

# PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DES ADDICTIONS

Dr Julie DUPOUY, Dr Jean-Paul BOYES, Dr Elodie LALEU

# PRISE EN CHARGE

## ➤ Cibles fondamentales

- Le symptôme : craving
- Le signe : la rechute

# PRISE EN CHARGE DU CRAVING

## ➤ Evaluation

- Questionnaires, cahiers d'auto observation, ...

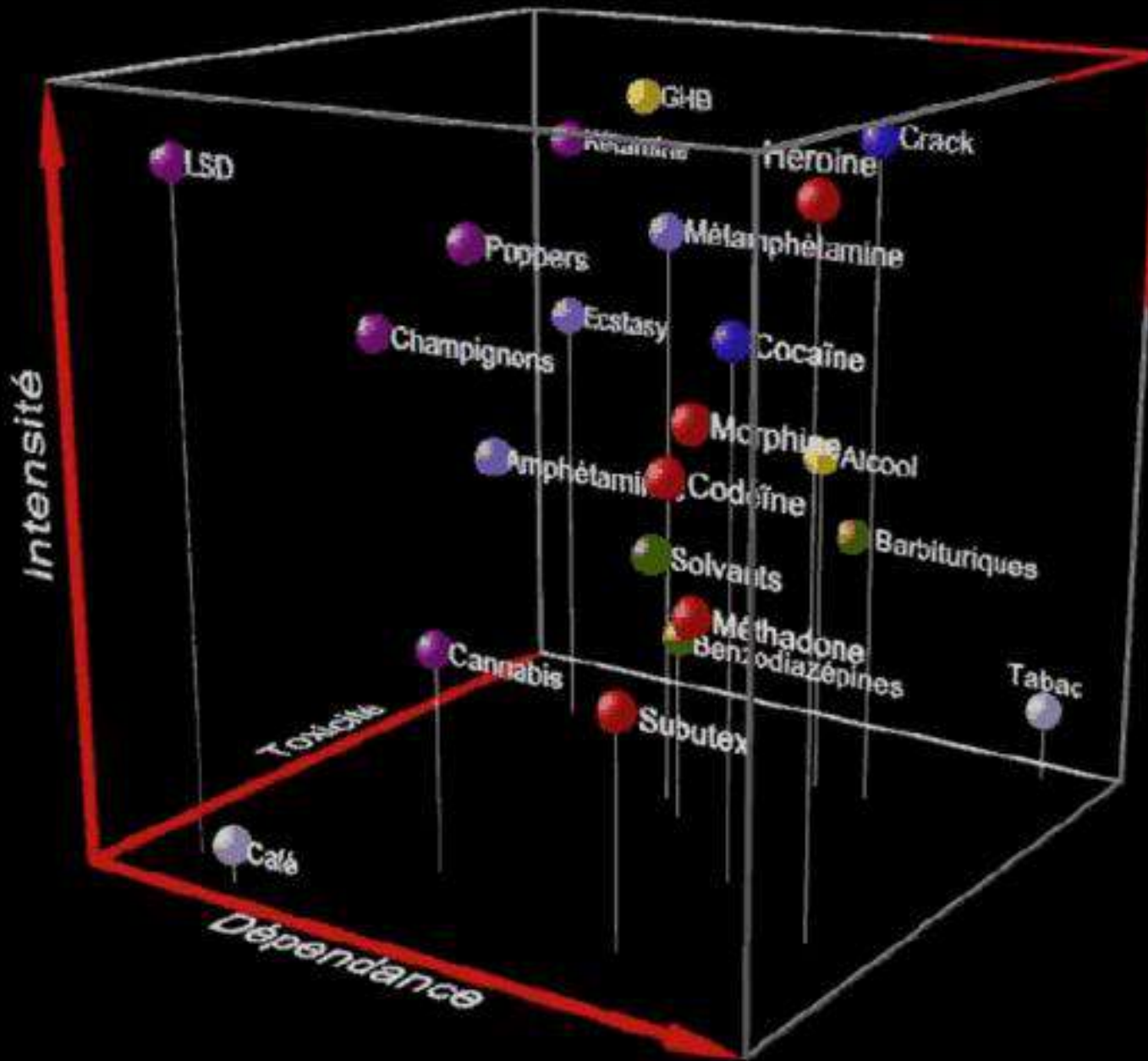
## ➤ Médicamenteuse

- Méthadone / buprénorphine
- Substituts nicotiques / varénicline
- Acamprosate / baclofène

## ➤ Psychothérapie

- Contrôle des stimuli
- Techniques d'extinction
- Réduction du stress
- Techniques de gestion du craving
- Techniques cognitives

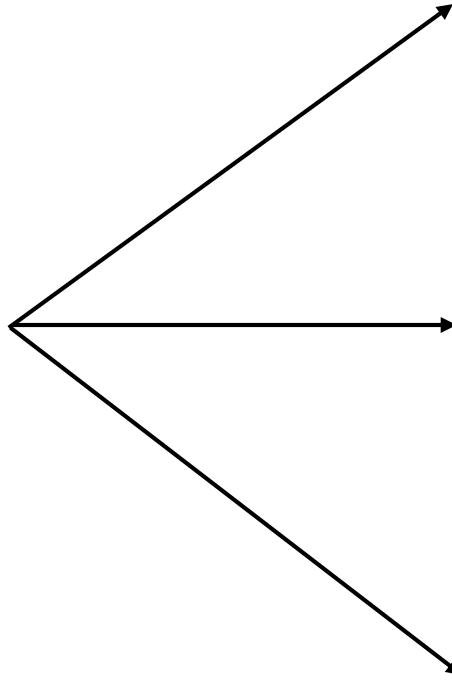
# TRAITEMENTS DE L'ADDICTION AU TABAC



# AVEC QUELS MOYENS AIDER LE PATIENT ?

- Traitements substitutifs de nicotine oraux ou transcutanés en première intention
- Varenicline / Bupropion : prudence !!!
- TCC
- Cigarette électronique ?

# LES DANGERS DU TABAC



# LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE

*Ordonnance pour un mois*

- **Patch nicotinique (Nicoretskin ou nicopatchlib)**
  - Coller 1 patch(s) chaque matin et le renouveler le lendemain matin sur une autre partie du corps
  - En cas d'insomnies ou de troubles du sommeil, l'enlever le soir
  - **Fumez autant que vous voulez, ne faites aucun effort pour fumer moins !**
  - Si vous fumez plus de 10 cigarettes par jour, ajouter un patch supplémentaire le lendemain
  - Si vous fumez plus de 5 cigarettes par jour, ajoutez un demi-patch supplémentaire le lendemain
  - Ne pas dépasser 3 patchs sans avis médical
- **Substituts nicotiniques oraux (celui qui vous plait le plus)**
  - A prendre en cas d'envie de fumer
  - A consommer lentement en 15 à 20 minutes (pour la tolérance)
  - Ne pas dépasser 12 par jour
- **Vapotez autant que vous voulez le e-liquide qui vous plait !**

*Si avec ce traitement vous restez capable de fumer une cigarette en entier ,c'est que vous êtes sous dosés en nicotine. N'hésitez pas à monter vos doses de nicotine aussi longtemps que vous n'avez pas l'impression d'avoir trop fumé !*

*Pr Bertrand Dautzenberg*



# SUBSTITUTS NICOTINIQUES REMBOURSÉS

- Gommages nicotine EG
- Patchs Nicoretteskin 25mg/16h, 15mg/16h et 10mg/16h ( boîte de 7 ou 28)
- Nicopatch(Nicopatchlib) 21mg/24h, 14mg/24h et 7mg/24h dans tous les conditionnements
- Pastilles Nicopass 1,5 et 2,5 mg en 96 pastilles
- Gommages Nicorette 2 et 4mg (boite de 105)

# SUBSTITUTS NICOTINIQUES TRANSDERMIQUES

- Médicament anti craving
- Sur 16 ou 24 heures, 5, 7, 10, 14, 21 ou 25 milligrammes... on peut les associer !
- **Sécurité de l'emploi**
- Débit linéaire de nicotine : pas de pic et donc pas de plaisir

# PATCHS NICOTINIQUES

- Mettre sur surface glabre, changer tous les jours.
- Si on le laisse la nuit : augmentation des rêves, diminution du craving.
- EI : réaction cutanée, surdosage (jeunes++), troubles du sommeil.
- Précaution d'emploi : insuffisant hépatique/rénal sévère.

# POSOLOGIE DES PATCHS

- Dose initiale : 1 paquet de 20 cigarettes = 20 PPM au CO testeur = patch à 21mg.
- Si cigarillos/cigarettes roulées : voir CO testeur mais souvent quantité x 2.
- Adapter posologies avant J8. Expliquer signes surdosage/sous dosage puis diminution très très très progressive. AMM pour trois mois avant diminution... mais patients pressés.
- Ne pas modifier posologie fonction comorbidités, morphologie.

# SUBSTITUTS NICOTINIQUES ORAUX

- Vrai substitut
- Différentes modalités pour différents patients : gommes, micro comprimés à laisser fondre/grosses pastilles, inhalateur, spray menthe, citron, cerise, réglisse...
- 1, 2 ou 4 mg
- Utilisable aussi pour situation temporaire ou impossibilité de fumer : voyages en avion, hospitalisation
- 5/6 par jour en moyenne. Si plus : augmenter la quantité du patch.
- Gommes : pas trop vite ! Mâcher, laisser reposer puis remâcher
- Inhalateur : quantité délivrée fonction température de la pièce... et ne pas se fier à la notice (++)Chgt cartouche)
- CI : insuffisance rénale et dialyse (car contient du potassium)

# VARÉNICLINE : CHAMPIX®

Commission de transparence de juin 2009 :

- Bonne tolérance TSN
- Latrogénicité Varénicline
- Même taux arrêt à 6 mois et un an avec TSN ou Varénicline (seulement mieux à 3 mois que TSN)
  - Traitement à réserver si échec TSN (*Prescrire* 2006)?
  - Encore moins plébiscité depuis

**2011 : N'est plus pris en charge dans le forfait de 50 euros en France**

2016 : Nouvelle étude : pas de bénéfice sur TSN à 6 mois mais effets secondaires risques suicidaires dédouanés

2018 : Remboursement 65 %

# VARÉNICLINE : CHAMPIX®

EI : nausées + début de traitement, flatulences, rêves bizarres, terreurs, suicides, accidents, malaises, homicides

## Contre-Indications :

- Insuffisance rénale : adaptation des doses
- TSN
- Grossesse
- Moins de 18ans
- Attention : repérer anxiété/dépression

# BUPROPRION : ZYBAN®

Cousin des amphétamines → n'est plus prescrit



# TCC : THÉRAPIES COGNITIVO COMPORTEMENTALISTES

**But** : Changer un comportement et gérer ses émotions.

Pensée → Emotion → Action → Pensée...

TCC : Patient change son schéma car erreur d'interprétation, distorsion cognitives, superstition....

Et construit un nouveau schéma alors.

TCC : Travail aussi sur motivation, etc...

# TCC : THÉRAPIES COGNITIVO COMPORTEMENTALISTES

## EXEMPLE :

- Situation : coincée dans les embouteillages
  - Pensée : « C'est long, j'en ai marre »
  - Emotion : irritabilité / stress
  - Action : « Allez, j'en allume une »
  - Pensée:
    - « Encore une de grillée, moi qui avais décidé de réduire ma conso, je suis trop nulle. »
    - « Mon mari va encore m'engueuler car la voiture sentira la clope. »
  - Emotion: déception, énervement, culpabilité
- Proposer pensées alternatives avant l'action et même après

# CIGARETTE ÉLECTRONIQUE



- Avec ou sans nicotine (taux de Nicotine : HIGH - MEDIUM - LOW ZERO) ??!
- Attention aux mélanges maison → pneumopathies lipidiques
- Pas de normes strictes encore donc certaines un peu plus nocives que d'autres car chauffe trop, souvent

# CIGARETTE ÉLECTRONIQUE



# QUALITÉS POUR UNE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

- Elle doit séduire le patient
- Le throat hit doit plaire dans les 6 secondes
- Apport de nicotine au niveau des récepteurs satisfaisant dans les 6 secondes

*Pr Bertrand Dautzenberg (2018)*

# TRAITEMENTS DE L'ADDICTION A L'ALCOOL

# NON INDICATION AU SEVRAGE ALCOOLIQUE

- Absence de demande du patient
- Situation de crise
- Absence de projet thérapeutique et de projet social

Sevrage ambulatoire	Sevrage hospitalier
<p align="center"><b>70 à 90% des cas</b></p>	<p align="center">Dépendance physique sévère Atcd de delirium tremens Atcd de crise convulsive généralisée Problèmes somatiques Problèmes psychiatriques Problèmes socio-environnementaux</p>
<p align="center">Garder les relations sociales, familiales et son activité professionnelle Implication active du patient et de l'entourage</p>	<p align="center">Surveillance continue Observance des prescriptions et du sevrage Prise en charge des comorbidités et des autres sevrages</p>
<p align="center">L'arrêt de travail sera possible suivant la tolérance</p>	<p align="center">Pas d'hospitalisation prolongée sauf si problèmes psychiatriques</p>
<p align="center">Rendez-vous prédéfinis avec le patient : J8, J15, M1 puis chaque mois</p>	<p align="center">Toujours articuler les projets sociaux et le sevrage avant l'admission !</p>



# LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE PHYSIQUE

- Compris entre J1 et J7
- Arrêt brutal de l'alcool obligatoire ?

# ORDONNANCE TYPE

Dr XXXXXXXXX

Toulouse, le (jour mois année)

Numéro RPPS

Mr XXXXXXXXX

- Diazepam Valium 10 mg :
  - 1 cp matin, midi, soir et au coucher pendant 3 jours puis diminution de 1 cp par jour
  - Arrêt après 7 jours de traitement
  - (ou oxazepam Seresta 2x10 mg selon les mêmes modalités)
- Vitamine B6 : 2 cps par jour pendant 1 mois puis STOP
- Vitamine B1 : 1 IM de 500 mg par jour pendant 15 jours
- Naltrexone Revia : 1 cp par jour pendant 3 mois (ou acamprosate Aotal 2 cps \* 3/j pendant 6 mois) ou les deux ?
- Boire 2 à 3 L d'eau par jour pendant toute la durée du sevrage

# DIMINUTION DU CRAVING

- **Acamprosate (Aotal®)**

Agoniste GABAergique et antagoniste glutamatergique

4 comprimés/jour si < 60 kg / 6 comprimés/jour si ≥ 60 kg - 1 an

Bonne tolérance

EI : diarrhée

- **Naltrexone (Revia®)**

Antagoniste des opiacés ++ **CI : TSO**

1 comprimé/jour - 3 mois

Bonne tolérance

EI : nausées, douleurs abdominales, somnolence, troubles sexuels, cytolyse...

- **Disulfirame (Espéral®)**

Réaction désagréable en cas de consommation d'alcool avec malaise, anxiété, troubles neuro-végétatifs, hypotension artérielle parfois grave.

½ à 1 comprimé/jour – quelques mois voire années

- **Baclofène**

- **Nalméfène : Sélincro**

Attention à l'association avec un TSO

Réduction des risques par réduction de la consommation.

# BACLOFÈNE

- Anti spastique
- AMM depuis octobre 2018 dans l'indication Alcool
- Etudes animales et cliniques
  - Action *anti craving*
  - Nombre de sujets inclus limité
- Essai BACLAD : abstinence plus longue après sevrage complet
- Bacloville : réduction conso OH/abstinence
- Alpadir : pas de réduction conso OH, pas de différence sur abstinence

RTU ~~<https://www.rtubaclofene.org/>~~

# AP-HP : LES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DE L'ÉTUDE BACLOVILLE TENDENT À DÉMONTRER POUR LES PATIENTS ALCOOLO-DÉPENDANTS INCLUS DANS CET ESSAI UN EFFET DU BACLOFÈNE À FORTES DOSES DANS LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Publié le 03/09/2016. Page vue 154 fois. | Communiqués de presse

Promue par l'AP-HP, sur un financement PHRC, complétée par un mécène, l'étude Bacloville, multicentrique, randomisée et menée en double-aveugle, vise à comparer l'efficacité et la sûreté du baclofène à fortes doses à celles d'un placebo chez des patients alcoolo-dépendants suivis en ville. Cette étude est ainsi le fruit d'une collaboration entre la faculté de Médecine Paris Descartes, l'AP-HP et des médecins généralistes.

Les premiers résultats ont été présentés par le Pr Philippe Jaury, investigateur-coordonnateur de l'essai, le 3 septembre 2016 lors du congrès mondial d'alcoologie[1].

L'essai clinique a permis d'inclure, de mai 2012 à juin 2013, 320 patients volontaires âgés de 18 à 65 ans, ayant présenté des troubles liés à la consommation d'alcool ces 3 derniers mois et ne prenant pas de traitement de sevrage ou de prévention des rechutes depuis au moins deux semaines. Il ne leur a pas été demandé d'arrêter toute consommation d'alcool.

D'après les résultats préliminaires d'analyse du critère principal, il y a 56,8% de succès chez les patients prenant du baclofène contre 36,5% dans le groupe de patient prenant le placebo. Le succès étant défini par une abstinence ou une consommation médicalement correcte au 12ème mois de traitement.

Les analyses secondaires, portant notamment sur la tolérance et l'innocuité du traitement, n'ont pas encore été effectuées et seront importantes pour interpréter complètement les résultats de cette étude. Il conviendra donc de terminer l'analyse des données sur les critères secondaires identifiés dans le protocole d'études.

## LES COORDONNÉES DU SERVICE PRESSE

### CONTACTER LE SERVICE DE PRESSE DE L'AP-HP

01 40 27 37 22 en semaine  
01 40 27 30 00 le week-end

[service.presse@aphp.fr](mailto:service.presse@aphp.fr)

#### Attachées de presse :

Anne-Cécile Bard

Marine Leroy

#### Assistante :

Charlotte François

#### Nous suivre :

> Facebook

> Twitter

#### L'AP-HP en bref

*Directeur de la communication*

En fonction des résultats définitifs obtenus, l'étude Bacloville pourrait mettre en évidence une supériorité du baclofène comparé au placebo.

[1] "Word congress on alcohol and alcoholism" - ISBRA (International Society for Biomedical Research on Alcoholism) ESBRA (European Society for Biomedical Research on Alcoholism).

# EXEMPLE D'INITIATION DU BACLOFÈNE

- BACLOFENE 10 mg
- ½ comprimé le soir pendant 3 jours
- ½ comprimé matin et soir pendant 3 jours
- ½ comprimé matin, midi et soir pendant 3 jours
- ½ comprimé le matin, ½ à midi et 1 le soir pendant 3 jours
- 1 le matin, ½ à midi et 1 le soir pendant 3 jours
- 1 matin midi et soir pendant 3 jours
- Ensuite, on monte de 1 comprimé par jour tous les 3 jours
- 1 matin 1 midi et 2 le soir puis
- 2 matin 1 midi et 2 le soir puis
- 2 matin midi et soir etc. etc. jusqu'à 8 par jour maximum
- A venir, BACLOCUR 10, 20 et 40 mg fin 2019

# LE MAINTIEN DE L'ABSTINENCE

- Difficile suivant le patient
- Accompagnement +++
- Intérêt des groupes de parole
- Intérêt d'un suivi psychologique

# LA RDRD

- S'appuie sur la réduction des risques des années 90
- La prise en charge est centrée sur les dommages, pas sur la consommation
- Applicable au tabac ( e-cig) mais ...
- Applicable à l'alcool +++



# TRAITEMENTS DE L'ADDICTION AUX OPIACÉS

	<b>Méthadone</b>	<b>Buprénorphine</b>
Mode d'action	Agoniste pur	Agoniste partiel
Dangerosité	Risque de surdose mortelle Attention aux enfants	Moindre risque de surdose
Pharmacocinétique	Variations inter individuelles	Peu de variations
Satisfaction	Moins d'anxiété	
Interactions pharmacodynamiques	Médicaments dépresseurs respi et SNC	BZD et médicaments dépresseurs SNC Opiacés
Interactions pharmacocinétiques	Inducteurs et inhibiteurs enzymatiques	Inducteurs et inhibiteurs enzymatiques mais moindre
Forme pharmaceutique et présentations	Sirop Gélule	Comprimé Risque de mésusage
Toxicité		Risque d'atteinte hépatique en iv

# RÉGLEMENTATION MSO

	Méthadone (sirop)	Méthadone (gélule)	Buprénorphine
Prescripteur initial	CSAPA ou hospitalier	CSAPA ou hospitalier si +d'1 an de sous forme sirop et stabilisé	Tout médecin sans formation spécifique
Durée de prescription	14 jours	28 jours	28 jours
Ordonnance	Sécurisée		
Délivrance	1 à 7 jours (14 sur mention expresse)	7 jours (28 sur mention expresse)	7 jours (28 sur mention expresse)
Fractionnement	Oui		
Renouvellement	Interdit		
Chevauchement	Si mention expresse		

- $\frac{3}{4}$  des patients traités sont sous buprénorphine
- > 90% des patients traités sont pris en charge par MG



## Recommandations ordinaires

**Prescription et dispensation  
des médicaments de substitution  
aux opiacés**

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/recommandations\\_cnom\\_cnop.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/recommandations_cnom_cnop.pdf)

# INITIATION MSO

- Informer le patient et préciser le cadre de soins
- Confirmer l'addiction aux opiacés :
  - Parole du patient
  - Évaluation clinique
  - Tests urinaires
- Rechercher des co addictions
- Prendre en compte le risque d'interactions
- Prise de MSO dès les premiers signes de manque

# MODALITÉS D'INITIATION

## Méthadone

- Dose initiale : 10 à 40 mg/jour
- Paliers d'augmentation de 5 à 10 mg max
  - Paliers de 1 à 3 jours
  - Sans jamais excéder par semaine 50% de dose initiale
- Prise quotidienne unique orale
- Réévaluer et rechercher un surdosage
- Informer sur dangerosité pour personnes non dépendantes et nécessité stockage sécurisé



# MODALITÉS D'INITIATION

## Buprénorphine

- Dose initiale 4 à 8 mg/jour
- Respecter délai de 24h avec dernière prise d'opiacés pour éviter syndrome de manque
- Paliers d'augmentation de 1 à 2 mg, tous les 1 à 3 jours
- Prise quotidienne unique sublinguale
- Réévaluer et rechercher un sous dosage ou un syndrome de sevrage



# MODALITÉS D'INITIATION

- Ordonnance sécurisée
- Prescription pour quelques jours avec délivrance quotidienne
- Nom du pharmacien marqué  
→ Importance de collaboration médecin-pharmacien
- Tests urinaires :
  - Obligatoires pour méthadone
  - Recommandés pour buprénorphine



# ADAPTATION TRAITEMENT

- Recherche de la posologie optimale :
  - Paliers de 1 à 3 jours pendant 10/15 jours
  - Paliers de 4 à 7 jours ensuite
- Paliers :
  - 5 à 10 mg méthadone
  - 1 à 2 mg buprénorphine
- Posologie de stabilisation :
  - 60 à 100 mg méthadone
  - 8 à 16 mg buprénorphine

# OROBUPRÉ®

- **Forme orodispersible**

- **Dosage**

→ 2 mg et 8 mg seulement !

- **La notion d'interchangeabilité**

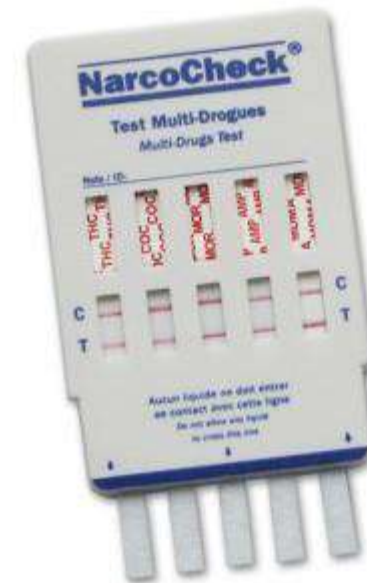
→ « Les formes sublinguale et orodispersible ne sont pas interchangeables ».

Au réveil, garder 10 minutes sous la langue un comprimé de BHD, sans pouvoir déglutir, boire un café, manger, peut paraître bien long. Et cela, si l'usager a un comprimé de 8 mg à prendre. S'il en a 2, voire 3, à prendre à la suite (?), c'est un temps consacré à la prise du médicament qui se traduit souvent par une absorption partielle (le comprimé est avalé avant sa dissolution complète) et on sait que c'est de la biodisponibilité perdue.

- **ASMR : V**

# QUEL SUIVI ?

- À rechercher :
  - Mésusage MSO
  - Reprise de consommation d'opiacés
  - Consommation d'autres substances (alcool, benzodiazépines)
- Tests urinaires non planifiés
- EN FAIT : LE CRAVING !!!!!



# SEVRAGE EN MSO

- Peu de données, peu de patients
- Risque de surmortalité pendant les 15 premiers jours (3 fois plus de risque que sous traitement)  
→ Overdose si rechute ?
- Paliers dégressifs
- Quand ?  
→ Volonté du patient + contexte favorable

# SITUATIONS PARTICULIÈRES

- Grossesse, allaitement : continuer MSO  
→ Pas de différence entre méthadone et buprénorphine
- Suspicion d'un mésusage d'emblée (injection IV du MSO, nomadisme médical...), poly consommation, comorbidités psychiatriques, précarité sociale, prise en charge difficile  
→ Avis spécialisé

# DOULEUR ET MSO

**Tableau I.** Première étape : décrire la douleur et son contexte.

## PRÉREQUIS : CROIRE LE PATIENT

- ① Décrire précisément la douleur (intensité avec EVA, caractéristiques, ancienneté, évolution...)
- ② Éliminer un syndrome de manque en opiacés (sous-dosage en MSO ?)
- ③ Rechercher une étiologie à traiter (examen clinique minutieux ; prescrire des examens complémentaires si nécessaire) ± solliciter un avis de spécialiste (neurologue, rhumatologue, dentiste...) ou d'un Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD).
- ④ Évaluer psychologiquement le patient (éléments dépressifs, anxieux, psychotiques...)
- ⑤ Identifier les co-addictions actives et un mésusage de MSO ou d'antalgiques (héroïne, morphine, codéine...)
- ⑥ Rechercher les contre-indications à certains traitements (insuffisance hépatite, insuffisance rénale, gastrite, etc.)

**Tableau II. Deuxième étape : stratégies pharmacologiques (15, 17-20).**

<b>DOULEUR AIGUË (DURÉE &lt; 3 MOIS)</b>	
EVA ≤ 3	Douleur légère
Stratégie 1	Paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mg x 3/jour)
Stratégie 2	Meopa (N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub> , 50/50) ou lidocaïne crème/patch en prévention de la douleur liée aux soins
EVA = 4-6	Douleur modérée
Stratégie 1	Néfopam (60 à 120 mg/j) per os ± paracétamol ou AINS
Stratégie 2	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine (4 prises/jour) ± augmenter la dose totale
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant à chaque prise paracétamol (/6 h) ou AINS (/12 h) ou néfopam (/6 h)
EVA ≥ 7	Douleur sévère
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6 h) la dose de méthadone
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + associer des interdoses de morphine (10 mg) ou fentanyl (100 µg) à libération immédiate sur une courte durée
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la buprénorphine/initier de la morphine à libération immédiate (/4 h) pour titration, à convertir rapidement en forme libération prolongée (/12 h)
<b>Douleur chronique (durée &gt; 3 à 6 mois)</b>	
EVA ≤ 3	Douleur légère
Stratégie 1	paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mg x 3/jour)
EVA = 4-6	Douleur modérée
Stratégie 1	Néfopam (60 à 120 mg/j) per os ± paracétamol ou AINS
Stratégie 2 (méthadone)	Fractionner la dose de méthadone (4 prises/jour) ± augmenter la dose totale
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant paracétamol (/6 h) ou AINS (/12 h) ou néfopam (/6 h)
EVA ≥ 7	Douleur sévère
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6 h) la dose de méthadone
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + interdoses de morphine (10 mg) à libération immédiate à convertir rapidement en morphine à libération prolongée (/12 h) ou fentanyl patch (/72 h)
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la buprénorphine et initier de la morphine à libération immédiate (titration) à convertir en forme de libération prolongée ou fentanyl patch (/72 h) comme traitement de fond
Stratégie 4	Si tolérance à l'effet analgésique de la morphine, possibilité de rotation des opioïdes avec forme de libération prolongée (hydromorphone/oxycodone) en tenant compte des coefficients de conversion équivalents (voir tableau IV)

**Tableau III. Règles complémentaires (16, 17, 19 20).**

---

❶ **Éviter les opioïdes faibles** (codéine, tramadol, dihydrocodéine, poudre d'opium ou dextropropoxyphène) de plus faible affinité pour le récepteur opiacé  $\mu$  donc moins efficaces en cas de substitution.

---

❷ **Ne pas prescrire d'agonistes partiels** (buprénorphine) **ni d'agonistes/antagonistes** (nalbuphine) pouvant provoquer un syndrome de sevrage physique.

---

❸ **Ne pas prescrire de formes injectables** (sauf néfopam).

---

❹ **Penser aux co-analgésiques** (douleur chronique) : antidépresseurs (amitryptiline, duloxétine), anti-épileptiques (gabapentine, prégabaline), corticoïdes, myorelaxants, antispasmodiques.

---

❺ **Hospitalisation de courte durée** pour équilibrer un traitement, notamment en cas de rotation d'opioïde.

---

❻ **Penser aux approches non pharmacologiques** : écoute, empathie ; neurostimulation transcutanée (TENS) ; relaxation/sophrologie ; kinésithérapie/massage ; hypnose ; psychothérapie cognitivo-comportementale ; acupuncture.

---

❼ **Un seul prescripteur/un seul pharmacien.**

---

❽ **Consultations plus fréquentes** pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre.

---