

Dr Jean-Michel Delile\*, M. Jean-Pierre Couteron\*\*

\* Psychiatre, Directeur général du CEID, Bordeaux, Président de la Fédération Addiction, 104, rue Oberkampf, F-75011 Paris.  
Courriel : jm.delile@ceid-addiction.com

\*\* Psychologue, CSAPA Le Trait d'Union, Boulogne Billancourt, France  
Reçu mai 2019, accepté mai 2019

# Douleur, opioïdes et addiction : retour vers le futur ?

## Résumé

L'accroissement des mésusages de médicaments opioïdes en France se traduit par une augmentation des complications addictives, des hospitalisations et des décès par overdose, dans des publics très différents de la clientèle habituelle des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Cette évolution rappelle que la question des addictions aux opioïdes ne se limite pas à la seule figure emblématique du "junky" rebelle des années 1970. À partir d'une étude de cas et d'un retour sur l'émergence des dépendances aux opioïdes au XIX<sup>e</sup> siècle dans des publics assez similaires à ceux d'aujourd'hui, une réflexion est développée sur la complexité de l'objet "drogue", à la fois médicament et poison, et sur la nécessité de comprendre le concept d'addiction dans sa double dimension de dépendance physiologique et de *craving*. Elle invite à sortir de l'approche clivée entre les "bons" médicaments opioïdes et les "mauvaises" drogues opioïdes, entre les "patients" douloureux chroniques et les "toxicomanes", pour privilégier une approche globale, évaluant et prenant en compte les vulnérabilités psychosociales pour proposer des prises en charge n'excluant évidemment pas l'emploi de médicaments opioïdes mais ne s'y réduisant pas.

## Mots-clés

Morphine – Opioïde – Dépendance – Addiction – Nosographie – OxyContin® – Douleur – Modèle biopsychosocial.

Les problèmes d'opioïdes sont de retour. Il semblait que c'était une question un peu datée, finissante, certains affirmaient même qu'elle était derrière nous, presque close. L'avenir était aux écrans et aux NPS (nouveaux produits de synthèse). Et puis la catastrophe est arrivée, d'une ampleur inouïe : les dernières données évoquent 600 000 morts par overdose aux États-Unis depuis 2000 avec comme conséquence une baisse de

## Summary

### Pain, opioids and addiction: back to the future?

Rising misuse of prescription opioid drugs in France had resulted in increased addictive complications, hospitalizations and deaths due to overdose. These are occurring in populations that are very different from those usually seen in the outpatient addictions centers known as CSAPAs (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, Centres for the management, accompaniment and prevention of addictions). This evolution reminds us that the question of opioid addictions is not limited to the emblematic "junky" rebel of the 70s. A case study and a historical review from the 19<sup>th</sup> century on the emergence of opioid dependence in populations rather similar to current ones are presented. A reflection on the complexity of "drugs" as both therapeutic and poisonous, and on the necessity of understanding addictions according to the dimensions of physiological dependency as well as craving is then developed. This encourages us to leave behind the rift between "good" and "bad" opioid drugs, between chronic pain "patients" and "drug addicts" for a global approach to emerge. This approach must evaluate and take into account psychosocial vulnerabilities in order to recommend care protocols that would neither exclude nor exclusively use opioid drugs.

## Key words

Morphine – Opioid – Dependence – Addiction – Nosography – OxyContin® – Pain – Psychosocial model.

l'espérance de vie (1, 2) ! À une tout autre échelle, divers signaux indiquent un accroissement sensible des mésusages de médicaments opioïdes dans notre pays, avec une augmentation des complications, comme les addictions, les hospitalisations et les décès par overdose (OD). De plus, c'est un public très distinct de la clientèle habituellement rencontrée en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

(CSAPA) qui est concerné, un public plus âgé, mieux inséré, plus féminin... ce qui impose des adaptations des réponses de prévention et de soins.

Cette crise est, nous semble-t-il, dans une large mesure d'origine iatrogène (3) et tient à l'oubli progressif dans la communauté médicale d'une double évidence : le fort potentiel toxique et addictif des opioïdes, même médicamenteux (ce risque n'est pas limité à la seule héroïne illégale), et le rôle des vulnérabilités psychosociales (qui ne se limitent pas au seul habitus "toxico"). En 2012, dans le cadre d'une réunion d'une société de lutte contre la douleur portant sur l'"actualité des opioïdes", la question posée était la suivante : "Existe-t-il un risque de dépendance avec les opioïdes chez le douloureux chronique ?". Question troublante pour un spécialiste des addictions mais, venant d'un public expérimenté dans le maniement des opioïdes, question montrant bien tout l'intérêt de revenir sur la complexité de l'objet "drogue", à la fois médicament et poison, et sur celle, qui lui est liée, de la différence entre addiction et dépendance physiologique. Plus de deux siècles d'expérience clinique et de recherche scientifique dans le domaine des addictions démontrent bien comment les mêmes médicaments peuvent être, selon les contextes d'usage, un réel bienfait ou à l'inverse une source de sévères dommages. Ces précisions peuvent contribuer à un usage raisonné, régulé, des opioïdes, permettant leur bonne accessibilité dans de bonnes conditions de sécurité. Il s'agit de définir des conditions d'utilisation préservant un rapport bénéfices/risques favorable, adapté aux contextes, en lieu et place d'une approche clivée, bon médicament/mauvaise drogue, "bon" patient/"mauvais" toxicomane. C'est en partie ce clivage entre un accès quasi généralisé aux opioïdes médicamenteux et un contexte général de prohibition des "drogues" qui a conduit à ce désastre sanitaire en Amérique du Nord.

Pour éclairer ces points et mieux comprendre les questions actuelles d'addiction aux opioïdes, une mise en perspective de ces usages dans notre pays nous semble indispensable. Sur le principe de la "concordance des temps", il apparaît en effet que c'est le passé, la "crise des opioïdes" en Europe et en France à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, à l'issue de la "lune de miel" initiale, qui éclaire le mieux la situation actuelle. Ouvrons ce "retour vers le futur..." par l'une des vignettes cliniques qui participèrent à notre intérêt pour cette question devenue d'une brûlante actualité.

## Mme A.

---

Mme A. nous est adressée en consultation en mars 2010 par son médecin généraliste pour une réévaluation de sa situation clinique. Cette orientation se faisait sur les conseils du CEIP (centre d'étude et d'information sur la pharmacodépendance) de Bordeaux qu'elle avait contacté d'elle-même car elle se plaignait des effets secondaires d'un traitement par oxycodone mis en route depuis plus de cinq ans et qui lui posait problème depuis plus d'un an. Malgré des effets secondaires indésirables, elle n'arrivait pas à l'interrompre ni même à le réduire, s'inquiétant douloureusement d'être devenue "dépendante", d'où son appel au CEIP.

Dans son courrier, le médecin traitant explique que le traitement par oxycodone a été mis en route cinq ans auparavant par un service de neurologie du CHU pour un syndrome des jambes sans repos (SJSR). Elle n'avait pas bien supporté une première tentative de traitement avec des agonistes dopaminergiques, le Requip<sup>®</sup>, puis d'autres molécules avaient été essayées sans succès. L'état de Mme A. n'avait pas été durablement amélioré par ce traitement opioïde, ce qui avait nécessité une augmentation progressive des posologies d'oxycodone (20 mg/jour initialement, puis 40 mg/jour, 60 mg/jour avec des pointes bien au-delà). Malgré ces posologies croissantes, cela n'avait pas permis d'obtenir une amélioration durable de son syndrome douloureux, tout en provoquant des "effets secondaires" que le médecin-traitant détaillait ainsi : "nausées, constipation, tremblements, larmoiement, malaises qui s'amplifient et deviennent insupportables". Il concluait ainsi : "Nous n'avons pas de solutions pour remplacer cet Oxycontin<sup>®</sup>, un addictologue lui a proposé du Subutex<sup>®</sup> qu'elle a refusé. Les neurologues semblent dépassés et n'ont rien à proposer. Merci de nous aider".

Lors de notre première rencontre, en avril 2010, Mme A. reprend les mêmes éléments et précise qu'elle bénéficie également d'un traitement par Rivotril<sup>®</sup> (7 gouttes/jour) pour une fibromyalgie dont les douleurs lui semblaient plus supportables que celles du SJSR qui sont "particulièrement intenses en fin d'après-midi et la nuit". Elle souffre également d'épuisants troubles du sommeil. Elle se dit "désespérée" et ne voit pas d'issue : ses douleurs restent éprouvantes, les "médicaments proposés les soulagent à peine mais au prix d'effets secondaires de plus en plus pénibles", elle se sent "dépendante" et "coupable d'être devenue toxico

en plus !”. Elle a d’ailleurs le sentiment que le service de neurologie la “voit comme ça aussi” car ils ne savent plus quoi faire avec ce traitement par Oxycontin® et l’ont donc adressée à un addictologue. Celui-ci, diagnostiquant un trouble de l’usage d’opiacés, lui a proposé un traitement par buprénorphine haut dosage. “Il m’a expliqué que c’était le traitement de la dépendance aux opiacés, comme si j’étais une toxicomane, mais qu’il n’était pas sûr que cela apaise mes douleurs aussi bien que l’oxycodone. J’ai donc refusé, depuis les neurologues ne veulent plus me prescrire d’oxycodone, heureusement mon médecin traitant accepte encore, mais il m’a plafonnée et je dois demander à mon mari de s’en faire prescrire de temps en temps par son propre médecin. Il doit aller dans une autre pharmacie que la mienne, j’ai honte mais je sais que je ne peux plus m’en passer, j’ai toujours peur de tomber en panne.” Elle ajoute qu’elle avait cru “atteindre le fond” quand, alors qu’elle venait de refuser des injections de toxine botulique, proposées en neurologie pour tenter de traiter son SJSR, elle avait reçu un courrier contenant un “formulaire d’autorisation de prélèvement post mortem à visée scientifique” de son cerveau pour rejoindre la cérébrothèque SJSR de l’Université de Bordeaux et contribuer à “faire progresser la recherche scientifique” : “Il n’y avait donc plus d’espoir, on ne peut plus rien pour moi”.

Mme A. est une femme de 54 ans, bien mise, calme, s’exprimant clairement, mais avec une certaine réserve sur tous les éléments personnels. Elle recentre les échanges sur sa douleur chronique, l’impuissance des médecins à la soulager et le désespoir qui finit par la gagner. Elle travaillait comme secrétaire de direction, mais ses arrêts maladie récurrents depuis cinq ans l’ont mise en difficulté et elle a fini par être licenciée pour inaptitude, puis mise en invalidité il y a deux ans. Elle est mariée et a deux enfants, l’aîné âgé de 35 ans est issu d’une première union, le cadet a 26 ans. Tous deux travaillent et vivent de manière indépendante. Elle décrit sa vie de couple comme “banale, sans histoires, mais sans émotions”.

En revanche, elle dit “vivre un calvaire, un véritable enfer. Entre mes douleurs et l’Oxycontin®, je suis tombée de Charybde en Scylla !”. En réponse à nos questions sur d’éventuels antécédents de problèmes psychologiques, elle précise qu’actuellement elle se sent assez déprimée et anxieuse quant à son avenir, mais que c’est la conséquence de ses douleurs chroniques et des problèmes causés par ce médicament.

Pour parer au plus pressé, nous lui proposons donc de prendre en charge personnellement les prescriptions de son traitement par oxycodone aux doses nécessaires pour soulager ses douleurs. Cela donnera le temps d’explorer d’autres options thérapeutiques qui pourraient l’apaiser et permettre, le moment venu, de réduire son traitement opioïde. Elle accepte et repart donc avec une première ordonnance de 60 mg/jour dans le cadre d’un protocole ALD (affection longue durée) qui authentifie la légitimité du trouble. Les rendez-vous sont programmés toutes les deux semaines. Elle exprime l’apaisement de “ne plus craindre d’être en panne” et d’avoir été entendue quant à l’authenticité de sa souffrance même si, dans l’immédiat, nous n’avons pas trouvé de solution efficace. Au cours des rencontres suivantes, Mme A. livrera, peu à peu, les symptômes d’un réel trouble anxiodépressif. Lors d’une consultation, elle raconte, en larmes, comment elle pleure sous sa douche tous les matins en pensant à la nouvelle journée de souffrance qui l’attend. Elle évoque une idéation suicidaire envahissante avec des scénarios par noyade dont elle se dit d’autant plus surprise qu’elle présente une phobie de la baignade depuis qu’un maître-nageur, petite, lui avait mis de force la tête sous l’eau à la piscine “pour m’apprendre à ne plus en avoir peur !”. Petit à petit, elle révèle des symptômes d’agoraphobie avec attaques de panique et quelques éléments plus discrets de phobie sociale. Elle est incapable d’emprunter les transports en commun. Un traitement antidépresseur lui est proposé, option qu’elle refuse au motif qu’elle se méfie maintenant de “tous ces médicaments...”.

Au troisième mois, en juin 2010, au début d’un entretien qui devait être de routine, elle glisse : “Il faut que je vous dise quelque chose, je n’aime pas en parler mais cela pourra peut-être vous aider. Mon premier mariage a eu lieu en 1974, notre fils aîné est né en 1975. Au début tout allait bien, puis mon mari est devenu jaloux, de plus en plus parano. Il voulait me faire avouer que je le trompais alors que ce n’était pas le cas. J’avais peur de m’endormir car il me réveillait brutalement la nuit en hurlant pour me faire parler. Puis il est devenu complètement fou, il m’a séquestrée, il m’attachait sur une chaise et quand je finissais par m’endormir, épuisée, il se mettait à hurler en me menaçant avec un couteau ou une hache : “Avoue, s..., avoue que tu me trompes ou je te tue !”. Les violences se multipliaient, ça a duré 18 mois, mais j’ai fini par réussir à m’échapper avec mon fils. À la suite de ça, mon mari a été condamné pour actes de barbarie, il est resté plusieurs années en prison. Je ne sais pas ce qu’il est devenu, j’en ai toujours peur,

j'ai changé de région et refait ma vie. J'en cauchemarde encore".

Suite à cet entretien, elle acceptera une thérapie par EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*) (4), spécifique de son état de stress post-traumatique dans un institut spécialisé dans le traumatisme psychique (Institut Michel Montaigne). Les séances d'EMDR (Mme Maria Savoca) commencèrent fin juin au rythme d'une toutes les trois semaines et les résultats furent rapidement significatifs. Lors de la consultation de mi-décembre 2010, Mme A. déclarait "C'est mieux la vie comme ça, ça change la vie". Mise en confiance elle demanda d'essayer un antidépresseur (citalopram) qui contribua à réduire sensiblement sa pathologie anxiodépressive. En cours d'EMDR, lui reviendront également des souvenirs de maltraitance infantile et de violences dans sa famille d'origine. "Ma mère me disait que je faisais tout mal ; si je me plaignais, on me battait, j'ai fini par arrêter. D'ailleurs on dit que je suis comme mon frère, nous sommes incapables d'exprimer nos émotions". Mme A. continue d'être accompagnée dans le cadre d'une psychothérapie d'entretien et à bénéficier d'une prescription d'Oxycontin®, toujours à raison de 60 mg/jour... Les traitements par EMDR (juin 2011), Rivotril® (avril 2012) et antidépresseurs (juin 2013) ont pu être interrompus suite à la rémission complète de sa symptomatologie post-traumatique et anxiodépressive. Mme A. évoque parfois un syndrome douloureux résiduel "mais qui est devenu supportable" et quelques effets indésirables de l'oxycodone, mais cela ne lui pose plus de problème. Il arrive même que pendant des entretiens entiers, elle n'en fasse plus du tout mention.

## Morphine, remède anodin, panacée ou poison ? (5-8)

Comment le retour vers le futur peut-il éclairer ce cas, et plus globalement, les problèmes liés aux opiacés ? De tous temps, les cultures humaines ont identifié les vertus médicinales de substances psychoactives naturelles comme la coca, le cannabis ou les opiacés. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les progrès scientifiques ont permis l'extraction des principes actifs ou la synthèse de molécules dérivées encore plus puissantes. Ce fut le cas avec les opioïdes : morphine, héroïne, codéine, etc. Cette découverte permettait enfin d'anesthésier les patients chirurgicaux et d'apaiser la douleur aiguë. Les premières publications sur l'extraction et l'étude du principal

alcaloïde de l'opium, la morphine, datent de 1803, son usage se développera avec l'invention de la seringue (Charles-Gabriel Pravaz, 1841). En 1853, le médecin anglais Alexander Wood réalise la première injection de chlorhydrate de morphine. Très vite développé dans les hôpitaux, l'usage s'en généralisera lors des guerres de l'époque (guerre de Crimée, guerre de Sécession, guerre austro-prussienne de 1866, guerre de 1870...).

Mais il est rapidement observé que les "bienfaits" de la morphine ne se limitent pas à ses propriétés antalgiques. "*Les injections de morphine calment la douleur avec une promptitude extraordinaire [...] Peu à peu la souffrance la plus aiguë laisse place à un léger engourdissement puis un bien-être délicieux. Il faut l'avoir éprouvé pour en comprendre le charme. La morphine calme toutes les douleurs quelles qu'en soient leurs causes et les formes sous lesquelles elles se traduisent. Rien ne lui résiste*" (Dr Rochard, 1894). Ou encore "*Malheureux malades voués à des affections dont les souffrances incessantes et cruelles appellent le soulagement par quelque procédé par lequel on l'obtienne. La morphine dans ces conditions proroge l'existence, apaise l'élément douleur et surtout endort la souffrance morale. À ces titres différents on ne saurait que la conseiller même à doses intensives, ce que font aujourd'hui sans hésiter les médecins habitués à la prescrire*" (Dr Guimbail, 1892). Revers de son efficacité, physique et "morale", et de sa rapidité d'action, la morphine va remplacer le laudanum et les pilules thébaïques. Ses utilisations ne se limitent plus dès lors à traiter la "maladie du soldat" (l'héroïne connaîtra le même "succès" un siècle plus tard chez les GI's américains lors de la guerre du Viêt Nam) pour s'étendre à toutes sortes d'indications et de publics pour apaiser la souffrance morale. À partir de 1880, cette mode déborde du monde médical et paramédical, longtemps le milieu le plus touché, à tel point que Louis Lewin dénombra jusqu'à 40 % de médecins et 10 % de femmes de médecins chez les premiers utilisateurs... Les usages de morphine, assez féminisés (on parlait d'"absinthe des femmes") vont s'étendre aux milieux mondains et demi-mondains, aux milieux bourgeois-bohèmes et littéraires. Les adeptes de la "fée grise" vont se multiplier et, avec eux, les cas d'intoxications chroniques.

Vite repérées, celles-ci seront initialement qualifiées de morphinisme sur le modèle du saturnisme (nom du produit toxique et suffixe en "isme"). Mais si ces intoxications par le plomb étaient accidentelles, celles par la morphine se faisaient sur prescription ou étaient parfois même secondaires à une consommation délibérée, un abus. Dès le début des années 1870, des psychiatres

qui l'utilisaient largement et au long cours dans des indications liées à ses propriétés psychoactives (hors douleur "physique") commenceront à en décrire les abus et les risques de dépendance induite (Allbutt en 1870, Laehr en 1871 et surtout Levinstein en 1875). Certains patients semblaient présenter une "appétence morbide" pour la morphine et pour l'expérience euphorique procurée. Même soulagés de leur douleur initiale, ils poursuivaient une intoxication qui leur procurait plaisir et apaisement, s'y lançant parfois même en l'absence de toute "indication" spécifiquement antalgique. Cet abus, qui s'accompagnait parfois d'une réelle perte de contrôle, amena les cliniciens à décrire, à côté du morphinisme aigu, de nouvelles entités cliniques prenant en compte cette dimension compulsive, récidivante voire chronique de l'appétence "morbide" : morphinisme impulsif, morphinisme résistant, morphinisme chronique, puis morphinomanie (Magnan à la suite de Levinstein, 1875). En effet, en l'absence même de raison lésionnelle ("légitime") de bénéficier de ces traitements, certaines personnes cherchaient néanmoins à les poursuivre voire même les augmenter. De plus, même quand les conséquences de l'intoxication devenaient de toute évidence dommageables, elles étaient dans l'incapacité de l'interrompre, en étant devenues dépendantes. Le diagnostic reposait sur cette "appétence morbide", le "craving" (9).

En cette fin de siècle, certains médecins sont ainsi préoccupés par ces prescriptions de morphine dans le même temps où d'autres, persuadés de son innocuité, malgré les témoignages concernant les risques, continuent à en prôner l'usage. De manière significative, dans la pharmacopée, l'opium faisait partie des "remèdes anodins". Le terme anodin, apparu en 1503, désignait "ce qui calme, ce qui apaise ou supprime la douleur sans guérir, sans en traiter les causes", puis par extension un remède sans danger, inoffensif, qui n'agit pas en profondeur, qui ne fait que calmer en surface. Or, cette particularité, apaiser sans traiter les causes de la souffrance, est pour partie précisément à l'origine du risque addictif. Le monde médical fut donc initialement un ardent zéléateur des opiacés et de la morphine non seulement parce qu'ils étaient efficaces, mais aussi parce que leurs risques étaient méconnus ou sous-évalués. Pour autant, cette prétendue innocuité était de plus en plus souvent remise en cause devant l'évidence et, entre 1880 et 1890, nombre de médecins européens tels Benjamin Ball (*De la morphinomanie*, 1885) et Edouard Levinstein proposent les premiers traitements : des cures de sevrage.

## Morphinisme ou morphinomanie, dépendance physiologique ou addiction ?

Initialement, la dépendance à la morphine fut comprise comme la conséquence de l'intoxication (morphinisme) qui engendrait une dépendance physiologique (tolérance et signes de sevrage à l'arrêt). La "drogue" étant la cause du problème, le traitement serait donc la cure de sevrage, la désintoxication : une fois ainsi débarrassé du produit et de sa dépendance induite, le patient serait "guéri". Cependant, il apparut très vite que les cures de sevrage, quelle que soit la technique utilisée (rapide ou progressive), étaient presque toujours suivies de rechute alors même que la dépendance physiologique (les signes périphériques de "manque") avait disparu. Ce constat amena à distinguer la dépendance physiologique (signifiée à l'époque par des suffixes en "isme" : éthérisme, alcoolisme, morphinisme en 1877...) de l'appétence morbide, psychocomportementale, de la perte de contrôle, du besoin irrépressible, compulsif, de consommer, que beaucoup appellent aujourd'hui, de nouveau, le "craving" (9), entité clinique désignée par des suffixes en "manie" : alcoolomanie, éthéromanie, morphinomanie, héroïnomanie... et enfin par le terme fédérateur de toxicomanie. Il s'agissait d'un usage déraisonnable, d'une "passion funeste", d'une "folie du toxique" qui renvoyait, semblait-il, à une pathologie ou à des vulnérabilités personnelles. Cette avancée clinique entretint néanmoins parfois une nouvelle confusion sur l'origine du problème, attribuée non plus au produit mais à la seule personne et à ses failles, toujours dans une logique unilinéaire au lieu d'y voir un phénomène complexe, la résultante de plusieurs facteurs (produit, personne, environnement). La cause n'était plus la drogue mais le "toxicomane" avec sa personnalité et ses vulnérabilités particulières. C'est ce qui, plus tard, amènera à l'image stigmatisée du "toxico" marginal, délinquant, avide de drogues et de "défonce" et qui conduira certains à ne plus pouvoir penser que des personnes différentes, insérées, puissent courir ce risque avec de "simples médicaments".

En France, dès 1885, Ball, à la suite de Levinstein, soulignait l'intérêt de distinguer "le morphinisme qui est l'empoisonnement chronique par la morphine, de la morphinomanie qui est une appétence morbide pour ce produit" (*Die Morphiumsucht, Morbid Craving for Morphia*, Levinstein, 1878). Les fortes différences interindividuelles de vulnérabilité et les multiples récurrences confirmaient que la toxicomanie aux opiacés n'était pas qu'une intoxi-

cation et une dépendance induite (physiologique), mais qu'elle pouvait résulter de problèmes antérieurs, constitutionnels ou acquis, aux plans psychologique et social. Ernest Chambard en 1890 le résuma ainsi : *“Ce serait mal pénétrer l'étiologie du morphinisme que de ne l'attribuer qu'à l'usage de la morphine [...] Tout le monde peut être morphinisé mais ne devient pas et ne reste pas morphinomane qui veut”*. Nombre de cliniciens vont alors associer aux cures de sevrage “un traitement moral” visant à réduire ces causes constitutionnelles, psychologiques, sociales ou culturelles de la toxicomanie, autant également de facteurs de récurrence, qui semblaient, à côté de la drogue, constituer le cœur du problème. De “simple” problème physiopathologique, conséquence d'une intoxication aiguë ou chronique, la toxicomanie devenait un problème multifactoriel intégrant des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. La cure de sevrage ne pouvait donc plus résumer à elle seule la thérapeutique, elle n'était qu'un élément dans un ensemble d'interventions biomédicales, psychologiques et sociales. Le point fondamental de ces avancées cliniques fut la découverte de la complexité essentielle des concepts “drogue” et “dépendance” :

- Le terme “drogue” comme le *potio* latin (à la fois potion et poison...), le *pharmakon* grec ou le terme anglais *drug* désigne des substances qui peuvent être à la fois des médicaments remarquables et des poisons redoutables (overdoses, dépendances), ce qui tue ou ce qui soigne.
- Les premières drogues addictives furent des médicaments (morphine, héroïne...), d'excellents antalgiques, avant de devenir très contrôlées, voire même illicites, du fait de la multiplication d'événements indésirables.
- Le terme “dépendance” est lui aussi ambivalent renvoyant, d'une part, à la dépendance physiologique et, d'autre part, à l'addiction avec tous les risques de confusion que cette ambiguïté peut entraîner.
- Précisément parce que les opioïdes apaisent la douleur sans en traiter les causes, notamment quand elles sont psychologiques, ils ne sont pas des remèdes “anodins” ni inoffensifs, mais peuvent entraîner des pertes de contrôle aux conséquences potentiellement très dommageables.

## Les évolutions nosographiques récentes ou les tribulations du DSM

Cette distinction entre dépendance physiologique et *craving* (addiction), assez ancienne et largement partagée en Europe, mit du temps à être reconnue aux

États-Unis (10), comme l'illustre l'évolution des définitions de la dépendance dans les éditions successives du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM). Dans le DSM-III (1980), première édition du DSM à distinguer les troubles addictifs en tant que tels (et non plus en tant que simples caractéristiques de troubles primaires psychiatriques), l'abus (l'usage nocif) est différencié de la dépendance par la présence dans celle-ci de signes physiologiques de tolérance ou de sevrage. Faute de ces signes, pas de dépendance, ce qui conduisit les auteurs à ne pas reconnaître la dépendance à la cocaïne... C'est dans sa version révisée, le DSM-III-R, en 1987, que les critères physiologiques (tolérance, sevrage) ne seront plus ni nécessaires ni suffisants au diagnostic de dépendance. Dépendance physiologique et dépendance/addiction se différencient donc avec comme conséquence immédiate que *“les patients chirurgicaux qui développaient une tolérance à des opioïdes prescrits et qui éprouvaient des signes de sevrage sans développer de signes de perte de contrôle sur leur usage d'opioïdes ne devaient pas être considérés comme entrant dans la catégorie “dépendance” (addiction)”*. Le DSM-IV (1994) enfonçait le clou : *“Ni la tolérance ni le sevrage ne sont nécessaires ni suffisants pour le diagnostic de “dépendance”*. Le DSM-5 (2013) achevait le travail en faisant disparaître le terme diagnostique de “dépendance” remplacé par celui de “trouble de l'usage de substance” (TUS) pour éliminer cette confusion sémantique et conceptuelle entre “dépendance physiologique” et addiction (la forme la plus sévère du trouble de l'usage). Le cœur du diagnostic de TUS devenait le *craving*, “nouveau” critère qui faisait donc son retour près de 150 ans après sa description en Europe par Levinstein (9), ce besoin irrépressible, compulsif, de consommer malgré toutes les conséquences dommageables de cet usage.

L'évolution du DSM voulait clarifier les concepts nosographiques et améliorer leur validité diagnostique. Mais elle avait comme autre objectif, tout aussi explicite, de faciliter l'accès des patients douloureux aux traitements antalgiques opioïdes en levant les réticences liées à la confusion sur le concept de dépendance. Certains praticiens limitaient en effet leurs prescriptions d'opioïdes antalgiques par crainte d'en rendre leurs patients inévitablement dépendants (addicts). L'intention était donc louable, il s'agissait d'améliorer le traitement de la douleur, mais une interprétation abusive du distinguo, dépendance/addiction, se développa dans différents milieux médicaux et industriels. Les opioïdes pouvaient rendre “dépendants” (physiologiquement) les patients “normaux”, mais pas les rendre “addicts” (à la différence

des “toxicomanes”, dont la personnalité “vulnérable” faisait des addicts potentiels). Cette opinion fut encore renforcée par la déclaration du directeur général du National Institute on Drug Abuse (NIDA), Alan Leshner, proclamant en 1997 sur une base neuromoléculaire que l’addiction était une maladie chroniquement récidivante du cerveau (11). Elle ne concernait donc que des sujets “spécifiques”, vulnérables, les addicts, pas des patients habituels. Tout ceci aurait cependant pu rester sans conséquence négative majeure si le légitime combat contre la douleur n’avait pas été boosté par de puissants acteurs économiques.

## Les “big pharma”

En 1986, un article de Portenoy (12) fit date en encourageant l’usage d’opioïdes au long cours dans les douleurs chroniques non cancéreuses et en ne rapportant qu’un très faible risque de toxicité ou d’addiction iatrogène chez ces patients. Il appuyait l’article princeps de Porter en 1980 (*Addiction rare in patients treated with narcotics*) (13), article cité plus de 600 fois pour son appui à la thèse selon laquelle l’addiction était rare chez les patients traités avec des opioïdes. En fait d’article, il ne s’agissait que d’une simple lettre à l’éditeur, de 5 phrases et 11 lignes, publiée dans le *New England Journal of Medicine*, dont l’auteur se déclara par la suite “mortifiée” de l’usage fait (AP, 2017). L’étude de Portenoy, malgré ses évidentes limites (faible taille d’échantillon, 38 patients, et faibles doses d’opioïdes par rapport aux standards actuels : 73 % des patients recevaient moins de 21 mg morphine équivalents (MME) par jour), continua aussi d’être abondamment citée tout au long des années 1990. Une grande majorité de ces citations accompagnèrent le lancement de l’OxyContin® (14) qui obtint en 1996 un accord (une autorisation de mise sur le marché, AMM) de la Food and Drug Administration (FDA) en tant qu’antalgique opioïde “*minimally addictive*”, indiqué dans le traitement chronique de douleurs modérées (*chronic management of moderate pain*), alors que l’oxycodone est deux fois plus active que la morphine... La publicité étant autorisée, le marketing des industriels devint plus agressif au milieu des années 1990, ciblant aussi bien les professionnels que les patients en promouvant les nouvelles formes à libération prolongée (LP ou *extended-release*, ER). La firme annonçait une meilleure compliance grâce à la réduction du nombre de prises quotidiennes (1 à 2/jour au lieu de 5 à 6/jour avec les formes immédiates) et un

risque moindre d’abus et d’addiction qu’avec les formes immédiates... Bien que d’une efficacité non démontrée, les formes LP devinrent vite hautement profitables tout en se révélant aussi hautement addictives. Les mésusages, repérés dès 2000, furent établis en 2005 quand l’OxyContin® devint le médicament opioïde le plus mésusé aux États-Unis (15).

Le volume des ventes d’opioïdes médicamenteux a ainsi triplé entre 1999 et 2011 et dans le même temps le nombre de décès par OD était multiplié par quatre (2). Dès 2007, la mortalité par opioïdes aux États-Unis avait dépassé celle due aux accidents de la route. Suite aux actions entreprises par les autorités du médicament en 2010 et amplifiées en 2014 lors de leur reclassement de la liste III vers la liste II, la diffusion des médicaments opioïdes s’est stabilisée puis a régressé. Mais la demande d’opioïdes, devenue inélastique du fait de l’addiction, s’est déportée vers des produits équivalents (souvent encore plus toxiques) achetés sur le marché illicite (*deal, darknet*) (16), aggravant encore le problème... C’est ainsi que l’arrêt des prescriptions aux personnes devenues addicts, la mise en place de posologies maximum en 2016 ou la prescription de formulations ADF (*abuse-deterrent formulations*) se sont traduites par un relais vers l’héroïne ou le fentanyl via le *darknet* (17, 18), avec une augmentation de la mortalité par OD aux opioïdes jusqu’à représenter environ les deux tiers des 60 à 70 000 décès annuels par OD aux États-Unis. La létalité des opioïdes est catastrophique, environ 50 000 morts/an, le taux de mortalité par OD aux opioïdes (médicaments ou drogues illégales) est passé de 3/100 000 personnes en 2000 à 9/100 000 en 2014 (1). Le NIDA (NAP, 2018) (9) évalue actuellement à 2 % la mortalité annuelle due aux opioïdes chez les 2,1 millions de personnes présentant un trouble de l’usage d’opioïdes aux États-Unis !

Cette situation illustre deux éléments essentiels à prendre en compte en matière de régulation d’accès aux médicaments addictogènes. D’une part, il est plus aisé de desserrer les réglementations que de les ajuster quand un problème survient, et les phénomènes de porosité des marchés légaux et illégaux sont intenses et complexes. Les deux marchés sont en interaction permanente, toute action sur l’un agit sur l’autre, ce qui doit être anticipé.

D’autre part, il est crucial d’assurer l’indépendance des experts et des décideurs vis-à-vis des lobbies industriels. Les compagnies pharmaceutiques concernées avaient

fourni d'importantes contributions financières aux autorités de régulation et aux sociétés savantes : American Pain Society (APS), American Academy of Pain Medicine (AAPM), American Academy of Pain Management (AIPM). Ces organisations encouragèrent l'utilisation des opioïdes comme une part essentielle de campagnes de lutte contre la douleur. En 1995, la campagne "*Pain is the 5<sup>th</sup> Vital Sign*" de l'APS promouvait le repérage systématique de la douleur et l'utilisation généralisée des opioïdes dans cette indication générale (19, 20). En 1997, une déclaration de consensus (AAPM et APS) rapportait qu'"*on manquait de données pour soutenir la croyance très répandue selon laquelle des opioïdes utilisés pour traiter la douleur pouvaient entraîner une dépendance ou une addiction...*". Le rôle qu'ont joué ces campagnes sur l'opinion et les pratiques des prescripteurs et des patients a été essentiel.

Enfin, il est fondamental d'observer que les populations concernées par ces abus d'opioïdes ont complètement changé (21) : les nouveaux "addicts" aux opioïdes, entrés dans l'addiction par les médicaments et la douleur, sont plutôt des adultes, blancs, hommes et femmes, ruraux ou péri-urbains, en grande difficulté sociale, loin des "junkies", essentiellement masculins, jeunes, marginaux, vivant dans les quartiers de grandes villes et appartenant à des minorités ethniques.

Le point commun reste l'adversité sociale qui, avec des expressions distinctes, est l'une des portes d'entrée majeures dans l'usage d'opioïdes et dans les risques de transition vers l'addiction ; tenter d'y faire face avec une réponse exclusivement médicamenteuse est non seulement illusoire mais aussi dangereux.

## Et en France aujourd'hui ?

En France, c'est à une tout autre échelle que les addictions aux médicaments opioïdes font leur retour avec néanmoins une augmentation de la morbi-mortalité induites. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, ces usages d'opioïdes étaient massifs, avec 120 000 morphinomanes estimés. Cela conduisit à la Loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses. Dans son contexte historique, cette loi de prohibition fut efficace sur le plan du contrôle, les usagers de l'époque étaient insérés, respectueux des lois et disposaient de bonnes compétences psychosociales pour trouver des alternatives ("*La*

*morphine est l'apanage des classes supérieures*", Benjamin Ball). Les restrictions de prescription des médicaments opioïdes, avec les fameux "carnets à souche" que les médecins devaient aller chercher en personne à leur Conseil de l'Ordre sous le regard soupçonneux des secrétariats, contribuèrent de même à réguler la question des médecins morphinomanes. Les usages d'opioïdes se limitèrent rapidement à des niches marginales (monde de la nuit, prostitution, délinquants, "artistes maudits", malades mentaux, etc.) de plus en plus éloignées des dispositifs d'aide et de soins. En 1926, en Angleterre, la commission Rolleston fit un choix différent, permettant la prescription d'opioïdes à des addicts par des médecins autorisés, sans en banaliser l'accès, mais en maintenant ainsi un lien entre usagers et acteurs de santé et posant ainsi l'une des bases des futures politiques de "substitution" et de réduction des risques.

Au début des années 1970, la deuxième vague d'addiction aux opioïdes arrive en France, dominée par l'héroïne. Une nouvelle loi de prohibition va être adoptée, elle pénalise l'usage et va rendre l'usage encore plus clandestin, enfermé dans la figure du junky. La stigmatisation sociale des opioïdes, de l'injection et des usagers, encore aggravée par la prohibition, va concentrer les usages sur des publics vulnérables très différents de ceux de la "Belle Époque". Il s'agit plutôt de jeunes, rebelles, impulsifs, marginaux, désocialisés, peu sensibles aux risques, volontiers antisociaux, parfois délinquants... Le contexte de crise économique et culturelle a par la suite amplifié ce phénomène en modifiant les enjeux des effets recherchés : répondre à la difficile insertion dans une société en profonde transformation de ses liens d'appartenances, du rapport au plaisir et à la douleur, de sa recherche de performance, etc. (22).

La figure inquiétante du junky, du "toxico" au look de jeune psychopathe, devint la figure dominante de l'addict aux opiacés au point de se confondre avec elle, de manière erronée. Cependant, des abus de médicaments opioïdes continuaient à se poursuivre dans une certaine discrétion avec d'autres publics. Ils se pratiquaient plutôt avec des médicaments à base de codéine puis avec la buprénorphine ; aussi bien chez des usagers d'héroïne inventant les prémices de la substitution que dans des publics plus insérés. Dans les années 1990, le développement des traitements de substitution aux opiacés (TSO) a permis de mieux accompagner les héroïnomanes, la plupart d'entre eux arrivant à retrouver des modes de vie plus adaptés mais sans faire disparaître l'image inquiétante du "toxicomane". Effet collatéral



inévitables de cette diffusion, abus et mésusages de TSO vont gagner des publics nouveaux, notamment les milieux de jeunes festifs. En 2017, la mode des usages de codéine chez de jeunes mineurs, sous forme de *purple drank*, va conduire les Autorités à lever les mesures d'exonération. Enfin, les mésusages d'opioïdes vont se développer chez un public apparemment très loin des "profils addicts", comme dans le cas de Mme A., notamment en lien avec les problématiques de souffrances au travail (23).

Les abus d'opioïdes ne se limitaient plus aux seuls produits illégaux, ils impliquaient des médicaments (TSO ou antalgiques). Une analyse rétrospective transversale répétée des données 1970 des bases de données de l'Assurance maladie (EGB, SNIIRAM), du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la base CépIDC a permis de décrire les grandes tendances concernant l'usage, les OD et la mortalité liés aux antalgiques opioïdes : 12 millions de Français traités chaque année par des médicaments opioïdes, dont 1 million par opioïde fort ; 500 000 prescriptions supplémentaires (+ 50 %) d'opioïdes forts (surtout oxycodone et fentanyl) entre 2004 et 2017. Le retrait de l'AMM du dextropropoxyphène en 2011 a entraîné une diminution de 11 % de la prévalence de l'usage des antalgiques opioïdes entre 2004 et 2015, mais qui est essentiellement due à la diminution de l'usage des antalgiques opioïdes faibles (- 12 %) alors que celui des antalgiques opioïdes forts a augmenté de 74 %. Un travail récent d'analyse des prescriptions en France (24) indique qu'entre 2006 et 2015, si les prescriptions d'opioïdes faibles n'ont augmenté "que" de 62 % pour le tramadol et de 42 % pour la codéine, celles d'oxycodone augmentaient dans le même temps de 613 % et celles de fentanyl de 72 % pour les patchs et de 263 % pour les transmuqueux. De leur côté, les hospitalisations pour overdose d'opioïdes ont augmenté de 128 % entre 2000 et 2015 (passant de 881 à 2586) et les décès liés à une overdose d'opioïdes prescrits de 161 % entre 2000 et 2014 (passant d'environ 100 morts/an à près de 250/an). L'enquête DRAMES 2016 (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM) met également en évidence chez les usagers de drogues une augmentation continue des décès par OD aux opioïdes et la part majoritaire des médicaments dans cette mortalité directement liée aux produits, 406 morts (TSO : 46,3 % contre 40,8 % en 2015 ; autres médicaments opioïdes : 14,3 % contre 9,3 % en 2015), qui dépasse largement la mortalité liée à l'héroïne (90 morts dans cette enquête). Au total, en croisant les

données des différentes enquêtes, la mortalité due aux médicaments opioïdes s'élève à au moins 500 morts/an actuellement.

## L'image du "toxicomane" ou "ne pas se fier aux apparences"

Nous voilà revenus au présent, même si paradoxalement les personnes actuellement en difficulté avec les médicaments opioïdes s'apparentent plus aux morphinomanes du XIX<sup>e</sup> siècle qu'aux "toxicomanes" des années 1980. Il s'agit généralement d'adultes, voire de seniors, souvent des femmes, correctement insérés, ne présentant pas de troubles psychologiques manifestes, "bruyants". Ils mettent à mal ces représentations contemporaines assimilant "toxicomanie" aux opioïdes et habitus psychopathique alors que ce trouble de la personnalité n'est que l'une des entrées possibles dans l'addiction aux opioïdes. Mais il y en a bien d'autres : la méconnaissance des risques, la prescription médicale (et l'autorité de la Faculté), la guerre, le stress post-traumatique, l'adversité sociale, l'impulsivité, l'anxiété, la dépression, les événements de vie... et bien sûr la douleur chronique (elle-même fortement corrélée à des vulnérabilités psychologiques dans une logique bidirectionnelle cause/effet).

Une approche des questions d'addiction, longtemps dominée par des politiques de prohibition qui faisaient reposer la dissuasion sur la peur, a conduit à reproduire une partie des erreurs du passé en centrant l'attention sur l'image inquiétante de l'héroïne, des "toxicos" et, pire encore, des dealers. Mais comment s'inquiéter devant des médicaments présentés comme "anodins" et prescrits avec autorité par des médecins en qui l'on a toute confiance ? D'autant plus que ces médicaments sont généralement très efficaces, au moins dans un premier temps... Et pour le prescripteur, confondant look marginal et addiction, pourquoi s'inquiéter de ces personnes aux apparences tout à fait ordinaires, hommes, femmes, seniors même, semblables à tous les autres patients et apparemment sans autre question que leur douleur physique ? Ils ne sauraient être des "toxicos" ou des "drogués" en puissance (voire en essence). On pouvait aisément leur prescrire des médicaments qui, sans grands risques secondaires, apaiseraient cette douleur. Mais quand certains patients perdent le contrôle (demandes de posologies croissantes, chevauchements d'ordonnance, polyprescriptions, nomadisme, etc.), les

praticiens se sentent parfois dépassés par la situation qu'ils ont contribué à créer et même trompés par des "drogués" qui avaient su donner le change, cachés sous l'apparence de patients ordinaires. Dans ce contexte, les ruptures de prise en charge sont très fréquentes et ont été à l'origine de l'aggravation de la situation aux États-Unis avec des "relais" vers le marché noir (1). C'est souvent dans ce type de circonstances ou dans celles, moins dramatiques, où une orientation pour avis addictologique est demandée sans interrompre la prise en charge initiale, comme pour Mme A., que ces patients peuvent bénéficier d'une évaluation globale de leur situation permettant des alternatives thérapeutiques et l'identification de vulnérabilités psychologiques ou sociales qui pourront dès lors être pris en charge, concourant ainsi à apaiser la situation globale du patient et à reprendre le contrôle sur l'inflation prescriptive.

## **Douleur et opioïdes**

---

Depuis des décennies maintenant, et c'est un grand progrès, le traitement de la douleur est devenu une priorité en soi. Il est question de "droit à ne plus souffrir" et donc du devoir pour le médecin de s'efforcer de soulager les souffrances (art. 37 du Code de déontologie médicale). La douleur se définit comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion ou non. Beaucoup de substances antalgiques doivent d'ailleurs une partie de leur efficacité à une action sur cette composante affective, l'alcool, les antidépresseurs, les cannabinoïdes (25) et, bien sûr, les opiacés, si actifs également sur la "douleur morale".

Le piège pendant longtemps, pour beaucoup de praticiens mais aussi de patients et d'entourages, aura été de ne considérer comme "légitimes" que les douleurs objectives, chirurgicales ou clairement lésionnelles, renvoyant les autres à des causalités psychologiques par essence discréditées : fragilité émotionnelle, pusillanimité, "hystérie", simulation, "syndrome méditerranéen", etc. Cela a longtemps contribué à une réponse insuffisante à la douleur. Ce sont d'ailleurs, a contrario, ces stéréotypes qui ont pu "protéger" les populations noires de l'actuelle épidémie opioïde aux États-Unis (moins de consultations médicales et moins de prescriptions...).

De ce point de vue, il est nécessaire de rappeler que toute douleur est authentique quelles qu'en soient les origines. Le patient a toujours raison, il faut le croire

quand il dit qu'il a mal. Mais cela ne signifie pas pour autant que la seule réponse doit être médicamenteuse ni, encore moins, reposer sur les seuls opioïdes, même faibles, en première intention. Autant ceux-ci ont une place essentielle dans le cadre des douleurs aiguës ou des douleurs chroniques cancéreuses, autant les évolutions actuelles conduisant à l'élargissement des indications aux douleurs chroniques non cancéreuses, aux lombalgies, aux fibromyalgies, etc., doivent inciter à la plus grande circonspection (19, 26). C'est ainsi que l'exposition chronique aux opioïdes à des doses croissantes rend progressivement plus sensible à la douleur du fait de l'activation des mécanismes opposants (27, 28). Les travaux récents dont une revue systématique (26, 29) concluent à l'insuffisance de données probantes en faveur de l'efficacité au long cours des opioïdes sur la douleur chronique, mais aussi à une relation effet/dose, elle parfaitement établie, sur un risque accru de sérieux dommages secondaires dont les OD.

## **Accompagnement global et intégré**

---

Plus les indications s'élargissent, plus elles risquent de concerner des personnes dont la douleur chronique s'inscrit dans un contexte de mal-être global avec des amplifications croisées entre les dimensions sensorielles et émotionnelles et donc, de ce fait-même, à haut risque de présenter des vulnérabilités addictives. Or, la rencontre d'opioïdes avec des personnes vulnérables leur fait courir un risque important de perte de contrôle avec des conduites addictives potentiellement très dommageables. Wartenberg (30) rappelle que lorsqu'un patient semble en difficulté ou en échec avec un traitement opioïde, il est indispensable de procéder à une évaluation plus globale à la recherche notamment d'un trauma "oublié" ou d'autres problématiques psychosociales (31) plutôt que de mettre fin à l'accompagnement et de le laisser sans espoir.

Il peut donc être utile d'orienter ces patients vers un psychologue, un psychiatre ou un addictologue, mais en prenant garde à ce que cette proposition ne soit pas interprétée par le patient comme une remise en cause de l'authenticité de sa plainte et de la réalité de sa douleur, mais bien comme une aide complémentaire pour faire face à un phénomène multifactoriel. Dans nos propres expériences, nous prenons soin d'authentifier la douleur des patients dans nos propos, mais aussi dans nos prescriptions où le choix de nos approches psycho-

thérapeutiques. La première angoisse de l'addict étant la rupture d'approvisionnement, le "manque" ; la poursuite, sous couvert de protocoles ALD, des prescriptions d'antalgiques opioïdes, faibles ou forts, rassure immédiatement ces personnes adressées par des confrères qui envisagent d'interrompre leur suivi en ayant la sensation d'être embarqués dans une dérive de prescriptions qui les dépasse ou les inquiète. Cette garantie de prescription rassure et de ce simple fait diminue d'emblée les sensations de "manque" et même parfois la perception de la douleur elle-même. Elle confirme également au patient que le médecin le croit et prend sa douleur au sérieux. Cela crée un climat de confiance et d'alliance qui permet au patient, le moment venu, se sachant écouté, de s'ouvrir sur d'autres vulnérabilités, psychologiques, sociales, sans crainte d'instaurer le doute quant à la réalité de sa souffrance ou d'être rejeté. Cette dernière dimension doit être particulièrement évaluée, c'est souvent cette croyance du patient selon laquelle une souffrance psychologique ne peut pas être prise au sérieux, comme chez Mme A. quand elle était petite, qui l'amène, de façon involontaire bien sûr, à l'exprimer sur un mode d'expression presque exclusivement "somatique". Le moindre doute perceptible chez le praticien quant au sérieux de la douleur, à son origine lésionnelle, amène à une amplification du syndrome douloureux et à un rejet du médecin "incompétent" ou "indifférent", qui ne trouve pas pourquoi le patient a mal ou ne s'y intéresse pas vraiment.

C'est pourquoi l'écoute est la clef fondamentale pour permettre de mettre en œuvre avec le patient les prises en charge multimodales ou intégrées qui sont nécessaires pour faire face aux douleurs chroniques. Elles associent différents modes d'intervention, médicamenteux si besoin (y compris psychotropes), mais aussi non médicamenteux (32) et dans un esprit de co-construction des objectifs et des méthodes de soins entre le patient et les différents intervenants.

Le raisonnement est le même quant aux orientations addictologiques, il faut prendre garde à ce que le patient n'entende pas qu'on le prend pour un "toxico", c'est-à-dire une nouvelle fois qu'on doute de la réalité de sa souffrance et que de surcroît on le stigmatise. Et de même, côté addictologie, il faut se garder du réflexe systématique de prescription d'un TSO au long cours qui entérinerait ce quiproquo et mettrait en échec la prise en charge. D'autant que bien souvent, ces pharmacodépendances sont relativement récentes et surviennent dans des contextes psychologiques évolutifs, ce qui

permet d'envisager de simples cures de sevrage pour peu que l'accompagnement global soit adapté.

## Conclusions

Il est maintenant possible de répondre à la question initiale des algologues : oui, il existe un risque de dépendance (addiction) avec les opioïdes chez le douloureux chronique. Mais ce risque n'est pas une fatalité, nécessitant de bannir l'usage de ces médicaments, y compris chez des personnes identifiées comme à risque d'addiction (33) du fait par exemple d'antécédents personnels ou familiaux d'abus de substances ou de troubles psychologiques. L'évaluation de la situation du patient et de son syndrome douloureux doit être globale afin d'identifier les facteurs causaux qui pourraient bénéficier d'une approche pluridisciplinaire ne se limitant pas à la seule intervention médicamenteuse. La formation des professionnels est pour cela indispensable. Une information des patients, et au-delà du grand public, les aiderait aussi à prendre conscience que le nécessaire traitement d'un phénomène aussi complexe que la douleur chronique ne peut se réduire, pour être durablement efficace, à la seule prescription, quasi automatique, d'opioïdes (20). Ces médicaments ont un rôle limité dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses (26, 29) et présentent de réels risques de complications graves (dont les surdosages : penser à la prescription de naloxone !).

Il est donc nécessaire de prendre le temps d'une évaluation globale et soigneuse (30, 31) et ne pas hésiter, le cas échéant, à s'appuyer sur l'expérience d'équipes pluridisciplinaires en addictologie. Mais tout ceci ne peut être réellement mis en œuvre qu'en partant des attentes et de la demande des patients. La clinique de la douleur est avant tout une clinique de l'écoute. ■

**Liens d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

J.-M. Delile, J.-P. Couteron  
 Douleur, opioïdes et addiction : retour vers le futur ?  
*Alcoologie et Addictologie*. 2019 ; 41 (2) : 133-144

## Références bibliographiques

- 1 - Santaella-Tenorio J, et al. Prescription opioids. In : Compton MT, Manseau MW, editors. The american opioid epidemic. Washington, DC : APA ; 2019.
- 2 - Brunner E, Levy R. The Epidemiology of pain and addiction. In : Robeck IR, et al., editors. Pain and addiction (ASAM Handbook). New York : Oxford University Press ; 2018.
- 3 - Beauchamp GA, et al. Moving beyond misuse and diversion: the urgent need to consider the role of iatrogenic addiction in the current opioid epidemic. *Am J Public Health*. 2014 ; 104 (11) : 2023-9.
- 4 - Perez-Dandieu B, et al. The impact of EMDR and Schema Therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015 ; (146) : e68-9.
- 5 - Delile JM. Inscription du sevrage dans le long terme. In : Darcourt G, Kipman S, éditeurs. Conférence de consensus ANAES-FFP "Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés". Paris : John Libbey Eurotext ; 1998.
- 6 - Dugarin J, Nominé P. Toxicomanie : historique et classifications. *Histoire, Économie et Société*. 1988 ; 7 (4) : 549-86.
- 7 - Maugeais P. Sainte Morphine, fléau de l'humanité. *Histoire, Économie et Société*. 1988 ; 7 (4) : 587-608.
- 8 - Yvrol JJ. Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX<sup>e</sup> siècle. Paris : Quai Voltaire ; 1992.
- 9 - Levinstein E. Morbid craving for morphia. *Edinb Med J*. 1878 ; 24 (2) : 160-3.
- 10 - Robinson SM, Adinoff B. The classification of substance use disorders: historical, contextual, and conceptual considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2016 ; 6 (3) : 18.
- 11 - Vaezazizi LM, Netherland J, Hansen H. Social determinants and health inequities. In : Compton MT, Manseau MW, editors. The american opioid epidemic. Washington, DC : APA ; 2019.
- 12 - Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain*. 1986 ; 25 (2) : 171-86.
- 13 - Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med*. 1980 ; 302 (2) : 123.
- 14 - Leung PTM, et al. A 1980 letter on the risk of opioid addiction. *N Engl J Med*. 2017 ; 376 (22) : 2194-5.
- 15 - Cicero TJ, Inciardi JA, Munoz A. Trends in abuse of Oxycontin and other opioid analgesics in the United States: 2002-2004. *J Pain*. 2005 ; 6 (10) : 662-72.
- 16 - Hadland SE, Beletsky L. Tighter prescribing regulations drive illicit opioid sales. *BMJ*. 2018 ; 361 : k2480.
- 17 - Martin J, et al. Effect of restricting the legal supply of prescription opioids on buying through online illicit marketplaces: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2018 ; 361 : k2270.
- 18 - Cicero TJ, Ellis MS. Abuse-deterrent formulations and the prescription opioid abuse epidemic in the United States: lessons learned from OxyContin ADFs and prescription opioid abuse epidemic ADFs and prescription opioid abuse epidemic. *JAMA Psychiatry*. 2015 ; 72 (5) : 424-30.
- 19 - Kolodny A, et al. The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. *Annu Rev Public Health*. 2015 ; 36 : 559-74.
- 20 - Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. *Clin Ther*. 2013 ; 35 (11) : 1728-32.
- 21 - Cicero TJ, et al. The changing face of heroin use in the United States: a retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry*. 2014 ; 71 (7) : 821-6.
- 22 - Chambon J, Couteron JP. Modernité et addictions : la société addictogène. In : Morel A, Couteron JP, Fouilland P, éditeurs. Aide mémoire Addictologie. Paris : Dunod ; 2015. p. 90-103.
- 23 - Crespin R, Lhuillier D, Lutz G. Se doper pour travailler. Toulouse : Érès ; 2017.
- 24 - Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br J Clin Pharmacol*. 2018 ; 84 (6) : 1324-34.
- 25 - De Vita MJ, et al. Association of cannabinoid administration with experimental pain in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018 ; 75 (11) : 1118-27.
- 26 - Ashburn MA, Fleisher LA. Increasing evidence for the limited role of opioids to treat chronic noncancer pain. *JAMA*. 2018 ; 320 (23) : 2427-8.
- 27 - Koob GF, Le Moal M. Addiction and the brain antireward system. *Annu Rev Psychol*. 2008 ; 59 : 29-53.
- 28 - Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Review. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008 ; 363 (1507) : 3113-23.
- 29 - Chou R, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*. 2015 ; 162 (4) : 276-86.
- 30 - Wartenberg AA. Providing integrated care for pain and addiction. In : Robeck IR, et al., editors. Pain and addiction (ASAM Handbook). New York : Oxford University Press ; 2018.
- 31 - Ziegler PP. Pain and addiction in patients with co-occurring psychiatric disorders. In : Robeck IR, et al., editors. Pain and addiction (ASAM Handbook). New York : Oxford University Press ; 2018.
- 32 - Przekop DO. Professionally directed non-pharmacological management of chronic pain. In : Robeck IR, et al., editors. Pain and addiction (ASAM Handbook). New York : Oxford University Press ; 2018.
- 33 - Voon P, et al. Pain as a risk factor for substance use: a qualitative study of people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm Reduct J*. 2018 ; 15 (1) : 35.