficaces sur les douleurs sévères (ex colique néphrétique). Pour moi ce n'est donc pas clair
Expert 20	Effectivement, car selon les cas, il est parfois nécessaire d'utiliser un médicament antalgique opioïde de niveau plus élevé mais avec une dose plus faible afin d'éviter l'emploi d'un autre d'une gamme plus basse mais avec des doses plus élevées pouvant entrainer un phénomène d'allergie voir même par son simple emploi (ex. allergie au tramadol mais pas à la morphine.)
Expert 22	C'est difficile de généraliser il y a des variabilités inter et intra individuelles
Expert 24	Le raisonnement par palier d antalgique opioïde A VISEE SYMPTOMATIQUE n'est donc pas une règle intangible et doit s'appuyer sur une démarche de traitement étiologique de la cause de la douleur quand c'est possible. Bandieri E, RomeroM, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, Santini D, Cavanna L,Melotti B, Conte PF, Roila F, Cascinu S, Bruera E, Tognoni G, Luppi M, the Early Strong Opioid Treatment Study Investigators (2016). Randomized trial of low-dose morphinecompared with weak opioids in moderate cancer pain. J Clin Oncol 34(5):436-442
Expert 25	Il faut également prendre en compte les autres composantes comme l'addiction ou le mésusage par ex. Mais en terme pur d'équivalence je suis d'accord
Expert 30	J'avoue que je ne comprends pas bien cette phrase ?
Expert 32	La revue Prescrire dit "il vaut mieux une dose faible d'un antalgique fort qu'une

	dose forte d'un antalgique faible". Mon expérience clinique est en faveur de cette vision (je suis médecin retraité ET modérateur sur psychoactif).
Expert 40	Le propos n'est pas très clair : chaque opioïde a une puissance en équivalent morphine différente.
Expert 43	La formulation de cette question est peu claire. Je comprends que la prescription d'un antalgique opiacé de palier 3 à dose faible peut être aussi efficace et plus sécurisée qu'une prescription à forte dose d'un opiacé de palier 2.
Expert 45	Je ne comprends pas le lien entre les 2 phrases.
Expert 48	La puissance pharmacologique à une définition précise : c'est la dose pour obtenir la moitié de l'effet maximal (DE50 ou CE50); l'utilisation de ce terme ici entraine une confusion Je pense que l'idée ici est de mentionner que l'efficacité dépend de la dose, la dose devant être adaptée à l'intensité de la douleur et à la sensibilité individuelle de chaque patient quel que soit le palier.

1.2.1.2. Pharmacodépendance aux opioïdes

4

Les médicaments de substitution aux opioïdes sont indiqués en cas de pharmacodépendance aux opioïdes, dans le cadre d une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique (cf. chapitre 3.1).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.84

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	4	42	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.96	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Pas toujours possible en pratique, mais c'est l'objectif idéal. On est souvent dans des mesures de réductions des risques et des dommages, en bas seuil.
Expert 13	Oui mais le terme "pharmacodépendance" est ancien et peut prêter à confusion avec la dépendance pharmacologique (ou physique ou physiologique). Cf commentaires dans le document PDF attaché à la question 194.
Expert 20	Leur succès est indéniable dans le rétablissement de ces patients dans le cadre d'une prise en charge globale et individualisée.
Expert 30	La prise en charge multimodale est peut-être pas facile à toujours mettre en place
Expert 43	Certaines situations exigent une réactivité importante dans la prescription d'un TSO, qui ne permet pas d'élaborer un projet thérapeutique parfaitement construit avec évaluation bio-psycho-social. Ces situations sont fréquemment rencontrées dans l'activité d'une ELSA ou la prescription du TSO devient nécessaire pour éviter un syndrome de sevrage brutal qui "inciterait" le patient à demander une sortie contre avis médical ou à fuguer sortir pour trouver "le produit". L'objectif du TSO devient alors la recherche d'un soulagement suffisant permettant au patient de rester hospitalisé pour recevoir les soins nécessaires (Fracture, Décompensation diabète, Plaie traumatique, endocardite, Spondylodiscite...) Bien que la motivation première à la prescription du TSO soit l'organisation des conditions minimales pour permettre les soins, il n'en est pas moins nécessaire de "profiter" de cette occasion pour favoriser l'entrée dans le parcours de soin du patient

1.2.2. Instauration, suivi et arrêt

1.2.1.1. Traitement opioïde antalgique ou substitutif

5

Une fois le diagnostic établi et l évaluation globale réalisée, il est recommandé de définir les objectifs de la prise en charge. Ceux-ci doivent résulter d une décision médicale partagée avec le patient, tenant compte de ses préférences, de sa situation globale, de l évaluation du bénéfice/risque des stratégies thérapeutiques. Ces objectifs sont partagés avec le patient et entre tous les acteurs des soins afin d éviter toute persistance ou inflation inappropriée des prescriptions, dont peut découler un trouble de l usage des opioïdes (TUO) (cf. chapitre 1.2.3.2).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.54

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	6	7	35	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	... mais très utopique.
Expert 8	Nous pouvons être confrontés à des limites liées à la confusion, aux troubles de

	conscience, aux troubles psychiatriques, à la démence, rendant la décision partagée difficile. Mais OK sur le principe général
Expert 12	Ma cotation aurait été différente en fonction de ce qui est sous-entendu par "traitement opioïde antalgique" - 9 : dans les situations de mise en place d'une traitement palier 3 y compris pour une courte durée : 1 ou + semaines - 2 : pour l'utilisation ponctuelle d'opioïdes (même de palier 3) par exemple aux urgences
Expert 17	Bien préciser qu'il s'agit de PEC de douleur chronique ; un tel bilan n'est pas utile pour une prescription d'une douleur aiguë comme la douleur postopératoire
Expert 20	La coopération totale avec le patient est effectivement le gage du succès d'une thérapie de type antalgique ou substitutif.
Expert 30	Dans un monde idéal ... En pratique, le travail multidisciplinaire pas évident à mettre en place.
Expert 35	Partage des objectifs entre tous les acteurs des soins avec l'accord du patient
Expert 40	"Afin d'éviter toute persistance ou inflation inappropriée des prescriptions, dont peut découler un trouble de l'usage des opioïdes (TUO)" : je ne vois pas quel est le message
Expert 43	Cf plus réponse précédente. La prescription du TSO (si elle est "imposée" par la situation) peut représenter une occasion intéressante de médiation vers les soins notamment chez les patients les plus médicalement précaires et particulièrement en cas de co-consommation (Crack+++)
Expert 48	Peut-être préciser la teneur de l'évaluation globale et les objectifs possibles notamment en addictologie

6

Un traitement opioïde est instauré par titration, qu il soit à visée antalgique ou substitutive, pour atteindre respectivement le soulagement de la douleur ou bien la réduction ou l arrêt de la consommation d un opioïde.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	0	1	2	4	7	33	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	95.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.08	95.92

Expert	Commentaires
Expert 3	Le traitement opioïde est "prescrit à la plus petite dose nécessaire" plutôt que "par titration" ? Une titration est souvent utile, mais comme la douleur même aiguë n'est pas constante, le concept de plus petite dose nécessaire (qui implique des augmentations et diminutions) pourrait être plus juste.
Expert 7	Je ne mets pas accord total car la réalisation de la titration peut être difficile à réaliser dans certain service hospitalier, en EHPAD.
Expert 12	En tenant compte de la notion de titration telle qu'elle est décrite dans argumentaire p 121
Expert 17	Il faut différencier la titration orale pour douleur chronique avec recherche d'une dose efficace de la titration intraveineuse pour la douleur aiguë qui est une dose de charge pour une douleur sévère et qui ne présage pas de des doses nécessaires en relais
Expert 20	La titration ne peut être le seul élément à prendre en compte que cela soit pour soulager la douleur ou surtout pour la réduction ou l'arrêt de la consommation d'un opioïde. Même si son utilisation peut se révéler intéressante, il faut bien sûr tenir compte de la situation sociale, professionnelle et personnelle de la personne, en particulier les aspects psychologiques qui jouent un rôle très important aussi bien dans la douleur que dans l'addiction.
Expert 30	Il faut apporter des précisions pour la pratique quotidienne. En général, les prescriptions se font en décrivant une posologie par prises toutes

	les x heures pendant x jours : ce type de libellé permet au pharmacien de délivrer le nombre de comprimés. Cette stratégie peut s'appliquer sans doute à une prescription à visée substitutive. Pour la titration de la douleur par des opioïdes à LI, il est préférable de s'inspirer des "Standards, Options et Recommandations de 2002 de la SFETD sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte" (chapitre 2.4.1.2.2 Initiation du traitement par la morphine à libération immédiate) : La dose de départ recommandée ... est de 10 mg par prise toutes les 4 heures. Mais en cas de douleurs mal soulagées, le malade peut prendre une dose de 10 mg (environ 10 % de la dose journalière) toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4 heures avant d'en référer au médecin ...
Expert 32	Pour les MSO il arrive qu'ils ne permettent pas une réduction de la consommation d'opioïde, dans un premier temps et quelle que soit la dose (parfois pour des raisons "psychologiques"). Il faut donc fixer un plafond au-delà duquel on n'augmente pas systématiquement les doses. Par exemple pour la Méthadone 80 à 100 mg/j dans la première quinzaine. La dose pourra ensuite être ajustée progressivement.
Expert 40	Pour généraliser les titrations, il serait intéressant d'en faire une mission d'un protocole de coopération médecins-pharmaciens. Le temps médical étant rare, la re consultation systématique pour titration n'est pas possible.
Expert 45	Pas toujours par titration s'il s'agit d'une douleur chronique avec passage d'un palier 2 vers un palier 3
Expert 48	"réduction ou l'arrêt de la consommation" : trop réducteur pour un TSO ; la finalité du traitement peut être multiple : à court terme, réduction des symptômes de manque et RDR, à moyen terme prendre en charge l'addiction, à long terme diminuer la mortalité etc.... il y a beaucoup de littérature sur ce sujet "à visée antalgique ou addictolytique" a minima semble plus adaptée
Expert 49	à visée antalgique entièrement d'accord

7

Il est recommandé de réévaluer très régulièrement le traitement en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	4	5	37	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	97.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 2	Très régulièrement en effet d'autant plus à l'instauration. Même s'il est difficile de préconiser un laps de temps, il me semble important qu'à l'instauration la réévaluation des effets puisse être faite au bout d'une semaine et une infirmière formée pourrait le faire.
Expert 4	En fonction des bénéfices mais aussi des risques et des limites.
Expert 6	Il est recommandé de réévaluer très régulièrement le traitement. En fonction des bénéfices rendus au patient, des effets secondaires, de la durée du traitement déjà passée et de tous les autres paramètres cités dans l'argumentaire.
Expert 8	Mêmes réserves que précédemment
Expert 18	Pas uniquement les bénéfices, mais également les éventuels effets secondaires
Expert 20	Plus le suivi sera proche du patient et fait régulièrement, plus les risques de mésusage ainsi que de sous ou de surdosage seront faibles et les bénéfices attendus seront atteints.
Expert 24	Lors de l'initiation d'un traitement par opioïde fort le patient doit être informé qu'en cas de non atteinte des objectifs fixés (par lui-même et son médecin) et /ou le développement d'effets indésirables incompatibles avec la poursuite du

	traitement opioïde au long court, le traitement sera arrêté. Recommandation de Limoges Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte
Expert 28	Insuffisant, suggestion : Il est recommandé de réévaluer très régulièrement le traitement en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient, mais aussi de la tolérance au traitement.
Expert 30	Difficile à mettre en place en postopératoire par manque de dialogue ville-hôpital. Ces difficultés se font de plus en plus ressentir notamment suite au virage ambulatoire et à l'avènement de la chirurgie en mode RAAC (Réhabilitation améliorée après chirurgie). L'organisation du suivi dans ce contexte est peu abordée.
Expert 48	Et de la tolérance (EI)

8

Outre l évaluation clinique du patient préalable visant à choisir le traitement opioïde antalgique adapté, il est recommandé de recourir à des outils validés pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (Opioid risk tool - ORT ; cf. annexe 1) et avant un renouvellement (Prescription opioid misuse index - POMI, version validée en français ; cf. annexe 2). Le but est de prévenir tout trouble de l usage d opioïdes tel que présenté dans le chapitre 3.1.1.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.98

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	4	4	3	9	27	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.04	95.92	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention le score de l'échelle POMI n'est pas renseigné
Expert 9	Oui avant toute prescription d'opioïdes au domicile ou à moyen terme, non en situation aiguë de douleur sévère, notamment en situation d'urgence.
Expert 13	- L'ORT est un outil dont les limites sont désormais reconnues ; notamment il omet certaines addictions dont le tabac, et certaines problématiques psychiatriques qui sont extrêmement fréquentes en pratique (cf. références). - Le POMI détecte le mésusage, ce dernier pouvant être isolé ou faire partie du trouble de l'usage. Il existe une confusion dans les définitions tout au long de la recommandation et de l'argumentaire. - Pour les 2 points, cf. commentaires dans le document PDF attaché à la question 194.
Expert 14	Pas convaincu du besoin d'utiliser systématiquement de tels outils pour détecter le risque de mésusage.
Expert 15	Inciter les praticiens prescripteurs à être plus systématiques dans l'utilisation de ces outils
Expert 17	Là encore le contexte de prescription manque ; valide à mes yeux pour prescription prolongée en douleur chronique pas en douleur aiguë
Expert 20	Oui mais l'utilisation de ces outils ne doit pas prendre le pas sur l'évaluation clinique du patient. Ils constituent une base supplémentaire d'éléments à tenir en compte pour conforter le diagnostic initial.
Expert 25	Il faut également prendre en compte la situation de départ ; ex. : si un patient est déjà injecteur d'héroïne et qui reçoit une prescription de Skenan ou d'Oxycontin et sachant qu'il va l'injecter est ce que le bénéfice qu'il va y trouver en qualité de vie doit être oublié sachant qu'il va l'utiliser de manière non conforme ? Il faut à ce moment aussi mettre l'accent sur une politique de réduction des risques avec des outils de filtration adaptés aux injections de médicaments
Expert 26	2 échelles validées, en français, faciles d'utilisation en soins primaires.
Expert 30	A diffuser largement, notamment auprès des acteurs du péri-opératoire, primo-prescripteurs.

Expert 32	Détecter mais pas priver le patient d'un soulagement. Le POMI n'est valide que si la prescription est optimale. Les "écarts" du patient peuvent être expliqués par une analgésie insuffisante.
Expert 36	Cela veut dire qu'un test serait réalisé à chaque consultation ?
Expert 38	L'utilisation systématique d'outil pour dépister le risque de mésusage n'est, en pratique clinique, pas toujours ni nécessaire ni faisable. Notamment en cas de douleur du cancer, si l'évaluation clinique globale ne montre pas de risque particulier, cela ne parait pas indispensable
Expert 40	Très bonne mesure, le POMI pourrait également être utilisé par les pharmaciens lors du renouvellement de prescription notamment dans le cadre du dispositif de pharmacien correspondant.
Expert 43	Le recours à des outils standardisés est intéressants pour des praticiens avec une faible expérience dans le domaine de la prise en charge du mésusage. L'un des principaux reproches qui est fait à cette recommandation est le manque de temps. Peut-être serait -il intéressant d'intégrer ce type d'outil de manière systématique au moment de la délivrance officinale ? avec les notices des traitements antalgiques opiacés, en association avec les logiciels de prescription intra hospitalier. Il pourrait être intéressant d'intégrer les pharmaciens au repérage des patients à risque de mésusage et particulièrement face à une prescription de traitement antalgique opiacé
Expert 49	Il est important d'instaurer un traitement opioïde antalgique pour des durées courtes (3 jours) et de réévaluer souvent

9

Prescription de naloxone

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone, antidote des opioïdes, lors de la prescription d un opioïde et en sortie d hospitalisation, pour traiter en urgence, le cas échéant, un surdosage aux opioïdes avec risque vital (cf. chapitre 3.2.2).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.11

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	5	0	5	5	31	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 6	La formulation me pose problème : "... lors de la prescription d'un opioïde, en ambulatoire ou en sortie d'hospitalisation ...". Pourquoi "ET" ? Par ailleurs, il faut mentionner que c'est aux proches que ce médicament est destiné ... car le principe du patient surdosé, c'est qu'il ne peut s'autotraiter. Cela est certes inclus dans la pertinence, mais il me semble important de le mentionner explicitement.
Expert 7	Je ne suis pas médecin, je pense n'avoir jamais vu cette prescription. Je sais qu'il existe des kits mais une formation de l'entourage pour reconnaitre les signes de surdosage et une formation semble indispensable et doit être répétée
Expert 12	"d'évaluer la pertinence d'une prescription de naloxone". Le groupe de travail aurait pu se positionner pour décrire des exemples (non exhaustifs) de situation à risque (donc pertinentes) pour aider le clinicien à repérer ces situations. En retenant par exemple les critères USA 2018 et 2020 cités au chapitre 6 de l'argumentaire P 160 et P 164.
Expert 15	Intérêt que cette prescription s'accompagne auprès du patient (et de son entourage) d'explications -des signes cliniques nécessitant son utilisation -du "mode d'emploi" et à renouveler au cours du suivi...
Expert 17	Il faut bien différencier encore une fois un traitement opioïde chronique et aigu On ne va pas donner du Narcan pour un traitement de 8 jours de tramadol

	postop
Expert 20	En effet sa prescription peut s'avérer nécessaire surtout si le patient substitué n'est pas encore du tout stabilisé par le MSO et que l'on peut donc craindre un double emploi avec des substances opiacées illicites ou dans le cas d'un patient traité pour des douleurs sévères, si celui-ci montre des signes de grande intolérance par rapport à cette douleur et que le risque de surdose pour pouvoir y faire face est donc important.
Expert 28	Précision (pour ne pas confondre avec la naloxone administrable par voie orale en association fixe à l'oxycodone dans la constipation induite par les opioïdes) Il est recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription de naloxone INJECTABLE OU INTRANASALE, antidote des opioïdes, lors de la prescription d'un opioïde et en sortie d'hospitalisation, pour traiter en urgence, le cas échéant, un surdosage aux opioïdes avec risque vital (cf. chapitre 3.2.2).
Expert 30	Toujours la question de l'applicabilité : toute une culture qui doit se mettre en place.
Expert 43	En pratique courante il me parait peu réaliste qu'un médecin peu sensibilisé au risque de mésusage opiacé prenne le temps d'expliquer ce risque au patient + le temps nécessaire pour expliquer le fonctionnement de la naloxone « prête à l'emploi ». Encore une fois le rôle du pharmacien me semble indispensable pour faciliter, expliquer et dédramatiser la prescription des dispositifs de Naloxone auto-administrable
Expert 44	À modérer peut-être en précisant "d'autant plus que le risque de mésusage est important"
Expert 45	En pratique cela me parait impossible
Expert 48	"et en sortie d'hospitalisation" : trop réducteur : il s'agit plutôt de " dans des situations de vulnérabilité telle la sortie d'hospitalisation, d'incarcération etc,"

10

En cas de douleur aiguë, il est recommandé de déterminer la posologie adaptée lors du passage d une voie d administration à une autre ou lors du passage d un opioïde à un autre, en fonction du résumé des caractéristiques du produit (RCP) de chaque médicament. Lors du passage d un opioïde à un autre, il faut généralement réduire la dose du nouvel opioïde d au moins 25 à 50 % de la dose équianalgésique calculée pour tenir compte de la variabilité interindividuelle de la réponse aux opioïdes ainsi que d une éventuelle tolérance croisée incomplète.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	3	3	6	7	24	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	87.76	8.16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 1	Attention au risque de sous dosage
Expert 4	Attention préciser la 2ème phrase : lors du passage d'un opioïde à un autre ou d'une voie à une autre.
Expert 6	Dans l'argumentaire HAS des RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE "Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie" de Janvier 2020, les modalités d'équianalgésie sont très bien discutées dans le 1.1.5. Si ces modalités sont déjà peu fiables en douleur chronique, autant dire qu'en douleur aiguë, on n'a en fait aucun moyen fiable de savoir ce que l'on fait quand on change d'opioïde. Donc regarder la RCP oui, avoir une idée du ratio peut aider, mais en fait il faut partir du principe que si on change de voie d'administration, il faut retitrer avec la nouvelle molécule. En douleur aiguë, le changement de voie est finalement très rare. La plupart du temps les patients titrés en IV aux urgences n'ont pas besoin d'un relai opioïde PO. Même les drépanocytaires, ils restent sous PCA le temps qu'il faut, et quand il y a relai PO, c'est en non morphinique.

	Donc le message important c'est "en douleur aiguë, pas de relai opioïde en première intention".
Expert 12	La recommandation insiste bien sur le fait que le risque de surdosage existe lors de ces changements. Les données dans les RCP ne sont pas plus ou moins fiables que d'autres outils de conversion. Il pourrait être utile d'ajouter (accord d'experts ?) : Lors d'un changement (molécule, voie) la sécurité doit être privilégiée lors de l'estimation de la posologie. Le fait que la posologie déterminée soit insuffisante n'est pas un problème car il sera possible dans un second temps d'ajuster le dosage par titration.
Expert 19	1 - Ce passage n'est pas très clair de mon point de vue. Je doute qu'il soit utilisable en pratique. 2 - ce que je peux en comprendre : il y aurait une posologie adaptée à la douleur aigue qui serait reproductible ensuite ? Si c'est cela, ce n'est pas exact. Il n'y a pas de données permettant d'affirmer cela. Le traitement par opioïde d'une douleur aigue est une titration permanente. D'autant que cette douleur va s'estomper du fait de la "guérison" de la cause. C'est le propre de la douleur aigue. (CN, trauma...). Les besoins en opioïdes vont donc diminuer indépendamment de la dose initiale. Ex typique de l'expulsion d'un calcul dans les CN.... 3 - Je ne comprends pas "il faut généralement réduire la dose du nouvel opioïde d'au moins 25 à 50 % de la dose équianalgésique calculée ..." ? Que ce soit dans la partie reco ou argumentaire ce passage n'est pas très compréhensible.
Expert 20	Bien sûr mais tout n'est pas cependant calculable mathématiquement et un entretien approfondi avec le patient sur son ressenti par rapport à l'opiacé que l'on abandonne au profit d'un autre qu'il peut ou pas connaître déjà est un élément important à tenir aussi en compte.
Expert 26	L'utilisation d'applications type Opioid Calculator facilite ces changements par un tableau d'équivalence entre les différentes molécules disponibles sur le marché.
Expert 31	Bien qu'il n'existe pas de tableau de conversion unanimement reconnu, un tel outil semble nécessaire pour guider les praticiens. Dans cette perspective, l'outil https://opioconvert.fr reste une approche pertinente, y compris en douleur aiguë.
Expert 38	La diminution de 25 à 50 % de la dose lors d'une rotation d'opioïde est une mesure de sécurité maximale. Elle se justifie pleinement lorsque la douleur est bien contrôlée, en médecine ambulatoire. En revanche, en contexte hospitalier permettant une surveillance rapprochée, si la douleur n'est pas bien contrôlée, prendre un ratio trop "sécuritaire" va entrainer une insuffisance et un retard de prise en charge de la douleur

Expert 40	Il est également indispensable de calculer par pharmacométrie le profil pharmacodynamique / cinétique du médicament pour déterminer la nouvelle prise.
Expert 45	Dans mon expérience 50 % de réduction est rarement efficace
Expert 48	"tolérance croisée incomplète" : parle-t-on de variabilité de la tolérance croisée ? Le 25 à 50% : ne se prononce pas

11

En cas de douleur chronique, il est recommandé de se référer à une table de conversion de type Opioconvert au format électronique[1], basée sur des ratios de changement qui privilégient la sécurité (fourchette basse).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.22

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	2	6	6	29	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.88	6.12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Cette recommandation concerne également la douleur aiguë notamment postopératoire chez des patients qui ne peuvent reprendre une alimentation orale rapide et dont leur traitement oral par opioïde après leur chirurgie.
Expert 4	Oui mais attention Opioconvert est l'outil actuellement recommandé dans les situations de douleurs liées au cancer (en remplacement des tables d'équianalgésie).
Expert 7	Les connaissances acquises sont également nécessaires
Expert 12	Proposition de reformulation : En cas de douleur chronique, ou de douleur liée au cancer ou aux métastases, il est...
Expert 13	Il est surtout important de définir le type de douleur et sa cause afin de proposer les traitements les plus adaptés (qui ne sont pas forcément les opioïdes). Comme l'indique l'application "Opioconvert", il est important de considérer les modalités d'administration du nouvel opioïde, le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la molécule en question, la cinétique de libération de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et les éventuelles interactions médicamenteuses.
Expert 18	Le recours à une table d'équianalgésie peut se révéler tout aussi pertinent, en particulier en cas de défaillance réseau ne permettant pas un accès à internet
Expert 20	Oui bien sûr, mais attention à ne pas laisser au nom de la sécurité le patient avec une dose trop faible qui pourrait l'inciter à prendre davantage que la posologie indiquée car se révélant ensuite trop basse pour faire face efficacement à sa douleur. Un suivi rapproché (quelques jours au début) permettrait de réajuster au plus vite en évitant des problèmes de sous-dosage. Tenir compte aussi des antécédents du patient comme l'usage plus ou moins fréquent d'autres opiacés. Par exemple, les personnes sous substitution sont souvent confrontées à des refus d'augmentation d'antalgiques de la part d'autres médecins pour traiter des douleurs chroniques (ou non) sous le motif qu'ils ont déjà des doses élevées par rapport à la moyenne admise...
Expert 22	La table Opioconvert est bien mais il faut que tout praticien qui manipule des opioïdes soit en capacité de faire les calculs appropriés au changement d'opioïdes même s'il ne dispose pas de cette opportunité de conversion c'est à dire connaître les équianalgésies.
Expert 32	Lors du passage d'un opioïde à un autre, il faut généralement réduire la dose du nouvel opioïde d'au moins 25 à 50 % de la dose équianalgésique calculée pour tenir compte de la variabilité interindividuelle de la réponse aux opioïdes ainsi que d'une éventuelle tolérance croisée incomplète.

	Ceci s'applique aussi à la douleur chronique à mon avis.
Expert 38	Sous réserve d'adaptation au contexte clinique et environnemental, cf. réponse ci-dessus
Expert 48	Néanmoins comme précisé dans Opioconvert une bonne adaptation thérapeutique par titration guidée par l'évaluation clinique et sous la responsabilité du médecin prescripteur reste souveraine

12

Il est recommandé d arrêter le traitement opioïde de façon progressive afin de prévenir un syndrome de sevrage.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	3	0	1	5	38	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.04	95.92	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 4	Oui dans les situations chroniques et non pas dans la douleur aigue
Expert 6	Comme pour les corticoïdes : la progressivité est à relativiser en très aigu (< 1 sem.). Indispensable en chronique.
Expert 7	Tout dépend de la durée du traitement (exemple un patient recevant juste 2 ou 3 doses d'opioïde peut ne pas nécessiter d'arrêt progressif)
Expert 14	Tout dépend de l'indication et notamment en rapport avec la durée du traitement et même de la dose administrée
Expert 20	Cette descente progressive est à évaluer pour chaque patient en fonction de son ressenti et ne doit en aucun cas dépendre d'un schéma unique.
Expert 32	Rajouter (au-delà de 5 jours de traitement environ). Chiffre à préciser.

1.2.2.2. Traitement antalgique chez les patients avec consommation d opioïdes en cours)

Caractéristiques de ces patients

13

Ces patients peuvent :
- prendre des médicaments antalgiques opioïdes au long cours qui leur sont prescrits dans le cadre d un traitement d une douleur chronique ;
- être traités par médicament de substitution aux opioïdes ;
- consommer des médicaments opioïdes hors traitement médical ou des substances opioïdes illicites.

Il est recommandé d éviter toute attitude stigmatisante vis-à-vis de ces patients, qui ont des seuils de perception de la douleur différent de celui des patients naïfs d opioïdes et de prendre en compte leur douleur avec le même crédit.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	7	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	différents avec un s
Expert 20	Effectivement et malheureusement ce n'est pas toujours le cas, loin de là, il faut donc être extrêmement attentif à cette question (Cf commentaire 11).
Expert 36	Entièrement d'accord
Expert 48	Préciser la différence entre les seuils de perception : niveaux de douleurs plus importants chez les utilisateurs d'opioïdes
Expert 49	Attention très particulière à la prescription d'antalgique opioïde avec la méthadone ou autre traitement opioïde en cours ; la tolérance peut amener à une augmentation des doses et donc à un surdosage ; soit un bon dosage de médicament de substitution, soit un bon dosage d'opioïde

14

Il est recommandé d identifier les patients utilisateurs chroniques d opioïdes, évaluer le type d opioïde, l usage et les doses quotidiennes, les voies d administration habituellement utilisées. Il conviendra également d identifier les autres substances consommées (sur prescription ou non) afin de bien caractériser les risques d interactions (majorant les risques de dépression du système nerveux central, d allongement du QT, etc.).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	3	45	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 20	Une attitude non stigmatisante de la part du médecin est donc essentielle pour obtenir du patient la plus grande franchise possible sur ses diverses consommations.
Expert 25	Sans stigmatiser
Expert 32	Il est important d'éviter tout mensonge ou dissimulation par une attitude ouverte et tolérante.
Expert 48	Préciser : substances consommées médicamenteuses (sur prescription ou non) et/ou non médicamenteuses

Principes thérapeutiques face à une douleur aigue ou chronique chez un patient avec

traitement de substitution aux opioïdes

15

Toute douleur aigue ou chronique chez un patient sous traitement substitutif, doit bénéficier d une prise en charge adaptée reposant sur les principes suivants (accord d experts) :
- Savoir que le traitement substitutif à la dose habituelle n a pas d effet antalgique pour le patient substitué douloureux.
- S assurer de l équilibre de la substitution et de la dose quotidienne réellement prise (buprénorphine ou méthadone).
- Rassurer le patient en lui disant que son traitement substitutif sera pris en compte dans cette prise en charge de la douleur.
- Privilégier autant que possible les associations d antalgiques non opioïdes pour toute douleur nociceptive (AINS, paracétamol, corticoïdes, néfopam, antispasmodiques, MEOPA) selon les situations cliniques.
- Evaluer et prendre en charge l anxiété des patients par des traitements médicamenteux et non médicamenteux.
- Prendre l avis des structures spécialisées de la douleur et des services d addictologie, si nécessaire.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.34

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	0	3	8	34	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	93.88	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 4	Association d'antalgiques non opioïdes, à privilégier autant que possible et selon le niveau de douleurs. Opioides utilisables pour des situations de douleur intenses selon des règles précises. L'importance est de savoir les utiliser pour soulager aussi ces patients.
Expert 6	Problème de formulation : les corticoïdes ne sont en aucun cas des antalgiques (et ne peuvent être mentionnés comme tels dans ce document de référence).
Expert 8	Importance d'évoquer les traitements non médicamenteux. Encore plus important dans ce contexte : acupuncture, TNS, psychothérapies, immobilisations ou kinésithérapie…
Expert 13	Les spasmolytiques ne sont pas des antalgiques mais des co-analgésiques / co-antalgiques. Idem pour les corticoïdes, les myorelaxants, les antidépresseurs, les anti-épileptiques, la kétamine, etc. qui ont été oubliés dans l'énoncé de la question. Il est important de prendre en charge les troubles du sommeil, ces derniers aggravent les douleurs et réciproquement. D'ailleurs cet aspect est cité plus loin. Cf aussi pièce PDF attachée à la question 194.
Expert 20	Ces 6 principes sont essentiels et tout particulièrement le dernier incitant une collaboration avec ces services surtout concernant l'addictologie qui est en mesure de donner toutes les précisions nécessaires sur leur patient qu'ils suivent souvent depuis un certain temps...
Expert 28	Parler ici de l'intérêt des méthodes antalgiques non médicamenteuses ?
Expert 31	Les antalgiques non-opioïdes doivent aussi comprendre les techniques d'anesthésie locorégionale et d'infiltration, que ce soit en douleur aiguë et chronique.
Expert 36	MEOPA ???
Expert 47	Cette recommandation ne répond pas à la problématique car fréquemment les antalgiques non opioïdes ne suffisent pas. Comment faire dans ce cas fréquent ?
Expert 48	Pas d'effet antalgique : à moduler, petit effet antalgique au moment du pic

	plasmatique, c'est pour cela qu'il sera préconisé de fractionner les prises
Expert 49	Attention à la prescription des benzodiazépines

Les modalités spécifiques du traitement de la douleur aiguë et de la douleur chronique chez les patients avec consommation d opioïdes sont présentées respectivement dans le chapitre 2.1.1 et le chapitre 2.2.2.3.

1.2.3. Risques liés à l utilisation des opioïdes

1.2.3.1. Effets indésirables

16

Les effets indésirables des médicaments opioïdes comprennent principalement des troubles digestifs (nausées/vomissements, constipation), rétention urinaire, prurit, des troubles de la vigilance, et un risque de dépression respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Les mesures hygiéno-diététiques et un traitement laxatif pour prévenir la constipation induite par les opioïdes est requis dans tous les cas.

Des nausées pouvant survenir dans la première semaine suivant l instauration d un traitement opioïde, un traitement antiémétique pourrait être nécessaire.

La survenue d un syndrome confusionnel conduit à envisager un changement d opioïde après avoir éliminé une autre étiologie.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	3	3	3	4	8	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	8.33	91.67	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.33	91.67

Expert	Commentaires
Expert 1	Ces remarques concernent essentiellement la douleur chronique car en douleur aiguë, il n'existe pas ou peu de problème de constipation
Expert 5	"Les mesures hygiéno-diététiques et un traitement laxatif pour prévenir la constipation induite par les opioïdes est requis dans tous les cas" Un traitement laxatif dans tous les cas semble excessif, notamment en cas de traitement opiacé au long cours, compte tenu des effets secondaires de l'utilisation de laxatifs au long cours.
Expert 6	Il est important de préciser que l'antiémétique pourrait être nécessaire "en curatif". Car l'administrer en préventif est inutile ... donc délétère.
Expert 8	Evoquer les mesures hygiéno-diététiques et les méthodes non médicamenteuses. Se dégager du tout pharmacologique est important. Même si ceci est en association.
Expert 9	Ou à diminuer les doses d'opioïdes en cas de syndrome confusionnel
Expert 12	"La survenue d'un syndrome confusionnel (*) conduit à envisager un changement d opioïde après avoir éliminé une autre étiologie." Le syndrome confusionnel n'est pas le seul motif de changement une fois une autre cause éliminée Il faudrait citer également les effets indésirables limitants de la vie (avec niveau accord experts) quotidienne : troubles digestifs sévères persistants ; somnolence ou troubles cognitifs ; hallucinations ; dysurie invalidante.
Expert 13	L'atteinte respiratoire nocturne (respiration ataxique, apnées centrales) est très fréquente (>90% des patients) pour des doses > 200 mg/j d'équivalent morphine, et ce d'autant plus que des dépresseurs sont co-consommés (ex. : benzodiazépines). Il existe une littérature de plus en plus abondante sur le sujet. Toute dégradation clinique inexpliquée d'un patient préalablement stabilisé doit faire réaliser une polygraphie de ventilation dont le résultat va impacter de manière majeure sur la suite du traitement. Il est étonnant que cette

	recommandation n'aborde pas le sujet (à peine effleuré dans l'argumentaire) alors qu'il est cliniquement important, tant la gestion de la douleur, des comorbidités que du trouble de l'usage des opioïdes et des autres substances. Cf document PDF de la question 194. Rappeler que les anti-émétiques peuvent augmenter l'intervalle QT.
Expert 14	La notion de fréquence de survenue de ces différents EI mériterait d'être prise en compte.
Expert 17	En douleur aiguë les NVPO, la sédation et la rétention d'urine sont les plus fréquents avec iléus en cas de douleur chronique avec traitement oral
Expert 20	Seule réticence dans cet énoncé, le traitement laxatif obligatoire dans tous les cas ne me semble guère aussi systématique. En effet, tout dépend des patients, à voir donc au cas par cas et après observation d'une réelle constipation.
Expert 22	je propose de moduler la formulation : La constipation est un effet indésirable constant des opioïdes. Des nausées et vomissements peuvent survenir dans la première semaine et nécessité la mise en place d'un traitement antiémétique.
Expert 23	Attention à ne pas inciter à la prescription inconsidérée de métoclopramide et autre antidopaminergique. De la même façon que le risque des opioïdes n'est manifestement pas bien enseigné, celui des antidopaminergiques n'est pas non plus clairement enseigné.
Expert 28	Aller plus loin, au vu de la fréquence de la constipation induite par les opioïdes et de l'efficacité des laxatifs usuels : Les mesures hygiéno-diététiques et un traitement laxatif pour prévenir la constipation induite par les opioïdes est requis dans tous les cas. En cas d'inefficacité, un traitement spécifique de la constipation par opioïdes est recommandé.
Expert 32	La plupart des patients sous MSO n'ont pas besoin d'un traitement laxatif. La surveillance et des mesures diététiques peuvent suffire. je pense donc qu'on peut dire "La plupart des patients sous MSO n'ont pas besoin d'un traitement laxatif.". Idem pour les traitements aigus de courte durée.
Expert 41	Traitement laxatif pour prévenir la constipation induite par les opioïdes est requis dans tous les cas. -> à évaluer selon pathologie associée
Expert 43	La prescription de laxatif systématique ne semble pas adaptée, alors que l'information sur la survenue d'une constipation et les moyens d'y faire face me semble absolument nécessaire (prescrire systématiquement un laxatif risque d'encourager les praticiens à se dispenser de donner des conseils sur les règles hygiéno-diététiques) La survenue de vomissement précoce doit faire discuter un changement d'antalgique (y compris opiacés) La survenue d'une confusion doit systématiquement conduire à une consultation en urgence afin d'éliminer une autre étiologie
Expert 48	Il existe des EI particuliers importants : par exemple méthadone et allongement du QT, tramadol et risque convulsif…

	Il serait utile de rajouter le phénomène d'hyperalgésie La survenue d'un syndrome confusionnel doit-elle amener immédiatement à changer d'opioïdes ou faut-il envisager une diminution des doses de 30% dans un premier temps ?

1.2.3.2. Dépendance aux opioïdes, mésusage et trouble de l usage des opioïdes

17

Un traitement opioïde antalgique au long cours est parfois nécessaire, aboutissant alors fréquemment à une dépendance pharmacologique aux opioïdes de prescription (phénomène de tolérance pharmacologique et risque de symptômes de sevrage en cas d arrêt brutal ou trop rapide des prises).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.11

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	3	1	4	6	31	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	91.84	4.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.26	95.74

Expert	Commentaires
Expert 3	J'aurais formulé "pouvant aboutir" plutôt que "fréquemment". Le terme fréquemment suggère qu'une majorité de patients a une pharmacodépendance ce qui ne correspond pas selon moi à la réalité clinique
Expert 13	Plusieurs problèmes dans les termes utilisés dans les énoncés des questions et plus largement dans les 2 documents : 1) Ecrire un traitement antalgique opioïde et non l'inverse, les opioïdes par définition ont tous des propriétés antalgiques (l'héroïne a été initialement synthétisée pour remplacer la morphine). Cette erreur apparait plusieurs fois dans la recommandation et l'argumentaire. 2) Pourquoi répéter opioïdes de prescription dans la phrase ? Cette terminologie (qui provient d'une traduction littérale) est employée dans les documents mais elle ne permet pas de comprendre s'il s'agit de médicaments opioïdes sur prescription ou hors prescription. Il suffit de parler de médicaments opioïdes, c'est d'ailleurs dans le titre de la recommandation. 3) Le terme tolérance est employé dans les documents pour évoquer la tolérance de la dépendance physique (accoutumance), et pour évoquer la tolérance en termes d'effets indésirables dans le cadre de la balance bénéfices-risques. C'est d'autant plus confondant quand les 2 aspects apparaissent dans le même paragraphe. Pour ces différents points, cf. document PDF attaché à la question 194.
Expert 14	Les phénomènes de dépendance ne devraient pas être associés au mécanisme de tolérance, cela amène une confusion délétère dans la compréhension des différents phénomènes par les soignants.
Expert 20	Même si c'est effectivement le cas très souvent attention à ne pas généraliser !
Expert 22	La formulation n'est pas claire : à réécrire ; je ne comprends "de prescription"
Expert 32	Cette dépendance pharmacologique ne doit pas être confondue avec une addiction potentielle, qui est présente ou non.
Expert 36	Besoin de définir dépendance pharmacologique et dépendance addictive
Expert 38	Le terme fréquemment me parait excessif, en plus d'être flou. Selon l'argumentaire, page 68 et la biblio associée, les chiffres sont très hétérogènes en fonction des études, difficile à interpréter du coup. Mais aucune étude ne rapporte un pourcentage > 25 %, les médianes étant plutôt autour de 5%.
Expert 49	Traitement opioïde au long cours : pathologie cancéreuse oui.

18

Les propriétés psychotropes des opioïdes peuvent être à l origine d un trouble de l usage dont la motivation doit être recherchée. Ce trouble de l usage peut être de l ordre du mésusage, c est-à-dire d une utilisation non conforme à la prescription (indication, dosage, voie d administration, bénéficiaire, etc.), et/ou de l ordre de l addiction, avec impossibilité d arrêter les consommations en dépit de ses conséquences négatives pour l individu et/ou son entourage, assorti d une envie irrépressible de consommer la substance (« craving »).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.33

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	2	0	4	39	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	95.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.08	95.92

Expert	Commentaires
Expert 13	Il existe une confusion entre le mésusage et le trouble de l'usage, le mésusage pouvant exister en dehors d'un trouble de l'usage. L'addiction correspond aux

	formes modérées à sévères du trouble de l'usage. - craving : au-delà de l'envie, c'est surtout le besoin de consommer. Pour ces différents points, cf. document PDF attaché à la question 194.
Expert 17	Au passage énormément de recommandations (195) dont certaines comme celle-là qui sont peu "opérationnelle"
Expert 20	Toutes les personnes ne sont pas égales devant le mésusage et surtout l'addiction aux opioïdes. Selon la littérature scientifique, ce sont seulement environ 20% des personnes croisant la route des opioïdes qui connaissent des problèmes majeurs d'addiction. C'est donc davantage dans les individus (conditions socio-économiques, politiques, psychologiques, antécédents familiaux, etc.) qu'il faut rechercher ces causes plus que dans les propriétés psychotropes des opioïdes.
Expert 32	Je parlerais plutôt de mésusage réglementaire ou d'usage non réglementaire. Le mésusage est défini ainsi administrativement mais pour l'usager c'est plutôt défini comme un usage abusif ou nocif. Or certains usagers utilisent ces produits de façon non réglementaire mais aussi de façon contrôlée, "non abusive" (donc largement sans les conséquences négatives pour l'individu qui sont évoquées). Cet usage a perduré pendant des siècles. La confusion des deux définitions peut donc conduire à une prise en charge non adaptée. https://www.atelierantalgie.com/blog/2017/03/16/une-histoire-stupefiante-partie-1-lopium-dans-lantiquite/ Je pense que, plutôt que de classer l'usage comme conforme et mésusage, il serait préférable de l'analyser selon 4 axes indépendants= 1) Est-il conforme aux règles administratives ou médicales et si non en quoi ? 2) Est-il contrôlé et si non en quoi ? 3) En quoi l'usage est-il bénéfique, ou n'a pas les bénéfices escomptés ? 4) En quoi est-il nocif ? Il ne s'agit pas de classer mais d'évoquer des modalités adaptées de prise en charge. Notons que sur ces axes un usage thérapeutique réputé sans problème pourra être "négatif" sur l'un et l'autre de ces axes.
Expert 48	Le trouble de l'usage répond à une définition officielle dans le DSM5 incluant la dépendance pharmacologique, la perte de contrôle sur l'utilisation de la substance et les conséquences dommageables ; il doit être repéré par les prescripteurs. Le mésusage est un concept différent, permettant de décrire un cadre d'utilisation différent de celui du RCP applicable en pharmacovigilance. Un trouble de l'usage peut s'accompagner ou non de mésusage.

La prise en charge du mésusage et de l addiction aux opioïdes de prescription est abordée dans le chapitre 2.4.

1.2.3.3. Risques liés aux interactions médicamenteuses

19

Il est recommandé d être vigilant quant aux interactions médicamenteuses, particulièrement avec les dépresseurs du système nerveux central et les gabapentinoïdes (prégabaline et gabapentine), qui augmentent le risque de dépression respiratoire. Pour la méthadone et dans une moindre mesure le tramadol et l oxycodone, il existe un risque de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointe, majoré par certaines interactions médicamenteuses (dont neuroleptiques, hydroxyzine, amiodarone, escitalopram)[2].

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	1	5	36	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires

Expert 12	Pour les interactions médicamenteuses ne faudrait-il pas également citer les benzodiazépines. Comme dans les recommandations USA/CDC de 2016 (référence 21 de l'argumentaire chapitre 5).
Expert 13	- Ajouter d'autres antidépresseurs à risque d'allongement du QT - Rappeler le risque de syndrome sérotoninergique, notamment avec le tramadol, plus rarement avec les autres opioïdes dont la méthadone.
Expert 14	Pour le tramadol, très prescrit, on pourrait mettre ne avant le risque d'interaction avec d'autres molécules sérotoninergiques.
Expert 22	Je pense que c'est trop confus avec beaucoup trop de message à faire passer en même temps : Il faut un alinéa sur les risques de dépression respiratoire des opioïdes en général et un alinéa sur les risques d'interactions médicamenteuses avec la méthadone et notamment avec les inhibiteurs des cytochromes et l'allongement du QT
Expert 31	Les interactions médicamenteuses du tramadol doivent être traitées plus exhaustivement cf. Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A Review Burton D. Beakley, MD Pain Res Manage Vol 13 No 2 March/April 2008
Expert 32	Je pense que l'effet antagoniste de la buprénorphine pourrait aussi être citée.
Expert 40	J'aouterai aux exemples de torsadogènes important et fréquents dompéridone et citalopram
Expert 45	Quid de la phytothérapie ?
Expert 48	Il faut préciser les effets cardiaques : pour la méthadone, c'est vraiment une mise en garde spéciale, et les associations avec certains médicaments allongeant le QT constituent des CI absolues. Pour les autres, ce n'est pas le même niveau : se baser sur le RCP

20

Hors interdoses lors d un traitement de fond d une douleur liée au cancer, l association de médicaments antalgiques opioïdes (« forts » ou « faibles ») n est pas recommandée en raison d une action synergique et d un plus grand risque de dépression respiratoire.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.03

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	0	0	2	1	3	4	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.12	83.67	10.20

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.82	93.18

Expert	Commentaires
Expert 4	Cette association n'est jamais recommandée, les interdoses, hors cas exceptionnels, se feront par des antalgiques de même palier.
Expert 5	Pas clair
Expert 17	Ou de l'absence d'efficacité accrue ou d'épargne morphinique (cf. réf. jointe)
Expert 19	Je ne comprends pas cette partie. Ce qu'on sait par contre c'est que l'association morphine et tramadol est plutôt infra additive et non synergique (Marcou anesth analg 2005)
Expert 22	Ce qui est surtout à mettre en avant c'est la compétition au niveau des récepteurs mu
Expert 28	Formulation à revoir car le terme "synergique" peut paradoxalement induire des prescriptions d'opioïdes faibles et forts dans le but de réduire la posologie des opioïdes forts. Je propose : Hors interdoses lors d'un traitement de fond d'une douleur liée au cancer, l'association de médicaments antalgiques opioïdes (« forts » ou « faibles ») n'est pas recommandée en raison d'un plus grand risque iatrogène et notamment de dépression respiratoire.
Expert 30	Cette phrase n'est pas tout à fait claire : 1°) le principe des interdoses n'est pas réservé exclusivement à la douleur du cancer. En périopératoire, par exemple, il est possible d'associer des interdoses

	à un traitement de fond. 2°) "association de médicaments antalgiques" : c'est l'association de différentes molécules entre elles (ex: morphine + oxycodone, ou morphine + tramadol) qui n'est pas recommandée. Les seules exceptions (à priori dans la douleur du cancer), c'est l'association fentanyl transcutanée et interdose d'opioïde fort LI, opioïde fort LP et fentanyl transmuqueux. 3°) les raisons de l'absence de recommandations que vous avancez ??? Je ne connais pas le références qui vous font dire ça. A préciser ?? L'association de molécules n'améliore pas forcément l'efficacité mais majore les effets indésirables.
Expert 48	C'est vrai mais mentionner une synergie si elle est sur l'effet recherché, cela peut être incitatif : peut-être préciser synergie des EI notamment la dépression respiratoire

21

Les associations dans un même médicament d un opioïde et de paracétamol doivent conduire à la prudence et à l information des patients, car des prises supplémentaires de paracétamol par automédication ou prescription parallèle peuvent conduire à un surdosage et une toxicité hépatique.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 8
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.92

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	45	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Oui. Ces associations sont probablement plus délétères qu'autre chose, mais pas de remontée de la pharmacovigilance a priori.
Expert 20	Effectivement souvent le patient ne tient pas compte du paracétamol contenu dans un médicament qui en comprend mais associé avec un opioïde ce qui peut le conduire à prendre trop de paracétamol dans une même journée.
Expert 38	Il pourrait même être plus explicitement dit qu'elles ne sont pas recommandées.
Expert 40	Lorsque le prescripteur identifie un risque d'incompréhension, il me semble préférable de prescrire une spécialité contenant uniquement du paracétamol et une autre spécialité contenant uniquement un palier 2 plutôt que prescrire une spécialité de paracétamol et une autre spécialité contenant à la fois du paracétamol et un palier 2.
Expert 43	INDISPENSABLE

1.2.3.4 Risque de surdosage

22

L apparition d une somnolence est un signe qui fait craindre un surdosage. Cependant, lors de l instauration d un traitement opioïde, une somnolence peut être liée à la récupération d une « dette de sommeil ».

Le surdosage se manifeste par une dépression respiratoire pouvant aller jusqu au décès. La diminution de la fréquence respiratoire en dessous de 10 cycles/min doit alerter et conduire à la réduction de l opioïde ou à son arrêt, voire à l administration de naloxone lorsque la fréquence respiratoire est inférieure à 8 cycles/min et qu elle est associée à un trouble de la vigilance (niveau -4 sur l échelle de vigilance-agitation de Richmond [Richmond Agitation - Sedation Scale - RASS]) (cf. annexe 3).

Il est à noter que le myosis, lorsqu il n est pas associé à une somnolence ou à une dépression

respiratoire, n est pas un signe de surdosage, mais un signe d imprégnation opioïde.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	2	2	10	32	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.04	95.92	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 7	Tous ces signes de surdosage doivent bien sur alerter. Mais bien sur quand les morphiniques sont utilisés dans le cadre de soins palliatifs terminaux certains de ces signes : diminution de la FR, RASS... sont attendus.
Expert 12	Pour les patients avec un traitement de fond opioïdes (i.e. en continu ou à horaire fixe) il me semble possible comme accord d'expert de proposer des actions qui évitent entretenir/aggraver le surdosage même si la FR est normale : - de recommander l'arrêt du traitement de fond dès sédation (Richmond -4) - de recommander la recherche en urgence d'un trouble de la fonction rénale ou hépatique (+ hypercalcémie ne cancérologie).

	- quitte à autoriser à posologie réduite (comparative à celle utilisée) des prises ponctuelles de forme à libération normale (interdoses) si le patient se réveille et présente des douleurs modérées à intenses
Expert 13	Une somnolence diurne doit faire rechercher des troubles respiratoires nocturnes (respiration ataxique, apnées centrales). Cf commentaires précédents et document PDF attaché à la question 194.
Expert 18	La somnolence faisant partie des effets secondaires les plus fréquents, cette dernière n'est pas un signe qui fait nécessairement craindre un surdosage. L'échelle de Richmond se trouve en annexe 5 et non en annexe 3
Expert 30	L'échelle de sédation que vous proposez est complexe et risque de pas être utilisée en pratique clinique.
Expert 32	Il faut, à mon avis, citer les actions de maintien de la vigilance (parler etc..), en attendant les secours. C'est ce qu'on peut faire de mieux quand on n'a pas de naloxone.
Expert 45	Echelle RASS= Annexe 5 (et non 3)
Expert 48	Je ne comprends pas l'enchainement de ce paragraphe ; il serait plus clair de : - commencer par le surdosage : signes : dépression respiratoire et/ou diminution du niveau de conscience D'où vient le seuil de 8 cycles par min ? il me semble que dès 10 il faut prendre en charge Pas d'accord sur le « ET qu'elle est associée à un trouble de la vigilance » ; inférieure à 8 il faut prendre en charge - puis parler de la somnolence seule et du myosis

Les populations à risque de surdosage, ou surdose (overdose), et la prescription et les conditions d utilisation de la naloxone « prête à l emploi » sont abordées dans le chapitre 3.2.1.

1.3. Information du patient, son entourage et les soignants

23

Il est recommandé d informer le patient et son entourage ou ses soignants sur la manière de réduire les risques du traitement par médicament opioïde :
- 1. respecter la prescription des médicaments opioïdes (doses, voie d administration, horaires de prise et durée de traitement) ;
- 2. déterminer la quantité minimale nécessaire pour atteindre des niveaux de douleur tolérables et significatifs d amélioration fonctionnelle, en réduisant la dose et/ou la fréquence à mesure que la douleur et la fonction s améliorent ;
- 3. déterminer la quantité nécessaire pour réduire le « craving » (désir irrépressible de consommer) et les consommations selon l objectif fixé avec le patient, en maintenant la dose aussi longtemps que nécessaire ;

- 4. ne pas augmenter les doses ou la fréquence des prises ni continuer l opioïde sans avis médical ;
- 5. connaître les effets indésirables les plus fréquents, les signes d alerte précoce ainsi que sur le risque de dépression respiratoire en cas de surdose. Il est recommandé de s assurer que le patient et son entourage connaissent les risques de surdose, la conduite à tenir en cas de surdose et les modalités d utilisation d un kit de naloxone3 ;
- 6. être vigilant sur l impact et les risques des opioïdes, notamment le fait de conduire ou de faire fonctionner des machines dangereuses pour soi-même ou pour autrui lorsqu on est traité par médicament opioïde, surtout en début de traitement ou au cours d une augmentation de dose ;
- 7. éviter le risque de surdose en opioïdes par une modification des traitements (en informer son médecin le cas échéant) ou en cas d usage hors prescription ou avis médical de substances avec un effet dépresseur du système nerveux central ;
- 8. surveiller l apparition éventuelle des signes de sevrage lors de l arrêt du traitement, et, le cas échéant, en informer son médecin ;
- 9. stocker les médicaments hors de la vue et de la portée des enfants, à l exception de la naloxone « prête à l emploi » (à conserver dans un endroit accessible et connu de tous les membres de la famille), et ne pas constituer de réserve en rapportant les médicaments non utilisés à sa pharmacie ;
- 10. ne pas donner son traitement à une autre personne, même si l indication semble identique.

L association d une approche expérientielle, associative ou par soutien des pairs, respectant la démocratie sanitaire, y compris en matière d accès aux droits, est recommandée.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.54

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	10	34	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	"L'association d'une approche expérientielle, associative ou par soutien des pairs, respectant la démocratie sanitaire, y compris en matière d'accès aux droits, est recommandée." Ceci n'est pas forcément adapté à toutes les situations de prise en charge de la douleur, difficile d'en faire une recommandation.
Expert 13	Item 8 : lors de la réduction puis l'arrêt, ce dernier étant précédé d'une réduction progressive
Expert 15	Indispensable et essentiel !!! Insister sur ce temps nécessaire avant toute prescription, savoir informer l'entourage
Expert 17	D'accord sur tout mais moins au clair avec la signification de la mention "L'association d'une approche expérientielle, associative ou par soutien des pairs, respectant la démocratie sanitaire, y compris en matière d'accès aux droits, est recommandée"
Expert 20	Ces 10 points sont essentiels ainsi que "L'association d'une approche expérientielle, associative ou par soutien des pairs, respectant la démocratie sanitaire, y compris en matière d'accès aux droits, est recommandée." On ne saurait trop recommander cette dernière approche pour la défense des droits de ces patients mais aussi pour tous les judicieux conseils pratiques découlant de l'expérience qui peuvent être apportés par cette approche.
Expert 22	Complexité de la dernière phrase donc peut être à revoir
Expert 30	Tout à fait d'accord pour les utilisations sur une période longue dans un contexte de douleur chronique. Ces recommandations sont soit non adaptées soit difficile à mettre en pratique pour une utilisation sur une période de quelques jours comme en péri opératoire. Dans ce contexte là, ce qui prime aussi, c'est une prescription la plus courte possible, et de reprendre un avis médical en cas de résolution de la douleur anormale.
Expert 33	Dernière phrase (après point 10) pas claire

Expert 36	- c'est depuis le début un peu perturbant de mélanger MSO et opioïdes antalgiques, et notamment ici, ex le point 3 sur le craving que pour les MSO - ajouter le fait de s'appuyer sur le prescripteur pour toute question, retours, EI, réévaluation, signes de reprise de douleur ou de trouble de l'usage. - ajouter d'expliquer les signes d'addiction pour un auto-repérage
Expert 38	On parle là de patient. On suppose donc qu'il s'agit de l'information du patient sous opioïdes prescrit ou TSO. L'item 3 (déterminer la quantité nécessaire pour réduire le « craving » (désir irrépressible de consommer) et les consommations selon l'objectif fixé avec le patient, en maintenant la dose aussi longtemps que nécessaire) me semble peu adapté dans ce contexte mais s'adressant plus aux utilisateurs déjà en mésusage/dépendance. Je pense que cette phrase ne relève pas de ce paragraphe
Expert 40	Former le patient et son entourage à l'utilisation de la naloxone le cas échéant
Expert 48	Proposition 3 : le seul objectif n'est pas le craving, il me semble qu'il y a nécessité d'évaluation clinique de la triade disparition des signes de manque, craving et absence de switch vers d'autres substances ; à préciser avec les addictologues Rajouter la notion de nécessiter d'être toujours en possession de son ordonnance s'il s'agit d'un médicament stupéfiant.

2. Bon usage des médicaments antalgiques opioïdes

2.1. Traitement de la douleur aiguë

2.1.1. Chez les patients sans consommation d opioïdes en cours

2.1.1.1. Indications

24

Les médicaments antalgiques opioïdes sont indiqués pour le traitement des douleurs aiguës et sévères (échelle numérique > 6/10). Ils doivent le plus possible être utilisés en association avec d autres antalgiques non opioïdes et des mesures non médicamenteuses pour atteindre une antalgie satisfaisante.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.33

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	2	4	3	37	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.04	97.96	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.04	97.96

Expert	Commentaires
Expert 4	Pour les douleurs aiguës et sévères (par exemple EN >6/10) L'EN n'est pas toujours utilisable pour tous les patients
Expert 6	La titration morphinique est recommandée, validée et efficace dans la douleur aiguë sévère. Pour tous "les médicaments opioïdes", c'est plus discutable, comme le montre bien l'argumentaire.
Expert 7	Comme mesure non médicamenteuse on oublie souvent la simple écoute
Expert 12	Cf remarques précédentes sur la distinction palier 2 et palier 3 (i.e. à des posologies correspondant à un palier 3)
Expert 13	Cf. commentaire précédent concernant les médicaments co-antalgiques
Expert 14	Et permettre de les utiliser à la plus faible dose possible
Expert 18	Tenir en effet compte de l'effet additif du paracétamol (palier I), avec les opioïdes de palier II et III.
Expert 23	A mon avis, cette façon de formuler va continuer à inciter à la prescription quasi automatique d'opioïdes. Par exemple, les patients qui ont une fracture ont souvent une douleur à plus de 6/10 et se voient aujourd'hui prescrire systématiquement des opioïdes. Quand on prend le temps d'expliquer que la douleur sera maitrisée par l'immobilisation et qu'on explique les effets indésirables potentiels (ce qui est rarement fait malheureusement), beaucoup de patient ne souhaitent pas recevoir d'opioïdes. Afin de limiter ce risque, je propose que cette recommandation 24 ne soit pas dissociée des recommandation 25, 27 et 28.
Expert 28	Je pense qu'il est mieux de préciser "douleurs aiguës et sévères en particulier NOCICEPTIVES" pour éviter le mésusage en douleurs neuropathiques, ce d'autant qu'on recommande ensuite l'association à d'autres molécules.
Expert 30	Plutôt d'accord avec la 2ème phrase. Pour la 1ère phrase : - les médicaments opioïdes regroupent les opioïdes faibles et forts. - pour la douleur aiguë postopératoire, leur indication est classiquement basée sur l'évaluation de l'intensité de la douleur, douleur modérée ==> opioïde faible (+ analgésiques non morphiniques ANM), douleur sévère ==> opioïde fort + ANM - pour la douleur aiguë dans un autre contexte, traiter des douleurs modérées uniquement avec des ANM me parait compliqué : cette phrase mérite une précision. Bref : difficile en 1 phrase de synthétiser l'indication des opioïdes au sens large pour la douleur aiguë.
Expert 31	Ils doivent TOUJOURS être utilisés en association avec d'autres antalgiques.

Expert 38	Les échelles d'auto-évaluation de la douleur (EVA/EN) mettent en évidence la subjectivité du ressenti de la douleur. Ils ne correspondent pas à une mesure objective du niveau de douleur sur laquelle on peut baser un protocole de traitement. Ce sont des outils de dépistage et de suivi de la douleur.
Expert 44	Pourquoi écrire "le plus possible" et pas "toujours" ou "toujours (hors contre-indications)"
Expert 49	Prescription de courte durée et réévaluation

25

Dans certaines situations cliniques, les opioïdes ne sont pas recommandés en première intention même en cas de douleur aiguë sévère, à titre non exhaustif : douleurs dentaires, lombalgie aigüe, traumatismes simples du rachis (contractures musculaires, syndrôme du « whiplash » cervical) et distaux des membres (entorses, ou blessures mineures sans signes de lésions tissulaires), coliques néphrétiques. Ils sont recommandés en seconde intention lorsque le soulagement de la douleur n est pas atteint avec les antalgiques non opioïdes (par exemple, paracétamol et AINS en l absence de contre-indication).

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	3	0	3	9	31	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	93.88	2.04

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 8	On pourrait évoquer les fibromyalgies qui, bien que discutées, sont largement pourvoyeuses de consommation d'opioïdes.
Expert 13	Cette question est redondante
Expert 17	A supprimer car déjà mentionné en 2 Même remarque : Le dernier paragraphe associe des situations trop différentes avec des douleurs chroniques non cancéreuses ou je partage la mise en garde "migraine, dysfonctionnelles abdomino-pelviennes chronique" et des situations aiguës ou les opioïdes peuvent avoir une place en traitement court "douleurs dentaires, lombalgie aiguë, traumatismes distaux des membres (entorses, ou blessures mineures sans signes de lésions tissulaires), coliques néphrétiques"
Expert 19	V. Commentaires plus haut sur l'interprétation des différentes études (ex Sin ; Zanji...)
Expert 20	Il y a certaines douleurs aiguës et sévères qui exigent l'emploi en première intention de médicaments antalgiques opioïdes sans prendre en compte l'origine de la douleur mais simplement l'intensité de celle-ci surtout si elle est qualifiée d'insupportable par la personne concernée. Or, ce dernier ressenti varie beaucoup d'un individu à l'autre et si l'on ajoute qu'il est beaucoup plus difficile d'éradiquer une douleur lorsqu'elle est installée, il ne faut donc pas écarter d'emblée la possibilité en fonction des situations et des personnes, d'utiliser des médicaments antalgiques opioïdes en première intention.
Expert 21	Coliques néphrétiques ?
Expert 22	Je suis mitigée en termes de bénéfice risque sur l'emploi des AINS en première intention versus les opioïdes pour les douleurs de coliques néphrétiques
Expert 31	Cette recommandation semble applicable à toutes les situations cliniques cf. n°24
Expert 32	Je renvoie à ma demande générale sur ces "pas recommandés" (fin du formulaire). Par exemple rajouter (Leur usage est toutefois toléré dans des circonstances exceptionnelles, qui devront faire l'objet d'un argumentaire détaillé dans le

	dossier médical).
Expert 33	"whiplash" ne parle pas aux non spécialistes. Mieux vaut mettre "coup du lapin " ou "entorse cervicale"
Expert 48	Le terme "ils sont recommandés en seconde intention" est à mon avis trop fort et semble inclure tous les antalgiques opioïdes ; il devrait plutôt être remplacé par "certains peuvent être utilisés"

26

Ils ne sont pas recommandés même en deuxième intention dans la migraine, quelle que soit l intensité de la douleur.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	1	3	38	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.84	8.16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Mais recommandés dans l'hémorragie intracrânienne et les HTIC. Tout le problème est de poser le diagnostic de migraine correctement en aigu. Au SU en tous cas. En ville le problème se pose sans doute différemment, car en cas de doute diagnostic, il y a réorientation vers le SU.
Expert 32	Pas recommandés mais pas interdits (certains patients le nécessitent selon des témoignages) Je renvoie à ma demande générale sur ces "pas recommandés" (fin du formulaire). Par exemple rajouter (Leur usage est toutefois toléré dans des circonstances exceptionnelles, qui devront faire l'objet d'un argumentaire détaillé dans le dossier médical).

27

Pour les douleurs péri-opératoires, une analgésie multimodale associant mesures antalgiques non médicamenteuses, médicaments non opioïdes et médicaments opioïdes est recommandée, plutôt que des médicaments antalgiques opioïdes en monothérapie.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	2	41	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.88	6.12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 17	Mentionner opioïdes en secours de traitement non médicamenteux et médicaments non opioïdes (ANO) ; la monothérapie opioïde n'est jamais utilisé en France ; cf. audit France de 2008 montrant 90% d'utilisation des ANO

28

Il n est pas recommandé de prescrire des médicaments antalgiques opioïdes pour le traitement de douleur aiguë non sévère en première intention. Ils pourront être proposés en seconde intention en l absence d amélioration avec les médicaments antalgiques non opioïdes dans le cadre de douleurs modérées. La douleur devra être réévaluée rapidement (48h à 72h) afin d évaluer si une antalgie satisfaisante a été obtenue, ou s il est nécessaire de prescrire des médicaments antalgiques opioïdes.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	1	2	8	35	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	La douleur devra être réévaluée rapidement, 48h-72h est un délai un peu long dans le cadre d'une douleur aigue
Expert 7	En milieu hospitalier pas de problème pour réévaluer la douleur mais en ville, en EHPAD la réévaluation et la represcription est vraiment plus compliquée
Expert 20	Tout dépendra de cette douleur aiguë car attendre 48/72H peut être très difficile dans certains cas et peut entrainer en cas de persistance, un abus de ces antalgiques non opioïdes en première intention pouvant entrainer des cas de surdose grave. Je ne serai donc pas aussi affirmatif sur le fait de les écarter tout de suite.
Expert 30	En postopératoire, il est impératif, pour prévenir le risque de chronicisation, d'obtenir une résolution rapide et durable de l'intensité de la douleur. Dans un contexte prévisible de douleur postopératoire d'intensité faible à modérée, la prescription dès la phase initiale d'un traitement de secours par opioïdes faibles en association aux autres traitements non opioïdes se justifie, dans le but d'assurer dès la phase postopératoire précoce une résolution de la douleur optimale.
Expert 31	En douleur aiguë, la douleur doit être réévaluée (ou auto-réévaluée) sur un intervalle beaucoup plus court que 48-72h.
Expert 32	48h à 72 heures de souffrance ce n'est pas un soulagement rapide.
Expert 41	Évaluation de la douleur plus régulière. Réévaluation 48-72h trop long
Expert 48	"ils pourront être proposés" je ne pense pas que cela soit vrai pour tous les antalgiques opioïdes ; préciser "certains pourront être proposés"

29

Le fentanyl transmuqueux, d action rapide, n est pas indiqué pour le traitement de douleur aiguë, ni recommandé en raison du risque important de dépression respiratoire fatale.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.29

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	3	1	2	3	35	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.08	89.80	6.12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.35	95.65

Expert	Commentaires
Expert 4	Le fentanyl transmuqueux est indiqué seulement pour les accès douloureux paroxystiques chez des patients qui ont déjà un traitement antalgique de fond avec une dose EMO de 60 mg/jour
Expert 13	Le fentanyl transmuqueux est indiqué pour le traitement des accès douloureux paroxystiques mais chez des patients recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Il serait

	important de le rappeler dans la question, tant la prescription hors AMM de ce médicament est fréquente en pratique clinique et contribue aux situations de trouble de l'usage des opioïdes. Cf PDF de la question 194.
Expert 14	Quelles sont ses indications ?
Expert 18	Il est indiqué pour les douleurs paroxystiques chez le patient cancéreux douloureux chronique, et non pour les douleurs aiguës.
Expert 20	Ce sont plutôt les risques de mésusage hors AMM qui sont à craindre et les dommages selon les voies d'administration (buccale ou nasale) mais les risques de dépression respiratoire grave sont effectivement aussi à prendre en compte...
Expert 25	Tout dépend de la tolérance du patient aux autres opioïdes.
Expert 29	En médecine d'urgence, pour sa facilité d'administration, le fentanyl par voie intranasale chez l'enfant représente un choix sécuritaire et particulièrement efficace. Cela bien sûr uniquement lors d'une prise en charge par une équipe médicale préhospitalière ou aux urgences. La pose d'une voie veineuse chez l'enfant (pour titration morphinique) étant très pénible pour l'enfant, et souvent chronophage, de nombreux travaux en Australie et aux USA montrent la sécurité clinique du fentanyl intranasal chez l'enfant, et avec près de 20 ans de recul, de nombreux auteurs estiment qu'il s'agit d'une plus-value incontestable.
Expert 30	Peut-être préciser : Le fentanyl transmuqueux, délai d'action rapide et durée d'action courte, n'est pas indiqué pour le traitement de douleur aiguë, ni recommandé en raison du risque important de dépression respiratoire fatale. Son usage doit être strictement réservé aux accès douloureux paroxystiques de la douleur du cancer.
Expert 31	Sauf à asservir son administration selon une modalité de type PCA, avec période d'interdiction et dose maximale sur 4h.
Expert 36	Et du risque addictif...et jamais seul
Expert 48	Plus clair de préciser : le fentanyl transmuqueux a une indication unique : les accès paroxystiques chez les patients adultes utilisant des morphiniques pour traiter les douleurs chroniques d'origine cancéreuse

30

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 0
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	2	1	0	3	4	38	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.12	93.88	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.12	93.88

Expert	Commentaires
Expert 7	Il ne faut pas que l'informer mais le former
Expert 9	Dans la douleur aiguë sévère, le risque de surdose est moindre que dans les prescriptions "chroniques" et l'indication de la naloxone prête à l'emploi n'est pas pour toute prescription de médicaments opioïdes
Expert 12	Cf remarque précédente sur le même sujet.
Expert 17	La naloxone est utilisée et disponible pour les soignants pas pour le patient. Je ne vois pas la logique de proposer la naloxone « prête à l'emploi » dans le cadre de la douleur aiguë ; comment et qui l'utiliserait ?
Expert 20	La naloxone étant sans danger et simple d'utilisation, sa prescription est recommandée dans de nombreux cas comme ceux identifiés dans le commentaire page 9.
Expert 44	À modérer peut-être en précisant "d'autant plus que le risque de mésusage est important"
Expert 45	Comment évaluer la pertinence d'une prescription de naloxone prête à l'emploi ?

2.1.1.2. Modalités d utilisation hors chirurgie

En médecine ambulatoire

31

Quand il est indiqué et si le rapport bénéfices/risques est favorable, il est recommandé de prescrire un opioïde :
- à la dose efficace la plus faible ;
- à libération immédiate uniquement ;
- et pour la durée la plus courte possible (1 à 3 jours).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	3	9	33	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Il est recommandé auprès des pharmaciens de déconditionner les médicaments prescrits en ville afin que les patients ne reçoivent que les comprimés prescrits après leur chirurgie : ni plus ni moins
Expert 6	Si on entend par opioïdes les opioïdes "faibles". A mon sens il n'existe pas d'indication à l'initiation d'un traitement morphinique en ville sur une douleur aiguë chez un patient non cancéreux.
Expert 9	Oui durée courte, oui dose la plus faible efficace, non pour LI uniquement (plus de risque de mésusage ?)
Expert 12	"et pour la durée la plus courte possible (1 à 3 jours)." Dans un monde idéal la durée devrait correspondre à la durée attendue de la période de douleur intense. En pratique la durée de primo-prescription doit être adaptée à la réévaluation.
Expert 13	Indiquer la durée la plus courte, sans préciser 1 à 3 jours ou le mettre en exemple, car ça va dépendre de la cause sous-jacente
Expert 33	Pourquoi interdire une forme LP, même pour quelques jours (TRAMADOL 50 LP utilisable pour des douleurs modérées et pour durées brèves)
Expert 45	Durée la plus courte possible à condition qu'il existe une réévaluation de la douleur la plus rapide possible

32

Une réévaluation rapide est recommandée (sous 2 à 4 jours) pour adapter la prescription en fonction de l antalgie obtenue. Si un traitement antalgique opioïde est toujours nécessaire, une forme à libération prolongée sera proposée.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.09

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	0	4	14	25	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	93.75	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.26	95.74

Expert	Commentaires
Expert 4	Une forme LP peut être envisagée si nécessaire selon le type et la chronologie de la douleur
Expert 7	Toujours difficile à réaliser en ville ou en EHPAD
Expert 12	"Si un traitement antalgique opioïde est toujours nécessaire, une forme à libération prolongée sera proposée." Proposition : "pourra être proposée" plutôt que "sera proposée". En effet il est toujours difficile d'estimer la durée d'un épisode douloureux intense. En cas de recours à des opioïdes forts aux posologies du palier 3, une situation à risque de surdosage est l'amélioration spontanée du tableau douloureux avec des périodes d'intensité absente à faible (EVS) lors qu'il existe un traitement de fond en continu sous forme LP.
Expert 17	Pour mon sujet comme représentant SFAR qui est la douleur aiguë, on ne prescrit pas un opioïde LP après 2-4 j. Un opioïde LI pdt 1 semaine en secours est une bonne pratique
Expert 19	Je ne comprends pas cette recommandation et ne vois pas sur quel argument elle repose. Elle semble en contradiction avec tout ce qui est préconisé par ailleurs si on est toujours dans le cadre d'une douleur aigue.
Expert 30	Je modérerais : "Si un traitement antalgique opioïde est toujours nécessaire, que le patient consomme 4 ou plus comprimé à LI / 24h et que la durée prévisible de traitement dépasse 1 (ou 2) semaine(s)", une forme à libération prolongée sera proposée"
Expert 31	La réévaluation rapide est pertinente. Toutefois la prescription d'une forme à libération prolongée d'opioïde dans le

	cadre d'une analgésie multimodale en douleur aiguë est discutable. Si les opioïdes forts sont considérés comme un traitement de dernier recours dans ce contexte, l'administration d'une forme à libération prolongée ne permet plus d'ajuster le niveau d'analgésie avec une granularité suffisante pour suivre la décroissance, attendue, de la douleur.
Expert 36	Oui et oui Rarement observé la réévaluation sous 2 à 4 jours...
Expert 37	Une forme à libération prolongée peut être proposée mais pas de façon systématique.

33

Il est recommandé de prescrire pour une durée de 7 à 14 jours et de réévaluer régulièrement le patient afin de s assurer du soulagement de la douleur et, à l inverse, de ne pas poursuivre un usage d opioïde qui n est plus justifié.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	0	1	2	6	35	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	93.62	2.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.35	95.65

Expert	Commentaires
Expert 13	Oui mais à reformuler pour être dans la suite chronologique de la question 31.
Expert 19	Même commentaire que ci-dessus
Expert 32	7 à 14 jours sont pertinents la plupart du temps mais dans certaines circonstances sont trop longs.
Expert 36	Idem
Expert 37	Délai maximal de 7 jours pas le double !
Expert 48	Je suppose que la durée de 7 à 14 j correspond à des facilitations de prescription ; néanmoins, la durée "la plus courte possible" me semble plus adaptée

Aux urgences

34

Dans des circonstances où un opioïde est indiqué avec un rapport bénéfices/risques favorable, il est recommandé de prescrire un opioïde par la voie intraveineuse (IV), voie la plus efficace et la plus sûre, en titration selon un protocole adapté. Ainsi, la morphine est administrée en titration IV avec des bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg (patient ≥ 60 kg) toutes les cinq à sept minutes, applicable à toutes les situations d'urgence, y compris chez les sujets âgés de moins de 85 ans.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.96

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	5	3	3	8	22	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	1 à 2 mg IV chez patient de moins de 60kg 2 à 3 mg IV chez patient de plus de 60 kg
Expert 6	Y compris chez les sujets âgés de PLUS de 85 ans je suppose ...
Expert 17	La titration intraveineuse est une bonne technique de dose de charge sur douleur intense à sévère ; elle doit être réalisée dans un contexte de surveillance pdt et après (1h) sa réalisation en SSPI (reco 5.2 document joint)
Expert 28	Je rajouterais : « Ce type de protocole doit être interrompu une fois la titration réalisée »
Expert 31	En pratique, en dehors des populations les plus à risques de dépression respiratoire, l'administration d'un bolus initial de 0,1mg/kg tel que recommandé en n°35, semble souhaitable en douleur aiguë et présenter un rapport bénéfice-risque suffisant lorsqu'il est effectué dans un service d'accueil des urgences.
Expert 32	Si c'est jusqu'à 85 ans, des bolus de 1 mg peuvent être préférables dans certains cas. Certaines personnes âgées mais de moins de 85 ans peuvent être "fragiles".
Expert 33	Titration trop lente pour une douleur très intense (comme noté dans la reco suivante)
Expert 43	Prendre en compte la situation clinique du patient, le contexte (urgence ou non), les fonctions rénale et hépatique
Expert 44	Ne faudrait-il pas préciser un plafond de dose ? 15 à 20 mg ? Nécessitant une réévaluation en cas d'échec d'analgésie ?
Expert 45	Sujets âgés : 1mg ? Pourquoi le cut-off à 85 ans ?
Expert 48	- protocole adapté en fonction du terrain principalement de l'âge du patient - 5 à 7 min : ne se prononce pas; préciser les réf.

35

Dans certaines conditions de surveillance renforcée, un bolus initial de 0,1 mg/kg est nécessaire et recommandé (par exemple chez le drépanocytaire) avant de réaliser une titration standard pour éviter des délais d antalgie trop longs.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.41

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	4	3	27	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	77.08	22.92

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	La formulation est fausse. A ma connaissance, le bolus n'est validé que dans la drépanocytose (Recommandations de médecine interne 2015). Cela est également admis en cas de prise en charge SMUR du fait du ratio soignants/patients > 1. Donc c'est soit dans des circonstances de surveillance renforcée, soit chez le

	drépanocytaire. Mais le drépanocytaire n'est pas un exemple de surveillance renforcée.
Expert 30	A administrer en iv lente sur quelques minutes.
Expert 32	Si possible un bolus un peu prolongé (5 mn environ) .
Expert 48	Ce bolus doit être en fonction du terrain, principalement de l'âge ; préciser et réf.

36

En cas d insuffisance rénale aiguë ou chronique, la titration morphinique intraveineuse sera adaptée (posologie réduite des bolus et/ou intervalle interdose rallongé), comme chez le patient de plus de 85 ans.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	5	4	32	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	87.50	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 1	Modalités de surveillance en fonction de la clairance : dans un secteur à surveillance renforcée
Expert 6	Dans l'insuffisance rénale aiguë, surtout si rapidement régressive comme souvent au SU, pas de données claires à ma connaissance. Dans l'insuffisance rénale chronique, le risque d'accumulation est certain, et c'est surtout s'il y a un relai après titration que le risque est majeur. Alors que pour le sujet âgé c'est le risque de mauvaise tolérance immédiate qui est augmenté, donc effectivement on adapte un peu de la même façon avec très peu de données cliniques, mais la formulation qui mélange les deux n'est pas claire. Ou alors vous voulez dire que tout patient âgé est à considérer comme insuffisant rénal ?
Expert 14	Pas de réduction de la dose mais augmentation de l'intervalle, c'est le métabolite actif qui s'accumule chez l'IR et pas la morphine.
Expert 30	D'accord pour le grand vieillard : pas de données dans la littérature. En cas d'insuffisance rénale, pas de raison de modifier le protocole de titration, la pharmacocinétique n'est pas fondamentalement modifiée. C'est pour l'entretien du traitement qu'il peut être justifié d'adapter posologie et/ou intervalle des doses, en raison d'un risque d'accumulation de métabolites actifs.
Expert 31	Il serait souhaitable de définir le niveau de clairance de la créatinine des patients considérés comme insuffisant rénal.
Expert 32	Dans mon expérience la Morphine n'est pas l'antalgique de choix en cas d'insuffisance rénale. L'accumulation rapide de métabolites M6G amène des confusions et des somnolences.
Expert 33	Sur quoi est basée la limite à 85 ans ? L'âge physiologique est plus important que l'âge réel (éthylique dénutri de 70 ans mérite une titration lente)
Expert 48	85 ans : ne se prononce pas ; réf. ?

37

Quand la voie orale est utilisée, seuls les opioïdes à libération immédiate sont recommandés.

Une réévaluation rapide (sous 2 à 4 heures) est recommandée pour adapter la prescription en fonction de l antalgie obtenue.

La voie sous-cutanée n a d intérêt ni aux urgences ni en hospitalisation sauf en cas d impossibilité d utiliser la voie orale et la voie IV.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.18

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	3	4	4	30	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Si on utilise une voie orale aux urgences, on réévalue à 1h pour faire une titration. A 4h le médicament n'agit plus. OK pour la voie sous cutanée
Expert 4	La voie sous cutanée n’est pas privilégiée en urgence sauf en cas d’impossibilité d’utilisation la voie orale et la voie IV
Expert 12	Pour la morphine ou oxycodone orale, une réévaluation à +1h est possible
Expert 13	Il aurait été intéressant d'y associer quelques explications dans la question (injection sous-cutanée douloureuse, résorption variable, etc.)
Expert 19	Pourrait-on préciser qu'une titration per os est possible lors de l'initiation du traitement avec des réévaluations plutôt à 45 - 60 minutes.
Expert 30	Il faut s'inspirer des SOR de la SFETD 2002 sur douleurs du cancer :

	"En cas de douleurs mal soulagées, le malade peut prendre une dose de 5 à 10 mg (environ 10 % de la dose journalière) toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4 heures avant d'en référer au médecin. Si le malade n'est pas soulagé après ces 4 prises successives, une réévaluation éventuellement est nécessaire"
Expert 31	Le délai d'action des formes à libération immédiate rend souhaitable une réévaluation plus précoce, par exemple dans l'heure suivant l'administration, afin de pouvoir s'approcher d'un concept de "titration orale".
Expert 38	La voie SC à un intérêt en hospitalisation conventionnelle en cas de difficulté à obtenir une voie veineuse ; elle ne doit être utilisée qu'en cas d'absence de voie IV

38

Pour la réalisation de gestes douloureux, la titration de la morphine intraveineuse ne permet pas des conditions de sécurité, d efficacité et de maniabilité satisfaisante pour une sédation procédurale. D autres modalités analgésiques et/ou sédatives lui sont préférables (protoxyde d azote, anesthésie locale par xylocaïne, kétamine, etc.) en fonction du geste envisagé.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	3	0	9	29	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	C'est bien de "mélanger" aussi par exemple le protoxyde d'azote + opioïde
Expert 32	Il y a 2 contextes différents avec et sans anesthésiste. La présence d'un anesthésiste est un facteur de sécurité et permet une meilleure analgésie. L'utilisation de la kétamine par un non-anesthésiste est discutable https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69278297&typedoc=R CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE Stupéfiant. Prescription limitée à 28 jours, en toutes lettres sur ordonnance sécurisée. Médicament réservé à l'usage hospitalier. Médicament pouvant être administré par tout médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine d'urgence dans les cas où il intervient en situation d'urgence ou dans le cadre d'une structure d'assistance médicale mobile ou de rapatriement sanitaire (article R.5121-96 du code de la santé publique).
Expert 38	La morphine peut néanmoins être associée dans certains cas aux traitements cités

En service d hospitalisation

39

Il est recommandé de limiter l utilisation des opioïdes aux patients souffrant :
- de douleurs sévères ;
- de douleurs modérées :
    - qui n ont pas répondu au traitement par antalgiques non opioïdes,
    - lorsque le traitement par antalgiques non opioïdes est contre-indiqué ou prévu comme étant inefficace.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	1	1	1	5	37	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	93.75	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.26	95.74

Expert	Commentaires
Expert 6	La formulation qui mélange tous les opioïdes me gêne. Dans les douleurs sévères hors migraine, colique néphrétique etc., on utilise la morphine titrée en première intention. Donc en structure d'urgence ou en tous cas hospitalière. Dans les douleurs modérées, on peut utiliser le tramadol en 2ème intention après paracétamol/AINS. En PO, donc en hospitalier comme en ville. Et l'initiation d'un traitement morphinique en ville dans la douleur aigue du patient naïf, compte tenu de l'argumentaire 2.2.1, cela parait déraisonnable. Dans la mesure où essayer les traitements médicamenteux non opioïdes, puis les opioïdes faibles, et les traitements non médicamenteux prend du temps, on sort de la douleur aiguë au sens strict. Après cela ne prend peut-être pas 6 mois donc on n'est effectivement pas dans le champs de la douleur chronique au sens

	strict, mais valider l'usage de la morphine chez le patient naïf non cancéreux en ville parait dangereux au vu de la littérature. De plus, je ne comprends pas ce que veut dire "prévu comme étant inefficace". Quels sont les facteurs prédictifs d'échec des antalgiques non opioïdes dans la douleur aiguë chez le patient naïf de morphine ??? La douleur neuropathique ? Le tramadol a sa place. La douleur projetée anxieuse ? Les opioïdes n'ont pas leur place ni en 1ère ni en 2ème intention. Peu compréhensible.
Expert 25	Et en substitution si cela est nécessaire après échec des traitement déjà existants
Expert 31	La ligne "lorsque le traitement par antalgiques non opioïdes est contre-indiqué ou prévu comme étant inefficace." semble sans objet
Expert 48	Absolument préciser : - de limiter l'utilisation des opioïdes DANS LE RESPECT DU RCP DE CHAQUE MEDICAMENT aux patients souffrants ; - les points sur la non-réponse aux non opioïdes et les CI sont aussi applicables pour les douleurs sévères.
Expert 49	Limiter au temps de l'hospitalisation

40

S ils sont utilisés, il est recommandé d utiliser des opioïdes à libération immédiate pour la titration puis d utiliser la dose d opioïde efficace la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible. Il est préférable d utiliser la voie d administration orale.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	3	6	36	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	93.75	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.17	97.83

Expert	Commentaires
Expert 1	Une titration par voie orale est difficile mais il s'agit sans doute d'utiliser ce concept au sens pharmacologique du terme : titrage d'une dose suffisante pour le soulagement du patient
Expert 6	Même réflexion qu'au-dessus : mélanger les opioïdes me gêne. Soit la douleur est aiguë sévère hors lombalgie aiguë, colique néphrétique, migraine et douleur dentaire : il faut une titration IV en morphine, donc aux urgences, et dans 90% des cas il n'y aura pas besoin de relai oral (soit PCA, soit traitement étiologique ... soit parfois PCA chez drépanocytaire ou pancréatite ou post-op, bref hors découverte de cancer, le relai PO morphinique est rare). Soit la douleur n'appartient pas à ce champ, et il y a indication à opioïdes faible mais pas de morphine. Auquel cas effectivement ce sera de la forme orale rapide, pour lesquels, compte tenu de la pharmacocinétique, une réelle titration est difficile. L'important est de démarrer à faibles doses et surtout sans prise systématique ("à la demande" en complément des autres antalgiques), pour une durée la plus courte possible. Ce que la formulation suggère, à savoir un mélange de ces 2 cadres, me semble inadapté.
Expert 28	Je rajouterais : S'ils sont utilisés, il est recommandé d'utiliser des opioïdes à libération immédiate pour la titration puis d'utiliser la dose d opioïde efficace la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible. Il est préférable d'utiliser la voie d'administration orale lorsque celle-ci est possible.
Expert 38	Préférable d'utiliser la vie orale sauf en cas de douleurs aigue intense (qui peut aussi survenir en hospitalisation, pas qu'aux urgences)
Expert 48	Est-ce "il est préférable" ou "si possible" ?

Lors de la sortie des urgences ou de l hôpital

41

Il est recommandé de prescrire des antalgiques opioïdes seulement s ils sont indiqués et si l intensité de la douleur reste sévère, soit parce que le traitement étiologique est différé, soit parce que son délai d action est long.

A la sortie des urgences ou d un séjour court à l hôpital, seuls les opioïdes à libération immédiate sont recommandés, à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte, (2 à 3 jours).

A la sortie d une hospitalisation plus longue, au cours de laquelle le patient a été équilibré avec un antalgique opioïde à libération prolongée, la poursuite de ce traitement peut être envisagée si la prise en charge de la cause de la douleur n est pas terminée.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	3	9	32	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 7	Ne pas oublier à la sortie des urgences de renvoyer le patient vers son médecin traitant ou un spécialiste et bien lui expliquer les traitements
Expert 22	On pourrait citer la douleur du cancer en exemple
Expert 25	Et en cas de dépendances aux opioïdes non stabilisés avec un suivi addictologue et évaluation du traitement adapté
Expert 30	Je rajouterai : Dans ce cas une réévaluation du bénéfice-risque du traitement doit être planifiée dans des délais raisonnable à définir au cas par cas en fonction du contexte et régulièrement (toutes les 4 semaines par exemple).
Expert 31	La distinction court/long séjour est ténue. Un court séjour en post urgences peut durer suffisamment longtemps pour équilibrer un traitement par opioïde à libération prolongé dans des contextes spécifiques, par exemple dans la douleur cancéreuse d'acutisation récente.
Expert 32	Des recommandations de type "sortie de l'hôpital de jour" sont nécessaires (conduite automobile et précautions, reconnaissance d'un surdosage, éventuellement naloxone)
Expert 33	Du TRAMADOL 50 LP peut être utilisé en sortie d'hospitalisation, pour quelques jours
Expert 44	Dans la dernière phrase préciser la poursuite de ce traitement "au maximum à la même dose"

42

Il est recommandé de demander aux patients s il existe déjà dans la pharmacie familiale des médicaments antalgiques opioïdes et d en tenir compte lors de la rédaction de la prescription d opioïdes.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	0	2	4	1	4	5	28	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	10.42	87.50	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.64	89.36

Expert	Commentaires
Expert 1	Si les médicaments sont stockés mais périmés ou que le patient ou l'entourage se trompe dans les noms des médicaments, il peut y avoir un mésusage ou des erreurs à domicile
Expert 6	Il faut rechercher l'existence de tout médicament antalgique dans la pharmacie familiale, expliquer que s'il y a des opioïdes il faut les rendre à la pharmacie ou ne pas les utiliser pour le patient, mais la rédaction de la prescription ne doit mentionner qu'une modification d'un traitement préalable, et les précautions nécessaires (dont "ne pas mélanger à de l'automédication"). Il ne me parait pas licite de tenir compte par écrit du reste de tramadol prescrit lors d'une fracture du petit dernier il y a 6 mois. La mention "poursuite du traitement de fond à l'exclusion de tout traitement antidouleur" peut sembler adaptée en plus du non-recours à l'automédication.
Expert 8	Assez théorique. En pratique, ils ne savent pas toujours, voir rarement.
Expert 14	Je ne comprends pas le sens de cette recommandation
Expert 16	La phrase n'est pas claire. Il faut expliquer l'intérêt de cette prise en compte dans la prescription qui peut paraître compréhensible si c'est une sortie des urgences mais pas si c'est une sortie d'une séjour long.
Expert 31	Difficile en pratique pour le patient d'identifier les "médicaments antalgiques

	opioïdes".
Expert 36	Qui le demande ? médecin ou pharmacien ? Pas forcément pertinent sur une 1ère prescription !? et en sortie d'hôpital ?
Expert 43	Bien sûr, mais beaucoup de personnes ne connaissent que les indications des médicaments qu'ils ont dans leur pharmacie (pour les maux de tête, car j'ai eu mal au ventre, pour la bronchite...). Très peu de personne connaissent les classes médicamenteuses et les associations dangereuses. INSISTER sur la nécessité de ne pas stocker leur traitement et de LIRE les notices des médicaments avant chaque prise même s'ils les ont déjà pris.
Expert 45	En pratique très peu "rentable"... Le patient sait rarement ce qu'il y a dans la pharmacie familiale et si les médicaments ne sont pas périmés Peu d'intérêt par rapport à la recherche de signes de risques de mésusage
Expert 49	Important de lister les noms des médicaments à base d'opioïdes

43

Il est recommandé d informer le patient de la nécessité de prendre rendez-vous à la sortie des urgences ou du service d hospitalisation avec son médecin traitant en vue d une réévaluation de l efficacité et la tolérance du traitement dans un délai maximal de 7 jours. La réévaluation devra être précoce et répétée chez le sujet âgé.

L évaluation par le médecin traitant de la pertinence du renouvellement de la prescription de médicament antalgique opioïde est recommandée en fonction de la situation clinique et du rapport bénéfices/risques, et le cas échéant, le traitement sera prescrit sur une courte durée. Il est nécessaire d anticiper à terme l arrêt du traitement.

Une coopération pluriprofessionnelle entre, les médecins hospitaliers, le médecin traitant et le pharmacien est souhaitable.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	2	9	35	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 6	Mais les modalités pratiques de ce relai (envoi électronique compte tenu du délai très court, prévenir le MT voire prise du RDV chez le MT ...) sont toujours non uniformes, et ne devraient pas être laissées à la charge du seul patient dans ce contexte. L'autonomie du patient certes, mais il s'avère que la situation démographique de la médecine de ville ne permet qu'une réactivité relative, et que le risque de rupture de suivi immédiat est majeur.
Expert 15	OUI+++
Expert 18	Il est préférable que ce soit le service des urgences ou d'hospitalisation qui informe le médecin traitant et qui prenne (si possible) le rendez-vous => meilleure observance et compliance. La coopération pluriprofessionnelle n'est pas "souhaitable", elle est "indispensable".
Expert 23	Peut-être que cela viendra plus loin dans ce questionnaire, mais il doit y avoir des recommandations sur les effets indésirables +++ également, je ne vois toujours pas apparaitre cette rubrique. L'information doit être fournie au patient mais aussi à son entourage +++
Expert 32	Ceci suppose que le secrétariat envoie une lettre rapidement. Ce qui n'est pas toujours ce que constatent les généralistes. Le mail sécurisé trouve là notamment une raison majeure d'être mis en place de façon généralisée !!! (je souligne)
Expert 36	Tout dépend si on est sur un traitement LI ou LP Le médecin traitant aura-t -il reçu le CR de l'hôpital à 7 jours ?? Oui +++ pour la coopération entre PS avant sortie ne serait-ce que pour la

	commande/fourniture des médicaments. Pas souhaitable, recommandée, obligatoire...
Expert 49	Important d'informer aussi le médecin traitant

2.1.1.3. Douleur aiguë post-opératoire

Précautions spécifiques à la prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire

44

Il est recommandé d identifier de façon précoce les patients à risque de développer une douleur postopératoire sévère et/ou une douleur chronique post-chirurgicale, en recherchant :
- les facteurs de risque pré-opératoires : une douleur y compris en dehors du site opératoire, la consommation d opioïdes au long court, des facteurs psychiques tels que l anxiété ou la dépression ;
- les facteurs de risque postopératoires de chronicisation de la douleur postopératoire, : une douleur postopératoire immédiate intense à l aide d une échelle numérique, une prolongation inhabituelle de la douleur, une douleur neuropathique précoce au moyen du questionnaire DN4 (cf. annexe 4).

Il est également recommandé de rechercher une hyperalgésie préopératoire, situation de vigilance à traiter avant la chirurgie.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	4	7	28	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention pour la recherche du niveau de douleur : intense de même que pour l'identification de la douleur neuropathique les échelles EN et DN4 ne sont pas utilisables chez tous les patients. Celles-ci peuvent être mentionnées mais une douleur intense et une douleur neuropathique doivent être recherchées même si ces outils ne sont pas utilisables (par exemple chez un patient âgé)
Expert 13	Écrire au "long cours"... Globalement, le français est à revoir dans les 2 documents. Cf aussi commentaires dans la pièce attachée à la question 194.
Expert 18	Questionnaire DN4 en annexe 6 et non 4 LE QUESTIONNAIRE DN4 EST UN QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE ET NON DE DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES. Le questionnaire de dépistage doit être suivi de l'examen clinique du patient
Expert 22	Faute d'orthographe : au long cours À noter la nécessité d'être vigilant lors des consultations d'anesthésie préopératoires et de rechercher les facteurs favorisant les risques de chronicisation de douleur (questionnaire d'Eliane FERRAGUT)
Expert 30	Je ne comprends pas la dernière partie "Il est également recommandé de rechercher une hyperalgésie préopératoire, situation de vigilance à traiter avant la chirurgie"
Expert 31	On pourrait ajouter les chirurgies les plus à risque de chronicisation douloureuse ici.

45

Les facteurs chirurgicaux de risque de chronicisation de la douleur postopératoire sont : le type de chirurgie (thoracotomie, chirurgie mammaire, sternotomie et prélèvement de crête iliaque), les reprises chirurgicales, la présence de douleurs préopératoires sur site plus fréquente, une durée de la chirurgie supérieure à 3 h.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.50

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	1	3	27	14

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	70.83	29.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	L'ensemble des facteurs de risque de passage à la chronicité ne sont pas cités (SFAR 206 entre autres R1.1 à R1.3 des recommandations en PJ) et le lien avec les recommandations n'est pas clair
Expert 17	Je rajouterais lésion nerveuse peropératoire
Expert 31	Les chirurgies présentées ne sauraient être exhaustives, aussi il semble souhaitable de ne pas préciser les chirurgies concernées ou de le faire de façon plus extensive et en accord avec la littérature actuelle, amenée à évoluer. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet 2019;393: 1537-46

46

Il est recommandé :
- d informer de façon adéquate le patient sur les risques et les avantages des médicaments et des procédures utilisées pour obtenir une efficacité maximale de la part des traitements ;
- d utiliser des outils d évaluation de la douleur (adaptés aux capacités cognitives des patients) afin d ajuster les prescriptions en fonction du niveau de l antalgie obtenue ;
- d assurer une surveillance appropriée de la sédation, de la dépression respiratoire et des autres effets indésirables et prescrire d éventuels traitements symptomatiques en cas de nausées, vomissements.
- de repérer précocement les patients qui continuent de consommer des opioïdes plus de deux semaines en post-opératoire.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	1	5	38	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Même réflexion que pour l'item 43 : compte tenu des retours à domicile précoces, cela demande une organisation pratique car la plupart du temps, la réévaluation par le chirurgien ne se fera pas à 2 semaines. Une consultation systématique d'anesthésie post-op ? ou MT ?
Expert 30	C'est l'organisation de la dernière recommandation qui pose problème (de repérer précocement les patients qui continuent de consommer des opioïdes plus de deux semaines en post-opératoire) même si elle se justifie en théorie : - la médecine de ville a-t-elle les moyens ? - les établissements de santé sont très rarement organisés.
Expert 31	Il semble plus pertinent de repérer les patients qui continuent de consommer des opioïdes après la première semaine post-opératoire plutôt que la deuxième. Au-delà d'une plus grande précocité du dépistage des patients présentant une trajectoire douloureuse inhabituelle cela correspond à la durée usuelle de prescription des opioïdes dans ce contexte.
Expert 36	Qui repère la prise d'opioïdes de plus de 2 semaines ?
Expert 48	- 2 semaines : ne se prononce pas ; préciser les réf. - au-delà de la durée, il semble nécessaire de repérer les patients qui augmentent rapidement les doses et/ou qui consomment des opioïdes à la recherche d'effets autres qu'antalgique

Modalités du traitement opioïde

47

Pour le traitement de la douleur, il est recommandé :
- d utiliser une analgésie multimodale ou l utilisation de médicaments à mécanismes d action différents et de techniques analgésiques combinés à des interventions non pharmacologiques permettant de limiter les doses de médicament antalgique opioïde (ex. : opioïdes associés au paracétamol et aux AINS ou aux corticoïdes et à des techniques analgésiques loco-régionales -ALR et anesthésiques locaux directement en peropératoire-) ;
- de surveiller l apparition d une hyperalgésie post-opératoire (douleur non attendue, inhabituelle), possiblement induite par un opioïde, et de la prévenir par l analgésie multimodale ;
- de ne pas systématiquement intégrer des antalgiques opioïdes aux protocoles d analgésie multimodale (en fonction de l intensité de la douleur post-opératoire), au risque de majorer d éventuels effets indésirables.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.61

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	0	6	34	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.49	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 17	Le terme d'hyperalgésie est un peu galvaudé car diagnostic effectif complexe car imprécis avec outil du quotidien ; je mettrais plutôt notion de douleur anormalement sévère et composant neuropathique (DN4) comme évoqué plus haut Quant à l'hyperalgésie induite par les opioïdes son importance clinique est modeste avec légère surconsommation d'opioïde après forte dose de remifentanil uniquement
Expert 30	Pas complètement en accord avec la dernière partie : "de ne pas systématiquement intégrer des antalgiques opioïdes aux protocoles d analgésie multimodale (en fonction de l’intensité de la douleur post-opératoire), au risque de majorer d’éventuels effets indésirables"

	Il faut préciser que dans ce contexte les opioïdes à LI ne sont pas à administrer en systématique, par contre leur prescription, en tant que traitement de secours si les autres traitements ne sont pas suffisamment efficaces, doit être systématique, pour garantir au patient une résolution rapide de l'intensité douloureuse.
Expert 36	Attention aux opioïdes torsadogènes et AIS (potentialisation par hyperkaliémie)

En service d hospitalisation

48

Il est recommandé :
- de privilégier la voie orale plutôt qu intraveineuse si possible pour l administration d opioïdes ;
- dans tous les cas, le relais de la voie intraveineuse vers la voie orale sera fait le plus précocement possible, après la chirurgie pour tous les médicaments utilisés dans l analgésie multimodale ;
- si les opioïdes doivent être administrés par voie intraveineuse, privilégier une administration par pompe d analgésie contrôlée par le patient (« PCA » ou ACP) ;
- pour les personnes âgées, la dose minimale effective d opioïdes sera réduite de 1/3 à 2/3, l analgésie autocontrôlée est sûre chez les patients sans déficit cognitif.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.58

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	6	7	32	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Ne pas oublier les personnes avec déficit cognitif où la PCA est plus difficilement utilisable. Si impossibilité de donner per os, utilisation de la seringue électrique de préférence sécurisée.
Expert 30	"pour les personnes âgées, la dose minimale effective d opioïdes sera réduite de 1/3 à 2/3" : pas complètement d'accord du moment que l'on utilise une stratégie d'administration reposant sur le principe de titration de la douleur. Ce principe doit s'appliquer quel que soit l'âge, pour garantir un bon rapport efficacité-sécurité (cf. SOR douleur du cancer).
Expert 31	Les intervalles d'administration espacés (6-8h vs. 4h) doivent également être mentionnés comme une alternative ou une sécurité supplémentaire à la réduction de la dose chez le sujet âgé, insuffisant rénal ou hépatique ou présentant une hypoprotidémie.
Expert 32	L'analgésie autocontrôlée est sûre chez les patients sans déficit cognitif. A condition qu'elle soit bien paramétrée !
Expert 44	Préciser en cas d'utilisation de PCA, "pas de débit continu, mais uniquement des bolus"
Expert 48	1/3 à 2/3 : ne se prononce pas ; préciser les réf.

A la sortie de l hôpital

49

Il est recommandé :
- d informer sur la diminution progressive des traitements après la sortie de l hôpital ;
- de prescrire des antalgiques pour une durée de 15 jours maximum et de réévaluer cliniquement le patient à ce moment-là ;
- de travailler en coopération pluriprofessionnelle entre le chirurgien, le médecin traitant et le pharmacien.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.61

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	2	7	37	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Cf. item 46, dont le dernier point est superposable à ce qui est évoqué ici, donc appelle la même réflexion sur la coordination des soins.
Expert 18	Et de l'infirmier (ère) si ce dernier ou cette dernière sont en charge du suivi du patient à domicile.
Expert 30	C'est l'organisation de la réévaluation clinique qui pose problème : - la médecine de ville a-t-elle les moyens ? - les établissements de santé sont très rarement organisés.
Expert 31	La durée de prescription de 15 j concerne-t-elle les antalgiques opioïdes ou non-opioïdes ?
Expert 36	Oui coopération en amont de la sortie !

Expert 48	Faut-il attendre 15j pour réévaluer ? Réf.
Expert 49	Durée de 5 jours maximum avec réévaluation clinique

2.1.1.4. Cas de la femme enceinte ou allaitante

50

Chez la femme enceinte, les données sur les opioïdes, en utilisation aigüe ou prolongée,concernent principalement le troisième trimestre de grossesse (relatives aux douleurs liées à l accouchement), peu d information étant disponible sur leur tératogénicité. Les opioïdes doivent être utilisés avec précaution si la grossesse est proche du terme, même en dose unique, en raison de l impact sur le fœtus de la dépression respiratoire maternelle et/ou du risque de syndrome de sevrage maternel. Il est préférable d utiliser la morphine quel que soit le terme de la grossesse.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	3	5	6	27	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	87.50	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 4	https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=morphine (consulté le 16 août 2021) Cf. CRAT : centre de référence sur les agents tératogènes
Expert 6	Le CRAT recense maintenant beaucoup de données sur la tératogénicité aussi, et valide l'utilisation de la codéine ou du tramadol quel que soit le terme de la grossesse, contrairement aux AINS. Il faut probablement se mettre en cohérence avec le CRAT sur le sujet.
Expert 9	La codéine est une alternative, notamment au deuxième trimestre pour des douleurs non soulagées par paracétamol, principalement parce que les AINS sont contre-indiqués à ce terme de la grossesse
Expert 19	Pourrait-on recommander de consulter aussi régulièrement le site du centre de références des agents tératogènes (lecrat.fr). Ce site est mis à jour régulièrement ce qui ne sera pas le cas de ces recommandations.
Expert 32	Voir https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=morphine
Expert 33	Références à ajouter dans l'argumentaire : doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5708; doi: 10.1542/peds.2016-4131.
Expert 38	IL faut préciser que la Morphine est, avec le paracétamol, quand même un des médicaments les plus sûrs pour une utilisation pendant la grossesse. Les AINS étant formellement CI. La morphine est un outil important de la PEC de la douleur de la femme enceinte
Expert 48	- On ne peut pas généraliser pour le troisième trimestre : pour certains opioïdes les données sont plutôt rassurantes (morphine) - je ne comprends pas "l'impact sur le fœtus de la dépression respiratoire ou du sevrage maternel" pourquoi y aurait-il une dépression respiratoire maternelle ou un syndrome de sevrage dans le cadre d'un traitement bien conduit ? : il me semble que ce qui est redouté, c'est l'imprégnation du bébé et le sevrage chez le bébé (cf. RCP).

51

Chez la femme qui allaite, un traitement par tramadol est envisageable à condition qu il soit bref (de l ordre de 2 à 3 jours) et à la posologie la plus faible possible. Un traitement par codéine est envisageable à condition qu il soit bref (de l ordre de 2 à 3 jours) et à la posologie la plus faible possible (hormis les 2 premières semaines post accouchement où il est préférable de ne pas utiliser la codéine). Un traitement par antalgique de pallier 3 imposera de suspendre l allaitement (hormis

pendant les 3 jours post accouchement où l utilisation de nalbuphine et de morphine est possible).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.39

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	3	8	24	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	72.92	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 1	Attention au risque lié au polymorphisme et donc aux métaboliseurs rapides des antalgiques tels que la codéine ou le tramadol
Expert 4	https://lecrat.fr/ Recherche codéine et tramadol
Expert 19	Pourrait-on recommander de consulter aussi régulièrement le site du centre de références des agents tératogènes (lecrat.fr). Ce site est mis à jour régulièrement ce qui ne sera pas le cas de ces recommandations.
Expert 26	On peut renvoyer le lecteur au site Le Crat : Tramadol : https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=tramadol

	Codéine : https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=codéine Morphine : https://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=morphine
Expert 32	Il vaut mieux consulter le CRAT https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=40
Expert 35	La méthadone en tant que TSO ne contre-indique pas l'allaitement, quelle reco donnée en ce qui concerne la méthadone en tant qu'antalgique de palier 3 le ZORYON ?
Expert 48	Si on se réfère au RCP, les données ne sont pas concordantes : - tramadol à ne pas utiliser ou interruption allaitement sauf prise unique, de même pour la morphine - La codéine est CI en cas d'allaitement (RCP) (et chez les enfants de moins de 12 ans d'ailleurs ; cf. son métabolisme par le CYP2D6)

2.1.2. Chez les patients avec consommation d opioïdes en cours

Il s agit des patients traités par un antalgique opioïde pour une douleur chronique ou par un médicament de substitution aux opioïdes, ou bien des patients consommant des médicaments opioïdes hors traitement médical ou des substances opioïdes illicites (cf. chapitre 1.1.2.2.).

52

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	2	5	36	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 3	Théoriquement la phrase est vraie. Mais le Nalscue n'existe plus à ma connaissance. Il existe bien le Prenoxad, mais qui est une injection intra musculaire. Dans la seringue il y a 5 doses. Jamais en consultation je ne me vois expliquer à un patient (et qu'il accepte) ce traitement. Je propose de rajouter à la reco "le serait souhaitable que de la naloxone en spray nasal puisse être disponible afin de permettre une utilisation autonome.
Expert 13	Le terme "informer" est trop réducteur. Dans le cadre d'une pathologie chronique, les prises en charge doivent désormais s'inscrire dans les approches de psychoéducation, voire d'éducation thérapeutique pour le patient et/ou son entourage.
Expert 26	Sauf erreur de ma part, la naloxone n'est pas disponible en ville, non remboursée, d'utilisation complexe.
Expert 30	FDR de risque à préciser
Expert 31	Il conviendrait de guider le praticien dans l'identification des situations à risque de surdose et des candidats à la prescription de naloxone de façon claire.
Expert 44	Je dirais même il est "fortement" recommandé

53

Les principes généraux pour traiter une douleur aiguë chez ces patients en service d hospitalisation et en médecine ambulatoire dépendent de l intensité de cette douleur et du contexte de la consommation chronique d opioïde.

La prise en charge de la douleur sera identique pour une femme enceinte consommatrice d opioïdes (hormis pour les AINS qui sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse à partir de 24 semaines d aménorrhée).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.33

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	1	3	7	32	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	93.75	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.17	97.83

Expert	Commentaires
Expert 5	Pas clair
Expert 31	Cette recommandation est en contradiction avec la recommandation n°50
Expert 32	Rappelons que les femmes enceintes ne doivent pas être sevrées brutalement des opioïdes.
Expert 48	- la prise en charge dépend de l'intensité mais aussi de la durée attendue de la douleur : pour une douleur intense mais courte (qui peut bénéficier d'un traitement étiologique, pas sûr qu'il y ait plus de confort pour le malade si on change de traitement, compte tenu des délais nécessaires - pour les femmes enceintes, les AINS sont effectivement CI absolue à partir de 24 semaines Mais pour le début, le RCP précise : "Sauf nécessité absolue, ce médicament ne

	doit pas être prescrit chez une femme qui envisage une grossesse ou au cours des 5 premiers mois de grossesse (24 premières semaines d'aménorrhée)." le message doit être clarifié dans la reco

Douleur aiguë légère à modérée

54

Le médicament de substitution aux opioïdes doit être maintenu.

En cas de douleur légère, il est recommandé de prescrire un antalgique non opioïde (paracétamol ou un AINS).

En cas de douleur modérée, il est recommandé de fractionner la dose de méthadone ou buprénorphine en 3 à 4 prises par jour, en l augmentant éventuellement. Il est également possible d y associer à chaque prise un antalgique non opioïde (AINS ou paracétamol).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	2	9	28	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	83.33	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 5	Intérêt du néfopam (Acupan)
Expert 31	Les douleurs modérées doivent faire prescrire des traitements non-opioïdes en première intention également, avant toute augmentation de la dose de méthadone ou buprénorphine.
Expert 32	Pour la buprénorphine la substitution temporaire par un agoniste pur (morphine) est recommandée dans les traumas et interventions importantes. La morphine doit être alors dosée comme MSO plus comme antalgique (cf. question 58) Donc selon le contexte plusieurs options doivent être connues (cf. référence)
Expert 36	Cependant pour les MSO ce fractionnement n'est pas prévu par les RCP
Expert 48	En cas de douleurs modérées, il est primordial d'associer des antalgiques non opioïdes (approche multimodale+++). Le terme "également possible n'est pas assez explicite.

Douleur aiguë sévère ou résistante (aux antalgiques non opioïdes et aux opioïdes « faibles »)

55

Les antalgiques opioïdes « faibles », les agonistes partiels et les formes injectables ne sont pas recommandés.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	1	5	10	25	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	91.67	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.22	97.78

Expert	Commentaires
Expert 5	La prescription de tramadol chez des patients prenant un TSO ne sont pas rares. L'association tramadol-TSO se fait même chez des patients substitués par buprénorphine, par méconnaissance des propriétés pharmacologiques, mais aussi de plus en plus sciemment, certains patients, trouvant un soulagement à leurs douleurs.
Expert 6	Il y a un problème de formulation : dans la douleur aiguë sévère, la titration morphinique, qui de fait est injectable, est le traitement de référence. Par contre, dans la douleur aiguë résistante aux opioïdes faibles, dire que les opioïdes faibles ne sont pas recommandés ... De plus, la formulation sur les formes injectables doit être nuancée (vomissements incoercibles, pancréatites ... il ne faut pas sous-traiter ces patients). "La forme orale doit toujours être privilégiée autant que possible" pourrait être une alternative.
Expert 9	En cas de douleur aiguë sévère, l'utilisation d'agoniste opioïdes pur en injectable peut être nécessaire (titration morphinique en IV aux urgences par exemples pour des douleur aiguës sur des pathologie intercurrents chez des patients avec traitement antalgiques de fond ou des traitements substitutifs)
Expert 25	Les formes injectables peuvent être utiles
Expert 30	Compliquer de contre-indiquer la titration iv morphine dans un contexte de

	douleur aiguë sévère
Expert 38	Une réserve sur la non-recommandation des formes injectables.
Expert 45	De quelles formes injectables parle-t-on ? Des antalgiques opioïdes faibles ?
Expert 48	Les agonistes partiels sont plus que « pas recommandés » : ils sont CI (absolue dans le RCP)

Chez un patient avec traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique

56

En cas de douleur aiguë sévère ou résistante chez un patient traité par opioïde à libération prolongée pour une douleur chronique, une nouvelle titration avec un opioïde à libération immédiate est recommandée, associée au traitement en cours. Cela peut nécessiter secondairement un ajustement temporaire de la dose d opioïde de fond (à libération prolongée), tant que la cause de la douleur aiguë subsiste. Cette situation nécessite une évaluation clinique répétée et une surveillance rapprochée pour ajuster si besoin rapidement, le traitement opioïde. L analgésie loco-régionale peut aussi avoir une place.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	3	7	32	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Une nouvelle titration voire un changement de voie d'administration, même temporaire. La nouvelle cause peut être aiguë ou temporaire ou une aggravation de la douleur liée à la maladie de fond Attention une réévaluation globale de la douleur est toujours nécessaire Pensez aussi à l'hyperalgésie liée aux opioïdes La réponse peut être la majoration du traitement opioïde en cours ou au contraire la rotation ou ajout de coanalgésiques
Expert 7	D'autres molécules autres que des opioïdes peuvent être essayées
Expert 17	Insister sur l'analgésie multimodale qui utilise l'ALR comme mentionné mais également les ANO (tous) et les antihyperalgésiques car la kétamine a montré un effet plus important sur le patient préalablement traité par les opioïdes
Expert 31	Les techniques non médicamenteuses, l'analgésie multimodale non-opioïde et l'anesthésie locorégionale devraient toujours être présentées comme la première ligne de traitement de la douleur aiguë.
Expert 45	Ainsi que les traitements non médicamenteux peuvent avoir leur place
Expert 48	Je pense qu'il faut insister sur l'aspect multimodal de la prise en charge de ce type de douleur à réaliser d'abord, puis opioïde de courte durée d'action

Chez un patient avec traitement substitutif aux opioïdes

- ***Pour les patients avec méthadone***

57

La méthadone substitutive doit être maintenue :
- Soit en majorant la dose totale de méthadone quotidienne et en la fractionnant en trois à quatre prises ;
- Soit en ajoutant du sulfate de morphine à libération immédiate (LI) (l association oxycodone-méthadone étant à éviter en raison des interactions potentielles via le cytochrome P450), selon les

mêmes règles que celles utilisées pour équilibrer une douleur aiguë chez un patient non substitué :

- Les formes à libération prolongée seront prescrites lorsque l équilibre antalgique sera obtenu, et tant que la cause de la douleur aigue n est pas traitée.
- La voie orale doit être privilégiée autant que possible, mais la voie parentérale peut être nécessaire pour obtenir une antalgie plus rapide.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	2	0	8	27	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	83.33	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 4	Maniement méthadone et morphine LP me parait délicate
Expert 12	Il conviendrait de préciser la posologie de départ par prise de la morphine LI en l'absence d'insuffisance rénale : - 10 mg ? ou extrapolation (avec quelle référence pour le calcul des ratio) à partir

	posologie du TSO pour correspondre à 10%-1/6 de la dose quotidienne ?
Expert 13	Indiquer aussi le risque d'allongement du QT si association méthadone-oxycodone.
Expert 15	L'augmentation et le fractionnement sont à privilégier
Expert 30	Dans un contexte de douleur postopératoire de chirurgie lourde pro nociceptive à haut risque de douleur aiguë sévère, une titration de la douleur par administration iv de la méthadone en mode analgésie contrôlée par le patient (PCA méthadone) peut se justifier, avec une surveillance adaptée en particulier en raison du risque de QT long.
Expert 31	Cette phrase est confondante dans le contexte : "Les formes à libération prolongée seront prescrites lorsque l'équilibre antalgique sera obtenu, et tant que la cause de la douleur aigue n'est pas traitée." La mention "selon les mêmes règles que celles utilisées pour équilibrer une douleur aiguë chez un patient non substitué" semble se suffire à elle-même comme dans la recommandation n°58
Expert 36	Même remarque que 54
Expert 48	- le fractionnement doit précéder la majoration de la dose - je ne comprends pas trop les interactions avec l'oxycodone.... Quelles références ???
Expert 49	Attention, car le risque "d'auto-ajustement" peut entrainer une surdose ; préférer une molécule

- ***Pour les patients avec buprénorphine***

58

L arrêt de la buprénorphine s impose.

Un traitement opioïde agoniste complet sera débuté 8h à 12h après l arrêt de la buprénorphine (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes) : l équilibre antalgique sera recherché en respectant les mêmes règles que celles utilisées pour équilibrer une douleur aiguë chez un patient non substitué.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	2	1	3	7	26	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	81.25	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.88	95.12

Expert	Commentaires
Expert 1	Préciser le délai d'arrêt de la buprénorphine
Expert 5	En pratique clinique, avant d'imposer l'arrêt de la buprénorphine, d'autres facteurs importants sont à prendre en compte : accord du patient et durée probable de la douleur. - si patient ne souhaite pas arrêter traitement BHD (peur, habitude, pas dans de bonnes conditions sociales, relationnelles, incompréhension...), difficile d'effectuer le switch antalgique - Si douleurs de quelques jours uniquement, moins d'argument pour modifier un équilibre qui a parfois mis du temps à s'établir L'association de la buprénorphine à des opioïdes agonistes de niveau 3, malgré l'incompatibilité pharmacologique théorique, n'est pas rare.
Expert 13	- Si la douleur est très intense, le traitement par agoniste complet peut être débuté bien avant les 8h-12h mais il nécessitera des doses plus importantes pour contrer la compétition sur les récepteurs mu. - Le fentanyl (hors AMM si usage hors accès douloureux associés au cancer) dont l'affinité pour le récepteur mu est élevée est un moyen permettant de contrer plus facilement la compétition. - Cf document PDF attaché à la question 194.
Expert 35	Préciser les précautions d'augmentation les 3 premiers jours compte-tenu de la

	durée d'élimination de la BHD et son effet antagoniste
Expert 43	Nécessité d'apporter des recommandations sur la gestion de la douleur dans l'intervalle (Arrêt Buprénorphine - Début Agoniste opioïde).
Expert 48	Il faut en effet envisager l'arrêt de la buprénorphine : ma notation est justifiée par l'argumentaire qui à mon sens n'est pas juste pharmacologiquement : - 8 à 12h : comment justifier ce temps ? la buprénorphine a une demi-vie d'élimination très variable mais >>20h (RCP Orobupré) ; il faut 2 demi-vies pour éliminer 75% du produit... comment justifier 12h ??? - le délai n'est absolument pas justifiable par la fixation aux protéines plasmatiques mais par la demi-vie qui déterminera l'élimination de l'agoniste partiel et la possibilité de fixation de l'agoniste complet.

2.1.2.2. Douleur aiguë post-opératoire

Modalités générales

59

Après une blessure ou lors de la période péri-opératoire, il est recommandé d interroger le patient pour identifier une consommation d opioïde en cours, afin d éviter une douleur aiguë non contrôlée.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	8	39	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 31	Problème de formulation. Le terme "blessure" n'est pas adapté. L'identification de la consommation d'opioïde est utile pour adapter le traitement plutôt que pour éviter "une douleur aiguë non contrôlée".
Expert 36	Opioïde MSO ou antalgique ou les 2 ?
Expert 37	La consommation d'opioïde doit être recherchée chaque fois que possible avant l'intervention !

60

De façon générale, il est recommandé :
- d identifier les patients utilisateurs chroniques d opioïdes, évaluer l usage et les doses d opioïdes ;
- de ne pas réduire les doses quotidiennes d opioïdes ;
- de reconnaître que les besoins post-opératoires en opioïdes seront plus importants que d habitude et que la douleur pourrait être plus difficile à contrôler ;
- d utiliser des protocoles d analgésie multimodale avec analgésie autocontrôlée de morphine, AINS (en l absence de contre-indication), paracétamol, procédures d anesthésie locales et loco régionales, neurostimulation électrique transcutanée (TENS), thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ;
- en cas d échappement à une titration de morphine, d y associer durant l anesthésie la kétamine à faible dose comme co-antalgique et pour la réduction de l hyperalgésie ;
- de programmer un relais par voie orale dans les jours suivants la chirurgie.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	0	3	9	31	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	89.58	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 3	Il n'est pas logique de mentionner une thérapie cognitivo-comportementale en douleur aigue post opératoire. Les TCC prennent du temps, sont difficiles d'accès et adaptées aux douleurs chroniques. Pas en post op !
Expert 13	- Il manque certains aspects comme la gestion du sommeil et des autres vulnérabilités psychiques (dont les problématiques anxieuses) et environnementales, en y incluant des approches pratiques de relaxation, d'hypnose, de sophrologie, de pleine conscience, rythme de vie et plus largement des règles hygiéno-diététiques, etc. qui seront d'ailleurs plus accessibles qu'une TCC (approche plus complexe et plus structurée et qui ne sera utile que chez certains patients). - La recommandation ne donne pas suffisamment d'informations sur ces approches. Or le fait d'apporter ces informations peut promouvoir ces alternatives et donc contribuer à mieux utiliser les opioïdes. - Cf aussi PDF attaché à la question 194.
Expert 30	Pour cet item : "en cas d'échappement à une titration de morphine, d'y associer durant l'anesthésie la kétamine à faible dose comme co-antalgique et pour la

	réduction de l'hyperalgésie", je préciserai : - durant l'anesthésie, d'associer la kétamine à faible dose (bolus itératif ou idéalement iv continue) comme co-antalgique et pour la réduction de l'hyperalgésie ; - en postopératoire immédiat, en cas d'échappement à une titration de morphine, d'associer la kétamine à faible dose ou la clonidine (en fonction des chiffres de pression artérielle) comme co-antalgique et pour la réduction de l'hyperalgésie ;
Expert 31	L'utilisation de kétamine en peropératoire doit être systématique chez ces patients, indépendamment de l'utilisation d'opioïde. La titration de morphine est effectuée en postopératoire et non pendant l'intervention.
Expert 36	Pareil que 59
Expert 48	Attention : les besoins post-opératoires en ANTALGIQUES (pas seulement en opioïdes) seront plus importants

61

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.21

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	4	1	2	4	35	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	95.83	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 3	Pareil que mon commentaire précédent sur la naloxone prête à l'emploi : oui si de la naloxone intra-nasale existait, ce qui n'est pas le cas actuellement.
Expert 7	Et les effets indésirables
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur le même sujet
Expert 13	Compte tenu du caractère répétitif de certaines questions et items, un document practico-pratique plus synthétique serait utile pour le praticien. D'où l'importance des algorithmes et tableaux à intégrer à la recommandation pour la rendre plus applicable en pratique. Cf. document PDF attaché à la question 194.
Expert 22	Information du médecin de ville aussi
Expert 26	On pourrait préciser que cet usage ne peut se faire qu'avec une surveillance médicale (équipe de soins palliatifs, infirmière libérale, HAD) et qu'une injection ne peut se faire sans leur accord.
Expert 30	Dans quel contexte ???
Expert 31	La prescription de naloxone semble devoir être systématique chez ces patients du fait du risque élevé de dépression respiratoire secondaire aux doses d'opioïdes le plus souvent employées.

Patients déjà traités par un antalgique opioïde

62

Pour les patients traités de façon continue par médicament antalgique opioïde devant subir une chirurgie programmée, il est recommandé de poursuivre le traitement de fond le matin de la chirurgie et jusqu à la période postopératoire. Si le traitement de fond est le fentanyl transdermique, en préopératoire il est recommandé de l arrêter 12 heures avant le relais et d effectuer une rotation vers de la morphine IV à dose équivalente.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.16

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	3	1	3	6	25	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	79.17	18.75

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 1	Les recommandations de la SFAR mais qui datent de 2009 ne prévoient pas la substitution du fentanyl par un autre opioïde.
Expert 4	Attention arrêt fentanyl transcutanée 12 heures minimum avant le relais, relais avec respect des règles de conversion
Expert 12	"rotation vers de la morphine IV à dose équivalente." Dans la formulation préférer "changement" qui est actuellement le terme employé dans la littérature, à "rotation" "à dose équivalente" fait implicitement référence au concept d'équianalgésie, qui ne correspond pas à une réalité.
Expert 22	Je changerais le mot rotation par changement
Expert 30	Pas tout à fait d'accord avec la 2ème partie : "Si le traitement de fond est le

	fentanyl transdermique, en préopératoire il est recommandé de l'arrêter 12 heures avant le relais et d'effectuer une rotation vers de la morphine IV à dose équivalente". La conduite à tenir dépend du type d'intervention et de l'indication de la chirurgie.
Expert 32	Mais l'avis de l'anesthésiste est indispensable. (mais l'anesthésiste pourra, selon les circonstances, en décider autrement)
Expert 33	Dépend de la chirurgie : prise en charge très différente pour une cataracte ou pour une PTG
Expert 45	Repréciser l'intérêt des bolus ou interdose durant ces 12 heures de retrait de patch pour éviter des douleurs qui apparaitraient avant les 12 heures et avant la mise en place de l'IV
Expert 48	Quel est le rationnel de l'arrêt 12h avant pour un médicament dont la demi-vie est de 20h ? Par le mot rotation on entend changement

63

Dans tous les cas, pour la chirurgie, il est recommandé de titrer un antalgique opioïde à courte durée d action pour un contrôle efficace de la douleur. Lorsque les médicaments par voie orale ne peuvent pas être utilisés, la dose équivalente de morphine sur 24 heures doit être calculée pour convertir en dose IV jusqu à ce que les médicaments per os puissent être de nouveau être administrés.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.63

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	3	4	34	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.49	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Avec la réserve même réserve que précédemment sur les calculs équivalence. Il faut effectivement mettre une dose basale IVSE, plutôt "basse" en équivalence, et y associer idéalement une PCA, ou à défaut des titrations en SB.
Expert 12	"la dose équivalente de morphine sur 24 heures doit être calculée pour convertir en dose IV " Même remarque sur la notion équianalgésie. Reformuler ? par exemple "Lorsque les médicaments par voie orale, la morphine iv doit être utilisée. Pour le changement d'opioïde, il faut raisonner sur la posologie des 24H de l'opioïde en cours, puis utiliser un ratio de conversion sécuritaire pour estimer la posologie des 24h de morphine iv. Ceci permettra de déterminer la posologie de morphine iv par injection pour la titration."
Expert 33	Dépend de la chirurgie : prise en charge très différente pour une cataracte ou pour une PTG

Patients avec traitement de substitution par méthadone

64

Dans le cas d un patient avec un traitement de substitution par méthadone), il est recommandé de continuer la dose habituelle de méthadone pendant toute la période périopératoire incluant le matin de l opération.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	4	37	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

65

Si la prise de médicaments par voie orale n est pas possible, il est alors recommandé de convertir la dose sur 24 heures à de la méthadone IV (en ATU en France) ou de titrer avec de la morphine IV.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	4	29	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	79.17	20.83

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Oui sur le principe de cette recommandation. Mais il serait souhaitable que le groupe de travail se positionne sur le ratio de changement à utiliser
Expert 22	La forme en ATU est la méthadone belge appelée Mephenon
Expert 25	Attention au risque délétère de la méthadone iv sur les veines, elle doit être injectée sur voie centrale ou port-à-cath sinon en iv périphérique il vaut mieux privilégier la morphine
Expert 30	- pour les doses élevées de méthadone, pas de règles précises d'équi-analgésie vers la morphine : ce qui complique la prescription d'une PCA IV de morphine. - la morphine iv en titration doit rester une solution de secours en urgence lorsque la demande d'ATU de la méthadone IV n'a pas été anticipée.
Expert 48	Il est peut-être compliqué d'avoir un médicament en ATU dans ce genre de situations

66

Il est recommandé d associer un agoniste à courte durée d action pour les douleurs périopératoires supplémentaires. Après la période péri-opératoire, il est nécessaire de mener une surveillance respiratoire étroite et d anticiper avec le patient un arrêt rapide des opioïdes rajoutés temporairement.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	4	5	32	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	87.50	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 30	Pour les chirurgies lourdes pro-nociceptives chez les patients avec des doses élevées de méthadone préopératoire, la solution de choix reste la PCA méthadone en anticipant l'ATU.
Expert 31	En complément d’une analgésie multimodale non opioïde.

Patients avec traitement de substitution par buprénorphine

67

En cas de chirurgie programmée entraînant une douleur légère à modérée, il est recommandé d

augmenter et fractionner les doses de buprénorphine.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	5	28	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	79.17	20.83

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Quelle serait la modalité d'augmentation et la limite haute pour se poser la question de l'arrêt de buprénorphine proposé plus loin ?
Expert 8	Risque de rendre le patient dépendant de ce type de prise fractionnée
Expert 13	La question ne précise pas quand majorer la buprénorphine : - par anticipation ou - uniquement si douleur post-opératoire A reformuler Un important travail pédagogique est à faire auprès des anesthésistes car certains refusent l'anesthésie chez les patients sous buprénorphine en raison de

	la compétition pharmacologique.
Expert 31	En complément d'une analgésie multimodale non opioïde.
Expert 32	En général mais voir les options
Expert 36	Oui mais non inclus dans RCP de le BHD
Expert 48	Vrai en post opératoire, mais il faudrait expliquer la CAT pour l'intervention. Le fractionnement doit précéder l'augmentation.

68

En cas de chirurgie programmée entraînant une douleur modérée à forte, il est recommandé :
- d arrêter la buprénorphine 72 heures avant l opération ;
- de passer à un agoniste pur de courte durée d action, en anticipant des doses équiantalgiques plus élevées pour l analgésie pendant 3 à 4 jours, durant l élimination de la buprénorphine ;
- de réévaluer l analgésie quotidiennement.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	1	7	27	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	75.00	22.92

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 12	"en anticipant des doses équiantalgiques plus élevées pour l'analgésie pendant 3 à 4 jours" Le groupe de travail devrait se positionner : - opioïde forme LP ou Li ? - quel ratio de conversion ? Car il est possible de privilégier la sécurité avec une stratégie d'interdose modulant l'intervalle entre les prises plutôt que la dose par prise.
Expert 13	- écrire plutôt "en anticipant des doses antalgiques plus élevées" - le terme équiantalgique ou équianalgésique réfère à quoi ? à la dose habituelle pour un agoniste pur (ou complet ou entier) particulier ? D'ailleurs la question 69 corrige ce point. - c'est le principe de la titration, d'adapter de manière individuelle en fonction de la réponse. Pour tous ces points, cf. aussi document PDF attaché à la question 194.
Expert 35	Attention au risque de surdosage au moment où l'effet antagoniste de la BHD aura disparu
Expert 48	La notion de dose "équiantalgique" est difficile à comprendre ; il faut une dose qui permette de gérer d'une part la partie traitement de substitution et d'autre part l'analgésie, soit la plainte au sens large Il pourrait être envisager de programmer plus en amont un switch vers la méthadone ce qui rendrait plus simple la prise en charge de la douleur en post opératoire

69

En cas de présentation traumatique aiguë, la situation clinique peut imposer l introduction parallèle d un agoniste opioïde complet de courte durée d action, en anticipant l emploi de doses analgésiques plus élevées durant les 3 à 4 jours correspondant à l élimination de la buprénorphine. Cette possibilité doit se faire sous surveillance rapprochée du patient, avec l assistance de soignants expérimentés de la douleur et des troubles de l usage.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	3	6	28	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	79.17	18.75

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.56	97.44

Expert	Commentaires
Expert 6	La présentation traumatique aiguë est, par définition, non prévisible, et sera traitée au plus proche la plupart du temps. Demander une compétence spécifique dans les troubles des usages me parait disqualifier de nombreux centres de soins de premier recours. Dire qu'il faut contacter une équipe spécialisée me parait une formulation plus adaptée à la faisabilité. Car en cas de non-possibilité d'assistance d'une équipe douleur/addicto, avec cette recommandation, le patient ne sera probablement pas traité correctement.
Expert 8	Procédure complexe nécessitant une expérience solide
Expert 12	"l'emploi de doses analgésiques plus élevées durant les 3 à 4 jours correspondant à l'élimination de la buprénorphine" Même remarque sur le ratio de conversion à recommander
Expert 13	Le spécialiste des troubles de l'usage s'appelle un addictologue... Le texte est à reformuler. Plus globalement, plusieurs problèmes de définition sont à revoir dans la recommandation et dans l'argumentaire. Pour les détails, cf. document attaché à la question 194.

Expert 31	De préférence en hospitalisation.
Expert 35	Attention au risque de surdosage au moment où l'effet antagoniste de la BHD aura disparu.
Expert 48	L'association d'agoniste, à forte dose pour créer une compétition, à des agonistes partiels est très dangereuse et le risque d'overdose lors de l'élimination de la buprénorphine est très élevé. D'autant que l'affinité de la buprénorphine est très élevée.
Expert 49	En milieu hospitalier

70

En post-opératoire, il est recommandé de reprendre le traitement par buprénorphine suivi avant l opération si celui-ci convenait. Le patient doit reprendre la buprénorphine à distance de la dernière prise d opioïde, lors de l apparition des signes de sevrage marqués, généralement au bout de 24 heures afin d éviter un syndrome de sevrage brutal.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	5	30	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	80.85	19.15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

2.2. Traitement de la douleur chronique non cancéreuse

2.2.1. Indications

71

Les antalgiques opioïdes ne doivent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses que lorsque l ensemble des autres propositions thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayées.

Les antalgiques opioïdes peuvent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques liées à une lombalgie/lomboradiculalgie chronique, une arthrose ou des douleurs neuropathiques.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	2	1	1	2	4	8	24	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.50	81.25	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 3	Pas d'accord avec la première phrase qui est trop large. Par exemple cela suggère que pour une tendinopathie (qui est une douleur souvent chronique), on pourrait faire de la chirurgie avant des opioïdes. Pour une fracture vertébrale ostéoporotique, on ferait une cimentoplastie avant des opioïdes. Pour une douleur chez un coronarien hypertendu diabétique avec insuffisance rénale avec DFG à 31, on doit essayer les AINS avant les opioïdes. Je propose de reformuler en disant qu'il faut privilégier les traitements médicamenteux ou non médicamenteux ayant une meilleure balance bénéfice risque que les opioïdes. Les opioïdes sont des traitements dangereux, c'est le but de cette reco, mais il ne faut pas oublier que de nombreux autres traitements n'ont pas une meilleure balance bénéfice risque. OK avec la seconde phrase.
Expert 4	Non recommandé dans l'arthrose
Expert 7	Ne pas oublier d'associer avec de la kiné et des méthodes non médicamenteuses.
Expert 15	Complètement d'accord avec la première proposition Plus réservée avec la seconde
Expert 16	"Les antalgiques opioïdes peuvent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques liées à une lombalgie/lomboradiculalgie chronique, une arthrose ou des douleurs neuropathiques." A retirer car on n'a pas de données suffisantes et cela porte à confusion
Expert 18	Lombalgies chroniques : antalgiques de niveau I ou II, de niveau III exceptionnels (ANAES 2000 en pièce jointe) Arthrose : paracétamol en 1ère intention, AINS (https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974704/fr/arthrose-le-paracetamol-en-1re-intention-lors-des-crises-douloureuses) Douleurs neuropathiques : en palier II seul le Tramadol possède une certaine efficacité, palier III Oxycodone possiblement efficace (Lanteri-Minet 2017/2018)
Expert 25	Oui si échec avec buprénorphine ou méthadone et que le patient ne se stabilise pas un traitement autre doit être envisagé
Expert 44	Je préciserai arthrose "sévère"
Expert 48	Rajouter dans le respect de leurs AMM
Expert 49	Préférer les méthodes non médicamenteuses si chronicité

72

En raison de l insuffisance des données, les antalgiques opioïdes ne peuvent être recommandés pour les douleurs pelviennes chroniques, les douleurs musculosquelettiques autres que lombalgie/lomboradiculalgie chronique, une arthrose ou des douleurs neuropathiques.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	4	2	3	8	23	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	83.33	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 9	Formulation peu claire de la proposition qui peut sembler contredire la précédente Une mise entre parenthèse serait peut-être plus simple à comprendre (autre que... jusqu'à neuropathique)

Expert 16	Je retirerais "autres que lombalgie/lomboradiculalgie chronique, une arthrose ou des douleurs neuropathiques." cf. commentaire au-dessus
Expert 17	Les pathologies "une arthrose ou des douleurs neuropathiques" apparaissent à la reco 71 comme indication des opioïdes et à la reco 72 comme contre-indication à l'utilisation des opioïdes ; ou alors j'ai mal compris
Expert 18	Cf. question 71
Expert 22	Les antalgiques opioïdes peuvent être prescrits en cas de douleurs neuropathiques si inefficacité des autres molécules et en suivant l'algorithme thérapeutique
Expert 31	Recommander une absence de recommandation semble sans objet.
Expert 32	Recommandation mais si possible pas d'interdiction. (Il est possible de déroger dans des circonstances exceptionnelles, un argumentaire détaillé sera écrit dans le dossier médical)

73

Il est recommandé de ne pas les utiliser dans la prise en charge de douleurs chroniques liées à des céphalées primaires, notamment les migraines, ou à des douleurs nociplastiques (dysfonctionnelles).

Le traitement par tramadol chez les patients souffrant de fibromyalgie ne peut être envisagé qu après recueil d un avis spécialisé (médecin de la douleur, rhumatologue, addictologue).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.22

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	3	3	9	29	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	93.75	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.17	97.83

Expert	Commentaires
Expert 5	Tout à fait d'accord avec première proposition, mais moins avec la seconde : insister sur le fait que le tramadol serait plutôt à éviter dans la fibromyalgie
Expert 8	Tout à fait OK avec l'idée, mais en pratique, si on est au bout des solutions possibles, médicamenteuses ou non, avec des délais de RDV de plusieurs mois, une personne éloignée des soins secondaires, bon courage…
Expert 13	Donner des exemples des douleurs nociplastiques (exemple de la fibromyalgie) et expliquer que les comorbidités psychiatriques sont fréquentes dans ces situations, et qu'elles représentent un risque pour le développement d'un trouble de l'usage des opioïdes. Les recommandations doivent avoir des objectifs pédagogiques, afin d'aider les professionnels à intégrer des notions récentes. Cf document PDF attaché à la question 194.
Expert 26	Et médecin traitant formé ou habitué à ce type de pathologie et de traitement.
Expert 32	Recommandation mais si possible pas d'interdiction. (Il est possible de déroger dans des circonstances exceptionnelles, un argumentaire détaillé sera écrit dans le dossier médical)
Expert 33	Dans la première phrase, il manque "opioïde"
Expert 48	Tramadol : nouvelle réglementation durée limitée 12 semaines Et compte tenu de son potentiel addictif (travaux des CEIP) il faut être très prudent chez les patients vulnérables présentant des douleurs chroniques

74

Avant l instauration d un traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse, il est recommandé de réaliser une évaluation globale, biopsychosociale et exhaustive du patient pour rechercher les facteurs de risque de mésusage ainsi que les co-prescriptions à risques, notamment de benzodiazépines ou de gabapentinoïdes.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	4	5	38	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Cette évaluation doit aussi avoir pour but de connaitre le retentissement de la douleur chez le patient dans sa vie de tous les jours
Expert 8	OK, nécessité de faire de la consultation de douleur chronique une consultation complexe mieux valorisée. Doit être associé à des mesures organisationnelles.
Expert 13	Ecrire plutôt "évaluation globale exhaustive biopsychosociale" et préciser la recherche d'antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques et/ou d'addictions.
Expert 31	Ainsi que la pertinence de la prescription eu égard au profil de la douleur du patient et de l’échec des autres stratégies thérapeutiques.
Expert 35	Co-prescriptions ou consommations hors prescription ou SPA illégales
Expert 49	Traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse :

	courte durée et mettre en même temps des alternatives non médicamenteuses (TENS...)

75

De plus, il est recommandé d établir avec le patient des objectifs thérapeutiques de diminution de l intensité douloureuse, d amélioration fonctionnelle ou d amélioration de la qualité de vie. Ces objectifs doivent être réalistes et ne pas faire croire que l ensemble des douleurs disparaitront sous traitement antalgique opioïde. A titre d exemple, dans un premier temps, un seuil de 30% de diminution de l intensité douloureuse ou d amélioration fonctionnelle semble réaliste et cliniquement pertinent.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	3	4	37	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention les opioïdes quand ils sont utilisés, ne restent qu'une partie du traitement antalgique : prise en charge plus globale avec association de traitements médicamenteux et non médicamenteux. Objectif de prise en charge à expliquer au patient +++ : difficile de donner un chiffre mais objectif de diminution douleur et amélioration qualité de vie
Expert 26	Après réaliste, on pourrait rajouter : "négociés avec le patient afin de l'engager dans le processus de soin", et ne pas faire croire etc.
Expert 36	Que 30 % et valable pour tous les types de douleurs chroniques ? Partager svp ces objectifs avec le pharmacien voire les indiquer sur l'ordonnance
Expert 48	Seuil de 30% : ne se prononce pas

76

Par ailleurs, la prescription d antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse doit s inscrire dans une prise en charge multimodale du patient.

Enfin, outre la détermination d objectifs thérapeutiques, il convient d informer le patient des bénéfices et risques d un traitement antalgique opioïde.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	3	40	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Même remarque que plus haut. OK sur le principe mais difficulté de mise en œuvre dans l'organisation actuelle du système de santé.
Expert 13	Etablir un contrat thérapeutique qui définit les attentes du patient et les objectifs du traitement en termes de bénéfices, de dose, de durée du traitement, la recherche de la cause des douleurs, etc. Cf document PDF de la question 194.
Expert 33	Il faut aussi informer de la nécessité d'arrêter le traitement en l'absence de bénéfice significatif sur la douleur ou la fonction
Expert 36	Informer comme pour tout médicament
Expert 49	D'accord mais attention à la durée

77

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	1	2	3	38	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	97.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 3	Idem précédent naloxone prête à l'emploi : le Nalscue n'existe plus en France, le Prenoxad n'est pas utilisable en pratique courante sans supervision médicale ou paramédicale.
Expert 12	Cf. remarque précédente sur la caractérisation des situations à risque
Expert 13	Question redondante ce qui signifie que ce point est transversal sur différentes situations et devrait être intégré dans un algorithme synthétique.
Expert 17	Cette recommandation apparaît à plusieurs reprises
Expert 22	Et le médecin de ville

2.2.2. Modalités du traitement opioïde

2.2.2.1. Instauration

78

Il est recommandé d instaurer le traitement opioïde de façon lente et progressive, avec des réévaluations régulières en début de traitement afin d ajuster la dose, et de surveiller l apparition d effets indésirables.

A l instauration du traitement, le choix de recourir à des opioïdes à libération immédiate ou à

libération prolongée doit se faire selon la situation individuelle du patient et la présentation clinique. La variabilité et la rythmicité de la douleur au cours du temps ainsi que l activité physique du patient doivent être prises en compte.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	8	38	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 14	Je trouve peu explicite la notion "de façon lente".
Expert 30	Oui en dehors du contexte aiguë postopératoire
Expert 48	Faibles doses

79

En cas d association d opioïdes à libération prolongée et à libération immédiate, il est recommandé d informer le patient sur l usage qu il doit faire des doses d opioïde à libération immédiate afin d éviter leur utilisation systématique.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.86

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	3	43	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Information et reformulation du patient pour être sûr qu'il a bien compris.
Expert 8	OK sur le principe. En pratique, il serait utile d'avoir des documents testés sur le plan de la lisibilité, à remettre à tout patient recevant des opioïdes.
Expert 36	Oui et informer des risques d'accroche avec la LI

80

Il est recommandé de ne pas prescrire du fentanyl transmuqueux dans les contextes de douleurs chroniques non cancéreuses (pas d AMM).

Le fentanyl transdermique n est pas adapté à une instauration de traitement.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.81

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	3	41	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	"Chez l'adulte DUROGESIC est indiqué dans le traitement des douleurs chroniques sévères qui nécessitent une administration continue au long cours d'opioïdes" : source base de données publique des médicaments MAJ juin 2021 Ce n'est donc pas une problématique d'AMM, mais de pertinence et de

	remboursement. La recommandation devrait permettre de laisser à la possibilité aux équipes douleur d'envisager la possibilité de cette molécule en situation d'insuffisance rénale, même si la galénique transdermique est moins adaptée pour l'initiation qu'une voie iv. Le fentanyl étant un choix jugé acceptables en cas insuffisance rénale modérée à sévère pour des sociétés savantes ou des groupes d'experts [King Palliat Med 2011. (revue et recommandation EAPC); Sande Support Care Cancer 2017 (revue) Pham Clinical Kidney Journal 2017] Et dans la mesure où il existe peu d'autre options (méthadone n'ayant pas AMM "douleur" en dehors des douleurs du cancer en 2° intention)
Expert 22	Insister sur le fait que le fentanyl transdermique est à penser en cas de symptôme douleur contrôlé c'est à dire avec une dose de fond déterminée
Expert 24	4.1. Indications thérapeutiques : Retour en haut de la page Malgré le libellé de son AMM.https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63460581&typedoc=R Adultes FENTANYL MYLAN est indiqué dans le traitement des douleurs chroniques sévères qui nécessitent une administration continue au long cours d'opioïdes. Enfants Traitement au long cours des douleurs chroniques sévères chez les enfants à partir de 2 ans recevant un traitement par opioïdes.
Expert 32	(Il est possible de déroger dans des circonstances exceptionnelles, un argumentaire détaillé sera écrit dans le dossier médical)
Expert 36	Entièrement d'accord

2.2.2.2. Suivi

81

Durant les six premiers mois d un traitement antalgique opioïde il est recommandé de réévaluer la douleur du patient au minimum tous les mois en recherchant systématiquement si les objectifs thérapeutiques sont atteints, s il existe des effets indésirables ou des signes de mésusage.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	3	4	4	35	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 4	Recommandation qui s'entend tout au long d'un traitement antalgique opioïde et non pas simplement sur les 6 premiers mois
Expert 5	L'évaluation devrait être encore plus fréquente, d'autant plus si risques de mésusage
Expert 7	A l'instauration du traitement je dirais de revoir le patient plus rapidement qu'au bout de 1 mois
Expert 8	Le document d'information doit mentionner la nécessité de cette surveillance.
Expert 9	Plus fréquente les deux premiers mois ?
Expert 12	" tous les mois " La durée maximale de prescription est de 28 jours. Il conviendrait de remplacer "tous les mois" par "lors de chaque renouvellement de la prescription". Ceci reviendrait à dire qu'il est nécessaire d'évaluer le bénéfice/risque de manière systématique avec un délai maximal de 28 j entre deux évaluations.
Expert 13	Écrire "réévaluer au minimum tous les mois ou plus tôt si besoin"
Expert 33	Réévaluer et envisager l'arrêt
Expert 36	De toute façon antalgique opioïde "fort" à prescription max de 28 jours.

	Si minimum d'un mois dire aussi que le médecin peut être revu à la demande avant si besoin
Expert 48	Il est utile de préciser que dans tous les cas la prescription doit être la plus courte possible

82

Il est recommandé de tracer dans le dossier médical du patient les bénéfices obtenus sous traitement (ex. : amélioration de l intensité douloureuse, de la fonction, de la qualité de vie), éventuellement à l aide d outils d évaluation (QCD, EQ-5D, PGIC, Questionnaire Québec -lombalgie-, Questionnaire de Lequesne -arthrose-, etc.).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	4	36	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.67	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Dans le dossier médical ... partagé ! Le problème est que les autres intervenants ont rarement accès à ces informations qui sont dans le dossier du patient ... et du médecin qui a prescrit. L'accès des informations de suivi à l'ensemble des intervenants est un problème majeur dans la gestion des opioïdes.
Expert 7	La traçabilité est de toute façon primordiale
Expert 8	OK sur le principe. Ceci est possible dans le cadre d'une consultation dédiée à la douleur, qui devrait figurer dans les recommandations.
Expert 22	Oui insister sur l'évaluation du soulagement
Expert 36	A partager avec le pharmacien

83

En l absence de bénéfice clinique, il n est pas recommandé :
- de dépasser une dose quotidienne de 120 mg/j EMO ;
- de poursuivre un traitement par antalgique opioïde au-delà de trois à six mois, quelle que soit la dose prescrite.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.40

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	4	6	28	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Le patient doit en être averti et on doit lui proposer des solutions de replis.
Expert 12	"En l'absence de bénéfice clinique, il n'est pas recommandé : - de dépasser une dose quotidienne de 120 mg/j EMO ;" Cette formulation s'applique en dehors des structures spécialisées. Il faudrait peut-être l'expliciter car sinon contradiction éventuelle avec la recommandation 84. L'argumentaire précise bien la notion qu'une posologie 120 mg/j EMO est un facteur de risque de mésusage, pour le risque de surdosage, cette partie est très succincte même si 3 références sont citées. Pour le lecteur il serait intéressant de préciser que si le risque se majorera avec la posologie, il existe une augmentation importante du risque au-delà de 100 mg/j EMO, ce qui permet de bien intégrer la justification d'une posologie maximale avant avis spécialisé.
Expert 13	- 3 à 6 mois : pourquoi une telle différence ? - Pourquoi poursuivre jusqu'à 6 mois un traitement bien conduit qui ne fonctionne pas au bout de 3 mois ? - pour les points de cette question, cf. document PDF attaché à la question 194.
Expert 17	150 mg sur reco SFETD
Expert 22	En désaccord sur la notion de dose mais pas sur la notion de durée
Expert 32	En général mais faire place au jugement clinique (Il est possible de déroger dans des circonstances exceptionnelles, un argumentaire détaillé sera écrit dans le dossier médical)
Expert 36	Définir acronymes
Expert 38	Trois à six mois cela fait très court dans un traitement de douleurs chronique. Sachant qu'il faut parfois déjà des mois pour l'équilibrer. En revanche, il ne faudrait pas le poursuivre au-delà de trois mois sans avis spécialisé douleur
Expert 48	Quid du dépassement au-delà de 120 mg/j EMO en présence de bénéfice ?

84

Un avis spécialisé (algologue, addictologue) sera recherché, en particulier pour une prescription éventuelle d une posologie supérieure à 120 mg/j EMO, dans les situations suivantes :
- les situations douloureuses complexes ;
- les patients ayant un trouble de l usage de substances actuel ou antérieur (cf. chapitre 2.2.2.3) ;
- les patients présentant des troubles psychiatriques.

Il est important que les structures spécialisées puissent prendre en charge ces patients dans un délai raisonnable.
En cas d effet indésirable difficile à gérer, un changement d opioïde pourra être réalisé selon la table d équivalence.
En cas d aggravation de l intensité des douleurs sous traitement stabilisé, il est recommandé de réévaluer le patient afin de déterminer s il s agit d une progression de la pathologie douloureuse sous-jacente, un phénomène de tolérance ou un phénomène d hyperalgésie aux opioïdes.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.32

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	3	0	4	6	33	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 3	La situation douloureuse complexe n'est pas définie. On pourrait ajouter entre parenthèses "(douleur sans étiologie ou douleur dont l'étiologie n'explique pas l'ensemble de l'intensité de la douleur)"
Expert 4	Un changement d'opioïde peut aussi être envisagé en cas d'inefficacité
Expert 7	Le délai raisonnable est effectivement important et l'on sait bien que souvent ces structures ne sont même pas proposées. De plus les listes d'attentes sont extrêmement longues.
Expert 8	OK. Préciser ce que l'on entend par délai raisonnable opposable aux services spécialisés. Il y a aussi la question de l'éloignement géographique. Possibilité de téléconsultation ou téléexpertise. Suggérer l'idée dans les recommandations.
Expert 12	"la table d'équivalence" : le groupe de travail doit se positionner sur la méthode de calcul des ratio de changement et les précautions à prendre (stop and go; ratio sécuritaire; re titration).
Expert 13	- la notion de pseudo-addiction doit être évoquée. - plusieurs mécanismes peuvent être intriqués chez un même patient (trouble de l'usage, douleur mal contrôlée par les phénomènes de tolérance, d'hyperalgésie, traitement non adapté, douleurs de "fin de dose" avec phénomène de rebond, etc., exemple des céphalées par abus médicamenteux). "Il est important que les structures spécialisées puissent prendre en charge ces patients dans un délai raisonnable" : oui mais les dispositifs sont saturés... Donc aujourd'hui, il est important d'investir les soins premiers car ce sont eux qui feront le travail en attendant que ces patients puissent être pris en charge différemment. Il faut que la recommandation donne les moyens aux praticiens des soins premiers de mieux prendre en charge ces patients. En l'état, elle ne le permet pas suffisamment. Cf PDF attaché à la question 194.
Expert 16	Ne devrait-on pas rajouter le critère : - Absence de bénéfice clinique après 3-6 mois de traitement (comme mis dans le schéma 1) ?
Expert 22	Qu'appelle-t-on situations douloureuses complexes ? Car en oncologie certains patients peuvent avoir besoin de cette posologie sans pour autant avoir à demander un avis spécialisé auprès des addictologues.
Expert 32	Il est important que les structures spécialisées puissent prendre en charge ces patients dans un délai raisonnable. Important mais pas toujours possible.

Expert 36	Dernière phrase : réévaluer "l'état du patient" pas "le patient"
Expert 48	Un avis spécialisé doit toujours être demandé pour une posologie élevée

2.2.2.3. Chez les patients avec traitement substitutif aux opioïdes

85

Face à une douleur intense, non calmée par l association de traitements non opioïdes et de traitements non médicamenteux, on prendra en compte les différentes composantes de la douleur (sensorielle, émotionnelle, cognitive, etc.), son retentissement sur la qualité de vie (psychologique, socio-professionnel, etc.), ses mécanismes (nociceptif, neuropathique, mixte, etc.).

Tout traitement antalgique initié chez un patient substitué, nécessite une surveillance clinique rapprochée et une adaptation progressive des doses.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	4	1	41	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 6	Et doit être gérée dès que possible par une équipe spécialisée.
Expert 12	"Face à une douleur intense" : peut-être repréciser qu'il s'agit d'une douleur chronique
Expert 22	Quel que soit l'intensité de la douleur il est important de considérer les trois composantes : j'enlèverais « intense »
Expert 36	Et la prise en compte d'une sensibilité à la douleur majorée.
Expert 48	Les trois premières lignes sont applicables pour tous les patients et devraient figurer en 221

Pour les patients avec méthadone

86

La méthadone substitutive doit être maintenue.

Si un opioïde est indiqué, l antalgie peut se faire :
- Soit en majorant la dose totale de méthadone quotidienne et en la fractionnant en trois prises
- Soit en ajoutant du sulfate de morphine per os avec des formes à libération prolongée (LP) et des doses supplémentaires de morphine à libération immédiate (LI) selon les mêmes règles que celles utilisées pour équilibrer une douleur chronique chez un patient non substitué.

Dans les deux cas, on considérera que la douleur est correctement équilibrée lorsque le patient prendra moins de 4 doses supplémentaires par jour.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.13

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	3	2	7	25	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	La mise des 2 alternatives sur le même plan est discutable.
Expert 13	Selon les patients, et comme indiqué dans une question précédente, 4 prises quotidiennes peuvent être nécessaires, avec une répartition des doses à adapter en fonction de la dynamique nycthémérale de la douleur. Cf aussi PDF attaché à la question 194.
Expert 15	Je préfère essayer la 1ère proposition avant de proposer la seconde
Expert 36	Toujours problème des fractionnement et augmentation non prévus par RCP Dernière phrase : dans les 2 cas : dans le 1er cas 3 prises alors qu'il est question de 4 doses supplémentaires !?
Expert 45	Pourquoi proposer de fractionner en 3 ou 4 prises de méthadone paragraphe 2.1.2.1 p19 et ici proposer uniquement 3 prises ?
Expert 48	- le fractionnement est préalable à l'augmentation des doses : pharmacologiquement, le fractionnement qui permet au patient d'être plus souvent au pic plasmatique peut suffire - je pense que la notion de contact avec l'addictologue prescrivant la méthadone est indispensable pour choisir entre ces deux possibilités : il peut ne pas être judicieux de prescrire en ambulatoire de la morphine à un patient recevant de la méthadone
Expert 49	Préférer une molécule ; soit bon dosage et fractionnement de la méthadone ; soit un opioïde; surtout en ambulatoire

Pour les patients avec buprénorphine

87

La buprénorphine sera arrêtée.

Deux alternatives peuvent être proposées en fonction de la situation clinique :
- Soit l introduction de méthadone en 3 prises quotidiennes, avec augmentation progressive de la dose de méthadone à visée antalgique,
- Soit l introduction de morphine orale 8h à 12h après l arrêt de la buprénorphine (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes) : et l équilibration se fera progressivement par titration (morphine LP et doses supplémentaires de morphine LI en fonction des besoins.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	5	7	22	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	77.08	20.83

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.63	97.37

Expert	Commentaires
Expert 13	Comme indiqué dans des questions précédentes : - 4 prises de méthadone par jour peuvent être nécessaires - pourquoi attendre 8-12h face à une douleur intense : une titration adaptée dans un sens comme dans l'autre permet justement de gérer la douleur en limitant les effets indésirables notamment lorsque la compétition de la buprénorphine s'estompe. Pour tous ces points, cf. PDF attaché à la question 194.
Expert 15	Même commentaire que pour la question précédente
Expert 32	Le 2 est OK à condition que le médecin ne soit pas rapidement interpellé par le contrôle médical de la Sécurité Sociale.
Expert 36	Il faudra attendre aussi 8 à 12h pour l'instauration de la méthadone...
Expert 48	Ces deux solutions sont possibles, hors AMM dans les deux cas et dans les deux cas, le switch buprénorphine vers un agoniste complet sera délicat et je m'étonne de nouveau du 8 à 12H et de la fixation aux protéines (cf. plus haut) Il y a une autre solution : faire un switch vers la méthadone comme traitement de substitution et se reporter au paragraphe précédent (question 86). Là aussi avis du prescripteur addictologue demandé.

2.2.2.4. Arrêt

88

Au-delà de six mois de traitement continu, il est recommandé de tenter une décroissance, voire un arrêt du traitement, afin de constater si le traitement est toujours justifié ou si une dose inférieure serait suffisante.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	1	0	3	4	36	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	91.67	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.35	95.65

Expert	Commentaires
Expert 25	Si le patient manifeste le désir et qu'il y gagne en qualité de vie, cela ne doit pas être imposé par le médecin prescripteur
Expert 32	6 mois est une moyenne raisonnable mais doit être adapté aux circonstances.
Expert 38	Même commentaire (cf. question ci-dessus) Trois à six mois cela fait très court dans un traitement de douleurs chronique. Sachant qu'il faut parfois déjà des mois pour l'équilibrer. En revanche, il ne faudrait pas le poursuivre au-delà de trois mois sans avis spécialisé douleur
Expert 47	Pourquoi 6 mois ?
Expert 48	Justification du 6 mois

89

En cas d arrêt d un traitement continu sur plusieurs semaines, il est recommandé de l arrêter progressivement avec une décroissance régulière des doses afin de prévenir un syndrome de sevrage.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 8
Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.92

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	44	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 36	Préciser ce qu'on diminue et arrêt en 1er LI puis LP

90

La figure 1 présente l algorithme de prise en charge d un patient ayant une douleur chronique non cancéreuse chez qui un traitement par antalgique opioïde est envisagé.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	4	4	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.36	10.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention il manque le mot mois après 3 à 6 (case en bas milieu-droite)
Expert 5	Dans l'algorithme, la case "consultation spécialisée" (Médecin Douleur-Psychiatre- Addictologue) apparait comme une impasse. A qui s'adresse cet algorithme ? Que doit faire le spécialiste ?
Expert 6	1. Plutôt que "trouble psychiatrique non suivi", "suspicion de trouble psychiatrique associé" me parait plus réaliste. 2. Je pense qu'il manque une boucle avec la dernière case "poursuite des réévaluations régulières" : il faudrait ajouter "si pas de possibilité de décroissance, traitement > 6 mois" => flèche vers cs spé.
Expert 12	Félicitation au groupe de rédaction : très synthétique et très clair pour ce sujet complexe.
Expert 13	C'est le seul algorithme proposé dans la recommandation : il donne certaines indications et oriente mais il n'est pas suffisant pour la pratique. Cf commentaires dans le document attaché à la question 194.
Expert 17	Où est la figure ?
Expert 22	Dans l'évaluation initiale j'ajouterai recherche de l'étiologie de la douleur et sa

	typologie Qu'entendez-vous par évaluation de la fonction ?
Expert 31	Un médecin de la douleur doit intervenir plus tôt en l'absence de bénéfice clinique, 1 mois de traitement sans succès semble déjà bien suffisant pour indiquer une consultation spécifique de prise en charge de la douleur.
Expert 32	Je vais la chercher car elle est ailleurs. Vue dans le texte OK
Expert 36	Pour les patients non soulagés (cf. objectifs non atteints dans l'algorithme), faut-il vraiment attendre 6 mois pour adresser vers un spécialiste ?
Expert 43	Rappeler dans l'algorithme les éléments d'interrogatoire en faveur d'un risque de mésusage
Expert 48	Dans l'évaluation initiale, il manque la notion de traitement étiologique (après avis spécialiste d'organe) et la notion de "non soulagé par un traitement antalgique non opioïde et multimodal" L'organigramme devrait se terminer par la notion "envisager l'arrêt"

2.3. Traitement de la douleur liée au cancer

2.3.1. Evaluation du patient et objectifs de la prise en charge

91

La douleur chez les patients atteints de cancer est souvent présente, avec une persistance éventuelle d accès douloureux paroxystiques, malgré une douleur de fond bien stabilisée par un traitement adapté.

Les opioïdes sont indiqués dans la prise en charge symptomatique de ces douleurs nociceptives comprenant fréquemment une composante neuropathique.

La prise en charge des douleurs dues au cancer nécessite une analgésie multimodale dans laquelle le traitement étiologique est toujours à privilégier, sans retarder la mise en œuvre d un traitement symptomatique.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.85

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	3	40	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Il me semble utile de préciser ce que l'on définit par douleur liée au cancer. C'est à dire l'importance (repris dans le travail IASP pour la CIM 11 (Bennet 2019) de distinguer : - les douleurs liées au cancer ou à ses métastases (i.e. le sujet de ce chapitre) - les douleurs en relation avec les traitements du cancer (qui se prennent en charge comme les autres douleurs chroniques non cancéreuses) En sachant qu'en situation de cancer actif, ces tableaux peuvent coexister. Douleur liée au cancer n'étant pas synonyme de douleur pour personne ayant ou ayant eu un cancer. Ceci peut paraitre un point de détail mais dans la pratique, la distinction n'est pas toujours réalisée et des personnes en rémission sont traitées avec escalade opioïde en première intention pour des douleurs chroniques neuropathiques post chirurgie du cancer...
Expert 13	- Oui, mais l'une des difficultés en pratique est la méconnaissance des praticiens du caractère multimodal de la prise en charge des douleurs (mais aussi des addictions). - Il est important de proposer des algorithmes et tableaux synthétiques, comme dans les recommandations de la SFETD de 2016 pour la prise en charge des douleurs hors cancer. - Apporter ce type de document constitue une stratégie pour finalement mieux utiliser les opioïdes.

	- Cf. commentaires dans les questions précédentes et le document de synthèse attaché à la question 194.
Expert 22	Je retirerais volontiers :"Les opioïdes sont indiqués dans la prise en charge symptomatique de ces douleurs nociceptives comprenant fréquemment une composante neuropathique." Trop souvent les douleurs sont taxées de neuropathiques alors qu'elles ne le sont pas et dire que fréquemment elles ont une composante mérite de reconsidérer les choses

92

L évaluation psychologique, sociale et familiale du patient douloureux est rendue indispensable par le caractère multifactoriel de la douleur, tout comme le dépistage systématique de l anxiété, de la dépression et des troubles cognitifs.

L évaluation de la douleur inclut l évaluation des caractéristiques de la douleur dont l intensité, son étiologie et sa physiopathologie, ainsi que les attentes du patient en termes de soulagement attendu sur l intensité de la douleur et la récupération fonctionnelle.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	4	39	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	- Ajouter le sommeil parmi les facteurs à considérer dans le dépistage systématique. - D'ailleurs le respect du sommeil apparait dans les objectifs indiqués dans la question 93. - Cf aussi document de la question 194.
Expert 22	Retirer "attendu" car c’est redondant

93

Les objectifs à atteindre lors de l instauration d un traitement antalgique sont :
- une douleur de fond absente ou d intensité faible ;
- le respect du sommeil ;
- moins de 4 accès douloureux par jour ;
- une efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux supérieure à 50 % ;
- des activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur ;
- des effets indésirables des traitements mineurs ou absents.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	5	38	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Dans le SOR "Evaluation" la distinction était faite entre - L'objectif à atteinte pour considérer un traitement de fond (i.e. en continu à horaire fixe) : - douleur habituelle d'intensité faible - sommeil respecté (non impacté par la douleur) - activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur - mois de 4 accès douloureux/jour - et l'objectif antalgique à atteindre pour un traitement de crise : 50% de diminution de l'intensité - Le tout avec des effets indésirables mineurs ou absents
Expert 22	Je dirais les objectifs d'un traitement antalgique sont ... mais pas à l'instauration puisque rarement l'objectif est atteint dès l'instauration
Expert 36	N'est-ce pas ce qu'on doit attendre de tout traitement de la douleur chronique, pas que dans le cas de douleur cancéreuse ?

94

Il est recommandé de choisir l opioïde en fonction de la situation clinique du patient, de ses fonctions hépatique et rénale et des traitements associés.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	2	44	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 25	Mais aussi des antécédents et des possibles effets secondaires
Expert 48	Mentionner avant la situation clinique la notion de terrain (notamment de l'âge et du poids)

2.3.2. Modalités du traitement opioïde

2.3.2.1. Instauration et suivi

95

Lors de son instauration, le traitement par opioïde est à adapter à l intensité de la douleur liée au cancer. L utilisation de faibles doses d opioïdes dits « forts » peut être préférée à l utilisation de fortes doses d opioïdes dits « faibles ».

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	0	9	34	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	89.58	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 22	Surtout que les opioïdes faibles sont parfois moins bien tolérés
Expert 28	Ajout Lors de son instauration, le traitement par opioïde est à adapter à l'intensité de la douleur liée au cancer. L'utilisation de faibles doses d opioïdes dits « forts » peut être préférée D'EMBLEE à l'utilisation de fortes doses d opioïdes dits « faibles ». La prescription graduelle selon les paliers de l'OMS n'a plus court, car elle peut retarder une antalgie de qualité.

Expert 32	C'est l'avis de la Revue Prescrire.
Expert 33	Cela n'est pas valable que pour les douleurs du cancer
Expert 36	OUI pour la préférence fort/faible

96

Dans tous les cas, un traitement opioïde doit être instauré par titration progressive ; l administration orale est à privilégier.

L équilibration d un traitement par voie orale se fait avec la forme à libération immédiate ou avec la forme à libération prolongée. Des doses de secours de la même molécule à libération immédiate devront être prévues, renouvelables toutes les heures, si besoin, en les limitant à 6 par jour. Les doses de secours représentent 1/10 à 1/6 de la dose des 24 heures.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	3	4	34	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	87.50	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 6	La formulation est compréhensible mais "L'équilibration se fait avec une forme à libération immédiate seule ou associée à une forme à libération prolongée. Dans ce deuxième cas, la même molécule est utilisée pour les deux formes." me parait plus clair.
Expert 14	Le texte mentionne interdoses et doses de secours. Quelle différence faites-vous entre ces deux notions ? Si aucune il conviendrait d'harmoniser.
Expert 16	"Les doses de secours représentent 1/10 à 1/6 de la dose des 24 heures." Cette phrase peut ne pas être bien comprise car le patient étant en cours de titration il est difficile de connaitre la dose des 24h.
Expert 48	Réf. du 1/10 à 1/6

97

Ni l hydromorphone, ni la méthadone n ont d indication en première intention.

Le fentanyl transdermique est une alternative thérapeutique dans l instauration d un traitement opioïde lorsque la voie orale n est pas possible, ou en cas d insuffisance rénale.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.24

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	2	0	6	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	85.42	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.65	95.35

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention, utilisable après titration par une autre molécule à LI (voie orale ou injectable) afin de déterminer la posologie antalgique adaptée
Expert 16	"Le fentanyl transdermique est une alternative thérapeutique dans l'instauration d'un traitement opioïde lorsque la voie orale n'est pas possible, ou en cas d'insuffisance rénale." Je retirerais cette phrase. Si PO pas possible discuter voie sc ou iv pour la titration puis quand équilibrer faire relais pas patch. Surtout qu'il est bien spécifié plus haut dans le texte que le fentanyl transdermique n'est pas recommandé pour instaurer un traitement opioïde.
Expert 22	Attention cependant au fentanyl transdermique car sa plus petite dose à 12 revient à 30 mg d'EMO jour ce qui peut être déjà un risque de surdosage chez un patient naïf d'opioïdes.
Expert 24	Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 10 févr. 2020
Expert 45	Le fentanyl transdermique n'est pas une bonne alternative en instauration de traitement, peut-être à repréciser
Expert 48	De quel niveau d'IR parle-t-on ?

98

La titration par voie IV est recommandée lorsqu un contrôle rapide de la douleur est nécessaire. Une administration autocontrôlée avec la mise en place d une « PCA » peut être proposée si le patient est capable de gérer lui-même des bolus et que la formation de l équipe soignante a été réalisée. Une dose continue de fond n est pas toujours recommandée.

La voie sous-cutanée (SC) peut être utilisée bien que sa résorption ne soit pas toujours fiable.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	5	6	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	La voie sous-cutanée (SC) peut être utilisée bien que sa résorption ne soit pas toujours fiable. Dose continue de fond n’est pas toujours nécessaire lors de la phase de titration mais est souvent rapidement utile. Il est important de toujours évaluer et réévaluer le soulagement optimal de la douleur de fond. Voie sous cutanée intéressante si voie orale et IV ne sont pas possibles
Expert 6	La voie sous-cutanée peut être utilisée "en dernier recours" ou "en l'absence d'autre voie possible"
Expert 7	Une dose de fond semble souvent indispensable

Expert 22	J’ajouterais et si le patient n'est pas submergé par la douleur ce qui peut conduire à une utilisation inappropriée de la pompe
Expert 48	Préciser les situations dans lesquelles la dose de fond n'est pas recommandée

99

La survenue d accès douloureux paroxystiques sur une douleur de fond stabilisée par un traitement opioïde « fort », doit conduire à l association d un traitement par fentanyl transmuqueux d action rapide. Le fentanyl transmuqueux ne doit pas être utilisé pour équilibrer une douleur de fond. Dans le cas d une antalgie souhaitée de plus deux heures, il est possible d associer en interdoses la forme galénique à libération immédiate avec la forme galénique à libération prolongée du même principe actif, notamment la morphine ou l oxycodone.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.05

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	2	4	4	28	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	83.33	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 4	Ce propos manque de clarté ++++ Il convient de distinguer les pics douloureux ou recrudescence de douleur de fond pour lesquels un traitement à libération immédiate sera utilisé. Tout patient atteint d'une douleur cancéreuse avec un traitement de fond utilisant une forme LP doit bénéficier d'interdoses ou dose bonus avec un traitement à libération immédiate avec le l'oxycodone ou de la morphine LI. Les fentanyl transmuqueux sont utiles pour les accès douloureux paroxystiques d'installation rapide qui sont à redéfinir (survenue rapide < 10 min, intense, courte durée (15-60 min)) et à distinguer des pics de douleur, ils ne doivent pas être utilisés si EMO inférieure à 60 mg/jour Nécessaire éducation des patients et des professionnels de santé sur différence entre recrudescences de douleurs, pics de douleur d'évolution lente avant d'atteindre son maximum ou accès douloureux paroxystiques d'installation rapide et de durée brève. Tous les patients qui ont un traitement de fond n'ont pas besoin de fentanyl transmuqueux. Les formes LI des morphiniques sont par contre systématiquement associées sauf cas exceptionnels Utilisation du fentanyl transmuqueux : nécessité d'une éducation pour reconnaître les situations où son utilisation est nécessaire mais aussi savoir l'utiliser. Référence utile : Les copies du mois - fentanyl par voie transmuqueuse buccale : les différentes formes ne sont pas bioéquivalentes Rev Prescrire 2020 ; 40 (442) : 586-587
Expert 6	Mettre un seuil d'utilisation du fentanyl transmuqueux semble utile, car il peut être l'indicateur de passer à des interdoses.
Expert 12	"doit conduire à l'association d'un traitement par fentanyl transmuqueux " Le fait que la galénique des FAR est adaptée aux ADP, plus du fait de leur durée d'action moindre que du gain en délai d'action et le fait qu'ils aient AMM pour cette indication ne rend pas obligatoire leur prescription. Leur intérêt dépend surtout du profil des ADP existants. Une formulation plus nuancée pourrait être "doit faire considérer l'utilisation d'un ...."
Expert 16	"Dans le cas d'une antalgie souhaitée de plus deux heures, il est possible d'associer en interdoses la forme galénique à libération immédiate avec la forme galénique à libération prolongée du même principe actif, notamment la morphine ou l oxycodone." :

	Phrase non compréhensible (mettre un exemple) et en plus se situe dans le paragraphe fentanyl d'action rapide.
Expert 28	Confus et incomplet, je propose : La survenue d'accès douloureux paroxystiques sur une douleur de fond stabilisée par un traitement opioïde « fort », doit conduire à l'association d'un traitement par fentanyl transmuqueux d'action rapide. Le fentanyl transmuqueux ne doit pas être utilisé pour équilibrer une douleur de fond. En cas d'accès douloureux paroxystique prolongé ou prévisible, il est possible d'associer en interdoses la forme galénique à libération immédiate avec la forme galénique à libération prolongée du même principe actif, notamment la morphine ou l'oxycodone, en respectant le délai d'action de la molécule choisie. (ESMO 2018)
Expert 45	Dans le cas d'une antalgie souhaitée de plus deux heures : je ne comprends pas cette phrase.
Expert 48	Les accès paroxystiques justifient des interdoses, mais pas forcément du fentanyl ce que suggère la première phrase. Dans la première phrase supprimer "fentanyl transmuqueux".

100

Pour la réalisation de gestes douloureux, les opioïdes à libération immédiate, de demi-vie courte, peuvent être utilisés de manière préventive. Quand la douleur induite est brève (moins de 1h30) et d installation rapide, le recours au fentanyl transmuqueux peut être envisagé en débutant par la dose la plus basse possible de la forme galénique utilisée. L administration du fentanyl transmuqueux devra se faire en présence d un professionnel de sante, pour évaluer l efficacité et la tolérance, avec une surveillance rapprochée pendant et apres le traitement en raison du risque de dépression respiratoire.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.32

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	0	4	4	30	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	83.33	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 4	Le fentanyl transmuqueux est utilisable dans certaines situations Patient qui a déjà un traitement de fond de minimum EMO = 60 mg/jour
Expert 6	Pour les douleurs induites chez le patient non cancéreux, le recours à la morphine est rarement la bonne solution. Est-ce vraiment différent pour le patient cancéreux ? En tous cas, pour le fentanyl, quitte à l'assujettir à la présence d'un professionnel de santé, il faut mentionner la naloxone également.
Expert 16	-"le recours au fentanyl transmuqueux peut être envisagé en débutant par la dose la plus basse possible de la forme galénique utilisée." Cette phrase doit être retirée, pas de niveau de preuve suffisant. Sur quels éléments de la littérature se base cette proposition ? Pas d'argumentaire retrouvé dans le document argumentaire. En plus la titration est au moins de 15 à 30 mn avec risque que le geste soit terminé sans que l'antalgie ait été trouvée. - Insister pour la forme LI sur l'anticipation de la pharmacocinétique en précisant que le comprimé doit être donné au moins 30 mn avant le geste
Expert 36	Administration en présence d'un professionnel de santé : lequel ? celui qui fait le geste ?

101

En cas de douleur rebelle (douleur n ayant pas répondu aux thérapeutiques habituelles), un changement d opioïde (y compris vers l hydromorphone ou la méthadone, cette dernière instaurée en hospitalisation par une équipe spécialisée) ou un changement de voie d administration (voie IV

avec l opioïde déjà administré par une autre voie ou avec un autre opioïde) pourront être envisagés.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	0	2	4	32	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	81.25	16.67

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.50	97.50

Expert	Commentaires
Expert 4	= rotation opioïdes
Expert 12	Dans le chapitre 4.8.2 de l'argumentaire sur la méthadone, il me semble important de signaler le risque d'hypoglycémies lors de la titration initiale surtout à partir de 40 mg/j [Faskowitz 2013 Cell Moll Neurobiol; Flory 2016 JPSM]
Expert 14	Doivent être envisagés !
Expert 24	Intérêt de définir le palier 4 de la classification 1996 de l'OMS ? Avec mise en place de la méthadone et/ou de la pompe intrathécale
Expert 32	Le cannabis associé peut aussi être une option (cf. expérimentation nationale)

102

Une prudence particulière est de mise pour l utilisation des ratios de changement. Il convient de se baser sur des ratios qui privilégient la sécurité (fourchette basse des ratios). Pour le calcul des doses nécessaires du nouvel opioïde, il est recommandé d utiliser une table de conversion de type Opioconvert au format électronique1 (https://opioconvert.fr). Il est recommandé de tenir compte de la singularité de chaque situation et de prescrire des interdoses permettant l adaptation thérapeutique (nouvelle titration).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	4	36	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 22	Toujours prévoir l'équianalgésie à la baisse et l'existence de l'outil Opioconvert ne doit pas dispenser de faire les calculs
Expert 32	Une "équivalence" réduite de 20 à 30% est souvent recommandée au départ, avec une titration rapide pour rattraper si besoin.

103

Chez les patients fragiles (personnes âgées, insuffisants rénaux et/ou hépatiques) une réduction des doses et/ou une augmentation des intervalles des prises est recommandée. En situation d insuffisance rénale, la buprénorphine, le fentanyl et la méthadone sont les plus sûrs. Concernant l insuffisance hépatique, les opioïdes ne requérant pas un métabolisme hépatique complexe, notamment par l intermédiaire des cytochromes, sont probablement plus sûrs (morphine, hydromorphone).

Des réévaluations régulières et rapprochées permettront d évaluer le bénéfice du traitement et la survenue d effets indésirables.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	1	3	4	31	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	85.42	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 16	Est-ce que la buprénorphine doit être citée car pas utilisée comme antalgique en France et n'a pas d'AMM dans cette indication en France
Expert 30	"Chez les patients fragiles (personnes âgées, insuffisants rénaux et/ou hépatiques) une réduction des doses et/ou une augmentation des intervalles des prises est recommandée" : d'accord pour les traitements administrés en systématique en traitement de fond. Pour les traitements administrés en secours : c'est le principe de titration qui prime assortit d'une surveillance rapprochée, sans nécessairement "une réduction des doses et/ou une augmentation des intervalles des prises"
Expert 31	Attention à l'hypoprotidémie également, particulièrement chez le patient cancéreux
Expert 48	Préciser le niveau d'IR Peut-on recommander un agoniste partiel dont la demi-vie est très longue dans la prise en charge des douleurs cancéreuses ?

2.3.2.2. Mesures de prévention spécifiques du trouble de l usage

104

Les précautions suivantes sont à respecter afin d éviter le risque de trouble de l usage et d addiction. Il convient toutefois de rappeler que la prise en compte de la douleur est un aspect primordial de la qualité de vie des patients atteints de cancer, et que celle-ci doit être systématiquement recherchée, évaluée et traitée.

Les prescriptions d opioïdes au long cours chez des patients en rémission ou guéris devront être réservées aux patients ne répondant pas aux traitements usuels et présentant une douleur persistante, avec un retentissement important sur leur qualité de vie.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	1	2	3	38	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	91.67	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.22	97.78

Expert	Commentaires
Expert 6	"une douleur persistante" dont la cause est identifiée. Les séquelles douloureuses sont en générales faciles à étiqueter (séquelle post-chirurgicale, neuropathie post-chimiothérapie, douleur post-radique). Et pas si fréquentes en dehors des neuropathies, où la morphine n'est sans doute pas la meilleure des réponses.
Expert 13	- OK pour la deuxième partie, mais pas d'accord avec la première phrase : quelles différences font les rédacteurs entre trouble de l'usage et addiction ? - La dépendance (en termes d'addiction) selon le DSM-IV et la CIM-10) correspond au trouble de l'usage modéré à sévère du DSM-5. - Il y a régulièrement une confusion dans les 2 documents entre mésusage et trouble de l'usage. - Les conduites addictives balaient l'ensemble du spectre des usages qui

	peuvent conduire à l'addiction. - le trouble de l'usage (et non les troubles liés à l'usage qui constituent une entité plus large) relève du DSM-5 uniquement, pas de la CIM-10 ou 11 (cf. documents annexes de la recommandation). Il y a de nombreuses confusions dans la recommandation et l'argumentaire. - cf. aussi document de synthèse attaché à la question 194.

105

Avant de débuter un traitement opioïde et en particulier chez des patients susceptibles d être suivis sur le long terme, il est recommandé de rechercher les principaux signes identifiés de risque de trouble de l usage comme : l existence d un syndrome anxio-dépressif, de troubles du sommeil, ou d antécédents de troubles de l usage de substances licites (tabac, alcool, médicaments) ou illicites.

Face à un trouble de l usage, il est recommandé de rechercher un soulagement insuffisant, des accès douloureux paroxystiques, des troubles cognitifs, ou une mauvaise compréhension du patient ayant pu entraîner des prises anarchiques d opioïdes, avant de conclure à un trouble de l usage à des fins « récréatives ». Une utilisation à visée anxiolytique classiquement apportée par les opioïdes est à éviter et devra conduire à un traitement spécifique des troubles anxieux. Une prise en charge par des professionnels de santé mentale (psychiatre, psychologue) est souhaitable.

Une prise en charge pluridisciplinaire avec le concours d un addictologue, est recommandée pour des patients présentant un trouble de l usage de substance, et peut être souhaitable pour ceux ayant des antécédents d addiction (cf. chapitre 2.2.2.3 pour les modalités spécifiques du traitement).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	2	6	35	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	91.67	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.35	95.65

Expert	Commentaires
Expert 4	Cette proposition manque de clarté et apporte de la confusion. La prise en charge des troubles anxieux et d'un syndrome anxio-dépressif sous-jacent est nécessaire chez tous les patients, d'autant plus chez les patients atteints de douleur. Il s'agit d'une prise en charge globale dans laquelle les opioïdes comme la prise en charge des troubles anxieux est nécessaire. De même en situation de troubles cognitifs, nécessité d'encadrer l'utilisation des opioïdes et non pas de la limiter.
Expert 13	Plusieurs problèmes dans cette question : - quid des addictions sans substance ? - 2° paragraphe : - un mésusage n'est pas forcément un trouble de l'usage (notion de durée à prendre en compte). - on est étonné du terme "fins récréatives" Dans cette situation, c'est en général une tentative d'autorégulation à visée anxiolytique, antidépressive ou hypnotique => à reformuler - cf. aussi commentaires dans le document PDF de la question 194.
Expert 32	Une utilisation à visée anxiolytique classiquement apportée par les opioïdes est à éviter et devra conduire à un traitement spécifique des troubles anxieux. Oui mais quels traitements spécifiques ? Les BZD ont leurs dangers comme les autres anxiolytiques. L'approche non médicamenteuse est à privilégier mais demande du temps et n'est pas toujours facilement disponible (notamment l'approche psychologique est peu remboursée). Si le traitement opioïde est efficace aussi sur l'anxiété, faut-il le supprimer rapidement ?
Expert 48	Paragraphe à reformuler : notamment face à un trouble de l'usage, on recherche la fonction de la substance et l'effet recherché : antalgique, anxiolytique, euphorisant

106

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	1	1	5	36	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	95.83	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 3	Idem précédent : problématique d'accès à de la naloxone prête à l'emploi facilement utilisable
Expert 12	Cf. remarques sur ce sujet
Expert 13	Item redondant car transversal. Cf commentaires dans les questions qui

	abordent ce sujet.
Expert 17	Beaucoup plus légitime que pour la douleur aiguë
Expert 22	On parle du kit de naloxone et j'ajouterai d'informer les médecins de ville de l'existence de ce kit
Expert 26	Et de son utilisation, toujours en lien avec l'équipe soignante.

2.4. Situations de dépendance et trouble de l usage aux opioïdes de prescription

2.4.1. Dépendance isolée aux opioïdes de prescription

107

Le développement d une dépendance aux opioïdes de prescription est inhérent à tout traitement prolongé par opioïdes. La survenue d une dépendance isolée aux opioïdes de prescription, sans critère de trouble de l usage et sans facteur de risque associé, doit faire poser la question de la durée du traitement antalgique.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	1	2	3	5	31	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.25	87.50	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 13	Plusieurs problèmes dans cette question : 1) Le terme "dépendance isolée" n'est pas explicite : il vaut mieux utiliser le terme consacré "dépendance physique" (ou physiologique ou pharmacologie) qui résulte d'une simple contre-régulation rapidement réversible à l'arrêt du traitement. Le phénomène étant tellement classique que ces critères ne sont pas pris en compte dans les critères du trouble de l'usage en cas de traitement supervisé. Il faut le mentionner car ces critères ont longtemps entrainé de la confusion chez les praticiens, les patients, les entourages, etc. Il est tout aussi important d'informer le lecteur de la rapide disparition de cette contre-régulation à l'arrêt des médicaments opioïdes ce qui contribue au risque d'overdose en cas de reprise d'une dose préalablement tolérée. 2) Opioïde de prescription (traduction littérale de l'anglais) = comme précédemment évoqué, plutôt utiliser le terme "médicament opioïde" (qu'il soit prescrit ou pas...). La méthadone et buprénorphine étant aussi des médicaments opioïdes (principalement à visée substitutive), le paragraphe devrait donc parler plus précisément des antalgiques opioïdes puisque la 2ème phrase évoque la durée du traitement antalgique. Plus ces différents points, cf. aussi document PDF de la question 194.
Expert 14	Qu'entendez-vous par "Le développement d’une dépendance aux opioïdes de prescription est inhérent à tout traitement prolongé par opioïdes" car la dépendance n'est pas systématique
Expert 32	L'OMS préconise l'emploi du terme de dépendance de préférence à addiction mais en reconnaissant que la "dépendance physique" est distincte (dépendance définie par un syndrome de sevrage mais sans addiction). Cet usage des termes tend à introduire une certaine confusion. La plupart des patients qui ont un soulagement de l'état douloureux arrêtent leur traitement progressivement, sans nécessairement développer d'addiction. Il est évident que la durée du traitement antalgique doit être basée sur l'évolution de la douleur et le traitement interrompu quand il n'est plus nécessaire. nb= Il semble que l'OMS ait supprimé l'article où elle développait cette

	interprétation. Elle subsiste ailleurs https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction
Expert 36	Préciser dépendance pharmacologique
Expert 38	Le développement d'une dépendance aux opioïdes de prescription est UN RISQUE inhérent à tout traitement prolongé par opioïdes. Cela dépend du contexte mais n'est pas une certitude 100%
Expert 48	Le développement d'une dépendance pharmacologique (tolérance et signe de sevrage à l'arrêt) est inhérent à tout traitement prolongé Les critères de dépendance physique font partie des critères diagnostiques des troubles de l'usage. Donc il serait plus judicieux de dire "La présence de ces seuls critères doit faire poser ..."

108

S il n existe pas de douleur résiduelle, il est recommandé de proposer une réduction lente et planifiée de l opioïde. Néanmoins, il n existe pas de stratégie d arrêt par diminution progressive réellement validée. Il existe par ailleurs un risque que des douleurs de sevrage surviennent au cours de ce processus, surtout si la réduction de dose est trop rapide. Il est important de prévenir initialement le patient que la survenue de telles douleurs ne signifie pas que le traitement est nécessaire et doit être maintenu, mais qu il a entraîné un état de dépendance dont les signes de sevrage peuvent se manifester par des douleurs.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	6	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	Expliquer que d'autres manifestations que la douleur physique peuvent survenir, dont une recrudescence anxieuse, des troubles du sommeil sous forme d'insomnie d'endormissement de maintien avec réveils précoces au petit matin, etc.
Expert 25	Mais si à la diminution ou l'arrêt, des douleurs persistent ou reviennent après un délai optimal où elles devraient s'estomper, il faut réévaluer l'utilité d'un opioïde.

109

S il existe des douleurs résiduelles, il est important de reconsidérer l indication douloureuse pour laquelle l opioïde a été prescrit (avec un nouveau bilan d évaluation, si c est nécessaire) et de rechercher d une hyperalgésie induite par les opioïdes. Cette hyperalgésie, liée à une activation des systèmes facilitateurs de la nociception via les récepteurs NMDA, se traduit en effet cliniquement par une majoration de l intensité des douleurs, une sensibilité accrue à la douleur, une augmentation des besoins en opioïdes, mais ne permet pas d abaisser l intensité douloureuse, à la différence du phénomène de tolérance où il existe une perte d efficacité des opioïdes.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	2	2	7	28	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	89.36	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 12	Dans le descriptif clinique, proposition d'ajouter "une sensibilité accrue à la douleur pouvant aboutir à un tableau de douleur diffuse débordant la topographie douloureuse traitée"
Expert 13	Il est important que le document apporte des précisions sur l'hyperalgésie, son expression clinique particulière et sa prise en charge pour justement éviter une escalade posologique en opioïdes. Cf aussi document PDF de la question 194.
Expert 16	Cette phrase n'est pas claire : "Cette hyperalgésie, liée à une activation des systèmes facilitateurs de la nociception via les récepteurs NMDA, se traduit en effet cliniquement par une majoration de l'intensité des douleurs, une sensibilité accrue à la douleur, une augmentation des besoins en opioïdes, mais ne permet pas d'abaisser l'intensité douloureuse, à la différence du phénomène de tolérance où il existe une perte d'efficacité des opioïdes." Surtout la dernière partie. Il faut la réécrire pour que le lecteur comprenne bien la différence entre tolérance et hyperalgésie
Expert 31	A reformuler plus clairement
Expert 32	Cette hyperalgésie, liée à une activation des systèmes facilitateurs de la nociception via les récepteurs NMDA, se traduit en effet cliniquement par une majoration de l'intensité des douleurs, une sensibilité accrue à la douleur, une augmentation des besoins en opioïdes, mais ne permet pas d'abaisser l'intensité douloureuse, à la différence du phénomène de tolérance où il existe une perte d'efficacité des opioïdes.

	Cette phrase me parait un peu confuse.
Expert 36	"de rechercher d'une hyperalgésie induite par les opioïdes" : un d en trop !
Expert 38	Cette hyperalgésie, liée à une activation des systèmes facilitateurs de la nociception via les récepteurs NMDA, se traduit en effet cliniquement par une majoration de l'intensité des douleurs, une sensibilité accrue à la douleur, une augmentation des besoins en opioïdes, mais ne permet pas d'abaisser l'intensité douloureuse, à la différence du phénomène de tolérance où il existe une perte d'efficacité des opioïdes. JE NE COMPRENDS PAS CETTE PHRASE. ELLE N'EST PAS CLAIRE, ME SEMBLE GRAMMATICALEMENT MAL ECRITE
Expert 45	La 2ème phrase n'est pas claire, notamment la deuxième partie " mais ne permet pas d'abaisser …".
Expert 48	Fin du paragraphe pas claire : tolérance surmontable par une augmentation des doses contrairement à l'hyperalgésie aggravée par une augmentation des doses

110

La mise en place de mesures pharmacologiques et/ou non pharmacologiques visant à soulager la douleur du patient doit être un préalable à toute stratégie de réduction de posologie de l opioïde. En effet, une réduction amorcée sans prise en charge efficace de la douleur risque d exposer le sujet à une majoration des douleurs et à un échec de la réduction des doses de l opioïde. En cas de dépendance isolée aux opioïdes de prescription, si plusieurs tentatives de réduction de posologies de l opioïde se sont soldées par un échec, il est recommandé d orienter le patient vers un spécialiste de la douleur, qui déterminera dans quelle mesure il peut être nécessaire d organiser un relai par un autre antalgique opioïde (dont la diminution de dose serait plus facile), et qui mettra en place des approches non médicamenteuses associées.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.63

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	2	8	34	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	91.67	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.22	97.78

Expert	Commentaires
Expert 6	Faut-il vraiment attendre plusieurs échecs de réduction ? Avec au moins un avis ou une prise en charge conjointe, plutôt qu'un réorientation d'emblée.
Expert 48	Dépendance isolée : parle-t-on de dépendance pharmacologique (tolérance et sevrage) ? Pourquoi attendre plusieurs tentatives pour orienter ? De quel relai "antalgique opioïde dont la diminution serait plus facile" parle-t-on ?

2.4.2. Trouble de l usage aux opioïdes de prescription associé à une dépendance

111

Face à une situation de trouble de l usage aux opioïdes de prescription associé à une dépendance, potentiellement responsable au long cours, de troubles du sommeil ou d une majoration de troubles psychologiques ou psychiatriques pré-existants, la prise en charge doit être systématiquement coordonnée en milieu spécialisé, par une double prise en charge algologie/addictologie et repose sur des stratégies multidisciplinaires :
- traitement adapté d éventuelles douleurs résiduelles par une approche multidisciplinaire et pluri-professionnelle (réadaptation des médicaments antalgiques, arrêt progressif, mesures non médicamenteuses) ;
- traitement des comorbidités psychologiques ou psychiatriques et prise en charge des problématiques sociales associées, nécessitant l articulation éventuelle avec une consultation psychiatrique et un accompagnement socioéducatif ;
- traitement des comportements addictifs, si nécessaire par un médicament de substitution aux opioïdes (MSO).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	0	0	2	4	37	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	89.58	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 5	Oui, tout à fait d'accord avec cette recommandation de stratégies multidisciplinaires mais qui coordonne ou comment coordonner ? La recommandation devrait davantage insister sur le temps de coordination nécessaire dans ce parcours multidisciplinaire
Expert 32	Fréquemment, dans ce cas, le MSO doit avoir deux valences, MSO et antalgique, ce qui favorise souvent la méthadone.
Expert 36	+ pharmacien dans la boucle
Expert 48	Je ne comprends pas le titre "trouble de l'usage associé à une dépendance" : en quoi ce paragraphe serait différent si les TUS n'étaient pas associés à une dépendance physique ?

	Il faudrait généraliser : TUS responsable au long cours de manifestation cliniques (exemple)

3. Prévention et prise en charge du trouble de l usage et des surdoses d opioïdes

3.1. Prévention et prise en charge du trouble de l usage d opioïdes

3.1.1. Prévention du trouble de l usage d opioïdes

112

La prévention des troubles de l usage d opioïdes (TUO) débute par l application des règles de prescription des médicaments opioïdes (cf. RCP des médicaments : indication, posologie, etc.).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.63

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	1	3	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	97.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 12	Plutôt les règles détaillées dans ce document que les RCP.
Expert 14	Le respect des RCP n'est pas forcément en accord avec le bon usage des médicaments
Expert 17	Quel intérêt de faire une reco pour demander de respecter le RCP ?
Expert 32	Certaines prescriptions antalgiques imposent des doses non conformes au RCP (consommateurs chroniques, douleurs intenses, développement d'une tolérance etc..). Le RCP est un guide mais ne devrait pas être une obligation absolue et son non-respect une erreur médicale.

3.1.1.1. En cas de primo-prescription d opioïdes

Evaluation initiale du patient

113

Une évaluation globale du patient est nécessaire avant l instauration du traitement afin de rechercher des facteurs de risque de trouble de l usage. Il est recommandé d interroger le patient sur ses antécédents médicaux et ses consommations (traitements prescrits ou auto-administrés ou substances habituellement consommés) afin d évaluer les risques d interactions médicamenteuses.

Cette évaluation initiale doit rechercher la présence d éventuelles comorbidités somatiques, psychiatriques, et troubles de l usage de substances (passés ou actuels). Une situation de vulnérabilité sociale ou de fragilité psychologique doit être recherchée en interrogeant le patient sur sa situation sociojudiciaire et environnementale.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.64

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	7	36	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	Quid des addictions sans substance ?
Expert 22	On peut interroger le patient sur sa situation socio-judiciaire mais l'interrogatoire peut aussi ne rien apporter de contributif
Expert 31	Difficile en pratique et peu pertinent pour un traitement court (< 7 j) de la douleur aiguë postopératoire par exemple
Expert 32	Une évaluation globale du patient est nécessaire avant l'instauration du traitement afin de rechercher des facteurs de risque de trouble de l'usage. Il est recommandé d'interroger le patient sur ses antécédents médicaux et ses consommations (traitements prescrits ou auto-administrés ou substances habituellement consommés) afin d'évaluer les risques d'interactions médicamenteuses. Cette évaluation initiale doit rechercher la présence d'éventuelles comorbidités somatiques, psychiatriques, et troubles de l'usage de substances (passés ou actuels). Une situation de vulnérabilité sociale ou de fragilité psychologique doit être recherchée en interrogeant le patient sur sa situation sociojudiciaire et environnementale. Ce devrait être un préalable à tout traitement, surtout majeur !!!
Expert 36	Remplacer fragilité par vulnérabilité psychologique L'interrogation sur la situation sociojudiciaire et environnementale du patient permet -elle de définir la vulnérabilité psychologique ? Je trouve que la problématique des IM doit intervenir après la recherche de FR de TUO

Expert 43	De nombreux cliniciens considèrent que l'anamnèse socio-judiciaire des patients ne relève pas du champ médical. Par ailleurs, la mise en évidence d'ATCD judiciaire lié à une infraction à la loi sur les stupéfiants peut-être extrêmement stigmatisante selon l'adage "qui a bu boira".

114

Dans le cadre de la douleur chronique en soins de premier recours, le repérage des patients à risque de mésusage peut être facilité par le recours à des outils d évaluation comme l Opioid risk tool - ORT (cf. annexe 1).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	4	1	3	36	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.67	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Nécessité d'une consultation valorisée si on veut que les choses soient bien faîtes. Nécessité de consultations rapprochées pour l'ensemble des évaluations nécessaires et le suivi. Ceci pour les soins primaires, en proximité. Importance de disposer de recommandations pour l'organisation systémique des soins afin de les rendre réalisables.
Expert 13	- L'ORT est un outil dont les limites sont désormais reconnues car il ne prend pas en compte certaines problématiques addictives ou certaines comorbidités psychiatriques qui sont pourtant extrêmement fréquentes en pratique. Il existe toute une littérature qui montre les limites de cet outil mais les recommandations n'en font pas état. - Cf. commentaires précédents sur le sujet et document PDF de synthèse attaché à la question 194.
Expert 32	L'évaluation prévue au point 113 est déjà demandeuse de temps et d'efforts. Il est probablement négatif de se centrer, dans un premier temps, sur un problème comme celui-ci au risque de négliger les autres points pertinents. Si le traitement de la douleur est indispensable il devra être prescrit, quelles que soient les réticences. S'il calme bien la douleur, l'ORT pourra être fait dans un deuxième temps et sera probablement porteur de plus de confiance et de possibilités de prévention.

115

Les potentiels troubles comorbides repérés doivent être pris en charge de manière simultanée à l aide de soins pluridisciplinaires afin d éviter que le patient ne pérennise un usage d opioïde en autosoulagement d éventuelles comorbidités, plutôt que pour l indication établie pour laquelle l opioïde est prescrit.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	4	3	36	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.67	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	OK sur le principe, mais en pratique, compte-tenu des inégalités sociales et territoriales de santé ?
Expert 12	La recommandation 113 peut également s'appliquer pour la prise en charge des douleurs lies au cancer (i.e. étiologie tumorale). Pour la recommandation 115, dans l'hypothèse de douleurs cancéreuses, la prise en charge pluridisciplinaire (qui nécessite du temps à mettre en œuvre) ne doit pas retarder la mise en place d'un traitement efficace.
Expert 25	Il est quand même bon de repérer le bénéfice risque si rien d'autre ne le soulage.
Expert 32	« En autosoulagement d'éventuelles comorbidités » : Tout dépend de la nature de cet autosoulagement et des comorbidités. Une approche purement réglementaire est administrativement pertinente mais peut conduire à une prise en charge médicale non optimale, surtout en cas de douleur chronique ou cancéreuse.

Modalités préventives d un trouble de l usage d opioïdes

116

En cas de prescription d un opioïde à visée antalgique, il est recommandé de réaliser sa titration à partir de la posologie jugée minimale au regard de la situation clinique. Le soulagement insuffisant de la douleur du patient peut favoriser l émergence d un TUO.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.76

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	7	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cotation 9/10 pour la douleur aigue et la douleur chronique non cancéreuse. Respect des recommandations propres à la titration pour les douleurs du cancer (posologie de départ, rythme des majorations...) qui diffère. Cotation 6/10 pour application aux douleurs du cancer.
Expert 22	D'où l'intérêt d'une réévaluation précoce et régulière des bénéfices risques
Expert 36	Jugée minimale mais efficace ! Sinon en effet risque majoré d'un TUO

117

Il est recommandé de prescrire les opioïdes pour la durée minimale adaptée à la situation clinique du patient et aux objectifs de la prise en charge définis en amont, particulièrement pour une

douleur aiguë.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	3	43	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Il y a aussi le contexte d'organisation possible des soins qui oblige et pas seulement la situation clinique du patient.

118

Dans un contexte de facteurs de risque identifiés d émergence de TUO, une supervision des prises d opioïdes peut être réalisée en accord avec le patient. La réalisation d une recherche urinaire des métabolites des opioïdes peut être évoquée en fonction des situations cliniques et de la nécessité

d évaluer l existence d une imprégnation en opioïde (cf. chapitre 3.1.4).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	10	26	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	Recherche urinaire des opioïdes et d'autres substances
Expert 36	Supervision par qui ? pharmacien ?
Expert 38	Est-ce vraiment réalisable en pratique, en dehors de structures spécialisées ? Comment on gère ? En service hospitalier classique ? A domicile ??
Expert 43	En dehors des services de psychiatrie, d'addictologie et de pédiatrie la supervision des prises de traitement n'est pas une compétence paramédicale qui va de soi. Cette action soulève régulièrement des débats idéologiques qui aboutissent le plus souvent à un entre deux non satisfaisant (certains soignants le font alors que d'autres laissent l'ensemble de la prise médicamenteuse à

	disposition du patient, le justifiant par "le manque de temps", que fliquer n'est pas du rôle soignant, etc.)

119

Comme pour tout traitement, le patient et son entourage doivent recevoir une information adaptée au contexte clinique quant aux bénéfices et risques du traitement (cf. chapitre 1.3). Outre l information concernant les effets indésirables usuels des opioïdes, il convient aussi d informer sur les conséquences potentiellement plus graves de ces médicaments (trouble de l usage iatrogène, surdose et conséquences potentiellement létales).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	5	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Sans faire peur au patient, qui ne prendra pas le traitement. C'est l'éternel problème de l'information éclairée qui doit être bien formulée pour ne pas faire fuir (la formulation "conséquences potentiellement létales" explicitant bien cette problématique).
Expert 12	Dans les recommandations (y compris dans l'argumentaire) au chapitre des risques et des informations à donner au patient, il serait utile d'avoir un paragraphe sur la prise opioïdes classés comme stupéfiants et la conduite automobile. - risque ou non lors de contrôles routiers - risque ou non (en particulier couverture par les assurances) en cas accident avec blessés ou tués.
Expert 22	Cette attitude d'information est valable pour toutes les thérapeutiques et pas seulement les opioïdes.
Expert 36	Informer oui en rassurant aussi.

120

Le prescripteur doit prévoir de réévaluer systématiquement l efficacité du traitement et sa tolérance.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.88

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	2	45	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	- Attention au terme "tolérance" qui dans le contexte signifie que le traitement est bien ou mal supporté, mais qui dans d'autres parties des recommandations et de l'argumentaire correspond au phénomène de tolérance (accoutumance) de la dépendance physique. - Texte à reformuler comme proposé dans d'autres questions. - Cf. document de synthèse attaché à la question 194.
Expert 17	Certaines reco très généralistes comme celle-ci devrait être intégré dans une règle très générale d'utilisation des opioïdes et ne pas faire l'objet de reco à proprement parler car trop de recos diluent le message et ne seront pas lues ni appliquées
Expert 43	L'efficacité du traitement et de sa tolérance doivent être systématiques. Lors d'un séjour hospitalier cela est assez simple. Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, cela peut-être plus compliqué d'un point de vue organisationnel : le spécialiste n'étant pas toujours d'une disponibilité importante auquel cas le binôme Médecin traitant / spécialiste est indispensable. LE médecin Traitant sachant s'organiser pour proposer la disponibilité nécessaire et étant capable d'ajuster le traitement. Le spécialiste devant être à la disposition du Med traitant en cas d'évolution inhabituelle ou d'échappement du traitement

3.1.1.2. En cas de prescription d opioïdes en cours

121

Le renouvellement des prescriptions ne peut s envisager qu en cas de persistance d une indication clinique validée justifiant de recevoir un opioïde.

Si la question du renouvellement d un traitement opioïde se pose, celle-ci ne doit se faire qu après évaluation systématique de l efficacité et de la tolérance de la prescription antérieure. Il est donc recommandé de rechercher une dépendance physique aux opioïdes, traduite par l existence de symptômes de sevrage, repérés à l examen clinique ou à l aide d outils d évaluation tels que la Clinical opiate withdrawal scale - COWS et la Subjective opiate withdrawal scale - SOWS (cf. annexes 3 et 4). Cette symptomatologie mettrait en évidence l apparition d un phénomène de tolérance aux opioïdes.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.91

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	4	0	8	4	26	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	89.36	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 6	Cliniquement "et" à l'aide d'outils
Expert 13	Oui mais ATTENTION aux 2 sens du terme tolérance qui sont illustrés dans cette

	même question : - première partie, tolérance dans le cadre de la balance bénéfice/risque. - deuxième partie, tolérance dans le cadre de la dépendance physique (phénomène d'accoutumance). Cette partie du texte doit être reformulée. Cf. aussi commentaires dans le fichier PDF de la question 194.
Expert 17	Clinical opiate withdrawal scale - COWS et la Subjective opiate withdrawal scale – SOWS ; je n'arrive pas à accéder aux annexes ; validées en Français ?
Expert 25	Oui mais ne pas laisser un patient dépendant sans traitement même si l'indication thérapeutique n'a plus cours. Il faut à ce moment mettre en place une diminution progressive avec l'accord du patient.
Expert 32	Tout traitement opioïde prolongé mène à un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal avec ou sans tolérance significative, avec ou sans addiction (cf. item 17) ! Dans le traitement de la douleur il n'y a le plus souvent pas d'addiction donc un sevrage progressif "simple" permet en général l'arrêt des opioïdes. Je rappelle ma proposition en 4 axes, réglementaire, contrôle, effets bénéfiques, effets nocifs. Ici le contrôle de la consommation et l'attention aux effets nocifs me parait prioritaire.
Expert 35	Lien dépendance physique et tolérance ? Les signes de sevrage signent la pharmacodépendance alors que la tolérance correspond à la nécessité d'augmenter les doses pour un effet équivalent ou la diminution de l'effet pour une dose stable.
Expert 36	Sevrage et tolérance sont 2 notions différentes...
Expert 38	Sauf en cas d'indication évidente du traitement (cancer évolutif notamment).
Expert 48	La dépendance physique se traduit par des symptômes de sevrage et une tolérance, mais les symptômes de sevrage ne mettent pas en évidence l'apparition d'un phénomène de tolérance, ce sont deux items du DSM distincts.

122

Il est recommandé de rechercher l existence d un TUO, cliniquement ou à l aide d outils d évaluation tels que le Prescription opioid misuse index - POMI (cf. annexe 2), de façon répétée durant la prise en charge.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	0	3	6	33	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	91.49	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 6	Cliniquement "et" à l'aide d'outils
Expert 13	- Le POMI ne détecte pas stricto sensu le trouble de l'usage mais le mésusage des antalgiques opioïdes, ce dernier pouvant s'intégrer ou pas dans un trouble de l'usage qui par définition comprend au moins 2 critères sur 12 mois. - Par contre la probabilité d'un trouble de l'usage augmente avec un nombre croissant d'items positifs au POMI. - Les parties de la recommandation et de l'argumentaire qui proposent l'utilisation du POMI doivent être reprises et plus pondérées, à la lumière de la littérature. - cf. document PDF de la question 194.
Expert 17	Même question que reco 121
Expert 25	Oui mais sans pénaliser ou stigmatiser le patient
Expert 32	Le POMI teste la conformité aux prescriptions. Mais encore faut-il qu'elles soient optimales, ce qui n'est pas toujours le cas (de nombreux témoignages sur Psychoactif en attestent. Beaucoup de médecins sont exagérément "prudents", notamment dans les soins aux toxicomanes). Le RODS, lui, teste le contrôle par l'usager, ce qui est plus pertinent (cf. pièce jointe)

Expert 38	Sauf en cas d'indication évidente du traitement (cancer évolutif notamment)

123

Le prescripteur doit rester vigilant quant aux facteurs de risques de TUO, à savoir, l existence de comorbidités psychiatriques et/ou d antécédents de trouble de l usage de substances, le recours à une dose moyenne quotidienne d opioïde supérieure à 120 mg EMO (équivalent morphine orale), le sexe masculin et l âge du patient, le risque de TUO diminuant avec le vieillissement.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.38

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	3	7	30	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	89.36	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 6	Répétition ? Je ne comprends pas ce que cette recommandation apporte par

	rapport aux précédentes.
Expert 12	Pour les douleurs liées au cancer ou ses métastases, la pertinence de la notion de posologie "limite" à 120 mg/j EMO se pose. Dans l'étude European Pharmacogenetic Opioide Study (EPOS- 2294 patients, 11 pays) la posologie moyenne quotidienne était de 230 +/- 456 mg [10-9090 mg/j] en EMO. Difficile de savoir si les études ayant mis en évidence facteur de risque TUO à 120 mg/j s'extrapolent aux personnes avec douleur du cancer. D'autant que dans la pratique quotidienne les problématiques pyscho-sociales intriquées avec la douleur sont très différentes dans les populations "douleur chronique non cancéreuse" et "douleur liée au cancer et aux métastases".
Expert 13	Quid des addictions sans produit ?
Expert 16	Mettre "le risque de TUO diminuant avec le vieillissement" entre parenthèse
Expert 32	« le risque de TUO diminuant avec le vieillissement » : C'est peut-être un pb de génération actuelle (je souligne) qui risque de changer avec le changement de génération. Les études chez les personnes âgées montrent que les consommations, parfois "cachées" sont plus fréquentes qu'on ne le pense, notamment actuellement codéine ou tramadol.
Expert 35	Globalement le risque de TUO diminue avec le vieillissement mais des évènements de vie peuvent majorer le risque à un moment donné (vulnérabilité psychosociale)
Expert 36	Sexe masculin et l'âge du patient, le risque de TUO diminuant avec le vieillissement : données avérées ??

124

L évaluation globale du patient doit être réitérée afin de rechercher l apparition de potentiels troubles comorbides associés à ceux dépistés précédemment, et suivre l évolution de la prise en charge pluridisciplinaire.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	39	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.87	2.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Quelle organisation est proposée ? Le médecin prescripteur (chirurgien, etc.) gèrera-t-il la prise en charge pluridisciplinaire ? Est-ce alors le médecin traitant qui fera cela ?

125

La réalisation d une recherche urinaire des métabolites des opioïdes peut être évoquée en fonction des situations cliniques et de la nécessité de confirmer l usage d opioïde, et d évaluer des co-consommations associées (cf. chapitre 3.1.4).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	5	8	28	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.49	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Remettre ici avec l'accord du patient
Expert 15	Attention aux analyses d'urine à répétition pour contrôle et suivi. Elles peuvent avoir un impact négatif. L'idéal est une bonne alliance thérapeutique où le patient peut dire ses consommations.
Expert 32	Pour nourrir le dialogue et non le retrait brutal des traitements !
Expert 35	Sans enjeu / accompagnement (pas de sanction) quel que soit le résultat et toujours dans un climat de confiance qui doit permettre au patient de parler de ses usages et co-consommations.
Expert 38	Là aussi en pratique difficilement réalisable en dehors d'équipe spécialisée en addictologie (même en CETD pas sûr que ce soit réellement faisable)
Expert 43	En pratique clinique, la recherche urinaire de métabolites ne concerne qu'une petite proportion de situations : - Evolution incohérente - Décalage entre l'observation et ce qui est rapporté par le patient - Tableau clinique en faveur d'une intoxication (opiacés ou autre)

3.1.2. Prise en charge du trouble de l usage des opioïdes

126

Afin d éviter ou de limiter le trouble de l usage des opioïdes, il est primordial de respecter les règles de bon usage et juste prescription des opioïdes antalgiques dès l instauration du traitement (cf.

chapitres 1 et 2).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.88

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	2	44	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 32	Je rappelle ce que je disais au chapitre 1. L'aspect réglementaire n'est qu'un des éléments du problème. D'ailleurs il n'est pas rare que le contrôle médical de la Sécurité Sociale autorise des doses non réglementaires dans le traitement des addictions, notamment pour l'addiction au Tramadol (préférant un usage abusif mais contrôlé à un usage abusif clandestin). C'est le règlement qui s'adapte et non l'usager, au service d'une plus grande probabilité de sevrage. Je parlerais plutôt de mésusage réglementaire ou d'usage non réglementaire. Le mésusage est défini ainsi administrativement mais pour l'usager c'est plutôt défini comme un usage abusif ou nocif. Or certains usagers utilisent ces produits de

	façon non réglementaire mais aussi de façon contrôlée, "non abusive" (donc largement sans les conséquences négatives pour l'individu qui sont évoquées). Cet usage a perduré pendant des siècles. La confusion des deux définitions peut donc conduire à une prise en charge non adaptée. https://www.atelierantalgie.com/blog/2017/03/16/une-histoire-stupefiante-partie-1-lopium-dans-lantiquite/ Je pense que, plutôt que de classer l'usage comme conforme et mésusage, il serait préférable de l'analyser selon 4 axes indépendants= 1) Est-il conforme aux règles administratives ou médicales et si non en quoi ? 2) Est-il contrôlé et si non en quoi ? 3) En quoi l'usage est-il bénéfique, ou n'a pas les bénéfices escomptés ? 4) En quoi est-il nocif ? Il ne s'agit pas de classer mais d'évoquer des modalités adaptées de prise en charge. Notons que sur ces axes un usage thérapeutique réputé sans problème pourra être "négatif" sur l'un et l'autre de ces axes.

3.1.2.1. Diagnostic d un trouble de l usage

Evaluation clinique

127

Le clinicien doit diagnostiquer un trouble lié à la consommation d opioïdes en utilisant les critères du DSM-5 ou de la CIM-11 (cf. annexes 7 et 8).

Un usage prolongé (> 15 j) d opioïdes pour des douleurs aigües per- ou post-opératoires nécessite une consultation dédiée à la douleur.

Le trouble de l usage d opioïdes est principalement diagnostiqué sur la base des antécédents et de l anamnèse du patient et d une évaluation complète qui comprend un examen clinique.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.79

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	4	0	6	7	23	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	85.11	10.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 2	L'usage prolongé nécessite une consultation dédiée à la douleur : les cliniques ont peu voire pas de consultation douleur. Les CETD n'ont pas tous des filières courtes (délais supérieurs à 3 mois). Cependant des unités mobiles spécialistes douleurs pourraient peut-être effectuer le lien pour permettre une évaluation et réorientation rapide. Par ailleurs, des patients se font opérer à plusieurs centaines de km ce qui ne favorise pas le suivi à court terme pour ce type de prescription. Le lien avec médecin référent/traitant est primordial.
Expert 8	Le terme consultation dédiée à la douleur peut faire penser à la nécessité d'adresser à une consultation spécialisée. Je mettrais par le prescripteur ou quelque chose précisant que c'est dans le circuit habituel des soins.
Expert 12	"nécessite une consultation dédiée à la douleur" : sous-entendu une consultation dédiée pour ce motif et non pas un adressage en structure douleur chronique.
Expert 13	Plusieurs problèmes dans cette question : - les troubles liés à la consommation d'opioïdes (terminologie trouvée notamment dans des publications canadiennes) ou troubles liés à l'usage d'opioïdes correspondent à TOUS LES troubles induits par un usage (c'est à dire tous les effets indésirables induits par le produit sur l'individu). - le trouble de l'usage, qui a remplacé la définition dichotomique abus-dépendance du DSM-IV, traduit LA relation pathologique que le sujet a développé vis à vis du produit. C'est UN aspect particulier des troubles liés à

	l'usage. - comme indiqué dans un précédent commentaire, le trouble de l'usage est une définition du DSM-5, pas de la CIM-11. Comme la CIM-10, la CIM-11 est resté sur une description dichotomique : usage nocif et dépendance. - le texte de la recommandation et de l'argumentaire qui aborde ces différentes notions et définitions doit être absolument reformulé. - cf. aussi commentaires du document PDF de la question 194.
Expert 16	"Un usage prolongé (> 15 j) d opioïdes pour des douleurs aigües per- ou post-opératoires nécessite une consultation dédiée à la douleur." Cela dépend des chirurgies et les délais de réactivités des consultations douleur ne permettent pas une telle prise en soins.
Expert 17	Vous pensez vraiment que les CD ou CETD peuvent absorber tous les malades prenant 15 jours d'opioïdes (faible ou fort) après une chirurgie ? Reco illusoire
Expert 33	Cette reco me semble intéressante mais inapplicable quand les délais de consultation douleur sont > 3 mois (et même souvent > 6 mois)
Expert 36	Valable pour tout patient ??? Le trouble de l'usage d'opioïdes est principalement diagnostiqué sur la base des antécédents et de l'anamnèse du patient et d'une évaluation complète qui comprend un examen clinique : il peut exister aussi sans antécédents !
Expert 38	Mais une consultation douleur dans les 15 j me paraît malheureusement non réalisable ne France actuellement...
Expert 43	- Demander une consultation douleur face à l'utilisation >15 j d'un opiacé de palier 2 me parait une attitude extrêmement prudente. Il me paraîtrait plus adapté d'évoquer > 15 j d'utilisation et absence d'efficacité ou aggravation de la douleur - Il me paraîtrait plus complet et plus clair d'ajouter à la 3ème assertion, qu'aucun examen complémentaire ne permet de poser le diagnostic de TLU d'opioïdes.
Expert 48	Pourquoi cette durée de 15 j ? Le diagnostic se fait comme dit à la première phrase en utilisant les critères du DSM et non comme dit à la phrase 3 sur la base des ATCD ; c'est l'évaluation globale qui inclut les ATCD et l'examen clinique

128

Les patients souffrant d un TUO doivent systématiquement bénéficier d une recherche de potentielles douleurs associées dont l absence de prise en charge pourrait aggraver le TUO existant.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.76

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	5	37	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.74	4.26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 36	Est-on dans le cadre d'un TUO diagnostiqué suite à traitement antalgique opioïde ?

129

Dans le cadre de la douleur chronique en soins de premier recours, des outils simples tels que le POMI (Prescription Opioid Misuse Index) peuvent être utilisés pour rechercher un trouble de l usage dans le cadre du suivi.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.45

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	3	5	32	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	89.36	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 8	OK, en sachant que ces outils sont généralement très peu utilisés. Mais sur le principe OK. Ceci nécessite donc une réflexion sur l'accompagnement des recommandations et l'organisation des soins.
Expert 12	"douleur chronique" : formulation trop synthétique et trop implicite. Pour plus de clarté ceci pourrait être remplacé par : "douleur chronique non cancéreuse ou de la douleur liée au cancer"
Expert 13	Cf. commentaires précédents et PDF de la question 194. Le POMI est un outil de dépistage du mésusage, mais pas du trouble de l'usage stricto sensu.
Expert 32	Le POMI est très centré sur l'aspect réglementaire. Comme je le dis plus haut cela suppose que la prescription soit optimale, ce qui n'est pas toujours le cas.
Expert 35	Le POMI dépiste un mésusage d'antalgique opioïde.
Expert 49	La réévaluation régulière est aussi pertinente.

130

Les patients évalués pour un trouble de l usage d opioïdes devraient être également évalués sur leur bien-être psychologique et l existence d éventuelles comorbidités psychiatriques. De plus, il est recommandé de proposer un test de grossesse aux femmes en âge de procréer et de les interroger sur les méthodes de contraception.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	7	33	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.74	4.26

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	"évalués sur leur bien-être psychologique" : La formulation manque de précision. Quel outil ou critère d'évaluation est recommandée par le groupe ?
Expert 13	- Oui mais c'est clairement insuffisant, les pathologies duelles ne sont pas mentionnées dans la recommandation alors qu'elles sont souvent la règle en pratique.

	- Le trépied trouble de l'usage des opioïdes - douleur - comorbidités psychiatriques est un classique et met les praticiens en difficulté. Etonnement les recommandations en ont fait l'impasse. Leur reconnaissance permet d'adapter le traitement, dont la titration des opioïdes de substitution qui nécessite des doses plus élevées de buprénorphine ou de méthadone. La prise en charge conjointe et personnalisée des différents aspects, idéalement par la même équipe quand les compétences sont réunies, est déterminante mais ce volet majeur de la clinique a été oublié dans la recommandation. - cf aussi document PDF de la question 194.
Expert 15	Essentiel cette question de la contraception surtout s'il existe une aménorrhée chez la femme présentant un TUO
Expert 32	Rappelons qu'une femme enceinte ne doit pas se sevrer. Un contrôle trop "disciplinaire" risque de favoriser un sevrage "sauvage" pour échapper au test.
Expert 36	Rapport entre les 2 phrases ???
Expert 38	Le lien avec la proposition systématique d'un test de grosses n'est pas forcément évident là plus que dans d'autres situations cliniques chez la femme jeune.
Expert 43	- En pratique les connaissances en psychiatrie des médecins spécialistes sont très faibles. Cette recommandation a pour corolaire le renforcement de la formation de base en psychologie des médecins (qui reste très très très insuffisante). - L'approche holistique du patient et des pathologies est un axe intéressant pour inciter les médecins à s'intéresser à l'impact psychologique et au déterminant psy de l'évolution des pathologies somatiques.
Expert 48	Dans l'ordre je trouve plus logique de mettre "interroger sur la contraception et le cas échéant proposer un test de grossesse"

Examens paracliniques

131

Une analyse urinaire est recommandée pour objectiver les consommations d opioïdes mais ne permet pas de diagnostiquer un trouble de l usage (cf. chapitre 3.1.4).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	2	5	32	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	89.36	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 6	A mon sens la formulation manque de précision : - soit on veut prouver qu'il y a consommation d'opioïdes : c'est qu'il existe un usage illicite ou "non avoué", et l'analyse urinaire positive mets le patient en face de la réalité de son TUO. Pour les autres TUO, cela n'a aucun intérêt, le patient étant sous prescription ou reconnaissant sa consommation. - soit on veut prouver qu'il n'y a pas consommation d'opioïdes : le seul intérêt à déclarer une "fausse consommation" est le détournement de substitution, auquel cas cette recommandation n'est pas à la bonne place, elle doit être mise après l'item 134. Sans parler de la mauvaise fiabilité de ces tests.
Expert 14	Elle peut être un élément du diagnostic de TUO.
Expert 15	Bien sûr !!!
Expert 43	Il est plus juste de remplacer "ne permet pas" par "n'est pas suffisante pour".
Expert 48	L'analyse urinaire dans le cadre de la prise en charge du TU peut permettre d'objectiver des consommations de nombreuses substances au-delà des opioïdes, notamment le cannabis.

132

Par ailleurs, compte tenu des comorbidités et des prises de risques, un bilan sanguin initial est recommandé : numération formule sanguine complète, ionogramme, créatinine, bilan hépatique ainsi qu un bilan infectieux : tests pour la tuberculose, les hépatites B et C et le VIH, dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Dans le cadre de la prévention, les vaccinations contre l hépatite A et B doivent être proposées, le cas échéant.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	3	5	31	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	87.23	10.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 6	Pour la prise en charge d'un usage illicite. Pour un trouble de l'usage autre, c'est discutable, surtout si le TUO survient sur une prescription récurrente d’opioïdes,

	ce qui suppose un suivi.
Expert 8	La plupart des patients ayant des TUO vont mourir du tabac ou de l'alcool. Je me demande s'il ne serait pas opportun de rappeler les surveillances CV, respiratoires, stomatologiques, digestives, etc. nécessaires également chez ces patients, d'autant plus s'ils sont consommateurs de cannabis. Donc proposer un bilan de santé complet compte-tenu de leurs multiples facteurs de risque.
Expert 12	Dans le chapitre 5 de l'argumentaire (p 119 5.1.3) la population cible définie correspond à "ensemble des patients qui va recevoir à visée antalgique... douleur aigue ou chronique". La douleur chronique (CIM11) concerne autant l douleur chronique non cancéreuse que la douleur chronique ou persistante en lien avec le cancer ou ses métastases (à différencier des douleurs des traitement du cancer). Or les problématiques, les stratégies de traitement médicamenteuses diffèrent entre douleur chronique non cancéreuse et douleur du cancer. Ceci rend difficile la lecture de l'argumentaire et le vote sur les recommandations. Elles sont globalement tout à fait adaptées en douleur aigue et douleur chronique non cancéreuses. Et totalement, partiellement ou non adaptées en situation de douleur du cancer. cotation : 8/10 en dehors douleur du cancer cotation 5/10 pour douleur du cancer (utilité de l'exploration des fonctions hépatiques et rénales)
Expert 14	Chez tous les patients diagnostiqués TUO + ? Ou en fonction des situations ?
Expert 36	Je ne comprends pas bien : sommes-nous dans le diagnostic ou déjà dans la prise en charge du TUO ?
Expert 43	La formulation de cette recommandation est un peu ambiguë. Bien qu'elle se situe dans le chapitre diagnostic d'un TLU. La recommandation gagnerait en clarté si la mention en cas de suspicion ou de diagnostic de TLU, compte tenu des comorbidités...

133

Si une mise sous médicament de substitution est envisagée, un électrocardiogramme pour évaluer le QT avant la mise en route de la substitution est recommandé surtout en cas d hypokaliémie ou de médicaments associés connus pour allonger cet intervalle.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.50

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	0	1	5	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	89.36	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 1	Si une mise sous médicament de substitution est envisagée, un électrocardiogramme pour évaluer le QT avant la mise en route de la substitution est recommandé surtout en cas de risque d'hypokaliémie ou de médicaments associés connus pour allonger cet intervalle
Expert 5	Pour substitution par méthadone
Expert 8	Bonne occasion de faire le point des coronaires... Mais l'ECG est insuffisant
Expert 13	L'entretien doit faire rechercher des antécédents personnels ou familiaux de pertes de connaissance inexpliquées, des antécédents familiaux de morts subites pour les syndromes héréditaires de QT long. Cf. document de synthèse de la question 194.
Expert 31	Vrai pour la méthadone mais pas pour le Subutex. Remplacer "médicament de substitution" par méthadone. Mettre ici également la nécessité d'un bilan électrolytique au côté de l'ECG.
Expert 32	Surtout en cas d'hypokaliémie ou de médicaments associés connus pour allonger cet intervalle. La précision est, je pense, importante. Je rajouterais "ou de suspicion de trouble génétique du QT long."

Expert 35	QTc = QT corrigé en fait
Expert 36	Non pas pour BHD Recommandé pour méthadone au-dessus de 120 mg/j cf. RCP et surtout en cas d'hypokaliémie ou de médicaments associés connus pour allonger cet intervalle : oui.
Expert 48	L'ECG pour la méthadone : se référer au RCP

3.1.2.2. Traitement d un trouble de l usage

Modalités du traitement du trouble de l usage

134

Il est recommandé de prendre en charge les patients souffrant de TUO en soins de premier recours avec orientation vers des structures spécialisés si nécessaire.

Avant toute prescription initiale d un médicament de substitution aux opioïdes, il convient de définir avec le patient quels sont ses objectifs thérapeutiques dans la perspective d une décision médicale partagée : réduction ou arrêt de l opioïde, réduction des risques et des dommages.

Des interventions psychosociales et d accompagnement par les associations d usagers (approche expérientielle : groupes d entraide et d auto-support, patient expert) doivent être proposées en complément du traitement médicamenteux de substitution, sans qu elles soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires à l accès à la substitution.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	0	0	3	5	32	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	85.11	10.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 6	Je pense que tout patient souffrant de TUO doit avoir une première évaluation spécialisée (les CSAPA étant des structures de soins primaires), les effecteurs de soins de premiers recours ayant en moyenne une connaissance insuffisante de ce domaine. Cela peut se faire si le patient refuse catégoriquement le recours à une structure, mais doit rester une exception.
Expert 12	"Des interventions psychosociales et d'accompagnement par les associations d'usagers (approche expérientielle : groupes d'entraide et d'auto-support, patient expert) doivent être proposées en complément du traitement médicamenteux de substitution, sans qu'elles soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires à l'accès à la substitution." Ceci pourrait être adapté à la prise en charge en addictologie (en sachant dans mon expérience mes patients avec suivi mixte douleur/addictologie sont loin de tous avoir eu ce type de proposition). Cette partie de la recommandation, me semble impossible à mettre en œuvre en structure douleur. Qui aura la responsabilité de la mise en œuvre si cette recommandation est adoptée ?
Expert 13	- On ne comprend pas le 2° point de cette question : "réduction ou arrêt de l'opioïde, réduction des risques et des dommages." Réduire un opioïde problématique s'inscrit dans la stratégie de réduction des risques et des dommages. Que veulent dire les auteurs ? - Les interventions psychosociales sont déterminantes dans l'évolution des patients. Elles devraient être listées pour donner des pistes aux lecteurs, car par méconnaissance du sujet beaucoup de prescripteurs s'arrêtent à une prescription "basique" de MSO ou à un sevrage. - cf. commentaires dans le PDF de la question 194.
Expert 15	Le médecin généraliste a toute sa place !! Le travail transdisciplinaire et en réseau reste cependant essentiel.

Expert 25	Sans pénaliser l'accès à une substitution et laisser un patient dans le désarroi et le nomadisme médicale ou à devoir avoir recours au marché noir.
Expert 36	Et que fait-on d'une éventuelle douleur encore existante ? Préciser dans quels cas structures spécialisées. Le RDRD serait à expliciter, pour la plupart des PS qui ne sont pas forcément en connaissance sur le sujet
Expert 38	Je ne connais pas le niveau de connaissance de la médecine de premier recours aux TUO.
Expert 48	Les objectifs s'il y a prescription de TSO devraient tendre plutôt vers un changement dans le comportement addictif et non de la RDR : préciser. L'AMM des TSO précise "Traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique". La prise en charge sociale et psychologique n'est pas une option négociable

135

Un sevrage direct d opioïdes (sans transition vers une substitution) est associé à un taux élevé de récidive accompagnée d un risque de morbi-mortalité. Il est recommandé de favoriser une prise en charge avec transition vers une substitution plutôt qu un sevrage direct.

En cas d impossibilité de transition vers une substitution, il est recommandé d effectuer une diminution lente (>1 mois) de la dose d agoniste opioïde sous supervision plutôt qu une diminution rapide de la dose (

Un traitement est à instaurer lorsque la situation clinique le nécessite et que le patient le souhaite. L instauration ne doit pas être faite dans l urgence sans avoir au préalable sécurisé la prise en charge (dépendance aux opioïdes confirmée, projet de soins défini, éducation du patient au bon usage, absence de contre-indication...).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	3	4	35	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	91.49	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 12	Dans ma pratique en structure douleur, nous réalisons des sevrages progressifs de traitements opioïdes au long cours, qui n'étaient pas indiqués dans l'objectif a priori de relais de substitution mais avec objectif d'arrêt. En utilisant les critères TUO selon DSM, nous sommes dans de nombreuses situations avec "simplement" : des signes de sevrage présents (y compris sous traitement de fond) et une tolérance (le prescripteur initial ayant majoré les posologies sur des mois/années en raison d'une perte de l'effet antalgique. Ces patients "type" ont donc 2 critères présents, soit un TUO léger. Dans ces situations (où bien souvent la prise en charge par équipe d'addictologie est récusée en l'absence de mésusage sévère) je ne conçois pas l'application de la recommandation 135 qui vise d'emblée une substitution, non nécessaire au final dans la majorité des cas.
Expert 32	Il est important d'évoquer le PAWS, qui est souvent favorisé par un sevrage mal conduit. Beaucoup de médecins pensent qu'un sevrage "réussi" est la fin du problème, ce n'en est parfois que le début. PAWS (syndrome prolongé de sevrage) https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=PAWS,_le_syndrome_prolong%C3%A9_de_sevrage Le PAWS est un facteur important de rechute à distance.
Expert 35	Et explications des risques de surdoses si reprise après diminution ou arrêt des opioïdes + évaluation / intérêt naloxone.
Expert 36	Pourquoi pas instauration dans l'urgence, cela peut être parfois nécessaire,

	laisser toute possibilité en fonction de la situation. L'éducation au BUM est essentielle et peut se faire petit à petit le traitement étant instauré, avec le pharmacien en prise à l'officine pour éviter à nouveau une perte de contrôle. Notion de temporalité différente.
Expert 48	Le sevrage direct peut trouver sa place dans le cadre de TUS récents, avec utilisation de doses faibles d'opioïdes. Ceci est à développer avant de parler d'échec et de récidive.

136

En cas de douleurs associées pouvant aggravant un TUO existant, les principes d analgésie multimodale sont à privilégier. En cas d échec, il est possible de fractionner le MSO prescrit et d envisager l augmentation de sa posologie. L avis d un spécialiste (addictologue et/ou médecin de la douleur) est recommandé.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.39

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	3	8	31	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	89.36	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 8	En tenant compte de la difficulté d'accès aux avis spécialisés.
Expert 16	"pouvant aggravant" mettre "pouvant aggraver"
Expert 19	Formulation : "...douleurs associées pouvant aggravant un TUO existant" ????? "pouvant aggraver" ??
Expert 22	Addictologue + médecin de la douleur et non et/ou
Expert 36	pouvant aggravant : pouvant aggraver Idem non inclus RCP
Expert 44	pouvant "aggraver"

137

Il est recommandé d évaluer la pertinence d une prescription de naloxone « prête à l emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital, et le cas échéant, d informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	1	4	37	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	95.74	2.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.17	97.83

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. remarques précédentes sur ce sujet
Expert 13	cf. commentaires précédents
Expert 26	A mon avis en soins primaires, ceci ne peut se faire qu'en lien avec l'équipe soignante qui reste maitresse de l'utilisation de la naloxone.
Expert 31	A mon sens, la prescription de naloxone doit être systématique chez les patients présentant un trouble de l'usage survenant dans le cadre du traitement d'une douleur persistante.

Choix du traitement médicamenteux

Critères de choix

138

Les deux médicaments de substitution aux opioïdes disponibles en France sont la buprénorphine, associée ou non à la naloxone, et la méthadone, à poursuivre au long cours.

Dans tous les cas, le patient doit être informé des modalités de prescription, de délivrance, de suivi et de bon usage.

Le choix initial d un médicament de substitution aux opioïdes est pris avec le patient selon :
- ses préférences,
- ses comorbidités,
- ses antécédents,
- les potentielles interactions médicamenteuses avec ses traitements concomitants,
- des considérations de sécurité, y compris le risque de détournement de la voie d administration (par voie intranasale ou injectable).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.66

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	4	36	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.62	6.38

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Il manque les contraintes de prescription et de délivrance spécifiques à chaque produit.
Expert 26	Et on peut rajouter un 5ème élément : des conditions locales d'accès aux structures délivrant la méthadone.
Expert 32	La primo-prescription de Méthadone par les généralistes (évoquée mais non validée à ce jour) pourrait être un élément important du libre choix.
Expert 36	Je ne comprends pas bien les conditions de sécurité : Un traitement bien dosé, conduit et expliqué permettra d'éviter le mésusage tout au long de la prise en charge. Il s'agit du choix thérapeutique en fonction de la voie de mésusage ?

Expert 48	Préciser la différence de disponibilité entre les deux médicaments aussi.
Expert 49	Nécessité d'une nouvelle conférence de consensus, selon des recommandations des experts européens et internationaux, le BHD doit être prescrite en première intention (voir Argu_Opioïdes)

Réduction de la consommation d opioïdes

139

En cas d objectif de réduction de la consommation d opioïdes, il est recommandé d instaurer une substitution avec la méthadone, la buprénorphine n étant pas adaptée compte tenu de ses propriétés pharmacologiques (action agoniste/antagoniste, forte affinité aux récepteurs μ).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	2	0	3	32	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	82.98	12.77

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.88	95.12

Expert	Commentaires
Expert 12	Le chapitre 6 de l'argumentaire, contrairement aux autres chapitres du document est une collection de recommandations. Il aurait été plus facile pour le relecteur que le groupe de travail à partir de ces données et d'autres données de la littérature : - identifie les questions et les problématiques - se positionne/synthétise/argumente son choix sur une ou des réponses à partir de ces recommandations et de son avis en tant que groupe d'expert. Implicitement il me semble que les items soumis à cotation correspondent. Je ne connais pas le sujet ou la littérature pour me positionner sur les recommandations existantes.
Expert 13	- La buprénorphine sous-dosée est un facteur favorisant la poursuite des consommations et certains patients se sous-dosent pour poursuivre leurs consommations. - L'association buprénorphine-opioïde illicite est de nature à réduire les risques d'overdose alors que l'association à la méthadone peut les augmenter. - cf. commentaires dans le PDF de la question 194.
Expert 25	Une réduction avec la buprénorphine ou la morphine est possible mais doit être strictement encadrée
Expert 26	Même remarque qu'à la question 138.
Expert 32	Voir item 138. Tous les patients n'ont pas un accès facile à la Méthadone.
Expert 48	Ce cadre n'est pas prévu dans l'AMM de la méthadone, qui insiste au contraire sur la nécessité de se conformer aux règles du traitement. A voir avec les addictologues.

Arrêt de la consommation d opioïdes

140

En cas d objectif d arrêt de la consommation d opioïdes, et si le patient n a pas de préférence du MSO, il est recommandé d instaurer une substitution avec la buprénorphine car plus sûre que la méthadone vis-à-vis du risque de surdose[4].

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	1	1	30	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	74.47	23.40

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaire item 139. Pour la buprénorphine, du fait de sa forte affinité pour le récepteur mu, il était enseigné à une époque que cette forte affinité rendait mois efficace (observation clinique de la prise en charge des comas) l'action de la naloxone en cas de surdosage. Si cette donnée est considérée comme toujours valide et le risque lié à une moindre efficacité de l'antidote est bien contrebalancée par la probabilité moindre de surdosage ?
Expert 15	Certes pas de risque d'overdose mais ce n'est pas le critère principal du choix
Expert 32	En contradiction avec l'item précédent. Les contextes local et clinique doivent (malheureusement parfois "devraient") guider le choix entre les deux modalités.
Expert 36	Peut-être d'autres critères de choix que juste l'évitement du risque de surdose ?

141

Lorsque les préoccupations concernant l usage détourné du traitement (plus fréquent avec la buprénorphine) sont primordiales, l association buprénorphine - naloxone est préférée. En effet, compte tenu de la relative difficulté de prise des comprimés sublinguaux s ajoutant à la faible biodisponibilité de la buprénorphine, de nombreux patients utilisent la voie intranasale ou intraveineuse pour en augmenter artificiellement la dose.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	1	0	1	3	3	2	23	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.38	68.09	25.53

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.57	91.43

Expert	Commentaires
Expert 6	Il est écrit que lorsqu'il y a un risque majeur d'usage détourné, qui est plus fréquent avec la buprénorphine, il faut donner de la buprénorphine ? Incompréhensible. Pourquoi la méthadone ne serait-elle pas le médicament de 1ère intention dans ce cas ? Je n'ai rien lu dans l'argumentaire qui permette de

	justifier cela. L'association à la naloxone diminue le risque de morbi-mortalité, mais autant diminuer aussi le risque d'usage détourné, non ?
Expert 12	cf. commentaire item 139.
Expert 13	La question devrait indiquer dans la suite de la dernière phrase, que le mésusage doit faire rechercher un sous-dosage, un grand classique en pratique clinique et dans la littérature.
Expert 15	Ce n'est pas la panacée !! Evoquer aussi le lyophilisat dans cette indication et discuter la méthadone
Expert 32	L'efficacité de la Suboxone sur ce point est, selon les témoignages sur psychoactif, assez relative. Rappelons que la Suboxone est surtout pertinente pour prévenir le détournement. Lorsqu'il existe un mésusage par injection IV, l'injection de Suboxone peut être problématique.
Expert 35	En pratique clinique les usagers expliquent augmenter les doses de bupré-naloxone en IV pour ressentir les effets attendus
Expert 36	Suboxone préférée oui mais si le patient est prêt et Ok Difficulté de prise de comprimé sublingual ?? comment ça ? pourquoi ? La faible biodisponibilité n'empêche pas le traitement d'être efficace... Bien dosé bien conduit... et sinon méthadone à préférer
Expert 48	Ne se prononce pas sur la préférence buprénorphine/naloxone ou méthadone dans les détournements d'usage L'utilisation de la voie injectable ou intranasale de la buprénorphine vise à obtenir un effet plus rapide et un pic plasmatique plus élevé (effet shoot)
Expert 49	Depuis le mois de juillet 2021, la forme mensuelle long acting en sous cutané est disponible ; ne peut être effectué que par un professionnel de santé donc plus de détournement.

142

La forme lyophilisat de la buprénorphine a une vitesse de dissolution plus rapide que la forme comprimé sublingual ce qui peut être pratique pour certains patients. Il convient de laisser le patient choisir sa forme galénique, et de tenir compte de la non-interchangeabilité entre les deux formes sans nouvelle titration, leur biodisponibilité n étant pas équivalente.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	3	5	27	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	74.47	23.40

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaire item 139.
Expert 13	- Oui mais après un travail pédagogique explicatif qui permet au patient de comprendre son traitement, afin de le rendre acteur de sa prise en charge, aussi bien dans les aspects médicamenteux que non médicamenteux. - La recommandation et l'argumentaire n'appuient pas suffisamment sur ces notions qui sont aujourd'hui déterminantes dans la prise en charge des pathologies chroniques. - cf. aussi document de la question 194.
Expert 43	Il est nécessaire de prendre en compte la disponibilité locale des galéniques.

143

Il est recommandé d instaurer une substitution avec la méthadone[5] lorsque le traitement par la buprénorphine associée ou non à la naloxone n est pas l option de choix du patient ou a été insuffisamment efficace.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	3	34	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.11	14.89

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaire item 139.

Instauration du traitement substitutif

Principes communs aux MSO

144

En cas d objectif de sevrage de la consommation d opioïdes, la titration permettra d obtenir :
- l abstinence d opioïdes (hors MSO) ;
- l absence de signes de sevrage ;
- l absence de « craving », défini comme un désir irrépressible de consommer la substance ;

- et des effets indésirables acceptables pour le patient.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	3	7	32	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	89.36	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.33	97.67

Expert	Commentaires
Expert 13	Quand les patients viennent dans le soin, au-delà du désir c'est surtout le besoin de consommer, y compris chez les injecteurs (important conditionnement comportemental avec anticipation anxieuse).
Expert 32	L'abstinence et l'absence de craving ne sont pas toujours obtenus d'emblée, malgré des doses importantes. Leur obtention, vue comme un dogme, ne doit donc pas justifier d'augmenter les doses de façon déraisonnable. C'est mon expérience de prescripteur au Centre Méthadone. Il faut parfois savoir attendre.
Expert 35	Et l'absence de majoration de consommations d'autres SPA ou de conduites addictives (JHA...)

Expert 36	L'absence de craving : ambitieux diminution voire ou puis absence Mettre craving avant signes de sevrage : 1er objectif des MSO est réduction du craving puis par effet secondaire, suppression signes de manque
Expert 48	Il manque un élément fondamental : l'absence de switch vers d'autres substances

145

Ces posologies sont à adapter en fonction des interactions médicamenteuses, notamment pharmacocinétiques (cf. RCP des MSO). De même, des posologies plus faibles sont à prévoir en cas d association avec des médicaments dépresseurs respiratoires (benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs tricycliques, gabapentinoïdes...) ou avec de l alcool, qui sont un facteur de risque de surdosage à prendre en compte dans la cinétique d augmentation des posologies.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	2	4	34	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.36	10.64

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaire item 139.
Expert 13	Oui mais là encore, importance de faire des tableaux qui indiquent les interactions selon les situations cliniques associées, les classes médicamenteuses, etc. Cf. document de la question 194.
Expert 35	Posologie individuelle adaptée
Expert 36	Posologie à adapter en fonction de la clinique surtout. Et les IM sont différentes en fonction si MSO est méthadone ou BHD : à préciser. Différence si alcool en aigu ou en chronique.

146

En l absence de satisfaction clinique du patient malgré un traitement bien conduit, des dosages plasmatiques (concentrations au pic et résiduelle) peuvent être réalisés afin de détecter des métabolisations rapides ; dans ce cas, le MSO pourra être fractionné en deux prises quotidiennes afin d éviter des pics supra-thérapeutiques et des résiduelles infra-thérapeutiques.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	2	3	30	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	78.72	21.28

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. commentaire item 139.
Expert 13	Préciser que : - cette question concerne la méthadone (dosage de méthadone résiduelle et au pic) - la biprise pour les 2 MSO est hors AMM dans le cadre des TUO même si elle est classique et pertinente en pratique clinique.
Expert 25	Oui un moment la prise unique n'est pas forcément la solution chez les métaboliseurs rapide il faut fractionner plutôt que de monter à des doses trop hautes supérieures à 100/120mg
Expert 36	Pas principe commun, méthadone uniquement
Expert 43	Le fractionnement des posologies fortes de méthadone au motif d'une métabolisation doit être systématiquement documentée par des dosages plasmatiques de pic et résiduels.
Expert 48	Il existe des modes opératoires spécifiques.

147

En cas d un saut de prise, il convient de poursuivre le traitement à la même dose que celle précédente et de décaler de 24 heures toute augmentation de posologie initialement prévue. En cas de sauts de prises successifs, il convient de recommencer la titration du traitement si le patient souhaite continuer la prise en charge.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.57

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	4	6	30	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	87.23	12.77

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Réévaluation de la cause de sauts de prises successifs pour réadaptation de la prise en charge globale.
Expert 12	Cf. commentaire item 139.
Expert 13	- La recommandation devrait indiquer les modalités d'adapter les MSO en cas de sauts de prise sur plusieurs jours et en fonction de la dose quotidienne du patient. - La question est beaucoup trop imprécise et n'aide pas les cliniciens qui ne sont pas experts. - cf. aussi commentaires dans le PDF de la question 194.
Expert 36	Valable surtout pour méthadone
Expert 48	Difficile de se prononcer, nécessité de développer la reprise de la titration notamment pour la méthadone (combien de saut de prises ?)
Expert 49	Attention particulière nécessitant un sous chapitre : les personnes placées en Garde à Vue, parfois plus de 48h, puis incarcérées (ou pas) peuvent rester 3 à 4 jours au total sans leur prise de méthadone. Grande vigilance du dosage à la re-prescription ou re-dispensation de la méthadone.

148

La possibilité et les conditions d un arrêt du MSO sont à évoquer dès l entrée du patient en traitement afin qu il considère une telle option comme légitime sans en faire la finalité de la prise en charge.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	6	36	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.49	8.51

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 25	Mais sans pression à l’arrêt du prescripteur.
Expert 31	Discutable.
Expert 32	Sans obligation si le patient ne souhaite pas l'évoquer. D'autre part des patients préfèrent parfois des doses sub-optimales pour pouvoir faire un sevrage rapide. C'est souvent un échec ! Le MSO est inefficace car sous dosé et la rechute est rapide. Il faut donc insister sur le but d'obtenir un équilibre satisfaisant avant toute

	tentative de sevrage.
Expert 36	L'arrêt ainsi que la durée du MSO.
Expert 38	La question de la finalité de la PEC est complexe. Plutôt réservée aux addictologue, je n'ai pas cette compétence.

Buprénorphine

149

Il est recommandé de débuter par une posologie de 8 mg de buprénorphine si le patient présente des signes de sevrage modérés à sévères. Si le patient ne présente pas des signes de sevrage, il est préférable de décaler le démarrage de la substitution ou de débuter par 4 mg, puis de prévoir 1 à 2 heures après un autre comprimé sublingual de 4 mg si un syndrome de sevrage est apparu.

En fonction de la clinique, la posologie peut être augmentée progressivement de 2 à 8 mg/j jusqu à un maximum de 24 mg/j, l efficacité du traitement étant optimale à partir de 16 mg de buprénorphine pour un objectif d arrêt total de la consommation.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 7.98

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	1	2	3	5	21	13

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.26	68.09	27.66

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.88	94.12

Expert	Commentaires
Expert 5	Posologies individuelles optimales très variables selon les individus et le niveau des consommations opiacées préalables. La posologie peut être optimale à une dose inférieure à 16 mg/j
Expert 8	Ambiguïté entre le premier paragraphe où on dit de commencer par 8 mg ou éventuellement 4 mg et le suivant où on monte progressivement de 2 à 8. Il n'est pas clair que c'est pour la suite de la montée, si on lit vite.
Expert 12	Cf. commentaire item 139.
Expert 13	- Une augmentation trop rapide n'est pas forcément souhaitable car pouvant induire des effets indésirables importants et faire fuir le patient. - Il est par contre important de le revoir rapidement pour poursuivre la titration de manière personnalisée. - Cf. aussi commentaires dans le document PDF de la question 194.
Expert 15	Dans ma pratique : attention au dosage trop rapide supérieur à 24 mg qui le plus souvent apporte peu et qui peut être source de mésusage (multiprises injustifiées et/ou injection ou voie nasale) et de détournement. D'accord avec la proposition du 1° paragraphe
Expert 25	Une évaluation de la consommation antécédente est nécessaire avec titration.
Expert 32	Si le patient ne présente pas des signes de sevrage, il est préférable de décaler le démarrage de la substitution ou de débuter par 4 mg, puis de prévoir 1 à 2 heures après un autre comprimé sublingual de 4 mg si un syndrome de sevrage est apparu. Personnellement, en cas de suspicion d'interaction antagoniste, je préfère conseiller une prise "infime" (de l'ordre de 1 mg voire moins, pas forcément titrée exactement) à répéter à intervalles d'une heure environ (avec augmentation des doses) s'il n'y a pas de syndrome de manque. 4 mg de buprénorphine sur une imprégnation méthadone par exemple peut être déjà trop ! C'est une méthode que j'ai expérimentée avec succès dans des cas difficiles. La dose de 8 mg est atteinte en quelques heures sans trop de risque. Par ailleurs la dose de 8 mg peut être suffisante dans certains cas. 16 mg est peut être un "mode" statistique (la dose la plus prescrite) pas une obligation.
Expert 36	Attendre premiers signes de manque puis 8 plutôt que 4 + 4 Posologie optimale à 16 mg démontrée ? Posologie optimale précisément dans le cas d'une substitution suite à un TU opiacés antalgiques et uniquement dans ce cas ?
Expert 48	Les initiations de traitements sont détaillées dans le RCP et ne commencent pas

	à 8 mg. L'administration de buprénorphine se fait lors de l'apparition des signes de sevrage. Il n'y a pas de posologie cible pour l'efficacité, elle est fonction du patient.
Expert 49	24 mg chez certains patients

150

En cas de posologies élevées de buprénorphine sans satisfaction clinique du patient, une supervision est recommandée pour vérifier le respect des 10 minutes sans déglutition. Si ces modalités de prises sont trop complexes pour le patient, la forme lyophilisat (avec 2 minutes nécessaires sans déglutition) est une option à proposer au patient. Il est alors important de tenir compte de sa biodisponibilité supérieure de 30 % (posologie maximale de 18 mg/j).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.44

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	2	4	24	15

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	65.96	31.91

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.12	96.88

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. commentaire item 139.
Expert 13	- La notion de biodisponibilité est trompeuse car au final, l'adaptation de la dose permet de compenser avec la buprénorphine sublinguale. Par contre c'est la vitesse pour atteindre la concentration plasmatique qui est différente, pouvant d'ailleurs contribuer à plus d'effets indésirables. - Plus trompeur est le dosage des comprimés de la buprénorphine lyophilisat qui comme la forme sublinguale indique 2 et 8 mg ce qui peut induire en erreur le prescripteur non averti. - cf. aussi PDF de la question 194.
Expert 33	Pourquoi ne faut-il pas déglutir pendant 10 minutes après la prise de buprénorphine ? Cela n'est expliqué ni dans le document court, ni dans l'argumentaire et n'est pourtant pas évident pour un non spécialiste.
Expert 36	10 min sans déglutition impossible ?!! Supervision par le pharmacien pour prise à l'officine Mal dit : modalités de prise "trop complexes" pour le patient (jugement) Il faudra aussi bien expliquer l'absorption par la muqueuse buccale : à mon sens pas plus facile que prise sublinguale... explique peut-être peu d'adhésion à Suboxone
Expert 48	On ne parle pas de 10 min sans déglutition, mais de respect des modalités d'administration de la voie sublinguale (cf. RCP)

Méthadone

151

Lors de l instauration du traitement par méthadone, il est recommandé de prévoir une supervision régulière, voire quotidienne. Les premières semaines sont importantes en vue d équilibrer le patient et de s assurer que ses consommations d opioïdes (hors MSO) se négativent si ce sont les objectifs définis. Après trois mois, si le patient est compliant, il est important de permettre plus de flexibilité avec des dispensations espacées (dans la limite des dispositions réglementaires) afin que le patient puisse avoir une vie sociale, professionnelle et familiale plus aisée.

L évaluation du patient (efficacité, tolérance, « craving », respect du protocole, atteinte des objectifs) est importante pour déterminer le niveau de supervision nécessaire.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	3	8	28	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Supervision régulière voire quotidienne : par qui ? médecin, infirmière, pharmacien ?
Expert 4	Premiers jours et premières semaines importantes
Expert 6	Mais tout comme avec la buprénorphine. Non ? En adaptant les délais, plus courts pour la buprénorphine. Une nouvelle fois, je ne vois pas dans l'argumentaire d'éléments appuyant une différenciation si radicale. Que la loi la permette n'est à mon sens pas un argument.
Expert 7	Je ne peux pas répondre à toutes ces questions car je pratique que très peu ces traitements. Mais cela semble logique à la lecture.
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	- Une prise non supervisée est possible avant les 3 mois lorsque la dose

	optimale est trouvée et que le patient est stable dans ses consommations et son évolution comportementale. - En revanche pour d'autres patients, une période plus longue sera nécessaire afin d'aider le patient à mettre en place de nouvelles habitudes, de nouvelles routines, à restructurer ses journées, etc. - cf. PDF de la question 194.
Expert 25	Sans infantilisation et prenant en compte la situation au jour j comme les obligations professionnelles
Expert 31	Formulation trop complexe
Expert 32	C'est la situation "idéale" mais les circonstances amènent souvent à accepter des aménagements, sans pour autant que ce soit des démissions.
Expert 36	Après 3 mois : non c'est individuel Évaluation aussi de : état général, environnement stabilisé etc. PS : il ne s'agit pas là de la tolérance au sens utilisée jusqu'alors mais de savoir si le patient supporte bien son traitement ?

152

Il est recommandé :
- de débuter à une posologie de 20 à 40 mg le premier jour selon l évaluation médicale et l historique du patient ;
- d augmenter la posologie de la méthadone de 5 à 10 mg tous les trois à cinq jours compte tenu de sa demi-vie, en s assurant que le patient présente des signes de sevrage et non d intoxication avant de passer au palier suivant ;
- de ne pas dépasser 50 mg/j à la fin de la première semaine.

En cas d objectif d arrêt de la consommation d opioïdes, la posologie quotidienne moyenne se situe entre 60 et 120 mg.

En cas d objectif de réduction de la consommation d opioïdes, des cibles de posologies plus faibles peuvent être décidées en informant le patient du délai de rémanence de la méthadone dans l organisme afin qu il ne se mette pas en danger de surdose d opioïdes.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	2	3	7	22	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	72.92	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Préciser que : - certains patients nécessitent des doses plus élevées, et que comme dans le traitement de la douleur, il n'y a pas de dose maximale fixée. - la dose est définie de manière individuelle et sur la base des objectifs déterminés avec le patient, et de plusieurs paramètres cliniques et biologiques. - cf. aussi PDF de la question 194.
Expert 22	Il n'est pas précisé comment est répartie la posologie de méthadone 2 ou 3 prises par jour.
Expert 25	Il est important d'évaluer la tolérance au départ selon les possibilités.
Expert 32	En fonction de la clinique, notamment "de ne pas dépasser 50 mg/j à la fin de la première semaine". Dans la même énumération on associe une recommandation fortement impérative (ne pas dépasser 40 mg) à une recommandation "prudente". Mon expérience au Centre Méthadone est que 80 mg à la fin de la première semaine, ce n'est pas rare (prescrit souvent par les autres médecins du Centre Méthadone, donc ce n'est pas un avis personnel), par exemple chez des usagers de Méthadone de rue à doses élevées. Je mets en fin (avant dernier item) une question sur la force "impérative" variable

	des "il n'est pas recommandé" (ou il est recommandé de ne pas").
Expert 35	En pratique clinique, les patients prennent souvent déjà des TSO (donc de connaissances) et sont souvent déjà stabilisés à des posologies supérieures aux recommandations d'où l'importance de partager avec le patient les justificatifs d'augmentation progressive en raison du risque de surdose et intérêt de la naloxone à domicile
Expert 36	60 à 120 mg moyenne mais posologie individuelle
Expert 48	Le RCP de la méthadone Mise en place du traitement : la première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés. Adaptation posologique : la posologie est adaptée progressivement jusqu'à 40 à 60 mg en une à deux semaines en fonction de la réponse clinique pour prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage. Dose d'entretien : elle est obtenue par augmentation de 10 mg par semaine Objectif de diminution des consommations : ne se prononce pas, voir avec addictologues.

Suivi au long cours

Principes communs aux MSO

153

Le traitement doit être envisagé sur le long terme bien que la durée optimale de traitement ne soit pas connue, et la possibilité et les conditions d un arrêt du traitement doivent être rappelées.

Pendant toute la durée du traitement, et dans le cadre d une alliance thérapeutique entre le clinicien et le patient, un suivi personnalisé permettra d identifier les difficultés (ex : co-consommations, usages détournés, etc.) et d assurer un accompagnement adapté. Il n est par exemple pas souhaitable de prendre des mesures de réduction de dose ou de la quantité délivrée sauf pour des raisons de sécurité.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.61

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	0	7	33	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	La formulation de la dernière phrase parait incomplète, surtout compte tenu de la phrase mise en exergue sur la possibilité d'un arrêt du traitement. Il semble qu'il faille rajouter "sauf pour des raisons de sécurité pendant au moins un an" (ou 2 ans ou autre), car il y a un manque de cohérence entre "possibilité et conditions d'arrêt" et "ne pas prendre de mesure de réduction de dose".
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Le texte n'est pas suffisamment explicite concernant l'accompagnement adapté. Cf aussi PDF de la question 194.
Expert 36	Mesures de réduction de dose pour raison de sécurité ????
Expert 48	Mesures de réduction des doses : peu clair, décrire la surveillance de la sécurité = EI ? surdosage...

154

Les doses doivent être adaptées à chaque patient et ajustées en fonction :
- de l effet des médicaments : intoxication ou sédation en raison d une dose trop élevée ; sevrage en raison d une dose trop faible ;
- des effets indésirables sachant que de nombreux effets indésirables des opioïdes disparaissent au cours des 2 à 4 premières semaines de traitement, mais certains sont persistants et peuvent

nécessiter un ajustement de la dose, avec avis spécialisé en cas de doute ;
- de la persistance du « craving » ou de la consommation de substances psychoactives L augmentation des doses de méthadone ou de buprénorphine est souvent une réponse efficace à la consommation d opioïdes illicites, mais n est pas indiquée dans le cadre de la consommation d autres drogues (ex. : alcool, cannabis, benzodiazépines, psychostimulants) ;
- de la satisfaction du patient sur l adéquation de la dose et les objectifs du traitement ;
- des préoccupations quant une surconsommation du MSO ou un usage détourné de sa voie d administration.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	1	0	1	4	34	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	83.33	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Le 3° point de la question est problématique :

	- le patient doit être considéré dans son ensemble. Il est connu de longue date qu'un sous dosage en MSO peut favoriser des co-consommations. Une titration personnalisée du MSO peut permettre d'améliorer l'état clinique du patient, son équilibre psychique, ce qui peut l'aider à réduire ses besoins de consommer d'autres substances. D'ailleurs lors de la phase de réduction du MSO, on surveille l'absence de transfert sur une autre substance. - l'optimisation du dosage des MSO n'est qu'un aspect du traitement, il ne fait pas tout, y compris dans le trouble de l'usage des opioïdes. - il est étonnant que la recommandation ait si peu abordé la problématique des co-consommations alors qu'elles sont la règle en pratique clinique et qu'elles mettent en difficulté les praticiens. - les médicaments utilisés pour traiter les co-consommations peuvent être d'ailleurs problématiques en cas de traitements opioïdes à visée antalgique ou substitutive : exemple de l'alcool, majoration du risque de troubles respiratoires diurnes ou nocturnes avec les benzodiazépines ou le baclofène ; syndrome de sevrage aigu induit par l'introduction de naltrexone ou de nalméfène et à l'origine d'admission aux urgences. - cf. aussi document PDF de la question 194.
Expert 32	Oui c'est une évaluation complète, qui va contre certaines recommandations un peu trop "disciplinaires".
Expert 35	De l'impact éventuel sur les autres consommations de SPA (en particulier l'alcool) par recherche d'effets (le TSO diminue l'effet renforçant positif des opiacés et le patient peut rechercher un effet agréable dans d'autres substances)
Expert 36	L'augmentation des doses de méthadone ou de buprénorphine est souvent une réponse efficace à la consommation d'opioïdes illicites, mais n'est pas indiquée dans le cadre de la consommation d'autres drogues (ex. : alcool, cannabis, benzodiazépines, psychostimulants) : non l'augmentation de méthadone peut être une bonne réponse à l'alcool. « des préoccupations quant une surconsommation du MSO ou un usage détourné de sa voie d'administration » : manque des « à ». Surconsommation : ajustement à la hausse bien sûr !!
Expert 48	La triade surveillée d'un point de vue addictologique est à ma connaissance : signe de sevrage, craving et switch vers d'autres substances Il serait opportun de voir le troisième point avec des addictologues. Une apparition ou augmentation de consommation d'une substance psychoactive non opioïde dans le cadre d'un sevrage en opioïde avec TSO peut justifier d'une augmentation de la dose du TSO ; à préciser

155

A plus long terme et comme tout traitement chronique, celui-ci devra être réévalué régulièrement

en lien avec :
- le rapport bénéfices/risques ;
- les objectifs du patient (évolutifs en fonction du temps) ;
- les interactions médicamenteuses si les traitements concomitants ont changé ;
- l évolution physiologique liée à l âge (augmentation du QT, baisse de la fonction rénale, hépatique) ;
- les modifications de consommations annexes (alcool, benzodiazépines, substances illicites).

L analyse urinaire permet également de personnaliser le suivi et de faire le point sur les consommations au moins tous les 6 mois (cf. chapitre 3.1.4).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.63

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	0	5	35	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	89.58	10.42

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires

Expert 2	Réévaluation par qui, équipe pluridisciplinaire ? médecin traitant ?
Expert 4	Analyse urinaire discutable.
Expert 7	Effectivement comme dit plus haut je ne connais pas trop ces thérapeutiques mais la réévaluation ressemble à tout autre médicament pris au long court notamment des opioïdes.
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	Pas tout à fait d'accord sur la place de l'analyse d'urine comme outil pour faire le point des consommations dans le suivi Tout à fait d'accord pour les 5 propositions
Expert 32	Idem 154 (ci-dessus)
Expert 36	Évaluer cliniquement surtout l'état général, la vie, etc. : prise en charge psychomédicosociale !!!

Buprénorphine

156

L ajustement de la dose de buprénorphine est plus flexible que la méthadone et peut être effectué quotidiennement.

L efficacité du traitement par comprimé sublingual pour contrôler la consommation d opioïdes illicites est optimale entre 16 et 24 mg/j. La posologie maximale pour la forme lyophilisat est de 18 mg/j.

Compte tenu du risque important de détournement de la voie d administration de la buprénorphine, une attention particulière est recommandée.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	1	0	9	26	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	75.00	20.83

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.26	94.74

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	En pratique il est plus difficile d'évaluer la posologie quotidienne de buprénorphine (le patient est le plus souvent délivré en pharmacie de ville et cette évaluation quotidienne est parfois plus compliquée). Tout à fait d'accord sur la dernière proposition ; question qui doit être abordée à chaque consultation.
Expert 36	Préciser posologie maximale comme pour lyoc : comprimé sublingual poso max est 24 mg/j (Subutex et ses génériques) Prise à l'officine +++
Expert 42	Si la prise sublinguale est effectuée correctement et pendant un temps long il est probable que les posologies nécessaires se situent plutôt aux alentours de 8mg. Il me paraît difficile, voire impossible de garder 3 comprimés en bouche pendant 10 minutes. Un comprimé correctement en bouche pendant 10 minutes devrait être plus efficace que 3 comprimés que l'on ne pourra pas garder en bouche pendant 10 minutes.
Expert 48	Une modification quotidienne d'un médicament qui a une demi-vie de plus de 20h n'est pas justifiable pharmacologiquement. L'efficacité est propre à chaque sujet, certains patients sont ajustés à des doses très faibles ; on ne peut pas parler d'"optimale" entre 16 et 24.
Expert 49	Pas de risque de détournement avec la buprénorphine long acting mensuelle.

Méthadone

157

Bien que quelques patients répondent à une dose d entretien de 30 à 60 mg/j de méthadone, la plupart des patients sont davantage soulagés avec une dose d entretien de 60 à 120 mg/j, ce qui crée généralement suffisamment de tolérance pour minimiser une réponse euphorique si les patients s auto-administrent des opioïdes supplémentaires.

En cas d adaptation posologique au cours du suivi, celle-ci est effectuée à la hausse comme à la baisse par palier de 5 à 10 mg avec une phase de stabilisation de cette nouvelle posologie au bout de 3 à 5 jours.

Toute posologie supérieure à 120 mg/j nécessite une exploration du risque d interactions médicamenteuses, et une surveillance accrue des effets indésirables (dont l intervalle QT), ainsi qu un renforcement de la supervision pour éviter tout détournement.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	2	4	29	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	72.92	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Expliquer l'absence de dose maximale pour la méthadone alors qu'elle existe pour la buprénorphine.
Expert 17	Trop spécialisé et loin de mon expertise
Expert 36	Exploration du risque d'IM à faire tout le temps, à plus de 120 mg IM torsadogènes. Pourquoi plus de supervision de détournement au-dessus de 120 mg/j ????
Expert 48	Idem : dose à ajuster pour chaque patient De plus la phrase "crée suffisamment de tolérance pour éviter les effets euphoriques" est incompréhensible d'un point de vue pharmacologique (retrouvée dans ASAM). Elle sous-entend que c'est le traitement qui rend dépendant le patient...

158

Certains patients bénéficient d un fractionnement de la prise de méthadone dans la journée :
- les patients nécessitant une gestion combinée de la douleur chronique et de la dépendance aux opioïdes (avec des prises de méthadone toutes les 6 à 8 h pour une antalgie efficace),
- les métaboliseurs rapides de la méthadone en raison d une variation génétique ou d une interaction avec des médicaments inducteurs enzymatiques ; la surveillance thérapeutique des taux plasmatiques de méthadone est alors nécessaire, généralement en consultation avec un addictologue.
- les femmes enceintes qui présentent un métabolisme accéléré et un volume de distribution plus important au cours de la grossesse (cf. chapitre 3.3.1).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	6	28	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	74.47	25.53

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Indiquer que hors douleur, ce fractionnement est hors AMM.
Expert 17	Trop spécialisé et loin de mon expertise
Expert 32	Et les patients qui, ayant testé, trouvent un confort accru. Beaucoup essuient un refus de fractionnement parce que "ce n'est pas normal". Cf. discussion sur les non-recommandations.
Expert 48	Ne se prononce pas pour les femmes enceintes ; des doses plus importantes peuvent être nécessaires mais pas forcément de fractionnement.

Relais d un MSO vers l autre

Un relais d un MSO vers l autre peut être nécessaire en cas d efficacité insuffisante.

- De la buprénorphine vers la méthadone

159

Le relais de la buprénorphine par la méthadone est plus simple que l inverse.

La méthadone peut être administrée 24 heures après la dernière dose de buprénorphine. Comme pour toute instauration d un traitement par méthadone, la dose initiale ne doit pas dépasser 40 mg/j.

Lorsque les patients sont préalablement équilibrés avec une posologie quotidienne inférieure ou égale à 4 mg de buprénorphine, il est recommandé de commencer à faible dose et de titrer de manière appropriée.

Le médecin doit revoir le patient le lendemain de la première prise de méthadone pour ajuster la dose suivante en conséquence.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	1	6	28	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	72.92	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 6	Le médecin doit revoir le patient quotidiennement jusqu'à équilibration ? Pourquoi tout serait toujours parfait à J2 ?
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire

Expert 35	Penser à la disparition de l'effet antagoniste de la BHD après quelques jours dont peut résulter un surdosage d'où la nécessité d'augmentation progressive la 1ère semaine
Expert 48	Administration après 24h : justifier ce chiffre pour un médicament qui a une demi-vie longue (RCP Orobupré : 32 heures) Le risque d'une administration précoce est d'augmenter trop rapidement les doses et risquer un surdosage au fur et à mesure de l'élimination de l'agoniste partiel. De même un ajustement le lendemain n'a pas de sens pharmacologiquement pour les doses à utiliser, cf. RCP.

- De la méthadone vers la buprénorphine

160

La dose de méthadone doit être réduite et stabilisée à 30 mg/j ou moins (plus la dose de méthadone est faible, moins la probabilité d un sevrage brutal est grande).

Un transfert vers la buprénorphine pour des doses de méthadone supérieures à 30 mg ne doit être effectué que dans un milieu spécialisé hospitalier et après avis d un addictologue.

La première dose de buprénorphine doit être administrée au moins 24 à 36 heures après la dernière prise de méthadone et de préférence avec des symptômes légers à modérés de sevrage.

L augmentation de l intervalle de temps entre la dernière prise de méthadone et la première prise de buprénorphine réduit l incidence et la gravité du sevrage précipité.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	3	4	25	13

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	70.21	27.66

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 5	Pour insister sur le délai, principale difficulté dans ce switch méthadone vers buprénorphine, vaut-il mieux l'allonger, formuler "attendre au moins 36 à 48 heures" et préciser que les conséquences d'une introduction trop précoce sont irréversibles pendant plusieurs heures.
Expert 6	Et après la 1ère dose de buprénorphine ?
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 25	Switch très difficile et demandant des compétences spécialisées
Expert 32	Souvent 48 heures sont nécessaires, parfois même plus. Comme je le signale dans le chapitre précédent je prescrivais des doses "infimes" de Subutex (1 mg voir moins, pas forcément exactement dosé, par effritement du comprimé) à répéter à intervalle d'une heure environ (quand il y a manque induit il vient assez vite) si rien ne se passe. De ce fait la dose de 8 mg peut être atteinte en 8 à 12 heures sans risque de réaction majeure.
Expert 48	Pourquoi ne pas reprendre les termes des RCP exemple de l'Orobupré : Chez les patients recevant de la méthadone, la dose de méthadone doit être diminuée à une posologie maximum de 30 mg/jour avant de commencer le traitement par OROBUPRE. La longue demi-vie de la méthadone doit être prise en compte lors de l'instauration du traitement par buprénorphine. La première dose d'OROBUPRE ne doit être prise que lorsque des signes de sevrage apparaissent, mais pas moins de 24 heures après la dernière prise de méthadone. La buprénorphine peut précipiter les symptômes de sevrage chez les patients dépendants à la méthadone. En raison du profil agoniste partiel de la buprénorphine, le patient doit être averti que pendant les 24 premières heures de traitement de substitution par la

	buprénorphine, il peut se sentir mal à l'aise avec des symptômes de sevrage légers aux opiacés.

Arrêt du traitement substitutif

Décision d arrêt d un MSO

161

L arrêt d un MSO ne peut être entrepris avec succès que chez les patients stables cliniquement (arrêt de consommation d opioïdes autre que le MSO, stabilité du cadre de vie, activité professionnelle...). Chez les patients stables souhaitant arrêter leur médicament de substitution aux opioïdes, il est recommandé d évaluer la possibilité d effectuer une diminution progressive de la dose (échelonnée sur plusieurs mois, voire des années, selon le patient).

Une planification réussie de l arrêt d un MSO doit avant tout viser à aider le patient à stabiliser sa consommation de substances et à optimiser ses conditions sanitaires et sociales.

Un arrêt réussi d un MSO consiste en un arrêt sûr et confortable des médicaments opioïdes, sans rechute dans les troubles de l usage des opioïdes ou d autres substances.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	3	36	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	- Quid des comorbidités psychiatriques qui sont fréquentes dans le trouble de l'usage des opioïdes et qui font le pronostic ? - Très important : toujours comprendre pourquoi un patient souhaite arrêter un MSO. Les raisons sont variables, incluant la stigmatisation, la pression de l'entourage, etc. - cf. aussi PDF de la question 194.
Expert 36	Une planification réussie de l'arrêt d'un MSO doit avant tout viser à aider le patient à stabiliser sa consommation de substances : BOF et tout le reste ?!
Expert 43	Peut-être est-il nécessaire de préciser que ce chapitre est consacré à l'arrêt durable d'un MSO, prescrit dans la perspective d'une stratégie de substitution.

162

Il est recommandé de ne pas suggérer l arrêt du MSO au patient, qui doit en avoir seul l initiative après en avoir été informé, sauf en cas de complication médicale imposant un arrêt du MSO.

Les conséquences d une tentative de sevrage infructueuse du fait d un arrêt prématuré du traitement peuvent être : une rechute de la consommation d opioïdes ou d autres substances ainsi qu une détérioration de la santé physique et mentale et des conditions sociales du patient.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.50

Valeur de cotation	Libellé

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	3	2	34	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	85.42	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 35	+ diminution de la qualité de vie
Expert 43	Il est intéressant que le médecin puisse évaluer et explorer régulièrement le positionnement du patient quant à une perspective d'arrêt du TSO. L'arrêt d'un TSO ne représente pas un objectif absolu, toutefois il est souvent très difficile de gérer les TSO chez des patients âgés (> 70 ans) notamment lorsqu'ils font face à des épisodes de soin aigu. Ainsi évoquer et explorer les perspectives de réductions de posologie ou d'arrêt chez des patients participe à anticiper le risque iatrogène de la personne âgée.

163

Il est recommandé d informer le patient qui envisage d arrêter un MSO sur la façon d aborder cet arrêt et les conditions de sa réussite, ce qui est essentiel à sa prise de décision dans le cadre d une décision médicale partagée et à la planification de ce processus (cf. tableau 1).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 1
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.66

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	0	3	39	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	89.58	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.27	97.73

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 31	Ajouter le rapport bénéfice/risque individuel
Expert 48	Préciser les arguments qui soutiennent l'affirmation "au moins 1 à 2 ans" il me semblait que toutes les études montraient des durées de traitement très longue et qu'il était d'usage de dire que le traitement devait au moins durer autant que la toxicomanie…

164

Chez les patients stables traités par de faibles doses de MSO (< 30 mg/j de méthadone ou 2 mg/j de buprénorphine) et pouvant être réticents à de nouvelles réductions de dose ou à l'arrêt du traitement, il est recommandé de discuter des stratégies de sevrage et de les rassurer face à leurs préoccupations ou craintes, sans les inciter à l'arrêt du médicament. Il est également possible de faire une pause dans la décroissance de la dose si le patient le souhaite.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	5	34	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	87.50	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	Je ne peux pas encore une fois malheureusement pas répondre car ces questions sont trop spécifiques.
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire

165

En raison du risque de rechute et du risque accru de surdose après la réduction de la tolérance aux opioïdes, il est recommandé de proposer un programme de suivi régulier du patient avec une fréquence accrue des examens dès l arrêt complet de toute consommation d opioïdes, pour continuer à superviser la période suivant le sevrage en opioïdes, évaluer une rechute éventuelle et/ou l apparition de comorbidités. Le recours à une association d anciens usagers de drogues peut contribuer à ce suivi, particulièrement en cas de désocialisation et de déficit interpersonnel causés par l addiction. De plus, la prescription de naloxone « prête à l emploi » est nécessaire à l arrêt du traitement, en informant le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	4	35	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	91.67	8.33

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Utilité des équipes addictologiques, lien avec référent (infirmière, etc.) pour suivi, évaluation.
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 32	Un article à l'appui.
Expert 36	Pas clair il s'agit là d'opioïdes = MSO !! L'arrêt complet de toute consommation d'opioïdes et l'arrêt du MSO.
Expert 45	« En raison du risque de rechute et du risque accru de surdose après la réduction de la tolérance aux opioïdes … » : je ne comprends pas cette phrase.

Procédures de sevrage

166

Il est recommandé de diminuer progressivement le médicament de substitution aux opioïdes pendant plusieurs mois, voire des années selon les patients, afin de leur permettre de s adapter aux changements physiologiques, comportementaux et sociaux nécessaires. L intensité des symptômes du sevrage augmente lorsque la dose de MSO approche de zéro, avec un inconfort de sevrage maximal 1 à 4 semaines après l arrêt du traitement. Des symptômes (ex. : mauvais sommeil, troubles de l humeur, « craving ») persistent souvent pendant plusieurs mois à une faible intensité ou fréquence. Comme pour toute tentative de sevrage progressif d un médicament, un suivi attentif est nécessaire pour identifier une rechute ou une détérioration de l état du patient, indiquant la nécessité de reconsidérer le plan de traitement.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	5	32	9

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	81.25	18.75

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 31	Première partie redondante avec les précédentes recommandations.

Méthadone

167

Il est recommandé de réduire les doses de méthadone de 5 à 10 % toutes les 1 à 4 semaines (c.-à-d. 5 à 10 mg de réduction pour les doses > 50 mg et 2,5 à 5 mg de réduction pour les doses < 50 mg). Le taux de réduction peut varier selon les indications, le délai de sevrage et la stabilité clinique du patient.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	4	28	15

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	68.75	31.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 32	A signaler la méthode chinoise (cf. document joint)
Expert 36	Réduction individuelle
Expert 48	Paliers très précis, quelles références ?

168

Chez les patients ne pouvant réduire davantage leur dose de méthadone (souvent entre 20 et 60 mg) en raison de l inconfort du sevrage, d une utilisation accrue d autres médicaments ou d une détérioration physique et mentale, il est recommandé de la réaugmenter au palier supérieur permettant de stabiliser à nouveau le patient, ou bien d envisager un transfert vers la buprénorphine pour un processus de sevrage plus facile pour le patient.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	4	6	27	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	79.17	20.83

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 25	Oui et faire des baisses plus douces notamment grâce aux gélules de 1 mg de méthadone
Expert 36	Transfert vers BHD ?
Expert 48	Justifier le transfert vers la buprénorphine.

Buprénorphine

169

Des réductions de dose incrémentielles plus importantes étant mieux tolérées avec la buprénorphine qu avec la méthadone, il est recommandé de réduire les doses de buprénorphine jusqu à 25 % toutes les 1 à 4 semaines (c.-à-d. 4 à 8 mg de réduction pour les doses > 16 mg et 2 à 4 mg de réduction pour les doses < 16 mg).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 3
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.27

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	3	0	6	23	14

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	68.75	29.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	Comme pour la question 167, le taux de réduction peut être plus faible surtout en s'approchant des doses les plus faibles et/ou en cas de comorbidités psychiatriques. Cf. PDF de la question 194.
Expert 25	Selon la tolérance du patient à diminuer. Il est préférable de baisser de 10 à 20 % jusqu'à 2 mg puis de 5 à 10 % jusqu'à 2 pour après rester sur 5% avec les formes 0,4 mg ou Temgesic 0,2 mg
Expert 31	De la même façon que pour la méthadone, une mauvaise tolérance du sevrage indique de retourner au palier supérieur de posologie.
Expert 36	Pas toujours aussi rapide... 25% énorme
Expert 48	Justifier la meilleure tolérance pour la buprénorphine et les paliers précis donnés.

3.1.3. Nouvelles formes galéniques de buprénorphine à libération prolongée

Deux médicaments avec de nouvelles formes galéniques de buprénorphine à libération prolongée ont respectivement obtenu une AMM en 2018 et 2019 pour le traitement de la dépendance aux

opioïdes, dans le cadre d une prise en charge médicale, sociale et psychologique :

- le premier, réservé aux adultes et aux adolescents âgés de 16 ans ou plus, est une solution injectable à libération prolongée (formant un dépôt), à administrer par voie sous-cutanée exclusivement par un professionnel de santé ; sa durée d action est hebdomadaire ou mensuelle. Sa prescription et son administration ne peuvent être qu hospitalières ou en CSAPA.

De plus, ce médicament, en attente de fixation de prix, a reçu un avis favorable à l inscription sur la liste des spécialités agréées à l usage des collectivités dans l indication et aux posologies de l AMM.

- le deuxième, réservé aux adultes cliniquement stabilisés pour lesquels la posologie ne dépasse pas 8 mg/j de buprénorphine sublinguale, est constitué de quatre implants à insérer dans le tissu sous-cutané par un médecin formé à cette procédure chirurgicale ; sa durée d action est semestrielle.

170

Dans l attente de leur commercialisation, la place de ces nouvelles formes galéniques de buprénorphine à libération prolongée peut être envisagée, dans le cadre d une décision médicale partagée, dans les situations suivantes :

- chez les patients gênés par la prise quotidienne des traitements ;
- lorsque la sécurisation du stockage des opioïdes à domicile n est pas assurée ;
- pour aider à une meilleure observance ;
- lorsqu il existe un risque de détournement, notamment en milieu carcéral.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.89

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	5	1	2	8	19	12

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	72.92	25.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.78	97.22

Expert	Commentaires
Expert 8	Il pourrait être envisagé la prescription par le médecin prescripteur habituel et la délivrance par le pharmacien moyennant une formation à l'injection SC, ce qui faciliterait la prise en charge (pour la première forme). Mais ceci ne dépend pas des recos elles-mêmes.
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	- Question délicate car les médicaments ne sont pas encore commercialisés. - Oui pour les indications proposées, mais il y en a d'autres, tout aussi pertinentes. - Les indications risquent d'être restreintes surtout par les possibilités de financement de la structure qui les achète, en réservant cette galénique prioritairement aux patients qui sont dans une situation qui nécessite cette approche thérapeutique plutôt qu'une autre, avec une vraie plus-value sur le plan sanitaire par rapport aux autres formes de MSO : patient très instable, irrégulier dans son traitement, mésusage, détournement, déserts médicaux, risques d'overdose, etc. - cf. PDF de la question 194.
Expert 15	Assez réservée quant à la durée de prescription. Je n'ai pas d'expérience clinique de cette forme.
Expert 30	Quid d'un épisode aigue en particulier pour la forme à durée d'action semestrielle ?
Expert 35	Pour les voyages prolongés ou dans certains pays.
Expert 48	Il faut évoquer que si nécessité d'arrêt pour par exemple une prise en charge de la douleur, la situation sera compliquée. Dans les conditions, peut être évoquer les patients à risque douloureux.

3.1.4. L analyse urinaire

3.1.4.1. Objectifs

171

Les principaux objectifs des tests de dépistage de drogues dans le contexte des substitutions sont les suivants :
- détecter la consommation de substances pouvant compliquer la réponse au traitement et la gestion des patients ;
- vérifier l exposition au traitement prescrit.

L analyse urinaire est un outil d accompagnement vers les objectifs thérapeutiques fixés avec le patient.

Les analyses urinaires permettent de suivre la consommation des substances psychoactives dans les jours précédant l examen.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.58

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	3	4	33	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	87.50	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Pourquoi l'examen ? La consultation ?
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	Oui !! Personnellement l'analyse urinaire reste indispensable dans la primo-prescription de MSO (méthadone essentiellement) et je ne l'utilise pas dans le suivi sauf si la demande est faite et souhaitée par le patient (avec notification dans son dossier). Elle est aussi utilisée (but diagnostique) si le patient se présente avec état clinique problématique dans un contexte de "multiconsommations" sans savoir ce qu'il a consommé.
Expert 32	Mais pas un outil "disciplinaire"
Expert 35	En pratique clinique, le test permet aussi de discuter des consommations de SPA sans enjeu de contrôle, sanction... ce que la plupart des patients font sans avoir recours aux tests de dépistage à partir du moment où une relation de confiance est établie.
Expert 36	L'analyse urinaire est un outil d'accompagnement vers les objectifs thérapeutiques fixés avec le patient : à expliquer au patient. Les analyses urinaires permettent de suivre la consommation des substances psychoactives dans les jours précédant l'examen : quel examen ?
Expert 49	Elle devrait être systématique lors de la première prescription de MSO.

3.1.4.2. Modalités

172

Il est recommandé d utiliser des bandelettes urinaires pour faire une recherche de la consommation d opioïdes avec un résultat et une prise de décision immédiate en présence du patient, malgré les limites inhérentes à ces dispositifs. L objectif de cette recherche urinaire doit être bien expliqué au patient pour éviter tout conflit.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.42

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	1	0	2	3	33	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	81.25	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.88	95.12

Expert	Commentaires
Expert 6	La consommation d'opioïdes naturels ? de synthèse ? forts ? faibles ? Compte tenu de la multiplicité des tests existant, il faut préciser ce qui est recommandé.
Expert 8	Difficilement applicable en soins primaires sauf dans le cadre d'un réseau avec prise en charge de nombreux patients sous TSO (accès aux bandelettes et coût). Du coup cette recommandation creuse les inégalités territoriales de santé, la plupart des régions ayant perdu les réseaux addictions. Cette recommandation n'est possible que dans un système de santé qui assurerait la prise en charge des bandelettes urinaires et du matériel de recueil des urines et du temps de mesure. Même si en théorie c'est valide.
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 13	L'analyse urinaire en addictologie est comme le tensiomètre dans le traitement de l'hypertension artérielle, un moyen d'adapter le traitement de manière personnalisée.

173

Si des explorations plus poussées sont nécessaires (analyse de produits non disponibles sur bandelettes, dosages quantitatifs, résultats de la bandelette contestés par le patient, etc.), il est recommandé d avoir recours à un laboratoire de biologie médicale ou de toxicologie ou d orienter le patient vers un réseau addictologique.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.29

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	3	1	3	2	32	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	85.42	12.50

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.38	97.62

Expert	Commentaires
Expert 6	Compte tenu de la lourdeur logistique et des couts des analyses toxicologiques en laboratoire, il faut vraiment savoir quelle est l'indication (quand rechercher des produits hors bandelette ? quand vouloir du quantitatif ?), et quel en sera l'impact pratique sur la prise en charge. Surtout avec les délais de rendu, trop de dosages de toxique ne servent in fine à rien.
Expert 8	A mettre en cohérence avec une reco précédente modifiée qui est hors sol. Dans le cadre ainsi défini le patient sous TSO est suivi en ville par des MG addictologues spécialisés voyant beaucoup de patients sous TSO. Que proposer aux patients qui sont loin de ces quelques médecins. Il faut imaginer des analyses urinaires réalisables sur tous les territoires et par tous les médecins, même s'ils n'ont qu'un ou deux patients sous TSO.

Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	Proposer si c'est possible l'analyse de drogues.
Expert 36	D'orienter le patient vers un "réseau addictologique" : je ne comprends pas ??

174

Le prélèvement de l échantillon d urine sous supervision d un professionnel n est pas recommandé, car intrusif et avec un impact négatif sur l engagement thérapeutique. L authenticité de l échantillon peut être garantie par la gestion des toilettes, la vérification de la température des échantillons et le test des sources non humaines ou de la dilution.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	0	3	4	32	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	83.33	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.44	97.56

Expert	Commentaires
Expert 8	On voit bien la difficulté de réalisation et la construction de la relation dans la méfiance.
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	Et la confiance !!
Expert 35	En pratique clinique, si une bonne alliance thérapeutique est établie, le patient ne ressent pas le besoin de "fausser" le test et donne les résultats avant le test. Le test peut permettre au patient de constater qu'il a consommé des SPA à son insu (produits de coupe...).
Expert 37	Difficile à assurer, très théorique.
Expert 45	Qu'est-ce que le test des sources non humaines ?

175

Il est recommandé de réaliser ces tests selon un programme aléatoire puisque l incertitude et l imprévisibilité du dépistage sont susceptibles de garantir des informations plus utiles qu un système de dépistage programmé.

La fréquence des tests de dépistage des drogues, plus élevée pendant la période d instauration du MSO, doit être individualisée en fonction de la situation clinique, des co-consommations et autres prises de risques du patient.

Dans le cadre de la mise sous traitement de substitution, l analyse urinaire est obligatoire pour la méthadone et recommandée la buprénorphine.

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.36

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	1	1	3	4	27	10

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.13	76.60	21.28

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.70	97.30

Expert	Commentaires
Expert 6	Tout à fait d'accord sauf avec la 3ème (et dernière) phrase : 1. D'une part elle n'est pas à sa place, puisqu'elle devrait être séparée et mise en premier (avant l'item 171). 2. Le risque de détournement n'est pas moindre avec la buprénorphine qu'avec la méthadone, la nuance entre les deux n'a donc pas lieu d'être, même si elle existe sur le plan légal.
Expert 8	OK en CSAPA pour la mise en route. Pour le suivi en ville, si doute, demande d'une expertise en CSAPA par exemple.
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 argumentaire
Expert 15	Complètement d'accord avec la dernière proposition. Pour les précédentes, plus réservée, tout dépend du contrat avec patient
Expert 36	Manque un pour dernière phrase Dépistage aussi surtout en fonction demande du patient ou situationnel ou élément évocateur.
Expert 49	Recommandée la buprénorphine ? : risque de prescription de buprénorphine si le patient ne consomme pas d'opioïde.

3.2. Prévention et prise en charge des surdoses d opioïdes

3.2.1. Prévention des surdoses

3.2.1.1. Prescription des opioïdes et évaluation des risques de surdose

176

La prévention des surdoses débute par l application des règles prescription des médicaments opioïdes (cf. RCP des médicaments : indication, posologie, etc.).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	0	0	1	44	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	97.92	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.08	97.92

Expert	Commentaires
Expert 12	Règles RCP en particulier opioides forts et douleur, insuffisantes, les propositions de ce document sont préférables.
Expert 17	Quel intérêt ? Trop flou

177

Il est recommandé de débuter le traitement à posologie faible, puis de réaliser une titration très progressive en respectant les caractéristiques pharmacologiques de la substance, afin de permettre aux concentrations plasmatiques de se stabiliser, limitant ainsi le risque de surdosage.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	2	43	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Si cette recommandation est vraie dans son principe elle ne précise pas que les modalités de la titration (dose de départ, forme LP/continue d'emblée, rythme de majoration, utilisation ou non interdose) dépendent : - du contexte de la douleur : douleur aigue, douleur chronique non cancéreuse, douleur du cancer ; - de l'âge : personne âgée fragile vs personne non fragile ; - de la présence ou non d'un trouble métabolique.

178

Il est recommandé de rechercher l existence d un TUO, cliniquement ou à l aide d outils d évaluation

tels que le Prescription opioid misuse index - POMI (cf. annexe 2), de façon répétée durant la prise en charge.

Le prescripteur doit rester vigilant quant aux facteurs individuels de risques de surdoses :
- les comorbidités psychiatriques (risque suicidaire) ;
- les antécédents de surdoses ;
- les comportements à risque (détournement de la voie d administration).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.36

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	0	2	2	7	32	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	4.17	89.58	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 12	Dans le chapitre 5 de l'argumentaire, il n'est pas cité de lien entre TUO et surdosage. LA recherche d'un TUO est donc hors sujet ici. Dans les facteurs individuels il manque la présence ou non trouble d'un trouble

	métabolique. La question des médicaments point 179 pourrait être intégrée à l'item 178.
Expert 13	Cf. commentaires précédents concernant le POMI et document PDF de la question 194.
Expert 17	Cette reco a déjà été citée plusieurs fois.
Expert 32	Le POMI suppose que le traitement prescrit (donc de référence) soit optimal. Ce n'est pas toujours le cas.
Expert 35	Les troubles cognitifs La méconnaissance des risques et des signes de surdose avant l'overdose fatale (pour de nombreux consommateurs overdose = décès)
Expert 36	Situationnel aussi cf. 180 OK

179

Il est recommandé d évaluer le risque d interactions médicamenteuses favorisant les surdoses, notamment l usage concomitant de dépressogènes respiratoires (alcool, benzodiazépines, gabapentinoïdes, autres opioïdes, etc.).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.92

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	2	45	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	A compléter +++ Il est recommandé de surveiller l'efficacité et la tolérance du traitement avec évaluation et réévaluation régulière de la douleur mais aussi recherche des effets secondaires. Attention lors de l'introduction d'un nouveau traitement.
Expert 31	Cette recommandation doit être intégrée à la précédente.
Expert 36	Alcool en aigu pour surdose, inverse en chronique

180

Certaines situations sont plus à risques de surdoses et doivent attirer la vigilance du prescripteur :
- les patients douloureux insuffisamment soulagés, pouvant surconsommer leurs antalgiques opioïdes afin de tenter d obtenir une meilleure gestion de leurs douleurs ;
- le début de prise en charge, la tolérance aux opioïdes étant difficile à évaluer ;
- une perte rapide de tolérance aux opioïdes :
    - en cas de rupture de traitement ; une réévaluation médicale de la posologie de reprise du MSO est alors nécessaire pour envisager une réinstauration à posologie inférieure,
    - lors de certaines situations particulières (sortie d hospitalisation ou d incarcération) amenant fréquemment les patients à réduire ou arrêter leur consommation d opioïdes ; en cas de reprise d opioïdes (licites ou non), ils doivent réduire les doses absorbées.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	3	0	5	38	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Peut-être aussi la recherche d'un effet gratifiant, au début ?
Expert 12	Recommandation trop synthétique alors que les problématiques "douleur" et "addictologie-MSO" sont différentes. Pourraient être listées dans ces situations : - Le fait que la douleur soit instable (c'est à dire avec des épisodes spontanés de douleur absente ou faible à EVS) ; - L'utilisation d'emblée d'une forme LP ou continue (en l'absence de douleur du cancer permanente).
Expert 13	- La recommandation devrait indiquer la chronologie de la perte de la tolérance. Elle est souvent mal connue des cliniciens. - Cette information est importante aussi pour les prises manquées de MSO qui peuvent nécessiter une baisse des doses ou une titration de novo. - cf. PDF de la question 194.
Expert 36	En cas de rupture de traitement ; une réévaluation médicale de la posologie de reprise du MSO est alors nécessaire pour envisager une réinstauration à posologie inférieure : - valable aussi pour antalgiques : reprise MSO ou antalgique ; - pas forcément posologie inférieure pour BHD.

Populations à risque de surdose

181

Plusieurs populations usagères d opioïdes sont à risque de surdose :

- Usagers ayant une perte de tolérance aux opioïdes liée à un arrêt ou une période de plus faible consommation, à la suite d une sortie d incarcération, d un centre de soins résidentiel ou car en cours de sevrage;
- Usagers ayant des antécédents récents de surdose, ou de sortie d hospitalisation pour surdose d opioïde ;
- Patients recevant un médicament de substitution aux opioïdes, en particulier par méthadone, lors de l instauration du traitement ou dans le mois suivant son arrêt ;
- Patients traités par des médicaments opioïdes antalgiques en cas de mésusage du traitement (augmentation non contrôlée des doses pour soulager une douleur mal contrôlée, recherche d effets psychotropes) ou ayant développé une dépendance ;
- Utilisateurs occasionnels recherchant les effets psychoactifs des opioïdes ;
- Usagers d opioïdes en « auto-substitution » pour une dépendance aux opioïdes.

Les patients naïfs d opioïdes lors de l instauration d un traitement antalgique opioïde méritent également une vigilance accrue quant au risque de surdose.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 6
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	8	35	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.75	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	"Les patients naïfs d opioïdes lors de l'instauration d'un traitement antalgique opioïde méritent également une vigilance accrue quant au risque de surdose." Ceci est vrai mais m'apporte pas grand-chose au vu de ce qui est déjà abordé au points 180. Peut-être à intégrer au point 180 en complément de la phrase sur la vigilance en initiation de traitement.
Expert 13	- Quelle est la différence entre un effet psychotrope (point 4) et psychoactif (point 5) ? - Par définition, les opioïdes sont des psychotropes et induisent des effets psychoactifs. - cf. aussi PDF question 194. A reformuler.
Expert 31	Ajouter les patients recevant des médicaments potentialisant le risque de surdose (ex. : gabapentinaoïdes https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972983/) Ajouter les patients nécessitant des doses élevées d'opioïdes
Expert 45	Ou car en cours de sevrage ??

3.2.1.2. Mesures de prévention et environnement du patient

182

Le patient, ainsi que son entourage -plus à même d assister à la surdose et à intervenir- doivent être informés des signes cliniques à rechercher en cas de surdose -altération de la conscience et dépression respiratoire.

Le risque de surdose de l entourage, lié à une ingestion accidentelle ou volontaire du médicament opioïde par un sujet naïf, doit aussi faire l objet d une prévention attentive concernant :
- la sécurisation du stockage des opioïdes, strictement hors de portée des enfants, sans les retirer de leurs conditionnements spécifiques éventuels (film protecteur, bouchon sécurité, etc.) ;
- l interdiction de donner son traitement à un tiers même s il présente les mêmes symptômes.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.92

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	2	44	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

183

La naloxone « prête à l emploi » permet de traiter en urgence la surdose et diminuer la mortalité associée en attendant l arrivée des secours, la dose d antidote contenue dans un kit n étant pas suffisante pour traiter intégralement une surdose.

Afin d anticiper le risque de surdose, il est recommandé de prescrire de la naloxone « prête à l emploi » aux patients à risque de surdose, mais également à leur entourage (familial ou non), tout en les informant sur la façon d administrer la naloxone et la nécessité de prévenir les services de soins d urgence. Le kit de naloxone doit être conservé dans un endroit accessible à tous les intervenants susceptibles d y avoir recours.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.86

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	5	41	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	La formation/information à l'entourage ne va pas être simple à mettre en œuvre lorsque le patient est vu seul en consultation. Pour les douleurs du cancer qui justifient recours à un traitement de palier 3, difficile de retarder la prescription (i.e. programmer une consultation avec un proche) lorsque le patient est vu seul.

184

Les forces de l ordre et de secours (sapeur-pompiers, ambulanciers) sont susceptibles d intervenir les premiers sur site, par conséquent, il est recommandé qu elles aient un accès facilité et soient formées à l administration de la naloxone, dans l attente d une prise en charge par une structure médicalisée (Recommandation destinée aux pouvoirs publics).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.77

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	0	4	41	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	97.92	2.08

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 31	Discutable pour les ambulanciers qui ne sont pas un service de secours.
Expert 32	Recommandation logique et indispensable.

3.2.2. Prise en charge des surdoses

185

Une surdose (overdose) d opioïdes peut être identifiée par l association des trois symptômes suivants (« triade de l overdose aux opioïdes ») : myosis[6], inconscience, dépression respiratoire.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	1	4	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Attention +++ troubles de la conscience et dépression respiratoire, importance surveillance fréquence respiratoire. Myosis = signe imprégnation et pas de surdosage
Expert 12	Le myosis n'est pas un symptôme critique lorsque le patient est sous opioïdes. La somnolence en revanche l'est même sans dépression respiratoire (cf. p 106 et 107) de l'argumentaire. Le chapitre 6 qui traite de la prise en charge du risque opioïde devrait contenir une partie spécifique sur le surdosage : - définition - définition des signes de surdosage débutant (en particulier avec seuil d'alerte selon échelle de Richmond annexe 21). - définition des situations qui nécessitent le recours à la méthadone en pré hospitalier.

Expert 22	Le myosis n'atteste que de l'imprégnation aux opioïdes, les autres signes sont indispensables.
Expert 31	Changer l'ordre de la triade pour : inconscience, dépression respiratoire, myosis
Expert 35	+ notion de prise d'opioïde

186

Dans le cadre d une suspicion de surdose aux opioïdes, il est recommandé en premier lieu d appeler systématiquement et rapidement les secours (SAMU via le 15) après avoir protégé la personne.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	1	44	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Le 15, le 112 ou le 18
Expert 12	Il faudrait également recommander signalement aux secours en cas sédation excessive.
Expert 31	Intérêt discutable de cette recommandation sauf si elle est présentée à l'intérieur d'un algorithme ou fiche d'information synthétique.

187

Il est recommandé d administrer une première dose de naloxone[1] en utilisant un kit de naloxone « prête à l emploi »[7], y compris chez une femme enceinte en vue de sauver la vie de la mère. L objectif de ce kit est d éviter le décès dans l attente de la prise en charge par les services de secours, la dose de naloxone contenue dans un kit n étant pas suffisante pour traiter intégralement une surdose.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 8
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	9	39	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

188

Puis il est recommandé :
- de pratiquer les gestes d urgences : bilan de la conscience, bilan de la respiration, mise en position latérale de sécurité si reprise de la respiration ou massage cardiaque en l absence de respiration ;
- de surveiller la victime dans l attente de l arrivée des secours. Une deuxième dose de naloxone doit être administrée quelques minutes plus tard en l absence d amélioration, ou pour prolonger l effet antidote de la naloxone si les secours ne sont pas arrivés, compte tenu de l efficacité de courte durée de la naloxone du fait de sa demi-vie. De plus, une autre cause de dépression respiratoire ou l association avec d autres substances dont la naloxone n est pas l antidote ne peuvent être exclues.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	0	4	41	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	"ou massage cardiaque en l'absence de respiration" La question se pose de la pertinence du MCE en l'absence d'arrêt cardiaque. La recommandation ne précise pas la nécessité de désobstruer les voies aériennes et ventiler le patient en l'absence de respiration. Cotation 9 pour la 2° partie de la recommandation
Expert 31	Si cette recommandation est à destination du grand public, elle semble mal formulée.

189

Dans les établissements de santé (services cliniques et urgences), l administration de naloxone injectable par titration, suivie d une perfusion d une dose d entretien, permet de lever la dépression respiratoire induite par le surdosage en opioïde tout en conservant un niveau d antalgie correct.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 2
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	0	3	5	34	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	91.67	6.25

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.22	97.78

Expert	Commentaires
Expert 5	L'antalgie n'est plus l'urgence.
Expert 6	L'équilibre est en général difficile à trouver. Le patient antagonisé est souvent transitoirement algique. Mais vivant.
Expert 19	On pourrait aussi proposer que les services cliniques soient dotés aussi des kits de naloxone « prête à l'emploi » car certains patients peuvent être difficiles à piquer, pas de médicalisation systématique et à toute heure etc. de même qu'il y a des DSA.
Expert 22	Je ne suis pas complètement d'accord sur le fait qu'on puisse assurer le maintien d'une antalgie correcte ensuite.
Expert 31	La mention de l'antalgie est inutile et confondante.
Expert 48	Tout en conservant un niveau d'antalgie correct ? si on administre un antagoniste, pharmacologiquement je ne saisis pas comment l'agoniste va continuer à être efficace.

3.3. Cas de la femme enceinte ou allaitante

3.3.1. Femmes enceintes

3.3.1.1. Prévention du trouble de l usage d opioïdes

190

Concernant les femmes enceintes, l ensemble des mesures de prévention évoquées précédemment s appliquent.

Dans cette population spécifique, certaines mesures complémentaires peuvent être associées, notamment par l identification précoce de la grossesse et la mise en relation de la patiente et des

acteurs de santé déjà impliqués avec un spécialiste (obstétricien, sage-femme, pédiatre, algologue, addictologue, selon la situation clinique).

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 5
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.81

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	5	40	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	95.83	4.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 27	Penser également à se mettre en relation avec : - le service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) du secteur de la patiente, qui pourra lui proposer un suivi santé et post natal (jusqu'aux 6 ans de l'enfant), par des professionnels de santé et médico-sociaux : médecin, sage-femme, infirmière puéricultrice, assistante sociale... - la maternité dans laquelle la patiente pense ou souhaite accoucher, ainsi que le service de néonatologie ou l'unité Kangourou au sein desquels son nouveau-né pourra éventuellement être hospitalisé en cas de syndrome de sevrage néonatal,

	afin de faire du lien avec les équipes soignantes et favoriser la prise en charge, dans le but final d'accompagner la création du lien d'attachement mère – enfant.
Expert 31	Revoir la formulation : "identification précoce de la grossesse" chez une femme enceinte.
Expert 43	La prise en charge pluridisciplinaire est indispensable pour : - gérer le TSO durant la grossesse ; - préparer la patiente à la parentalité ; - profiter du facteur motivationnel fort de la grossesse pour accompagner la patiente à franchir durablement une étape dans son parcours de soin.

3.3.1.2. Prise en charge du trouble de l usage d opioïdes et prévention des surdoses

191

Dans un contexte de TUO, en raison de taux élevés de rechute de consommation d héroïne, il est recommandé de maintenir ou d instaurer un traitement de substitution aux opioïdes, afin de prévenir le risque de surdose et de limiter le risque de complications prénatales associé aux cycles intoxication/sevrage et de syndrome de sevrage néonatal.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.86

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	4	36	7

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	85.42	14.58

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. remarques précédentes sur chapitre 6 de l'argumentaire
Expert 43	- L'instauration du TSO rapproche de facto la patiente du système de santé nécessaire au suivi de grossesse. Insister sur la nécessité d'un suivi rapproché qui peut être appuyé par des durées de délivrance du TSO très courte notamment au 1er et 2ème trimestre.

192

Le choix du MSO doit être fait en concertation avec la patiente, la méthadone et la buprénorphine étant d efficacité comparable pendant la grossesse.

Les posologies et le rythme d administration du MSO devront être régulièrement réévalués et adaptés aux variations pharmacocinétiques et physiologiques au cours de la grossesse (3ème trimestre).

Valeurs manquantes : 2
Valeur minimum : 7
Valeur maximum : 9
Médiane : 9
Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	4	30	11

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	76.60	23.40

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Qui peut faire la réévaluation (sage-femme, addictologue ?) Réévaluation régulière : une idée d'intervalle serait peut être nécessaire.
Expert 12	cf. commentaires précédents sur chapitre 6 de l'argumentaire
Expert 13	En revanche le syndrome de sevrage néonatal est moindre avec la buprénorphine.
Expert 35	Aborder la question de l'allaitement.
Expert 48	Au lieu de mettre d'efficacité comparable, je pense qu'il faut insister que les deux médicaments sont utilisables durant la grossesse.

193

En cas d instauration d un traitement par méthadone, il est recommandé d augmenter la dose par paliers de 5 à 10 mg par semaine. Le but est de maintenir la dose la plus faible qui contrôle les symptômes de sevrage et minimise le désir de consommer des opioïdes supplémentaires. Le traitement en deux prises est plus efficace et a moins d effets indésirables qu une prise quotidienne. Au fur et à mesure de la grossesse, la diminution progressive des concentrations plasmatiques de méthadone et l augmentation de la clairance peuvent nécessiter une augmentation de la posologie ou un fractionnement en bi-prise des doses. Il peut être nécessaire de réajuster les doses en post-partum.

Valeurs manquantes : 1
Valeur minimum : 4
Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	0	3	29	14

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	2.08	68.75	29.17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 12	cf. remarques précédentes sur chapitre 6 de l'argumentaire
Expert 13	Préciser dans le texte l'hémodilution physiologique et l'induction enzymatique (CYP3A4).
Expert 15	Je regrette qu'il n'y ait pas de recommandations sur opioïdes et allaitement.
Expert 27	Il est important d'informer les femmes enceintes que leur traitement par MSO ne compromet pas l'allaitement maternel, et que celui-ci est très intéressant dans la prise en charge du syndrome de sevrage néonatal. L'allaitement maternel favorise par ailleurs la création du lien d'attachement mère-enfant, ainsi que l'estime de soi et le bien-être psychique de la mère.
Expert 31	Il est probablement nécessaire de réajuster les doses en post-partum.
Expert 48	Il manque un élément à la surveillance : le switch vers d'autres produits.

	Les explications de la nécessité de l'augmentation des doses doivent être revues : quid du volume de distribution ? L'augmentation des doses potentiellement nécessaire en cours de grossesse est connue : justifier le fractionnement (plus efficace ? moins d'EI ?).

194

Optionnellement, commentaires sur l'argumentaire / commentaires généraux :

Expert	Commentaires
Expert 1	Sommaire du document de synthèse : 2.2.2.3. Prise en charge de la douleur chez les patients avec traitement substitutif aux opioïdes. La défaillance rénale et hépatique sont peu décrites dans le cadre de la douleur aiguë. Page 8: dans objectifs de recommandation : antalgiques opioïdes et non l'inverse (à 2 reprises) Le positionnement de la nalbuphine parmi les paliers 2 est en discussion car elle apparait plutôt comme opioïde fort. La réduction de la dose d'opioïdes en cas de changement de médicament (bas de la page 10) n'est pas référencée et donc semble le fruit d'une discussion d'experts. La surveillance des patients recevant des opioïdes aux urgences devrait être mieux traitée car une titration nécessite que le patient soit monitoré. Les abréviations doivent être toutes expliquées (ex. Page 23) Les mots titrage et titration apparaissent dans le texte. Un choix s'impose. Annexe 9 : glossaire : surdosage et surdose sont répétés. Page 17 : la liste de facteurs de risques de chirurgie entrainant une DC n'est pas exhaustive et nécessite de rajouter des petits points avant la fermeture de la parenthèse. Quelques fautes d'orthographe et de typographie : page 17 : long cours ; page 13 : signes d'alerte précoce ainsi que le risque... (supprimer "sur").
Expert 2	Des précisions seraient nécessaires pour le passage de l'arrêt de la buprénorphine aux opioïdes iv pour le per opératoire (page 21) et la prise en charge par équipe spécialisée. Par ailleurs pour la prise en charge en ville, la réévaluation n'est pas précisée par qui elle pourrait être faite (IPA ? médecin prescripteur, rôle du pharmacien, etc.). Par ailleurs, des protocoles contiennent pour des soins très douloureux du fentanyl à action rapide (AMM pour douleurs cancéreuses avec ADP) pour des patients naïfs de morphine. Il est noté que ce n'est pas préconisé cependant peut être des propositions ou préconisations.
Expert 4	Sur l'argumentaire général, dans la prévention des risques liées à l'utilisation des morphiniques, il est important je pense de resituer les indications et bénéfices/risques, limites du fentanyl transdermique et des fentanyl transmuqueux. Par ailleurs, prise en charge de la douleur = processus complexe et global avec utilisations d'antalgiques, de co-antalgique et prises en charge non médicamenteuses, limiter les risques liés aux morphiniques est aussi savoir les manier et limiter leur utilisation aux situations adaptées.

	Articles éventuellement utiles : Une tendance à la hausse du nombre d'hospitalisations et de morts liées à l'usage d'antalgiques opioïdes en France Rev Prescrire 2020 ; 40 (441) : 533-538 Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, dihydrocodéine, tramadol : pas moins de risques qu'avec la morphine Rev Prescrire 2015 ; 35 (385) : 831-838
Expert 6	Sur le fond : je pense qu'il faut préciser les tests urinaires. De la même façon que lorsqu'une recommandation dit qu'il faut faire une BU, on sait si c'est pour rechercher une glycosurie ou une hématurie, ou des nitrites et des GB, voire tout cela en même temps, compte tenu du choix des tests urinaires de drogues (et leurs couts très variables), il faut sans doute préciser quand on cherche de l'héroïne, de la cocaïne, des NDS, des antalgiques/analgésiques, des BZD, le produit de substitution ... toutes ces recherches n'ont pas du tout les mêmes objectifs (détection de mésusage, contrôle de la compliance au traitement, recherche de risques associés ...), et l'absence de toute précision quand vous traitez de "test urinaire de dépistage de drogues", ou même "recherche urinaire de consommation d'opioïdes", alors même que vous y consacrez une partie spécifiquement, me semble non efficient. Il faut recommander des grands cadres de recherche systématique ou non systématique pour la morphine, le tramadol, l'oxycodone, ou l'illicite et/ou le MSO et/ou les BZD .... Faut-il tout faire tout le temps ? faut-il dissocier les recherches ? Tout cela n'est pas clair. La traduction de l'Annexe 8 serait sans doute utile. Sur la forme, dans l'argumentaire : p35 : "ou françaises (SFAR) plaident recommandent l'utilisation d'une analgésie multi modale" p56 : "des antalgiques opioïdes comparé au placebo" x 2 ; "Lorsque calculé, la taille de l'effet" ; "Les différentes revues systématique" p142 : "S'ils ne sont pas terminés avant le début du traitement, les évaluations" ; "5) Les analyses biologiques initiaux" p156 : "méta-analyses et revues systématique de la littérature" p157 "Par conséquent, il est également important d'envisager l'administration de naloxone chez les femmes et les personnes âgées qui ne répondent pas à une surdose d'opioïdes." (incompréhensible) p162 "L'état devraient fournir" ; "Les règlementations devraient être modifiés» ; p163 : "Des services de suivi devrait être disponible pour les survivants d'une surdose" p173 : "Une fois que des signes objectifs de retrait sont observés" (sevrage) p174 : "consulter un spécialiste avant de commencer les patients à des doses" (pas français) p190 :"Une compréhension des prédicteurs d'un arrêt réussi [...]. Ces prédicteurs sont :". Facteurs prédictifs. Les prédicateurs prêchent, mais n'ont rien à faire à

	l'HAS. p191 "Un traitement à la méthadone ou la buprénorphine est recommandée et doit être initiée"
Expert 7	Comme je l'ai dit plusieurs fois toute la partie sur la Méthadone et le Subutex je n'ai que très peu répondu aux questions car j'ai peu utilisé ces produits durant mon parcours professionnel.
Expert 8	Les recommandations me semblent bien respecter les données de la science, mais celles-ci ont été établies, le plus souvent, en dehors du contexte des soins primaires ou dans des pays ne disposant pas du même système de santé. Il me paraît déterminant de penser les recommandations en fonction des organisations existantes ou nécessitant des adaptations modérées. Certaines sont loin des pratiques actuelles en soins primaires, voir des pratiques possibles en soins primaires. Les articulations avec les soins secondaires sont souvent fragiles. Il n'y a rien là-dessus ou très peu de choses et c'est très dommage. Certaines recommandations justifieraient d'études d'acceptabilité et viabilité en soins primaires, amenant à améliorer les chances qu'elles soient appliquées.
Expert 9	Je trouve qu'il y a peu de distinction de faite entre les antalgiques palier 2 et 3 (opioïdes faibles et forts) et que c'est peut-être dommageable de les considérer comme quasi similaires...
Expert 12	Globalement, le document produit par le groupe de travail est assez remarquable. Parfois le souci de synthèse rend difficile la lecture et l'applicabilité de certaines recommandations. Je pense qu'il aurait quand même été préférable de garder une distinction entre (1) la problématiques "douleur" chez les patients naïfs ou non d'opioïdes y compris sous TSO ; et (2) la problématique de la mise en place d'un TSO en dehors de toute problématique douleur. Sauf bien sûr pour les chapitres où cette distinction n'aurait pas été pertinente : contexte de la recommandation, définition surdosage, mésusage (par ex). Ceci aurait entrainé quelques redites mais cela aurait été plus clair à mon avis. Le fait que le plan de l'argumentaire diffère du plan de la version courte (recommandations) rend un peu difficile la recherche d'éléments pour comparer l'argumentaire aux recommandations. Cela aurait été un plus indéniable (mais le groupe de travail attend peut-être que les recommandations soient consolidées) de faire des schémas synthétiques, comme celui de la figure 1, pour préciser les différentes prises en charge pour la douleur aigue et pour la douleur du cancer.
Expert 13	Veuillez trouver dans la pièce attachée différents commentaires, suggestions et corrections à la fois pour la RECOMMANDATION et pour l'ARGUMENTAIRE *(cf. ci-après)*. De manière générale, l'idée de combiner dans un même document les différentes problématiques liées aux médicaments opioïdes (antalgie, trouble de

	l'usage et overdose) est tout à fait pertinente sur le plan clinique et correspond à un besoin qui permettra de clarifier les différentes situations pour les praticiens. Cependant en l'état, les deux documents nécessitent d'être retravaillés, dont certaines parties en profondeur, en y associant une synthèse combinant des algorithmes décisionnels et des tableaux pour faciliter la lecture et l'applicabilité des recommandations en pratique clinique. *Commentaires, suggestions et corrections :* **I - Commentaire général** Au fil des années, la problématique des opioïdes a évolué, impliquant de plus en plus les médicaments. Par conséquent, des recommandations associant les différents volets cliniques de la problématique opioïde que sont l'antalgie, le trouble de l'usage et les overdoses sont tout à fait pertinentes sur le plan clinique. Cependant ces recommandations gagneraient à être améliorées sur le fond et la forme. Pour être plus facilement applicables notamment par des praticiens non experts, elles nécessiteraient d'être plus synthétiques, plus fonctionnelles, plus pratiques avec des algorithmes et des tableaux. D'autre part, certains aspects sont peu ou pas abordés, notamment les polyconsommations et les pathologies duelles alors que ces situations sont désormais la règle et mettent souvent les praticiens en difficulté. Il est important que ces recommandations donnent des indications sur les modalités de leur prise en charge puisque ces situations contribuent au développement des troubles de l'usage et/ou aux risques d'overdose. Les traductions littérales des textes anglais questionnent (exemple réduction des méfaits pour réduction des dommages), et certains passages sont incompréhensibles. Elles nécessitent d'être reprises. **II - Commentaires sur les recommandations** Plusieurs points nécessiteraient d'être modifiés, ajoutés ou précisés : - problème dans les définitions et/ou la caractérisation de différentes situations cliniques, notamment : - types de douleur et de leur prise en charge - mésusage, trouble de l'usage / addiction - craving, tolérance, dépendance - pseudoaddiction - hyperalgésie induite par les opioïdes : en général, il existe une mauvaise connaissance de son expression clinique et de sa prise en charge en pratique. **- les polyconsommations :** - importance de la titration prudente des médicaments de substitution aux opiacés qui permet chez certains patients d'être mieux stabilisés tant sur le plan

	psychique que dans leurs co-consommations. - trouble de l'usage d'alcool. L'alcool est utilisé comme antalgique chez un quart des sujets douloureux chroniques. Plusieurs problèmes dans la prise en charge conjointe devraient être indiqués : 1) traitements par antagonistes opioïdes (naltrexone, nalméfène) qui sont formellement contre-indiqués en cas de traitement par agoniste opioïde et qui sont à l'origine d'admission aux urgences. 2) associations aux benzodiazépines ou au baclofène, avec le risque d'aggraver les troubles respiratoires notamment nocturnes sous forme d'apnées centrales, etc. ; 3) contre-indication de l'association disulfirame et méthadone sirop (contient de l'alcool), etc. **- <u>les pathologies duelles</u> :** importance de la titration des médicaments de substitution aux opiacés qui permet d'améliorer certaines dimensions (dont les symptômes anxieux, dépressifs, etc.) voire d'aider à stabiliser les patients souffrant de comorbidités psychiatriques : bénéfices et risques des associations médicamenteuses dans ce contexte. - **<u>la titration des opioïdes</u>** à visée antalgique et substitutive : elle est majeure mais elle ne fait pas tout. L'approche multimodale est répétée tout au long des 2 documents, mais elle n'est pas précisée. Les approches non médicamenteuses devraient être listées, au moins pour donner des pistes aux praticiens. - **<u>les troubles respiratoires nocturnes</u>** : ils sont à peine cités dans l'argumentaire pages 10, 73, 152, 160 et absents dans la recommandation alors qu'ils ont un impact majeur dans l'évolution clinique (que ce soit dans les douleurs, les addictions, et les comorbidité psychiatrique) et les adaptations thérapeutiques (appareillage, changement d'opioïde, sevrage). La littérature sur le sujet s'enrichit de plus en plus. - place de la **<u>morphine comme alternative à la substitution</u>** par buprénorphine ou méthadone. Une problématique ancienne qui date de 1996. Or sans un accompagnement approprié, le nombre de décès par overdose dans cette situation serait proportionnellement supérieur à celui de la méthadone. - **<u>un seul algorithme</u>** est présenté dans la recommandation, page 25 ; il précise certains points d'alerte et de suivi mais ne décrit pas les modalités pratiques de prise en charge des différentes situations cliniques. Il en faudrait d'autres tant la problématique est transversale. L'algorithme présenté est plus un algorithme d'orientation vers les spécialistes, mais pas de prise en charge stricto sensu pour aider les médecins généralistes. Or ce sont ces derniers qui devront principalement effectuer les prises en charge car les spécialistes identifiés sur

l'algorithme sont saturés.

Autres commentaires

Page 08

- *"traités par **opioïdes antalgiques** pour une douleur..."*

Il faut inverser car il s'agit de la classe médicamenteuse des antalgiques "antalgiques opioïdes", tout opioïde même illicite est potentiellement antalgique...

- "*médicament de la **pharmacodépendance** aux opioïdes*" :

Plusieurs problèmes avec cette terminologie :

- pharmacodépendance : terme ancien qui peut entrainer des confusions avec la dépendance pharmacologique (physique, physiologique) : utiliser plutôt le terme "addiction" ou "trouble de l'usage". Pour information, dans le même esprit, les CEIP ont évolué vers le terme Addictovigilance.
- les médicaments de l'addiction aux opioïdes incluent différentes classes dont les agonistes, les antagonistes, les médicaments d'aide au sevrage. Dans ce paragraphe, il s'agit des "médicaments de substitution des opiacés ou opioïdes".

Page 09

- médicament sur liste 1 : indiquer la buprénorphine
- nalbuphine liste 1 mais palier 3 (comme la buprénorphine)
- prescription limitée à 4 semaines : attention, règle des 28 jours mais méthadone sirop 14 jours, morphine injectable 7 jours donc cette phrase est à modifier.

Page 10

- *"Le raisonnement par palier d'antalgique opioïde n'est donc pas une règle intangible."*

Les cliniciens raisonnent par intensité de la douleur et selon les paliers de l'OMS qui ont été développés pour la prise en charge des douleurs nociceptives. Cette situation entraine des raccourcis dans les prescriptions et un usage inapproprié des opioïdes. D'où l'importance d'un algorithme ou d'un tableau qui précise les stratégies selon le type de douleur (exemple des recommandations de la SFETD de 2016).

- pharmacodépendance => remplacer par "addiction", "trouble de l'usage".
- "Opioid risk tool – ORT" : cet outil est utile mais il présente des limites désormais reconnues dans la littérature. La recommandation devrait les indiquer.

Quelques exemples de références :

Jones et al. J Opioid Manag. 2014;10(5):353–364.
Lawrence et al. Br J Anaesth. 2017;119(6):1092–1109
Solmi et al. Neurosci Biobehav Rev. 2021;126:243–251

Page 11, paragraphe 1.2.2.2.

	- *"Evaluer et prendre en charge **l'anxiété** des patients"* : Ajouter les autres éléments de vulnérabilité psychique dont les troubles du sommeil. **Page 12, paragraphe 1.2.3.2.** - *"Un traitement **opioïde antalgique** au long cours est parfois nécessaire, aboutissant alors fréquemment à une dépendance pharmacologique aux **opioïdes de prescription** (phénomène de tolérance pharmacologique et risque de symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal ou trop rapide des prises)".* - écrire plutôt : un traitement antalgique opioïde - opioïdes de prescription : il s'agit d'opioïdes médicamenteux, utilisés sur prescription ou hors prescription. Utiliser plutôt le terme "médicaments opioïdes" qui est d'ailleurs le titre de la recommandation. - *"Les propriétés psychotropes des opioïdes peuvent être à l'origine d'un trouble de l'usage dont la **motivation** doit être recherchée."* Les recommandations devraient indiquer au moins certaines des motivations afin d'aider les praticiens dans l'évaluation des patients. - *"Ce **trouble de l'usage peut être de l'ordre du mésusage**, c'est-à-dire d'une utilisation non conforme à la prescription (indication, dosage, ..."* Dans les 2 documents, il existe souvent une confusion entre troubles de l'usage et mésusage. Il est important de repréciser que le mésusage peut être ponctuel et s'inscrire ou pas dans un trouble de l'usage qui lui, par définition, est une situation qui s'inscrit dans la durée (≥ 12 mois) (cf. annexe 7). Le terme "conduites addictives" permet d'intégrer tous les types d'usage, dont le mésusage hors addiction jusqu'à l'addiction quelle que soit sa sévérité. **Page 13** - *"automédication ou prescription parallèle peuvent conduire à un surdosage et une toxicité hépatique."* Rappeler la dose hépatotoxique du paracétamol. - *"L'apparition d'une **somnolence** est un signe qui fait craindre un surdosage."* Une somnolence diurne doit aussi faire rechercher un trouble du sommeil dont l'existence d'une respiration ataxique, d'apnées centrales induites par les opioïdes. **Page 17** - *"en vue d'une réévaluation de l'efficacité et la **tolérance** du traitement..."* Dans les recommandations, le terme "tolérance" est utilisé pour parler à la fois de l'accoutumance (dans le cadre de la dépendance physique) et des effets indésirables (dans le cadre de la balance bénéfices-risques). C'est

	potentiellement confondant. **Page 18** - *"Modalités du traitement opioïde"* Supprimer dans le titre le terme "opioïde" car il s'agit du traitement multimodal. - *"(hormis les 2 premières semaines post accouchement où il est préférable de ne pas utiliser la codéine)".* Cette dernière phrase de la page 18 mériterait quelques explications pour le lecteur. **Page 19** - *"pallier"* => remplacer par "palier" - *"...en la fractionnant en trois à quatre prises".* : À homogénéiser, car dans le document le nombre de prises de méthadone est fixé à 3 par jour. D'autre part, quid d'une répartition asymétrique des doses quotidiennes selon la dynamique nycthémérale des douleurs ? **Page 20** - *" l'association oxycodone- méthadone étant à éviter en raison des interactions potentielles via le cytochrome P450) ..."* Indiquer aussi le risque d'allongement du QT - *"... devant subir une chirurgie programmée, ..."* Remplacer "subir" par "bénéficier" ou "avoir". **Page 21** - *" de passer à un **agoniste pur** de courte durée d'action, en anticipant des doses **équiantalgiques** plus élevées **pour l'analgésie** pendant 3 à 4 jours, durant l'élimination de la buprénorphine."* - préciser entre parenthèses les termes équivalents (agoniste complet, plein ou entier) - écrire plutôt "en anticipant des doses antalgiques (ou analgésiques) plus élevées pendant 3 à 4 jours..." - *"**soignants expérimentés** de la douleur et **des troubles de l'usage**"* Remplacer "troubles de l'usage" par "addictions" puisqu'il s'agit des addictologues, et que ces derniers appréhendent tout le spectre des conduites addictives. **Page 22** - "*...notamment les migraines, ou à des douleurs **nociplastiques** (dysfonctionnelles)."*

	Préciser le terme "douleur nociplastique", terme assez récent et pas forcément connu par les lecteurs (vertu pédagogique des recommandations). **Page 23** - *"de poursuivre un traitement par antalgique opioïde au-delà de **trois à six mois**, quelle que soit la dose prescrite "* Cette proposition questionne. Pourquoi poursuivre un traitement bien conduit jusqu'à 6 mois s'il n'est pas efficace à 3 mois ? **Page 24** - *" Soit l'introduction de morphine orale **8h à 12h après l'arrêt** de la buprénorphine (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes) "* Si la douleur est intense, l'introduction d'un opioïde pur (complet ou entier) est possible avant les 8-12h indiquées, mais nécessitera d'adapter les doses pour contrer la compétition pharmacologique. - paragraphe 2.2.2.4. Arrêt - dire si la douleur est contrôlée (diminuée ou supprimée) - expliquer l'importance des paliers, la possible majoration transitoire des symptômes. **Page 26** - *" caractère multifactoriel de la douleur, tout comme le **dépistage systématique** de l'anxiété, de la dépression et des troubles cognitifs. "* Y ajouter le sommeil qui est d'ailleurs indiqué plus loin dans la recommandation. **Page 27** - *" Les précautions suivantes sont à respecter afin d'éviter le risque **de trouble de l'usage** et **d'addiction**."* On ne comprend pas la présence des 2 termes dans la même phrase puisque l'addiction au sens historique correspond à la forme modérée à sévère du trouble de l'usage. D'ailleurs page 54, le document indique pour les 2 termes "*impossibilité d'arrêter les consommations en dépit de ses conséquences négatives*". **Page 28** - *"...des accès douloureux paroxystiques, **des troubles cognitifs**, ou une mauvaise compréhension..."* Des troubles cognitifs et émotionnels - " *d'opioïdes, avant de conclure à un trouble de l'usage **à des fins « récréatives** ».* "

	Dans les traitements de la douleur liée au cancer, la dérive de l'usage d'un opioïde est plutôt à des fins de coping (importante anxiété, humeur, sommeil). - "*Une prise en charge pluridisciplinaire avec le concours d'un addictologue, est recommandée pour des patients présentant un* ***trouble de l'usage*** *de substance, et peut être souhaitable pour ceux ayant des antécédents* ***d'addiction*** *..."* La présence des 2 termes dans la même phrase suggère une différence pour ceux qui l'ont rédigé, mais laquelle ? - "*dépendance isolée*" : Utiliser le terme consacré, **dépendance physique** (physiologique, pharmacologique) Indiquer que les critères de dépendance physique ne sont pas considérés en cas de traitement médicalement supervisé. Cette terminologie est d'autant plus trompeuse que la CIM-11 (citée en annexe) maintient le terme de **dépendance** pour parler d'addiction. - "*opioïdes de prescription*" Remplacer par médicaments opioïdes - "*hyperalgésie induite par les opioïdes*" Donner des éléments de caractérisation clinique et de prise en charge pratique pour le clinicien. **Page 30** - *"Prevention du trouble de l'usage d'opioïdes"* Importance du contrat thérapeutique : - respect des indications, des modalités de prescription - objectifs / attentes du traitement, dose minimale efficace, durée - évaluer les facteurs de risque ; cf. limites de l'ORT - surveillance - "*La réalisation d'une recherche urinaire des métabolites des opioïdes*..." Pas que des opioïdes mais aussi des autres produits, médicaments **Page 31** - *"qu'après évaluation systématique de l'efficacité et de la* ***tolérance*** *de la prescription antérieure. Il est donc recommandé de rechercher une* ***dépendance physique*** *aux opioïdes, traduite par l'existence de symptômes de sevrage, repérés à l'examen clinique... Cette symptomatologie mettrait en évidence l'apparition d'un phénomène de* ***tolérance*** *"* Tolérance qui répond à 2 définitions différentes dans le même paragraphe :

	accoutumance, balance bénéfices-risques. Potentiellement confondant pour le lecteur non averti. - *'Il est recommandé de* ***rechercher l'existence d'un TUO****, cliniquement ou* ***à l'aide d'outils*** *d'évaluation* ***tels que le Prescription opioid misuse index – POMI*** *..."* Le POMI permet de dépister un mésusage, pas un trouble de l'usage (bien que la probabilité d'un trouble de l'usage augmente avec le nombre d'items positifs au POMI). La recommandation devrait décrire le lien entre POMI positif et la probabilité d'avoir un trouble de l'usage. - "*Le clinicien doit diagnostiquer* ***un trouble lié à la consommation d'opioïdes*** *en* ***utilisant les critères du DSM-5 ou de la CIM-11***". Il y a 3 problèmes dans cette phrase : - le terme consacré pour la problématique addictive est "**trouble de l'usage**" - le terme "trouble de l'usage" relève des critères du DSM-5 mais **pas de la CIM-11** - le trouble lié "à la consommation" (terme employé notamment par les canadiens) : écrire plutôt les **troubles liés à l'usage** d'opioïdes (disorders due to use of opioids de la CIM-11) décrivent tous les troubles secondaires à une consommation d'opioïdes, incluant l'usage nocif, la dépendance. Le trouble de l'usage (terme du DSM-5) est l'un des troubles liés à l'usage. *PS : la CIM-11 est censée entrer en vigueur en janvier 2022. A ce jour, la CIM-10 reste d'actualité. La recommandation devrait préciser dans les annexes les changements associés avec la CIM-11.* **Page 32** *- "Une analyse urinaire est recommandée pour objectiver les consommations d'opioïdes "* Pas que des opioïdes mais aussi des autres consommations - "*Si une mise sous médicament de substitution est envisagée, un électrocardiogramme pour* ***évaluer le QT*** *avant la mise en route*" - L'entretien est majeur pour rechercher des antécédents familiaux de mort subite, des antécédents personnels de perte de connaissance inexpliquée. - remplacer "QT" par "intervalle QT". - "*réduction ou arrêt de l'opioïde, réduction des risques et des dommages.* " Cette partie n'est pas claire. Réduire l'opioïde problématique est déjà une approche de RdRD. - " *Des* ***interventions psychosociales*** *et d'accompagnement par les*

	associations d'usagers..." C'est un terme trop générique, des précisions devraient être apportées. - " *Un **sevrage direct** d'opioïdes (sans transition vers une substitution..."* Il est important de préciser dans cette partie que le sevrage même progressif sera compliqué en cas de trouble de l'usage sévère, de comorbidités psychiatriques et d'autres vulnérabilités. - *" Un traitement est à instaurer lorsque la situation clinique le nécessite..."* De quel traitement s'agit-il ? **Page 33** - *"En cas d'objectif de réduction de la consommation d'opioïdes, il est recommandé d'instaurer une substitution avec la méthadone, **la buprénorphine n'étant pas adaptée** compte tenu de ses propriétés"* En fait tout dépend de la dose de buprénorphine, certains patients se sous-dosent volontairement en buprénorphine pour consommer. **Page 34** - *" l'absence de « craving », défini comme un **désir irrépressible**"* Plus un besoin qu'une envie ; **le craving est un paramètre multidimensionnel** évolutif selon le contexte, les émotions, les incitations, certains moments de la journée, etc. C'est un paramètre clinique majeur tant sur le plan diagnostique (critère du DSM et de la CIM), thérapeutique et pronostique (risque de rechute). Or la recommandation ne donne pas au lecteur les éléments pour appréhender ce craving alors qu'il est majeur dans l'adaptation du traitement, tant dans la titration de la substitution opiacée que dans les autres aspects du traitement, dont les routines de vie et les comorbidités. - " *le MSO pourra être fractionné en deux prises quotidiennes afin d'éviter des pics supra-thérapeutiques et des résiduelles infra-thérapeutiques."* C'est pertinent en clinique mais hors AMM. - " *En cas **d'un saut de prise**, il convient de poursuivre le traitement à la même dose que celle précédente et de décaler de 24 heures toute augmentation de posologie initialement prévue. **En cas de sauts de prises successifs**, il convient de recommencer la titration du traitement si le patient souhaite continuer la prise en charge."* Qu'en est-il entre les 2 situations ? La recommandation ne donne aucune indication alors que cette situation est à risque de créer un accident de surdosage. - *" Il est recommandé **de débuter par une posologie de 8 mg** de*

	buprénorphine" La dose proposée est supérieure à celle de l'AMM et peut être problématique en termes d'effets indésirables chez certains patients. Plus important est le fait de revoir rapidement le patient pour l'évaluer, le rassurer et adapter la posologie. - " *l'efficacité du traitement étant optimale* ***à partir de 16 mg*** *de buprénorphine pour un objectif d'arrêt total de la consommation*" Indiquer que certains patients peuvent atteindre cet objectif avec des doses quotidiennes inférieures. - " *forme lyophilisat ... est une option à proposer au patient....* ***Tenir compte de sa biodisponibilité supérieure*** *de 30 % (posologie maximale de 18 mg/j)."* Il faut surtout avertir le lecteur de la non-correspondance des comprimés à 2 et à 8 mg pour la forme lyophilisat et sublinguale. - " ***Après trois mois****, si le patient est compliant, il est important de permettre plus de flexibilité avec des dispensations espacées*" La durée indiquée dépend en fait de la problématique sous-jacente, plus courte pour certains, plus longue pour d'autres. Texte à reformuler. **La recommandation ne décrit pas plusieurs aspects de pratique clinique :** - modalités de dispensation ??? CSAPA, pharmacie - modalités de prescription ??? primo-prescription, délégation de prescription, changement de galénique, etc. ??? **Page 35** - *" En cas d'objectif d'arrêt de la consommation d'opioïdes, la posologie quotidienne moyenne se situe* ***entre 60 et 120 mg****."* Indiquer que certains patients peuvent nécessiter moins, ou beaucoup plus de méthadone, sans limite de la dose maximale contrairement à la buprénorphine. - " *des effets indésirables sachant que de nombreux effets indésirables des opioïdes* ***disparaissent au cours des 2 à 4 premières semaines*** *de traitement*, ..." Phénomène de tolérance - " *L'augmentation des doses de méthadone ou de buprénorphine... n'est* ***pas indiquée dans le cadre de la consommation d'autres drogues*** *(ex. : alcool, cannabis, benzodiazépines, psychostimulants)* ;" Ce n'est pas exact. Les co-consommations et le mésusage des opioïdes de substitution doivent toujours faire rechercher un sous-dosage de l'opioïde de substitution. L'adaptation de la dose peut aider certains patients à rétablir une stabilité clinique et à diminuer les co-consommations. Dans certains cas, des

associations médicamenteuses sont nécessaires, d'autres sont contre-indiquées (cf. pages 1 et 2 du commentaire).

Le même raisonnement est appliqué dans les **comorbidités psychiatriques**. De par leurs propriétés psychotropes, l'adaptation personnalisée des MSO à des posologies plus élevées peut aider à stabiliser certains patients souffrant de pathologies psychiatriques. Or la recommandation a fait l'impasse sur la pathologie duelle qui est pourtant une problématique classique et déterminante en termes de pronostic, de risque d'overdose, mais qui est souvent par méconnaissance, insuffisamment prise en compte.

La recommandation ne mentionne pas explicitement les objectifs visés par le traitement du trouble de l'usage : comme pour la douleur, il s'agit d'objectifs fonctionnels de rétablissement, de restauration de l'autonomie et des engagements dans les différents domaines de la vie, pour une meilleure qualité de vie.
Les opioïdes de substitution sont des outils majeurs mais pas forcément suffisants chez certains patients pour atteindre ces objectifs. Comme pour le volet douleur, la recommandation devrait indiquer les autres aspects importants pour permettre le rétablissement, la dose du médicament de substitution ne permettant pas de tout régler...

Page 36
- *" stabilisation de cette nouvelle posologie **au bout de** 3 à 5 jours. "*
Remplacer 'au bout de" par "pendant".

- " *Certains patients bénéficient d'un fractionnement de la prise de méthadone dans la journée* "
Hors douleur, indiquer que ce fractionnement est hors AMM (bien que cliniquement pertinent).

Page 38
*- Il est recommandé de réduire les doses de méthadone de 5 à 10 % toutes les 1 à 4 semaines (c.-à-d. 5 à 10 mg de réduction pour les doses > 50 mg et **2,5 à 5 mg de réduction pour les doses < 50 mg**).*
Page 39
*- " jusqu'à 25 % toutes les 1 à 4 semaines (c.-à-d. 4 à 8 mg de réduction pour les doses > 16 mg et **2 à 4 mg de réduction pour les doses < 16 mg**) "*

Les réductions proposées pour la méthadone et la buprénorphine sont trop rapides, notamment en cas de comorbidités psychiatriques. Elles doivent se faire très progressivement en se rapprochant de zéro (chaque baisse correspondant alors à un fort pourcentage). Chaque palier de décroissance doit faire l'objet de

différentes surveillances :
- usage des opioïdes problématiques, autres usages
- équilibre psychique, sommeil
- engagement dans les différents domaines de la vie

Page 39

- *" la place de ces nouvelles formes galéniques de buprénorphine à libération prolongée* ***peut être envisagée****, dans le cadre d'une décision médicale partagée,* ***dans les situations suivantes... => 4 items proposés****"*
- les items 1 et 3 sont quelque part redondants
- l'item 4 devrait indiquer le mésusage en plus du détournement
- pourquoi le choix de ces 4 situations alors que d'autres sont possibles ?
- les indications risquent d'être restreintes surtout par les possibilités de financement de la structure qui les achète, en réservant cette galénique prioritairement aux patients dans une situation qui nécessite cette approche thérapeutique, avec une vraie plus-value sur le plan sanitaire par rapport aux autres MSO : patient très instable, irrégulier dans son traitement, mésusage, détournement, déserts médicaux, risques d'overdose, etc.

Page 40

- *"l'analyse urinaire est ...* ***recommandée la*** *buprénorphine"*

Il manque un mot : recommandée **pour** la buprénorphine.

- *"rechercher l'existence d'un TUO, cliniquement ou à* ***l'aide d'outils d'évaluation tels que le Prescription opioid misuse index – POMI****"*

Comme indiqué précédemment, le POMI détecte le mésusage, pas le trouble de l'usage stricto sensu.

Page 41

- "*Il est recommandé d'évaluer le risque d'interactions médicamenteuses favorisant les surdoses, notamment l'usage concomitant de dépressogènes respiratoires (alcool, benzodiazépines, gabapentinoïdes, autres opioïdes, etc.).*"

Ajouter le baclofène.

- "*une perte rapide de tolérance aux opioïdes : en cas de rupture de traitement ;* ***une réévaluation médicale de la posologie de reprise du MSO*** *est alors nécessaire pour envisager une réinstauration à posologie inferieure*,"

La recommandation ne donne pas de détails pratiques pour effectuer les adaptations nécessaires.

- " *recherche d'effets* ***psychotropes***"

Remplacer par le terme "psychoactifs", le médicament opioïde est un psychotrope.

Page 42

- *" courte durée de la naloxone du fait de sa demi-vie"*

Indiquer une durée d'action d'environ 20 minutes

- *"...permet de lever la dépression respiratoire induite par le surdosage en opioïde* ***tout en conservant un niveau d'antalgie correct***"

Elle évite un trouble du comportement (confusion, agitation, etc.) par sevrage.

Page 54

- "assorti d'une envie irrépressible de consommer"

Au-delà de l'envie, ça devient un besoin impérieux.

- *"Trouble de l'usage. ... Il existe des critères spécifiques qui doivent être présents dans deux classifications,* ***la classification internationale des maladies dans sa 11ème version (CIM-11)*** *issue de l'OMS ou dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 5ème version (DSM-5) issu de l'Association Américaine de Psychiatrie."*

C'est faux, la CIM-11 comme la CIM-10 reste sur une description dichotomique avec l'usage nocif et la dépendance. Le trouble de l'usage relève du DSM-5.

III - Commentaires sur l'argumentaire

L'argumentaire nécessite une relecture attentive. Hormis le fond (cf. commentaires sur la recommandation), la forme nécessiterait des améliorations. Il y a de nombreux passages assez lourds voire difficiles à comprendre, notamment lorsqu'il s'agit de traductions littérales des textes d'origine.

<u>Ci-dessous quelques commentaires supplémentaires (mais non exhaustifs car trop nombreux) :</u>

Page 6

- "*en ambulatoire*", : phrase tronquée ???
- "*en ville, tels que par exemple les médecins (généralistes, rhumatologues, psychiatres...), les pharmaciens, les IDE et les chirurgiens-dentistes",* :

ce sont des activités en ambulatoire

Page 10

- "*la France compte 300 à 400 surdoses mortelles par an*"

Ce chiffre serait sous-estimé.

Page 11

	- "*substances les plus impliquées dans ces intoxications sont le tramadol, la morphine puis l'oxycodone"* L'oxycodone a récemment détrôné la codéine de la 3° place. **Page 45** - " *patient faisant usage de médicaments opioïdes (prescrits sur ordonnance,* ***achetés en vente libre*** *ou au marché noir) hors d'un cadre médical*" Y compris les médicaments à base de codéine et d'opium ne sont pas en vente libre en France. **Page 55** - " *Bon usage des* ***opioïdes antalgiques en*** *douleur chronique non cancéreuse*" Remplacer par "Bon usage des **antalgiques opioïdes** dans la douleur chronique non cancéreuse". **Page 56** - indiquer le mécanisme d'action mixte du tramadol (aminergique et opioïdergique). **Page 67** - *Effets indésirables usuels* On est étonné de ne pas voir des effets tels que l'hypersudation ou encore les troubles respiratoires nocturnes (apnées centrales) surtout que ces derniers ont un impact majeur sur le plan clinique et thérapeutique. D'autres troubles cliniquement importants devraient cités aussi dont les troubles sexuels. - *antiémétique : métoclopramide* Indiquer le risque d'allongement du QT **Page 68** - *Les risques de mésusage et de dépendance* Les niveaux sont différents selon les populations (population générale, jeunes, patients psychiatriques, etc.), d'où l'importance de rechercher les facteurs de risque. **Page 103** - *Nalbuphine* : est censée être un palier III **Page 105** - *" Chez les patients sous substitution par buprénorphine qui présentent des douleurs, il convient d'éviter l'ajout d'agonistes purs et d'envisager un changement pour un autre opioïde"* C'est pourtant une solution proposée dans certaines recommandations, et qui

	fonctionnent en pratique. - "*Evaluation de l'efficacité et de la tolérance*" Attention à la confusion possible entre la tolérance en termes de balance bénéfices-risques, et l'accoutumance de la dépendance physique. - "*...les antidépresseurs tricycliques et/ou les anticonvulsivants, pourront être associés*" La duloxétine et la venlafaxine ne sont pas évoquées. Pourquoi ? - *"... traitement anti émétique pourra être nécessaire par halopéridol ou métoclopramide*" Il y a bien plus moderne que l'halopéridol pour traiter des nausées... **Page 106** - " *Lorsqu'elle apparait chez un patient traité avec une dose stable d'opioïde il faudra rechercher l'introduction d'un traitement responsable de cette somnolence..."* C'est typiquement le scénario de la survenue d'apnées centrales, surtout pour un dosage > 200 mg/j d'équivalent morphine, et surtout en cas d'association avec d'autres dépresseurs du système nerveux central comme les benzodiazépines. **Page 108** - sur-risque de décès de la méthadone les 2 premières semaines - *" information du patient sur le risque d'interaction avec des traitements courants en lien étroit avec le médecin traitant, le pharmacien et l'équipe paramédicale*" : cette phrase est répétée 2 fois **Page 117** - buprénorphine : elle est en liste 1 **Page 118** - " *Enfin, les opioïdes sont à l'origine d'effets nooanaleptiques (stimulation de la vigilance), psychoanaleptiques (stimulation psychique), thymoanaleptiques (stimulation de l'humeur)"* : risque épileptogène des opioïdes. - "*désordres digestifs*" : vagues, préciser lesquels. **Page 119** - indiquer que les critères de dépendance physique ne sont pas considérés en cas de traitement médicalement supervisé. **Page 120**

	- ORT ; outil utile mais les limites sont à indiquer dans la recommandation et l'argumentaire. **Page 121** - POMI ; outil de dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes, pas du trouble de l'usage stricto sensu. **Pages 142 à 165 et au-delà** Les traductions littérales des recommandations sont assez lourdes, avec des traductions manifestement "automatiques" qui n'intègrent pas certains termes appropriés : - l'entretien de motivation pour entretien motivationnel - conseil général pour counselling - réduction des méfaits pour réduction des dommages - signes de retrait pour signes de sevrage - etc. **Choix des recommandations pour étayer certaines parties de l'argumentaire** On ne comprend pas comment les recommandations ont été choisies, et surtout pourquoi certaines parties de ces recommandations ont été sélectionnées au détriment d'autres parties pourtant très informatives mais passées sous silence dont la problématique des pathologies duelles, des polyconsommations, certaines populations et comorbidités, adaptations personnalisées des traitements, etc. **Quid des nouveaux objectifs thérapeutiques que sont :** - les PROMS : Patient-reported outcomes measures - les PREMS : Patient reported experience measures **Page 160 (dernier paragraphe)** - "*Sous médicaments de substitutions d'opiacés (méthadone, buprénorphine ou naltrexone)"* La naltrexone n'est pas un médicament de substitution, mais un antagoniste. **Page 198, dernier paragraphe. Sublocade :** Le nom indiqué est celui des Etats Unis. En Europe notamment du Nord, le nom est Subutex® Prolonged-Release qui a d'ores et déjà obtenu une autorisation réglementaire de la Suède, de la Finlande et du Danemark. D'autre part, comme pour d'autres traitements à risque embryo/foetotoxique, la mise en place d'une contraception représente une solution. Cette partie du texte de l'argumentaire devrait être revue.

	Au total, l'argumentaire comprend de grandes longueurs copiées-collées des textes originaux, qui sont à la fois indigestes pour le lecteur, et dont les choix questionnent sur certains aspects.
Expert 15	Puissent ces recommandations avoir des effets favorables sur les prescriptions et consommations problématiques qui en découlent !!
Expert 16	Je trouve qu'il est difficile de trouver les éléments justifiant les choix faits dans le document recommandation à partir du document argumentaire. Le document argumentaire semble par moment un listing de recommandations internationales sans résumé critique de ces dernières. On ne connait pas ainsi le niveau de preuves attribués à certains choix. Par ex. : "Si la prise de médicaments par voie orale n'est pas possible, il faut alors convertir la dose sur 24 heures à de la méthadone IV selon la table de conversion et administrer en 2 à 4 doses fractionnées." quel est le niveau de preuve ? Attention il existe des messages contradictoires qui sont passés : -"Le fentanyl transdermique n'est pas adapté à une instauration de traitement." -"Le fentanyl transdermique est une alternative thérapeutique dans l'instauration d'un traitement opioïde lorsque la voie orale n'est pas possible, ou en cas d'insuffisance rénale." ce qui risque de perdre le lecteur et de créer des utilisations inadaptées de certains produits. il manque un paragraphe ou une annexe sur un rappel pharmacologique (pharmacodynamie/pharmacocinétique) des différentes opioïdes, avec notamment leurs métabolisation (pour comprendre les interactions ou les risque de surdosage en cas insuffisance d'organe).
Expert 17	Beaucoup trop de recommandations (193, dont certaines redondantes) selon moi ce qui compromet leur lisibilité, leur appropriation et donc leur application. Aucun niveau de preuve permet de hiérarchiser les simples recommandations de bon sens et les points clés.
Expert 18	Globalement peu de remarques concernant cette recommandation, étant en accord avec la quasi-totalité de cette RBP. N'étant pas familier de la buprénorphine, j'ai préféré ne pas répondre à des questions trop précises la concernant.
Expert 21	Naloxone : à mieux faire connaître globalement (usagers, patients, proches, secours) Déstigmatiser la question du risque addictif chez les patients antalgiques Ne pas faire de la substitution le passage obligé après l'usage toxicomaniaque : éclairer le choix du patient Laisser ouverte la possibilité de l'arrêt du TSO : éclairer le choix du patient
Expert 28	Bravo et merci pour ce superbe travail à tous les experts et au personnel de l'HAS
Expert 31	Beaucoup de redondances

Expert 32	Je souhaiterais une clarification sur non recommandé et potentiellement dangereux. Non recommandé peut s'appliquer à des avis qui donnent la position de principe mais n'interdisent pas l'usage du jugement clinique. Par exemple il est recommandé de ne pas dépasser 50 mg de Méthadone à la fin de la première semaine d'initiation mais parfois il faut aller jusqu'à 80 mg. La non-recommandation ne doit pas être considérée comme une interdiction. Par contre, dans certains cas, un avis signale une action potentiellement dangereuse et qui doit être évitée, sauf dans des circonstances très particulières. Par exemple la première dose de Méthadone à moins de 40 mg le premier jour. Il me semble nécessaire que les deux situations soient clairement distinguées. Ainsi pour la dose d'initiation de la Méthadone une recommandation est quasi impérative et l'autre une recommandation de mise en garde, et ce dans la même énumération. Il serait utile de préciser ce degré de force impérative de la recommandation. A noter qu'il ne s'agit pas de la force de la recommandation cotée traditionnellement d'après les études qui la fondent (étude randomisée, analyse de cas...) mais de son caractère impératif. A défaut de précision la prescription risque de dépendre de l'attitude habituelle du médecin face à l'autorité plus que de la pertinence médicale. C'est donc potentiellement une source d'inégalité et de préjudice pour les patients (je mets au pluriel car c'est un pb fréquent). Je pense bien sûr que cette dimension est importante quel que soit le sujet. Que peut t on proposer ? Je pense que le mieux serait de préciser entre parenthèses, par exemple : - dose initiale de Méthadone 40 mg le premier jour (extrêmes 20-40 mg) - dosage maximal à la fin de la première semaine 50 mg (extrêmes 30-80mg) - la prescription impose des prescriptions hygiéno-diététiques et un traitement laxatif (sauf contre-indications et il peut être omis pour les MSO et pour le traitement aigu de courte durée). Afin d'éviter ou de limiter le trouble de l'usage des opioïdes, il est primordial de respecter les règles de bon usage et juste prescription des opioïdes antalgiques dès l'instauration du traitement (cf. chapitres 1 et 2). (sauf situation clinique particulière imposant un argumentaire écrit dans le dossier médical). Une introduction pourrait préciser le sens de ces extrêmes, soit non un espace de liberté totale mais un espace d'exercice du jugement clinique. Les doses ou pratiques exclues par ces précisions (par exemple au-delà des dosages extrêmes) ne peuvent être considérées que dans des situations très particulières et exigent un argumentaire écrit sur le dossier médical. (en cas de procès notamment, l'écart à la non-recommandation pouvant être jugé rapidement comme une faute) D'autres solutions sont possibles, notamment un codage du caractère impératif ou non de la recommandation.

Expert 33	Bravo pour le très gros travail réalisé. C'est un document de référence qui pourra être utile pour de nombreux prescripteurs. Cependant, le document est beaucoup trop long, même dans sa version courte (57 pages) et aucun prescripteur ne le lira dans sa totalité.
Expert 36	Le fait de traiter les opioïdes antalgiques et les antalgiques MSO en même temps demande une vigilance importante pour le rédacteur et le lecteur et peut parfois apporter confusion car des différences existent et demeurent. Le pharmacien a toute sa place dans ces différentes prises en charge au même titre que les autres acteurs et est finalement peu cité.
Expert 38	Les recommandations sont assez ardues à lire (l'argumentaire est beaucoup plus fluide et plus simple). Il y a beaucoup de cas de figure différents, obligeant fréquemment à revenir au titre du chapitre pour savoir de quoi on parle. Il faudrait peut-être plus de schémas, ou une mise en page permettant de faciliter cette lecture.
Expert 39	Très complet et bien adapté à la pratique
Expert 41	Cas spécifiques des nouveau-nés et enfants ? Lors de syndrome de sevrage néonatal : posologie, nbre de prise, évaluation, association à d'autres thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, condition diminution et arrêt, ... TRAITEMENT de la douleur chez l'enfant (ambulatoire, hospitalier, domicile) : conditions d'utilisation, dosage, ... en fonction de l'âge et pathologie ;
Expert 45	Dans le chapitre 2.3: traitement de la douleur liée au cancer, un sous chapitre concernant spécifiquement les patients avec traitement substitutif aux opioïdes aurait été important (ce sous chapitre existe dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse). Bravo pour ce travail !
Expert 48	Le paragraphe sur l'allaitement ne figure pas dans les questions et doit être revu, non conforme aux RCP des TSO. Globalement, dans les généralités, l'aspect multimodal doit être prioritaire. De plus, beaucoup de données sont communes à la prise en charge de toutes les douleurs (évaluations, comorbidités, associations...) : un encadré clair sur l'évaluation à réaliser dans toutes les situations pourrait être utile et limiter les répétitions (différentes) dans chaque partie. Il est gênant que certaines préconisations de doses (notamment les TSO) ne soient pas conformes aux RCP des médicaments. Par ailleurs, la notion des demi-vies doit être développée dans les généralités sur les TSO car cela justifie les délais d'administration lors des switch de molécules ; ces parties sont à retravailler. Enfin, autant on peut comprendre l'intérêt d'une recommandation générale opiacés, autant il est complexe de mélanger des indications aussi différentes que la douleur et la prise en charge addictologique des sujets par des TSO.