

**FICHE**

# Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes

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

Validée par le Collège le 10 mars 2022

## Définitions du trouble de l'usage et autres entités cliniques

**Trouble de l'usage de substance.** Le trouble de l'usage de substance est basé sur l'identification d'un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance malgré des problèmes (personnels, familiaux, socioprofessionnels, etc.) considérables liés à son utilisation. Il existe des critères spécifiques décrits dans la classification du DSM-5 issu de l'Association américaine de psychiatrie.

**Trouble de l'usage d'opioïde (TUO).** Trouble de l'usage impliquant des opioïdes comme substance en cause. Ce diagnostic dimensionnel est apparu dans la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Il regroupe les notions catégorielles d'abus et d'addiction (« dépendance » de l'édition précédente, et est caractérisé par l'identification des conséquences personnelles, sociales, professionnelles d'un usage répété à compulsif d'opioïdes.

**Addiction.** Trouble neurobiologique primaire et chronique dont le développement et les manifestations sont influencés par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Le concept clinique d'addiction est inclus dans le diagnostic de « Trouble de l'usage de substance » et se caractérise par des comportements qui incluent un ou plusieurs des éléments suivants : altération du contrôle de la consommation de la substance en cause, consommation compulsive, poursuite de la consommation en dépit de ses conséquences négatives pour l'individu et/ou son entourage et besoin impérieux de consommer la substance (*craving*).

**Craving.** Concept clinique caractérisé par un désir intense et irrépissible de consommer une substance. La persistance de ce besoin impérieux est corrélée au risque de rechute du trouble de l'usage de substance.

**Dépendance physique.** État d'adaptation dans lequel se trouve un patient lorsqu'une substance exogène autour de laquelle son organisme a rétabli son équilibre (phénomène de tolérance). Ce phénomène s'objective lorsque cette substance exogène n'est plus régulièrement et/ou quantitativement administrée, provoquant un déséquilibre qui entraîne l'apparition caractéristique d'une sensation physique et psychique désagréable, appelée syndrome de sevrage.

**Mésusage.** Appliqué aux substances psychoactives, concept clinique suffisamment large pour englober la plupart des utilisations non conformes, prescrites ou non, y compris pour les personnes qui ne répondent pas aux critères de trouble de l'usage de substance. Appliqué aux substances prescrites, il fait référence à toutes les utilisations intentionnelles inappropriées ou autres que celles pour lesquelles

le médicament a été prescrit. Le terme « abus » a parfois une définition similaire, notamment dans la littérature anglo-saxonne, mais se réfère de préférence à l'utilisation non thérapeutique de la substance.

**Pseudo-addiction.** Appliquée à la douleur, la pseudo-addiction désigne un usage non conforme des traitements antalgiques prescrits à un patient dont la douleur est incorrectement prise en charge ou insuffisamment soulagée. Dans ce contexte, la pseudo-addiction disparaît avec l'amélioration de la prise en charge antalgique.

## Dépendance physique aux médicaments opioïdes

Le développement d'une dépendance physique aux médicaments opioïdes est inhérent à tout traitement prolongé par opioïdes, mais reste parfois asymptomatique. La survenue d'une dépendance physique aux médicaments opioïdes, sans critère de trouble de l'usage et sans facteur de risque associé, doit faire poser la question de la durée du traitement antalgique.

S'il n'existe pas de douleur résiduelle, il est recommandé de proposer une réduction lente et planifiée de l'antalgique 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 physique dont les signes de sevrage peuvent se manifester par des douleurs.

S'il existe des douleurs résiduelles, il est recommandé de réévaluer leur étiologie et de rechercher 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 extension de la douleur au-delà de la zone de stimulation nociceptive.

Dans cette situation particulière, l'augmentation de la posologie des opioïdes ne permet pas d'abaisser l'intensité douloureuse, à la différence du phénomène de tolérance où il existe une perte d'efficacité des opioïdes.

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 difficulté dans la prise en charge, 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 relais par un autre antalgique opioïde (dont la diminution de dose serait plus facile), et qui mettra en place des approches non médicamenteuses associées.

Face à une situation de trouble de l'usage des médicaments opioïdes associé à une dépendance physique, potentiellement responsable au long cours de troubles du sommeil ou d'une majoration de troubles psychiques 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 pluriprofessionnelle (réadaptation des médicaments antalgiques, arrêt progressif, mesures non médicamenteuses) ;
- traitement des éventuelles comorbidités 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).

## Diagnostic d'un trouble de l'usage

### Évaluation clinique

Le clinicien doit diagnostiquer un trouble de l'usage d'opioïdes en utilisant les critères du DSM-5 (cf. p. 4). La classification de la CIM-11, restée sur une vision catégorielle et non pas dimensionnelle des troubles de l'usage, est moins adaptée à la clinique.

Un usage plus prolongé qu'attendu d'antalgiques opioïdes pour des douleurs aiguës per- ou post-opératoires nécessite une réévaluation attentive de 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.

Les patients atteints 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.

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.

Les patients évalués pour un trouble de l'usage d'opioïdes devraient être également interrogés sur leur état de santé psychique et l'existence d'éventuelles comorbidités psychiatriques. De plus, il est recommandé d'interroger les femmes en âge de procréer sur leur méthode de contraception et de leur proposer un test de grossesse.

### Examens paracliniques

Un test urinaire permet d'objectiver les consommations récentes d'opioïdes mais n'est pas pathognomonique pour le diagnostic du trouble de l'usage.

Par ailleurs, compte tenu des comorbidités et des prises de risques, un bilan sanguin initial est recommandé : numération formule sanguine, ionogramme, créatinine, bilan hépatique ainsi qu'un bilan infectieux (hépatites B et C, VIH, infections sexuellement transmissibles). Tout autre bilan spécialisé peut être envisagé selon les points d'appels cliniques.

Si une mise sous médicament de substitution est envisagée, un électrocardiogramme est recommandé pour évaluer l'intervalle QT avant la mise en route de la substitution, en cas d'hypokaliémie ou de médicaments concomitants connus pour allonger cet intervalle.

## Critères diagnostiques du trouble de l'usage d'opioïdes d'après le DSM-5

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

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, utiliser des opioïdes ou récupérer de leurs effets ;
4. *Craving* ou une envie intense de consommer des opioïdes ;
5. Utilisation répétée d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Utilisation d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes ;
8. Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes ;
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. syndrome de sevrage aux opioïdes caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage aux opioïdes),
  - b. les opioïdes (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

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

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

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

D'après : *American Psychiatric Association*. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.