



Comité d'évaluation des
pratiques médicales en matière
de médicaments

Réunion de consensus – 5 décembre 2019

L'usage rationnel des analgésiques non opioïdes dans le traitement de la douleur chronique



Rapport du jury
Texte court

Promoteur

Madame M. DE BLOCK, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

et

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM)

Président : G. HANS

Secrétaire : H. BEYERS

Membres : M. BAUVAL, G. BEUKEN, P. BOGAERTS, A. BOURDA, A. CHASPIERRE, T. CHRISTIAENS, Ch. de GALOCSY, J.-L. DEMEERE, T. DE RIJDT, J. DE SMEDT, V. DE VLEESSCHAUWER, L. DE VROEDE, P. DIELEMAN, P. DRIELSMAN, H. DUBOIS, A. DUPONT, S. GEURTS, L. HERRY, Y. HUSDEN, C. HUYGHEBAERT, S. LUYTEN G.-A. MAFTEI, N. MAVROUDAKIS, J. PEN, T. POELMAN, R. RADERMECKER, L. RENIER, R. RUTSAERT, A. SANTI, A. SMITS, J. STOKX, O. VAN DE VLOED, C. VAN HAECHT, P. VAN HOORDE, G. VERPRAET, X. WITTEBOLE, D. ZAMUROVIC.

Comité d'organisation

Président : G. HANS

Secrétaire : H. BEYERS (INAMI)

Expert : R. FONTAINE

Représentant du groupe bibliographique : A. BAITAR, J.-M. MALOTEAUX, N. MORTIER

Président du jury : I. LEUNCKENS

Membres CEM : P. DIELEMAN, K. VAN HAECHT

Groupe bibliographique

BCFI/CBIP + Comité de lecture (V. CALLEBAUT (UA), A. CRISMER (ULg), K. VAN BOXEM (ZOL), A. VAN MEERHAEGHE (CHU Charleroi))

(orateurs lors de la réunion de consensus : A. BAITAR, G. GOESAERT, J.-M. MALOTEAUX)

Experts (orateurs)

A. CHASPIERRE, G. HANS, J. HANSON, D. LIBBRECHT, B. MORLION, K. VAN BOXEM, M. VAN DE CASTEELE, E. VANDUYNHOFEN, P. VOORDECKER

Préparation pratique

H. BEYERS, Unité de gestion Politique Pharmaceutique, Service des soins de santé, INAMI

Éditeur responsable: J. DE COCK, INAMI, Av. de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réunion de consensus

5 décembre 2019

L'usage rationnel des analgésiques non opioïdes dans le traitement de la douleur

Rapport du jury
Texte court

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

La recherche systématique des données disponibles dans la littérature scientifique (effectuée par CBIP), les textes des experts et le rapport du jury peuvent être consultés sur le site Web de l'INAMI (www.inami.fgov.be : Thèmes – Qualité des soins – Qualité des soins Médicaments - [Réunions de consensus](#)).

Pour plus d'information, veuillez-vous adresser à Herman Beyers, INAMI, av. de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles (e-mail : consensus@riziv-inami.fgov.be).

Composition du jury

Représentants des médecins

Virginie Bedoret (médecin généraliste)
Xavier Finné Lenoir (anesthésiste algologue)
Ivan Leunckens (médecin généraliste) *Président*
Marleen Moeremans (gériatre)
Marie-Anne van Bogaert (médecin généraliste)
Quentin Verwacht (anesthésiste algologue) *Vice-président*

Représentants des organismes assureurs

Thomas De Grootte
Elise Derroitte

Représentants des pharmaciens

Magali Van Steenkiste
Charlotte Verrue

Représentants d'autres professionnels de la santé

Nadine Chard'homme (infirmière)
Bieke Mertens (infirmière)

Représentants du public

Eddy Claes

Soutien logistique durant les réunions du jury

Herman Beyers (INAMI)

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
<i>i.1. Méthodologie de la réunion de consensus</i>	<i>4</i>
<i>i.2. GRADE.....</i>	<i>5</i>
<i>i.3. Aperçu des spécialités.....</i>	<i>6</i>
CONCLUSIONS	7
1. <i>Quelle est la définition de la douleur chronique ?</i>	<i>7</i>
2. <i>Paracétamol et associations à base de paracétamol</i>	<i>9</i>
3. <i>Anti-inflammatoires (AINS sélectifs et non sélectifs et acide acétylsalicylique)</i>	<i>11</i>
4. <i>Anti-inflammatoires (AINS sélectifs et non sélectifs, effets indésirables</i>	<i>13</i>
5. <i>Adjuvants.....</i>	<i>15</i>
6. <i>Populations de patients spécifiques</i>	<i>19</i>
6.1. <i>Paracétamol</i>	<i>19</i>
6.2. <i>AINS</i>	<i>21</i>
6.3. <i>Adjuvants.....</i>	<i>23</i>
7. <i>Traitements topiques.....</i>	<i>26</i>
8. <i>Suppléments alimentaires et cannabis médical</i>	<i>28</i>
9. <i>Analgésiques non opioïdes sur prescription, en vente libre et en préparations magistrales.....</i>	<i>30</i>
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	33

Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (NSAID - Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ATC	Antidépresseur tricyclique (TCA - Tricyclic antidepressants)
CBD	Cannabidiol
CBIP	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
CEM	Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments
CIM	Classification internationale des maladies (ICD - International Classification of Diseases)
COX	Cyclo-oxygénase
DMG	Dossier médical global
EBM	Médecine Factuelle (Evidence-Based Medicine)
EFIC	Fédération européenne de la douleur (European Pain Federation)
eGFR	Estimated glomerular filtration rate (eDFG - Débit de filtration glomérulaire estimé)
FBSS	Failed Back Surgery Syndrome
g	Gramme
HAS	Haute Autorité de Santé
IASP	International Association for the Study of Pain
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
IRSN	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (SNRI - Selective Serotonin and Noradrenalin Reuptake Inhibitor)
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI - Selective serotonin reuptake inhibitor)
m ²	Mètre carré
mg	Milligramme (10 ⁻³ g)
mL	Millilitre (10 ⁻³ L)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTC	Over-the-counter
RCT	Etude clinique randomisée (Randomized Controlled Trial)
SDRC	Syndrome douloureux régional complexe
SFETD	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation
TMS	Stimulation magnétique transcrânienne

Introduction

Le jeudi 5 décembre 2019, l'INAMI a organisé une réunion de consensus sur l'usage rationnel des analgésiques non opioïdes en cas de douleur chronique.

La présente réunion de consensus est la 41^e de la série.

Après l'édition de l'an dernier sur les opioïdes (rapport du jury : [version courte](#) et [version longue](#)), nous nous focaliserons cette année sur les autres médicaments utilisés dans le traitement de la douleur chronique. À l'échelle mondiale, la douleur constitue pour les patients le principal motif de consultation d'un médecin. À ce propos, il convient de faire une distinction entre la douleur aiguë (durée inférieure à trois mois) et la douleur chronique (durée supérieure à trois mois). L'enquête de santé de Sciensano en 2018 a montré que pas moins de 28,5 % de la population belge âgée de 15 ans et plus souffre de douleurs physiques modérées à très sévères. Le score moyen de douleur est passé de 23 à 26,7 (sur 50) entre 2013 et 2018. Le score de douleur augmente aussi clairement avec l'âge : les jeunes (16,7) sont les moins affectés par la douleur, mais ce score peut atteindre 35,1 chez les plus de 75 ans.

Cette réunion de consensus se limitera aux syndromes de la douleur chronique. La douleur chronique nécessite une approche tout à fait différente de celle de la douleur aiguë. Le thème de cette réunion de consensus concerne spécifiquement les analgésiques non opioïdes (tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou le paracétamol ou analgésiques dits de palier I), ainsi que les adjuvants (non-analgésiques tels que les anti-épileptiques et les antidépresseurs utilisés pour des syndromes de douleur spécifiques). Le phénotypage des symptômes actuels de la douleur est donc essentiel. Cette réunion de consensus débutera par un aperçu de la pharmacologie de ces analgésiques non opioïdes et non analgésiques. Les preuves scientifiques concernant l'application de ces médicaments contre la douleur chronique seront expliquées et discutées. Une attention particulière sera accordée à l'application dans les populations à risque telles que les jeunes, les personnes âgées et les femmes enceintes. Ces dernières années, l'accent a été mis davantage sur l'application topique d'analgésiques dans certains syndromes de douleur neuropathiques. Les analgésiques topiques disponibles en Belgique seront donc également discutés dans le cadre de cette réunion de consensus. Nous essayons également de formuler une réponse à la question de savoir quelles sont les preuves scientifiques de l'utilisation de substances telles que la curcumine, la chondroïtine ou autres, dans le traitement de la douleur chronique. En raison de sa pertinence sociale, l'usage du cannabis médicinal sera également abordé brièvement. Enfin, nous présentons un point de vue scientifique solide sur l'utilisation des préparations magistrales et la disponibilité over-the-counter (OTC) de certains analgésiques. Nous pensons aussi aux préparations magistrales de combinaisons de différents analgésiques.

Comme ce fut le cas pour les précédentes réunions de consensus organisées par l'INAMI et le CEM, la présente réunion de consensus porte aussi essentiellement sur les soins de première ligne, à savoir les soins par les médecins généralistes. Toutefois, vu la nature du sujet, cette réunion de consensus concerne également de nombreux médecins d'autres spécialités médicales tels que les neurologues, les chirurgiens, les gastroentérologues, les rhumatologues, les gériatres, les anesthésistes algologues etc. De nombreux auxiliaires paramédicaux seront aussi intéressés par ce sujet. Dans ce contexte, il faudra tendre vers une amélioration de la collaboration entre les prescripteurs de médicaments analgésiques et tous les autres dispensateurs de soins concernés par le traitement de la douleur chronique.



Certains aspects ne seront donc pas abordés par les orateurs lors de leurs exposés. Cette limite n'est pas leur décision mais celle du Comité d'organisation et elle est liée à des questions de faisabilité pour l'étude de la littérature et la programmation de cette réunion de consensus. Enfin, soulignons que l'étude de la littérature est clôturée au moins deux mois avant la réunion de consensus, si bien que les publications les plus récentes ne figurent pas dans la synthèse de la littérature, mais seront, si nécessaire, présentées et commentées par les experts orateurs (ou annoncées si non publiées au jour de la réunion).

Le texte ci-après présente les conclusions d'un jury indépendant multidisciplinaire (**texte court**). Il n'exprime donc pas forcément le point de vue de l'organisateur de la conférence de consensus, en l'occurrence l'INAMI ou le Ministre des Affaires Sociales.

Le **texte complet (long)** des conclusions, l'étude systématique de la littérature, les textes des experts et la méthodologie peuvent être consultés sur le site Internet de l'INAMI (<http://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/reunions-consensus-rapports-jury.aspx>).

Ce texte complet contient également les références de la littérature et/ou des experts.

Pour plus d'information, veuillez-vous adresser à Herman Beyers, INAMI, av. de Tervueren, 211 à 1150 Bruxelles (e-mail : consensus@inami.fgov.be).



i.1. Méthodologie de la réunion de consensus

La [méthodologie](#) utilisée pour cette conférence suit les recommandations de l'ANAES française (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé¹) (actuellement : HAS - Haute Autorité de Santé).

1. Le **promoteur** est l'INAMI et la conférence est organisée par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Cet organisme décide du choix du sujet et définit les objectifs à atteindre.
2. Le **comité d'organisation** est constitué par l'INAMI à l'initiative du Comité mentionné sous le point 1. Il spécifie les thèmes à aborder et nomme les membres du groupe bibliographique, du groupe d'experts et du jury.
3. Le **groupe bibliographique** a établi un aperçu de la littérature sur base de publications ayant prouvé leur valeur scientifique. Les données de littérature sont analysées en fonction du niveau de preuve, selon les principes de l'*Evidence Based Medicine* (EBM). (étude de la littérature : [complet \(anglais\)](#), [résumé](#))
4. Les **experts** ont, chacun sur un sujet spécifique, préparé un exposé et l'ont présenté à la conférence le 5 décembre 2019. Un [texte de synthèse](#) de celui-ci a été mis à disposition.
5. Le **jury** a participé à la conférence et s'est ensuite concerté pour rédiger les conclusions figurant dans le présent rapport. Ces discussions se sont déroulées dans un esprit très constructif et ont débouché sur une position commune formulée dans le présent texte de consensus. Le but était de faire une synthèse des données scientifiques résumées par le groupe bibliographique et exposée par les experts, et de formuler une réponse aux questions posées initialement.

¹ Les conférences de consensus: base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Service communication et diffusion 159, rue Nationale 75640 Paris Cedex 13
I.S.B.N. :2-910653-45-5

i.2. GRADE

Niveaux de preuve

GRADE A. Niveau de preuve élevé

Signifie qu'une conclusion est basée sur des Randomized Controlled Trials (RCTs - Etudes cliniques randomisées) d'excellente qualité méthodologique et que les résultats sont concordants pour plusieurs études.

GRADE B. Niveau de preuve modéré

Signifie qu'une conclusion est basée sur des RCTs présentant de sérieuses limites méthodologiques (serious limitations) ou que plusieurs études montrent des résultats non concordants.

GRADE C. Niveau de preuve faible (ou très faible)

Signifie qu'une conclusion est basée sur des RCTs présentant de très sérieuses limites méthodologiques (very serious limitations) ou qu'une conclusion est basée sur des RCTs présentant de sérieuses limites méthodologiques (serious limitations) et que plusieurs études montrent des résultats non concordants.

Niveaux de recommandation

Forte recommandation

Les avantages d'une intervention ou action déterminée dépassent nettement les inconvénients ou les risques.

Faible recommandation

Il existe un équilibre entre les avantages et les inconvénients ou risques d'une intervention ou action déterminée.

i.3. Aperçu des spécialités

Afin d'avoir un aperçu mis à jour en permanence des médicaments autorisés évoqués dans le présent rapport, nous vous renvoyons au site Internet du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) (<http://www.cbip.be>).



Conclusions

Après avoir étudié la littérature et entendu les exposés des experts lors de la réunion de consensus du 5 décembre 2019, le jury est parvenu aux conclusions suivantes.

1. Quelle est la définition de la douleur chronique ?

Le jury se réfère en l'occurrence à la réponse détaillée du jury lors de la réunion de consensus qui s'est tenue le [6 décembre 2018 sur « L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique »](#).

Le jury se limite donc à citer les nouveaux éléments cités par l'expert.

Il rejoint l'expert dans sa remarque selon laquelle le concept de douleur chronique ne convainc que difficilement les prestataires de soins de santé. C'est encore plus flagrant parmi le grand public.

La « Definition of Pain » du Groupe de travail de l'IASP a été mise à jour très récemment : « *Pain is an aversive sensory and emotional experience typically caused by, or resembling that caused by, actual or potential tissue injury.* »

En français : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle aversive généralement causée par une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou y ressemblant ».

Le jury se joint également à l'expert quand il regrette que la proposition de définition selon laquelle la « douleur est une expérience tenaillante associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, avec des composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et sociales » n'ait pas été retenue du fait que la définition approuvée ne couvre pas les aspects cognitifs et sociaux de la douleur.

L'explication du groupe de travail reprend les éléments suivants :

- La douleur est toujours une expérience subjective plus ou moins influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents : l'expérience de la douleur ne peut pas être réduite à une activité dans les voies nociceptives.
- Grâce à leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur et ses applications.
- Le signalement personnel d'une expérience douloureuse doit être accepté et respecté.
- Bien que la douleur joue habituellement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets néfastes sur le fonctionnement, le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un comportement parmi d'autres pour exprimer la douleur. L'impossibilité de communiquer n'empêche pas un être humain ou un animal de ressentir de la douleur.

Bien que la douleur aiguë présente souvent une cause réversible et disparaisse après la guérison ou la résolution du problème sous-jacent, la douleur chronique est plutôt une affection physiopathologique complexe qu'un symptôme. La douleur chronique s'accompagne habituellement d'une comorbidité typique, comme des troubles du sommeil, de la fatigue et des troubles de l'humeur. D'un point de vue psychologique, la douleur chronique est une forme de comportement appris et une maladie neuropathologique inadaptée qui est largement indépendante de l'apport nociceptif.



C'est la raison pour laquelle la Fédération européenne de la douleur demande que la douleur chronique soit considérée comme une « maladie à part entière ».

Le 25 mai 2019, l'OMS a approuvé la CIM-11, y compris la nouvelle classification de la douleur chronique.

À l'avenir, l'inclusion de la douleur chronique dans la CIM-11 permettra un meilleur enregistrement et fournira de précieuses données épidémiologiques.

La CIM-11 définit la douleur chronique comme « **une douleur persistante ou récurrente d'une durée supérieure à 3 mois** » et fait la distinction entre les types de douleur chronique suivants :

- MG30** *Douleur chronique*
- MG30.0** *Douleur chronique primaire*
- MG30.1** *Douleur chronique liée aux cancers*
- MG30.2** *Douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique*
- MG30.3** *Douleur musculo-squelettique chronique secondaire*
- MG30.4** *Douleur viscérale chronique secondaire*
- MG30.5** *Douleur neuropathique chronique*
- MG30.6** *Céphalées ou douleurs orofaciales chroniques*
- MG30.Y** *Autre douleur chronique spécifiée*
- MG30.Z** *Douleur chronique, sans précision*

La terminologie choisie est claire et explicite, à l'exception de la douleur primaire chronique. Cela inclut les syndromes de douleur nociplastique, comme la fibromyalgie, mais également la plupart des formes de lombalgie chronique. Dans cette classification, plusieurs types de douleur peuvent également être codés et des références croisées deviennent possibles.

D'un point de vue psychologique, la douleur est considérée comme un facteur comportemental et un état motivationnel. La douleur chronique est un comportement appris et une maladie neuropathologique inadaptée qui est largement indépendante de l'apport nociceptif.



2. Paracétamol et associations à base de paracétamol

Quelle place occupent un traitement au paracétamol et les associations à base de paracétamol dans le traitement multimodal de la douleur chronique ? L'efficacité réelle diffère-t-elle selon le type de douleur chronique à traiter ?

Le jury recommande le paracétamol comme première étape dans le traitement des douleurs ostéoarticulaires et nociceptives chroniques (genou ou hanche) et des douleurs dues à un cancer. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Le paracétamol n'a pas sa place dans le traitement des douleurs neuropathiques, de la fibromyalgie ou du syndrome de douleur régionale complexe. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Quelle est la posologie correcte pour le traitement de la douleur chronique et certains types de douleur nécessitent-ils des schémas d'administration spécifiques ?

Pour les douleurs chroniques, le jury recommande une dose standard de 2,5 à 3 g par jour pour un adulte. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Il convient de tenir compte de la demi-vie pour veiller à ce qu'il n'y ait ni intoxication ni douleur paroxystique.

Le jury tient à souligner que l'administration orale est préférée.

Il n'y a pas de différence d'efficacité selon la forme galénique orale.

Néanmoins, il est préférable de tenir compte de la préférence du patient, de ses caractéristiques spécifiques et de son état, par ex. :

- il est préférable de ne pas utiliser de comprimés effervescents chez les patients présentant un reflux gastro-intestinal et ils sont formellement contre-indiqués chez les patients souffrant d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension et d'une insuffisance rénale avancée en raison d'une charge élevée en sodium (jusqu'à +/- 500 mg/comprimé effervescent).
- impossibilité d'avaler des comprimés.

Quels sont les effets indésirables du paracétamol dans le traitement de la douleur chronique, tant à court terme qu'à long terme ?

Le paracétamol a peu d'effets indésirables et ceux-ci sont généralement modérés. *(Avis d'expert)*

En ce qui concerne les complications à long terme et/ou l'accoutumance, il n'existe aucune donnée scientifique, puisque la pharmacodynamique du paracétamol est en fait basée sur un mécanisme encore inconnu et étant donné l'absence d'études à long terme.

Le paracétamol peut générer de la somnolence chez les patients. *(Avis d'expert)*

Une dose thérapeutique à court terme de paracétamol n'a aucun effet toxique sur le foie, car l'organisme contient normalement suffisamment de glutathion. Des doses excessives de paracétamol



(à partir de >6 g en phase aiguë ou prolongée >4 g/jour) peuvent entraîner une hépatotoxicité qui est rare, mais très grave. Par conséquent, un surdosage, qu'il soit aigu ou chronique, nécessite une hospitalisation en raison de cette hépatotoxicité et d'une nécrose hépatique potentiellement létale.

Les effets indésirables gastro-intestinaux sont très rares.

Rien n'indique que l'utilisation du paracétamol provoque de l'asthme pendant la grossesse ou plus tard dans la vie.

Si l'on soupçonne des maux de tête dus à l'utilisation chronique de paracétamol, le jury suit les conseils de l'expert pour arrêter progressivement le paracétamol.

Les réactions hématologiques et cutanées sont rares ainsi que l'hypersensibilité.

Conclusion générale du jury sur l'utilisation du paracétamol dans les douleurs chroniques

Le jury propose que le paracétamol soit toujours utilisé comme première étape en cas de douleur chronique.

Le profil d'innocuité du paracétamol est bon.

Le jury tient à souligner que cette sécurité est déterminée par le respect d'une posologie appropriée. Elle ne peut pas dépasser la dose maximale de 3 g par jour en cas d'administration supérieure à 1 mois. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Pour certains profils de risque, la dose doit encore être réduite. Voir question 6.

La priorité est accordée à une administration orale. La forme galénique doit être adaptée aux caractéristiques du patient. Voir ci-dessus.



3. Anti-inflammatoires (AINS sélectifs et non sélectifs et acide acétylsalicylique)

Quelle place occupent les différents anti-inflammatoires (AINS sélectifs et non sélectifs et acide acétylsalicylique) dans le traitement multimodal de la douleur chronique ? L'efficacité réelle diffère-t-elle selon le type de douleur chronique à traiter ?

L'utilisation d'AINS est recommandée pour certains types de douleurs chroniques lorsque le paracétamol s'avère inefficace en monothérapie. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Il n'y a pas de différence significative d'effet entre les différents AINS, qu'ils soient sélectifs ou non sélectifs.

Le choix de l'AINS doit se faire en fonction des caractéristiques du patient (voir également la question 4). *(Forte recommandation)*

En cas d'inefficacité d'un AINS, un AINS d'une autre classe peut être tenté. *(Avis d'expert, faible recommandation)*

Il ne faut toutefois pas associer des molécules de différentes classes: interroger le patient sur son automédication.

Les AINS sont recommandés pour le traitement des pathologies **ostéo-articulaires et des lombalgies chroniques**. *(GRADE C)* Ils peuvent également être utilisés chez les **survivants du cancer**. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

En cas de **douleur cancéreuse**, ils peuvent être envisagés seuls ou en association avec des opioïdes. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Les AINS ne sont pas efficaces et ne conviennent donc pas pour la **douleur neuropathique**. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Les Coxibs auraient une place dans la gestion d'une hyperalgésie (sevrage de médicaments, crise inflammatoire). *(Avis d'expert, faible recommandation)*

L'utilisation de l'acide acétylsalicylique n'est pas recommandée dans le traitement de la douleur chronique. *(Forte recommandation)* Son efficacité était rappelée dans le traitement des crises migraineuses, dans la douleur liée aux ostéomes ostéoïdes. *(Avis d'expert)*

Quelle est l'importance de la forme galénique utilisée ?

La forme galénique affectera la vitesse de l'effet, mais pas son ampleur.

La forme orale sera privilégiée chez le patient ne souffrant pas de trouble de déglutition (facilité d'utilisation, coût).

Le choix de la galénique dépendra de la préférence du patient afin d'optimiser l'adhérence thérapeutique.

Les formes injectables seront évitées en cas de douleur chronique. *(Avis d'expert, forte recommandation)*



Quelle est l'importance d'une posologie correcte pour l'effet clinique et le profil de sécurité?

Les AINS et l'acide acétylsalicylique ont généralement une courbe dose-réponse. Dès lors, des doses plus élevées indiquent une efficacité clinique plus élevée. De même, on relève davantage d'effets indésirables avec des doses plus élevées. Dans la pratique, il convient de trouver un équilibre entre efficacité clinique et effets indésirables.

La dose efficace d'AINS la plus faible doit être utilisée pendant la période la plus courte possible afin de garder les symptômes sous contrôle. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Une des modalités d'administration pourrait être une semaine de traitement par AINS par mois. *(Avis d'expert, faible recommandation)*

Les risques et bénéfices doivent être pris en compte et expliqués au patient lors de chaque prescription. *(Avis d'expert, forte recommandation)*



4. Anti-inflammatoires (AINS sélectifs et non sélectifs, effets indésirables)

Quel est le profil des effets indésirables des différents AINS sélectifs et non sélectifs dans le traitement de la douleur chronique ?

Les AINS, utilisés à court terme, sont des médicaments considérés comme relativement sûrs. Cependant, ils ne sont pas dénués d'effets secondaires qui doivent être pris en considération lors de leur usage.

Tous les AINS sont associés à un risque d'effets indésirables gastro-intestinaux, cardiovasculaires et rénaux. Le choix d'un AINS doit s'appuyer sur les caractéristiques du patient. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Systeme gastro-intestinal

Des lésions gastriques ou intestinales peuvent apparaître dans 30-50% des patients après un usage chronique d'AINS. Des complications plus graves telles que saignement, perforation ou obstruction peuvent apparaître chez 1-2% des usagers réguliers. Les AINS COX-2 sélectifs seraient en théorie mieux tolérés à ce niveau mais ne montrent pas d'améliorations de l'efficacité. *(GRADE C)* L'ibuprofène à une dose <1200 mg par jour présente le risque gastro-intestinal le plus faible par rapport à d'autres AINS classiques, comme le diclofénac et le naproxène. *(GRADE C)*

Systeme cardiovasculaire

Tous les AINS augmentent, à des degrés divers, le risque de maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, thromboses, AVC). Le risque maximal est observé principalement pendant le premier mois de traitement. Ce risque survient principalement avec les inhibiteurs sélectifs de la COX-2, le diclofénac à dose élevée et l'ibuprofène à une dose > 1200 mg par jour. En usage chronique, le naproxène présente une incidence moindre de survenue d'accidents cardiovasculaires. *(GRADE C)*

Toxicité rénale des AINS

5% des patients traités par des AINS peuvent développer une hypertension. Ce risque est accru pour les AINS COX-2 sélectifs. De plus, les AINS peuvent provoquer une néphropathie aux analgésiques qui se caractérise par une insuffisance rénale progressive.

Une insuffisance rénale aiguë peut principalement apparaître lors d'une déplétion volumique due à des diurétiques ou à une restriction en sel, à une insuffisance cardiaque préexistante, à une insuffisance rénale chronique, à une cirrhose avec ascite, à un syndrome néphrotique ou à des troubles vasculaires périphériques, ou à l'utilisation concomitante d'inhibiteurs de l'ECA ou de sartans.

Une insuffisance rénale aiguë peut survenir dès le début du traitement.

Photosensibilité

Tous les AINS de toutes les formes galéniques peuvent causer une photosensibilité.

Allergie (croisée)

Il faut rester vigilant chez les patients ayant présenté de l'asthme après prise d'acide acétylsalicylique et aux allergies croisées entre AINS.

(Avis d'expert)



Quelle est l'importance de la forme galénique utilisée ?

La galénique n'a pas d'incidence sur le profil des effets secondaires. La forme topique peut aussi en occasionner.

Quel est le risque d'une utilisation chronique « off-label » ?

Le jury comprend que cette question porte sur l'utilisation chronique de **médicaments en vente libre**.

De nombreuses personnes utilisent les AINS disponibles en accès libre et cette automédication est souvent utilisée par les personnes présentant un risque accru de complications graves. De plus, près d'un utilisateur sur dix prend plus que la dose maximale quotidienne recommandée. (GRADE C)

Le jury est d'avis que la délivrance libre d'AINS doit s'accompagner de conseils spécialisés par le pharmacien. (*Forte recommandation*) Voir également la question 9 à cet égard.

Le risque de l'utilisation des AINS disponibles en accès libre comprend la surconsommation et l'absence de traces de l'utilisation dans le dossier médical du patient d'un médicament qui comprend des risques liés à sa nature, à la durée de son utilisation et de son dosage.

Le jury conseille toujours aux médecins de s'informer auprès du patient de toute utilisation de médicaments en vente libre. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Le jury est favorable à l'intégration de toutes les données disponibles sur les médicaments, y compris les médicaments en vente libre, dans le dossier pharmaceutique et dans le dossier médical du patient (DMG, SUMEHR, etc.). (*Avis d'expert, forte recommandation*)



5. Adjuvants

Quelle place occupent les adjuvants dans le traitement multimodal de la douleur chronique ?

L'efficacité réelle et les effets indésirables dépendent-ils du type de douleur à traiter ?

Il n'y a pas de données probantes pour confirmer l'efficacité des adjuvants dans la douleur chronique. Les études actuelles présentent des problèmes méthodologiques (incertitudes de la randomisation, du secret de l'attribution, un risque incertain de notification des données, des échantillons trop petits).

Selon la revue de la littérature, avec ses inclusions et exclusions, dans une approche multimodale de la douleur chronique, des adjuvants sont cependant prescrits pour certaines pathologies. Le niveau de preuve est cependant faible à très faible. Ils sont repris dans le tableau 1.

Tableau 1. Revue de la littérature: les adjuvants prescrits pour certaines douleurs chroniques

Lombalgie et /ou radiculalgie	Duloxétine
Douleur chronique du cou	Amitriptyline
Douleur neuropathique diabétique	Duloxétine 20mg, 60mg, 120mg
	Venlafaxine 150mg, 225 mg
	Prégabaline 150mg, 300mg, 600mg
	Gabapentine
Névrалgie post zona	Prégabaline 150 mg, 300mg et 600mg
	Gabapentine
Douleur neuropathique centrale	Prégabaline 600mg
Neuropathie mixte	Prégabaline 600mg
Douleur neuropathique périphérique	Carbamazépine



Le tableau 2 du CBIP résume l'ordre de sélection pour le traitement de la douleur neuropathique dans les différents guides de pratiques.

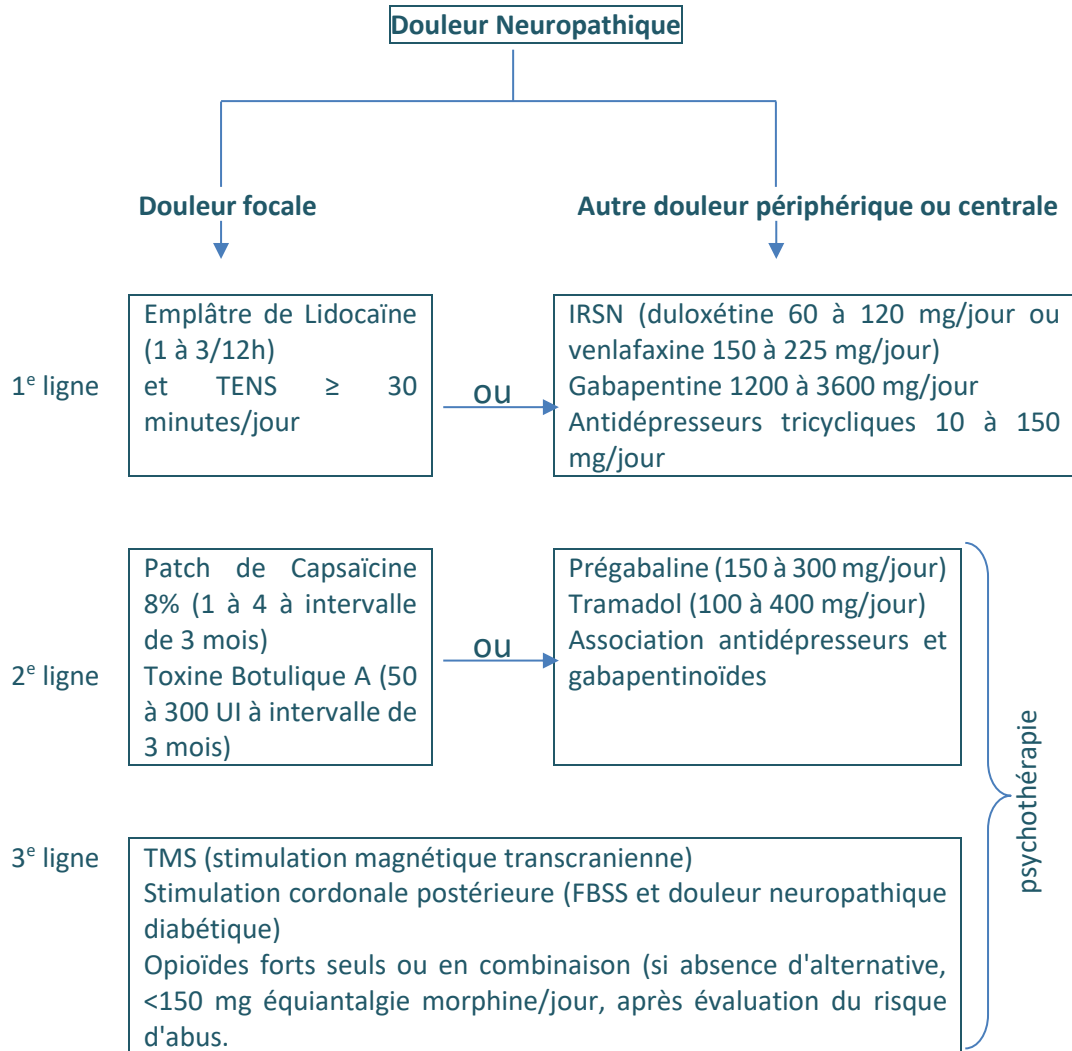
Tableau 2. Guides de pratique : douleur neuropathique (présentation Goesaert (CBIP))

	NHG 2018	Worel 2017	NICE 2017	ASCO 2016	DOH Ireland 2015
1 ^e choix	ATC: Amitriptyline Nortriptyline (personnes âgées) Carbamazépine (névralgie du trijumeau)	Amitriptyline	Amitriptyline ou duloxétine ou gabapentine ou prégabaline Carbamazépine (névralgie du trijumeau)	Pas de préférence	Pas de préférence
2 ^e choix	Gabapentine	Gabapentine			
3 ^e choix	Prégabaline Duloxétine	Prégabaline Duloxétine			
	Envisagez une combinaison				



Pour le traitement des douleurs neuropathiques, l'expert nous relaie la proposition suivante de la SFETD :

Tableau 3. Douleur Neuropathique : Recommandation SFETD 2019



Le traitement adjuvant doit s'inscrire dans un contexte d'évidence based medicine incluant les compétences du praticien ainsi que les attentes et demandes du patient.

Les adjuvants antalgiques interviennent surtout sur les diverses comorbidités qui les accompagnent (exemple : le sommeil, l'humeur, le statut fonctionnel) et, au fond, pas directement sur la douleur même.

Des antiépileptiques et des antidépresseurs sont prescrits dans la douleur neuropathique chronique. Ils seront évalués par une équipe multidisciplinaire selon une approche biopsychosociale.



Les adjuvants ci-dessous diminuent donc, indirectement, l'intensité de la douleur et améliorent la fonctionnalité et/ou la qualité de vie. Pour les autres molécules, il manque des études.

Tableau 4. Tableau d'efficacité des adjuvants pour certaines douleurs chroniques (Données EBM)

Pathologies de douleurs chroniques	Molécules	Réduction de la douleur	Amélioration fonctionnelle	Qualité de vie	Niveau de preuve
Ostéoarthrite	Duloxétine/placebo	Non indiqué	oui	oui	5 RCT Faible à très faible
Douleurs musculosquelettiques Lombalgies, Polyarthrite rhumatoïde Douleur du bras	Amitriptyline/placebo	Non	oui		7 RCT faible
Lombalgie radiculaire ou pas	duloxétine	oui	oui	oui	3 RCT Faible

Des sous-groupes de patients, déterminés selon leurs caractéristiques cliniques (QST (Quantitative Sensory Testing), examen clinique précis) doivent être identifiés pour mieux cibler les patients susceptibles d'obtenir une meilleure réponse thérapeutique.

La tolérance médicamenteuse est individuelle, le prescripteur tiendra compte des interactions médicamenteuses (métabolisme, Cytochrome P450, transport par la glycoprotéine P). Il est important d'améliorer les connaissances des soignants dans ce domaine.

Une étude récente (Caroso et al 2019) montre une efficacité des antidépresseurs sur la douleur chronique et l'humeur, elle invite aussi le prescripteur à prendre des précautions pour cette population fragile (risque de problèmes de tolérance).



6. Populations de patients spécifiques

6.1. Paracétamol

Certaines populations de patients (patients avec insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, patients avec comorbidité psychiatrique) nécessitent-elles une attention particulière pour l'utilisation de paracétamol, d'AINS et d'adjuvants ?

1) Grossesse

Le paracétamol est sans danger pendant la grossesse et l'allaitement. Le jury tient à souligner que la dose la plus faible doit toujours être appliquée, et ce, pendant la période la plus courte possible. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

2) Adolescents/enfants²

Le paracétamol a également une posologie maximale pour les enfants : pour un enfant de moins de 10 kg dont le système de glucuronidase ne fonctionne pas encore de manière optimale (en raison d'une maturité insuffisante), la dose maximale est de 30 mg/kg/jour et de 60 mg/kg/jour au-delà de 10 kg. Une administration par voie orale est préférée à une administration par voie anale, car la biodisponibilité des suppositoires n'est pas fiable et peut être dosée de façon plus précise per os. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

3) Risque au niveau rénal

En cas d'insuffisance rénale sévère eGFR <10, l'intervalle posologique est prolongé jusqu'à 8 heures. Dans tous les autres cas, aucun ajustement ne doit être effectué. La dose maximale de 2,5 à 3 g par jour pour le traitement chronique de la douleur doit toujours être respectée. Les comprimés effervescents à forte teneur en sodium doivent être utilisés avec prudence chez les patients suivant un régime hyposodé (jusqu'à +/- 500 mg de sodium/comprimé effervescent) (*Avis d'expert, forte recommandation*)

4) Risque au niveau hépatique

Chez les patients atteints d'une maladie hépatique, la dose est réduite à 1,5 à 2 g/jour, en particulier en cas de facteurs de risque supplémentaires :

- faible poids <50 kg
- malnutrition
- éthanol >2 unités par jour
- tabagisme
- utilisation de multiples analgésiques métabolisés par le foie
- âge élevé >75 ans
- utilisation de carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, isoniazide, rifampicine.

(*Avis d'expert, forte recommandation*)

5) Risque cardiovasculaire

Le paracétamol en tant que molécule ne présente aucun effet indésirable cardiovasculaire.

² Le jury constate qu'il n'y a pas de recommandations spécifiques pour les adolescents alors qu'il y en a pour les enfants



Surcharge sodique par certains comprimés effervescents.

(Avis d'expert, forte recommandation)

6) Risque gastro-intestinal

Aucune contre-indication spécifique Il est également préférable d'éviter les comprimés effervescents chez les patients présentant un reflux/œsophagite. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

7) Personnes âgées

Chez les personnes âgées, il convient de prendre en compte l'état nutritionnel et la pathologie concomitante. De préférence, on utilise la dose la plus faible, qui a un effet clinique. En cas d'utilisation chronique, ne pas dépasser la dose de 2 g par jour. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

8) Comorbidité psychiatrique

Compte tenu de l'absence de données dans l'étude de la littérature et dans les commentaires des experts, le jury ne peut se prononcer à ce sujet.

Y a-t-il des contre-indications spécifiques ?

L'utilisation de paracétamol en cas d'insuffisance rénale terminale (eGFR < 10 mL/minute/1,73 m²) ou de dialyse requiert un intervalle plus long entre les doses. L'insuffisance hépatique aiguë est une contre-indication et toute maladie hépatique chronique nécessite une réduction de dose.

La présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque induisant une toxicité hépatique aiguë ou chronique chez le patient doit toujours être examinée. Ces facteurs sont les suivants :

- maladie hépatique existante
- faible poids <50 kg
- malnutrition
- éthanol >2 unités par jour
- âge élevé >75 ans
- tabagisme
- utilisation de multiples analgésiques métabolisés par le foie
- utilisation de carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, isoniazide, rifampicine.

(Avis d'expert, forte recommandation)

Certaines mesures de protection doivent-elles être prises en compte (moment de prise, utilisation d'IPP, ...) ?

Aucune mesure supplémentaire ne doit être prise par rapport à la prise de paracétamol, à l'exception d'une augmentation de l'intervalle en cas d'insuffisance rénale chronique (eGFR < 10).

(Avis d'expert, forte recommandation)

Que conclut le jury sur le paracétamol pour la question 6 ?

Le paracétamol est généralement un produit sûr.

Les femmes enceintes et les enfants peuvent le prendre, en respectant les doses maximales.

Il n'y a aucun effet indésirable cardiovasculaire et néphrologique connu propre à la molécule de paracétamol.



Il n'existe aucune contre-indication absolue à l'utilisation du paracétamol. Le jury tient à insister fortement sur le fait que l'existence d'un ou de plusieurs facteurs de risque pour induire une toxicité hépatique aiguë ou chronique chez le patient doit toujours être vérifiée.

Ils sont à nouveau énumérés ci-dessous :

- troubles hépatiques existants : faut-il se demander s'il existe une meilleure alternative ?
- âge élevé >75 ans : dose chronique maximale de 2 g par jour
- faible poids <50 kg
- malnutrition
- éthanol >2 unités par jour
- tabagisme

En outre, il convient de toujours envisager la nécessité d'ajustement de la dose ou de l'intervalle.

- En cas d'utilisation de plusieurs analgésiques métabolisés par le foie
- En cas d'utilisation de carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, isoniazide, rifampicine.

et les interactions possibles doivent être prises en compte.

Il faut également toujours craindre un surdosage involontaire en association avec du paracétamol acheté en vente libre.

(Avis d'expert, forte recommandation)

6.2. AINS

Certaines populations de patients (patients avec insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, patients avec comorbidité psychiatrique) nécessitent-elles une attention particulière pour l'utilisation de paracétamol, d'AINS et d'adjuvants ?

1) Grossesse (et allaitement)

Les AINS ne sont pas recommandés pendant la grossesse. *(Avis d'expert, forte recommandation)* En cas d'urgence, ils ne peuvent être utilisés que sporadiquement et uniquement au cours du premier trimestre sur avis médical. L'ibuprofène et le diclofénac sont alors préférés.

Il n'y a pas de contre-indications pendant l'allaitement.

2) Adolescents/enfants³

Si le paracétamol est insuffisant, une dose plus faible d'ibuprofène est recommandée chez les enfants, y compris les adolescents âgés de 12 à 18 ans. *(Avis d'expert, forte recommandation)* L'ibuprofène est contre-indiqué en cas de (varicelle et de) zona, car il peut induire des complications cutanées graves. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

3) Risque au niveau des reins

Les AINS doivent être utilisés avec prudence chez les patients présentant (ayant un risque élevé de développer) une insuffisance rénale ou prenant simultanément des médicaments potentiellement néphrotoxiques. Un ajustement posologique et une surveillance de la fonction rénale sont nécessaires à un eGFR < 60 mL/minute. En cas de eGFR < 30 mL/minute, les AINS sont absolument contre-indiqués. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

³ Le jury constate qu'il n'y a pas de recommandations spécifiques pour les adolescents alors qu'il y en a pour les enfants



4) Risque au niveau du foie

Les AINS doivent être évités chez les patients présentant une insuffisance hépatique en raison de leur hépatotoxicité. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

5) Risque cardiovasculaire

Les AINS doivent être évités chez les patients présentant un risque cardiovasculaire accru (hypertension, insuffisance cardiaque, athérosclérose). *(Avis d'expert, forte recommandation)* Si un traitement par AINS s'avère nécessaire, il convient d'en limiter la dose et la durée.

Le jury tient à souligner que les AINS sont contre-indiqués chez les patients prenant des anticoagulants ou des antiagrégants.

6) Risque gastro-intestinal

Les AINS doivent être évités chez les patients présentant un risque gastro-intestinal accru.

Les AINS sélectifs de la COX-2 ne sont pas recommandés.

Les AINS doivent également être évités en association avec des médicaments contre-indiqués chez les patients ayant des antécédents d'ulcère peptique (par ex. clopidogrel, prasugrel, ticagrélor, glucocorticoïdes, ISRS, spironolactone). Si des AINS sont nécessaires chez des patients ayant des antécédents d'ulcère peptique, le diclofénac ou l'ibuprofène sont préférables (les deux en association avec un IPP). *(Avis d'expert, forte recommandation)*

7) Personnes âgées

Les AINS doivent être limités en dose et en durée chez les personnes âgées, en particulier en cas de fragilité, de comorbidité et de comédication. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

8) Comorbidité psychiatrique

Compte tenu de l'absence de données dans l'étude de la littérature et dans les commentaires des experts, le jury ne peut se prononcer à ce sujet.

Y a-t-il des contre-indications spécifiques ?

Contre-indications absolues :

- Grossesse après 1^{er} trimestre.
- Insuffisance rénale (eGFR < 30 mL/minute/1,73 m²).
- Varicelle ou zona

(Avis d'expert, forte recommandation)

Contre-indications relatives :

- Personnes âgées
- Insuffisance rénale (eGFR < 60 mL/minute)
- Insuffisance hépatique
- Risque cardiovasculaire accru
- Patients prenant des anticoagulants ou des antiagrégants
- Risque gastro-intestinal accru
- Association avec des médicaments contre-indiqués chez les patients ayant des antécédents d'ulcère peptique (par ex. clopidogrel, prasugrel, ticagrélor, glucocorticoïdes, ISRS, spironolactone).



Certaines mesures de protection doivent-elles être prises en compte (moment de prise, utilisation d'IPP, ...) ?

L'ajout d'IPP aux AINS classiques est recommandé chez les patients présentant un risque gastro-intestinal accru pendant la durée du traitement par AINS. Le jury tient à souligner que les IPP ne font que réduire le risque de complications gastro-intestinales mais ne les éliminent pas.

Le jury souhaite également faire référence à la [réunion de consensus du 31 mai 2018 sur « L'usage rationnel des Inhibiteurs de la pompe à protons \(IPP\) en cas de pathologie gastro-œsophagienne non ulcéreuse \(ulcère gastroduodéal exclu\) »](#) (question 7 - p. 18-19).

6.3. Adjuvants

Certaines populations de patients (patients avec insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, patients avec comorbidité psychiatrique) nécessitent-elles une attention particulière pour l'utilisation de paracétamol, d'AINS et d'adjuvants ?

1) Grossesse

Les antidépresseurs doivent être évités autant que possible tout au long de la grossesse. (*Avis d'expert, forte recommandation*) En effet, un effet tératogène ne peut être exclu pour aucun antidépresseur.

Il existe un risque de tératogénicité pour de nombreux antiépileptiques.

Une contraception efficace est indiquée chez les femmes sous antiépileptiques en âge de procréer qui ne souhaitent pas tomber enceintes, en tenant compte des interactions potentielles. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Chez les femmes sous antiépileptiques en âge de procréer qui souhaitent tomber enceintes, l'évaluation du traitement est importante, en concertation avec la femme et de préférence suffisamment longtemps avant la conception.

En cas de traitement par antiépileptiques, 4 mg d'acide folique par jour doivent être administrés dès l'arrêt de la contraception et certainement périoconceptionnellement.

Concernant les anesthésiques locaux, la lidocaïne a été le mieux étudiée et elle s'avère sûre.

Pour les autres anesthésiques locaux, il y a très peu de données.

Les anesthésiques locaux peuvent traverser la barrière placentaire par absorption générale, avec la possibilité d'effets indésirables chez le fœtus et le nouveau-né.

L'utilisation de la glucosamine est fortement déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

2) Adolescents/enfants⁴

Chez les adolescents, aucune recommandation spécifique n'a été retrouvée dans la littérature ni auprès de l'expert.

La seule recommandation retrouvée est que l'utilisation de la glucosamine est fortement déconseillée chez les enfants de moins de 18 ans. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

⁴ Le jury constate qu'il n'y a pas de recommandations spécifiques pour les adolescents alors qu'il y en a pour les enfants



3) Risque au niveau des reins

Le guide de pratique NHG propose un ajustement posologique de la carbamazépine, la gabapentine et la prégabaline chez les patients atteints d'insuffisance rénale. La prudence s'impose avec les ATC (antidépresseurs tricycliques). *(Avis d'expert, forte recommandation)*

En application locale, les effets indésirables systémiques des AINS sont rares. Toutefois, la prudence s'impose chez les patients atteints d'insuffisance rénale. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Des syndromes néphrotiques et des néphrites interstitielles sont survenus après l'application de gel de piroxicam.

L'utilisation de la glucosamine est fortement déconseillée en cas d'insuffisance rénale. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

4) Risque au niveau du foie

Les ATC doivent être évités chez les patients présentant une insuffisance hépatique. La duloxétine et la venlafaxine sont également contre-indiquées. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

5) Risque cardiovasculaire

Les guides de pratiques du NHG indiquent que les antidépresseurs tricycliques sont contre-indiqués chez les patients ayant récemment eu une crise cardiaque et des arythmies. Ces médicaments doivent être évités chez les patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire (par ex. insuffisance cardiaque). *(Avis d'expert, forte recommandation)* Ce guide de pratique recommande d'envisager un ECG chez les patients présentant un risque accru d'effets indésirables cardiovasculaires avant d'initier le traitement par ces médicaments. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Le guide de pratique WOREL 2017 mentionne également des arythmies et des troubles de la conduction cardiaque significatifs comme effet indésirable de l'amitriptyline.

La gabapentine/prégabaline peut être envisagée chez les patients pour lesquels des ATC ne sont pas indiqués en raison de risques cardiovasculaires. *(Avis d'expert, faible recommandation)*

La duloxétine et la venlafaxine sont contre-indiquées en cas d'hypertension non contrôlée. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

L'utilisation de glucosamine est fortement déconseillée chez les personnes présentant des troubles de la coagulation sanguine ou qui prennent un anticoagulant. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

6) Risque gastro-intestinal

Le guide de pratique WOREL 2017 recommande la prudence lors de l'utilisation d'amitriptyline chez les patients souffrant de constipation chronique. *(Avis d'expert, forte recommandation)*

7) Personnes âgées

Le guide de pratique NHG 2018 recommande la nortriptyline pour le traitement de la douleur neuropathique chez les personnes âgées en raison d'effets indésirables anticholinergiques moins centraux qu'avec l'amitriptyline. La posologie des adjuvants doit être ajustée chez les personnes âgées : « start low, go slow ». *(Avis d'expert, forte recommandation)*

8) Comorbidité psychiatrique

Tant l'étude de la littérature que les commentaires des experts manquent de données sur ce point.



Toutefois, le jury recommande, sur la base d'interactions entre les différents antidépresseurs, de ne pas les ajouter chez les patients atteints de troubles psychiatriques qui suivent une médication pour les traiter. Il en va de même pour la carbamazépine. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Y a-t-il des contre-indications spécifiques ?

1) Antidépresseurs tricycliques

- Association avec les inhibiteurs de la MAO.
- Infarctus du myocarde récent,
- Arythmies cardiaques (surtout bloc atrio-ventriculaire).
- Effets indésirables des anticholinergiques pour les produits avec effet anticholinergique (en particulier l'amitriptyline).
- Insuffisance hépatique

2) Antidépresseurs IRSN

- Association avec les inhibiteurs de la MAO.
- Duloxétine : également hypertension non contrôlée ; insuffisance rénale sévère ; insuffisance hépatique.
- Venlafaxine : également hypertension non contrôlée. Risque accru d'arythmie ventriculaire

3) Antiépileptiques Carbamazépine

- Bloc auriculo-ventriculaire.
- Association avec un inhibiteur de la MAO.

4) Glucosamine

- Allergie aux crustacés.

5) AINS à usage topique

- Hypersensibilité (locale ou systémique) par rapport au médicament même, autres AINS ou acide acétylsalicylique.
- Kétoprofène localement : exposition au soleil (même par temps couvert) et aux rayons UV pendant le traitement et jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du traitement.

Certaines mesures de protection doivent-elles être prises en compte (moment de prise, utilisation d'IPP, ...) ?

Aucune mesure de protection spécifique liée aux adjuvants n'a été retrouvée.



7. Traitements topiques

Quelle est la place de l'administration topique d'analgésiques dans le traitement multimodal des syndromes douloureux chroniques ?

En premier lieu, le jury juge important d'attirer l'attention sur la différence entre l'application topique et l'application transdermique. Un traitement topique reste local et fonctionne sur site. Il n'y a pratiquement pas d'absorption systémique, ce qui limite les effets indésirables systémiques.

Les analgésiques topiques peuvent induire un effet analgésique et sont donc inclus dans les modalités de traitement en raison de leurs effets indésirables limités.

(Forte recommandation)

L'efficacité réelle diffère-t-elle selon le type de douleur à traiter ?

Le jury conclut que les études existantes, d'une qualité de donnée faible à modérée, démontrent une efficacité pour certains types de douleur :

- L'administration topique d'AINS n'a été étudiée que pour l'arthrose (pas pour d'autres syndromes douloureux ou types de douleur). Il n'y a pas de différence significative dans l'effet analgésique par rapport aux AINS oraux. *(GRADE C)*
- L'administration topique de DMSO a été étudiée uniquement en cas d'arthrose. Ce qui contraste avec les directives selon lesquelles l'utilisation se fait essentiellement dans le cas du syndrome douloureux régional complexe (SDRC). *(Avis d'expert)*
Les études montrent que les données sont insuffisantes pour utiliser le DMSO en cas d'arthrose. Le jury y adhère. *(Avis d'expert)*
- L'administration topique de capsaïcine et de lidocaïne n'a été étudiée que dans des syndromes de douleur neuropathique.
 - Pour la capsaïcine, un effet analgésique a été démontré dans différents types de syndromes de douleur neuropathique, mais pour la polyneuropathie diabétique, les résultats d'études antérieures font encore l'objet de quelques doutes.
 - Il y a moins de données scientifiques pour la lidocaïne en raison des limites méthodologiques des études réalisées et de l'effet protecteur mécanique du patch même (notamment une protection contre l'allodynie).
 - L'expert ne met pas en évidence de supériorité de la lidocaïne sur la capsaïcine. Néanmoins il propose en première intention l'usage de la lidocaïne pour sa facilité d'utilisation et son coût plus faible. En cas d'échec de la lidocaïne, l'expert propose de passer à la capsaïcine. La capsaïcine à hautes doses est réservée aux centres de douleur agréés selon des modalités spécifiques. La superficie maximale à traiter ne peut excéder 4 patches. Le jury marque son accord, *(Avis d'expert, forte recommandation)*

Enfin l'expert insiste sur l'efficacité des traitements topiques via l'effet placebo de l'application sur la douleur et par ailleurs l'effet bénéfique du contact de l'emplâtre froid sur la peau chez certains patients.



Quel est le profil de sécurité des traitements topiques par rapport aux traitements systémiques ?

En général, d'une part, des effets indésirables plus locaux sont identifiés par les traitements topiques. D'autre part, en raison de l'apport limité, on observe moins d'effets indésirables systémiques.

- Capsaïcine : Les effets indésirables possibles sont des rougeurs et des douleurs brûlantes ou piquantes au niveau du site d'application. Ces sensations disparaissent généralement au bout de quelques jours. Il existe un risque de troubles neurologiques à long terme. Toux, éternuements ou autres signes d'irritation lorsque de la vapeur ou des résidus secs de préparations topiques sont inhalés.

L'expert insiste sur les précautions à prendre lors de l'application de la capsaïcine : protection des yeux, des muqueuses et contre-indiqué sur un épiderme lésé ou irradié.

- Lidocaïne, prilocaïne, tétracaïne :
 - Réactions allergiques avec les esters (tétracaïne) (et rarement avec les amides (lidocaïne, prilocaïne)) : réactions essentiellement locales ; les réactions anaphylactiques sont rares.
 - Réactions (pseudo)allergiques aux conservateurs comme les parabènes et les bisulfites. Toxicité au niveau du système nerveux central (agitation, anxiété, tremblements, convulsions) suivie d'un collapsus cardiovasculaire, bradycardie, troubles de la conduction cardiaque, arrêt cardiaque : en cas de surdosage. Un surdosage peut également survenir avec des produits utilisés localement.
 - Risque de lésions cornéennes en cas de contact avec les yeux.
 - Prilocaïne : également méthémoglobinémie, en particulier chez l'enfant et à l'application de grandes quantités.

En cas de grossesse : les anesthésiques locaux peuvent traverser la barrière placentaire, avec la possibilité d'effets indésirables chez le fœtus et le nouveau-né. La lidocaïne a été le mieux étudiée et s'avère sans danger ; très peu de données sont disponibles pour les autres anesthésiques locaux.

- AINS topiques:
 - Contre-indications : Hypersensibilité (locale ou systémique) par rapport au médicament même, autres AINS. Kétoprofène localement : exposition au soleil (même par temps couvert) et aux rayons UV pendant le traitement et jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du traitement.
 - Effets indésirables :
 - Irritation de la peau, réactions allergiques.
 - Étofénamate, piroxicam et surtout kétoprofène [voir Folia juillet 2011] : allergie de contact fréquente et photosensibilité parfois persistante. Une photoallergie à l'extérieur de la zone d'application est également possible.
 - En application locale, les effets indésirables systémiques des AINS sont rares. Il convient toutefois de garder à l'esprit que des effets systémiques peuvent toujours survenir en cas d'utilisation chronique. Le jury adhère à l'avertissement de l'expert concernant ces effets indésirables. Il convient de faire preuve de la même vigilance qu'avec l'utilisation d'AINS oraux.

Le jury prend note de la communication de l'expert que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) planifie une étude de grande envergure à fin de pouvoir faire des recommandations sur l'utilisation des suppléments et les usages topiques.



8. Suppléments alimentaires et cannabis médical

Quelle place occupent les suppléments alimentaires (curcumine, chondroïtine, hyaluronate, etc.) dans le traitement multimodal de la douleur chronique ?

En accord avec l'expert, le jury conclut, sur la base des données documentaires, qu'il

- N'existe à ce jour aucune donnée scientifique justifiant une administration (orale) d'acide hyaluronique ou de Traumeel dans le traitement de la douleur chronique.
- Toutefois, il existe une évidence scientifique faible à (maximum) modérée pour la glucosamine et la chondroïtine, pour l'effet analgésique et l'amélioration fonctionnelle.
- Pour l'association chondroïtine/glucosamine, il n'existe aucune preuve de valeur ajoutée ni d'effet synergique. Pour la glucosamine, il y a un risque important d'allergie croisée avec les crustacés.
- Que pour le curcuma, il y a peu de biodisponibilité, il faut donc des doses très élevées pour constater un effet (celle-ci augmente, selon la réponse de l'expert à la question posée pendant la conférence, si on le combine au poivre noir ou à l'huile). Le curcuma a un assez bon profil de sécurité. La question se pose cependant de savoir s'il n'engendre pas des interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses. L'expert insiste sur le besoin d'études plus approfondies dans ce domaine. Dans le cas du curcuma, on peut l'essayer quelques semaines notamment dans les cas d'arthrose et en cas d'intolérance aux AINS. La dose ayant prouvé son efficacité dans les études est 2 g de curcumine/jour. (*Avis d'expert*) Le jury suit l'opinion de l'expert.

En absence de preuves scientifiques convaincantes, de données suffisantes sur la sécurité et les interactions médicamenteuses et en l'absence également de recherches approfondies à leur sujet, le jury ne peut recommander l'utilisation systématique de ces compléments alimentaires (*avis d'expert, forte recommandation*).

Le jury conclut également que le **cannabidiol** n'a pas sa place dans le traitement de la douleur chronique ni en tant qu'agent thérapeutique adjuvant.

La perception publique est différente et les patients sont très demandeurs d'un usage du cannabidiol pour le traitement de la douleur. A titre d'exemple, l'EFIC (European Pain Federation) suggérait de prendre en compte le cannabidiol dans le traitement de la douleur neuropathique.

Le Sativex® est un traitement uniquement reconnu pour la spasticité dans la sclérose en plaque en Belgique.

Dans l'état de la connaissance actuel et compte tenu du cadre juridique, le jury ne peut recommander l'utilisation de cannabinoïde dans le traitement de la douleur chronique. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Existe-t-il des faits probants d'une efficacité réelle différente selon le type de douleur ?

Le jury, en accord avec l'expert, constate que :

- Pour aucun des compléments alimentaires étudiés, il n'existe de preuve indiquant un effet analgésique significativement plus favorable dans certains types de douleur.



- L'essentiel des données (si disponibles) concerne l'arthrose (genou). Il s'agit donc d'une douleur somatique.
- Des recherches sont en cours pour la douleur neuropathique, en particulier en association avec le THC.

Le jury conclut donc qu'il n'y a pas de données justifiant une différence d'efficacité selon le type de douleur.

Quels sont les effets indésirables en cas d'utilisation prolongée dans le cadre de la douleur ?

De concert avec l'expert, le jury conclut que, bien qu'avec des données scientifiques faibles à modérées, ces compléments alimentaires présentent un profil d'effets indésirables favorable par rapport aux AINS, entre autres.

Toutefois, pour la glucosamine, on peut craindre d'éventuelles réactions allergiques.

Des augmentations des transaminases et de la sédation ont été observées à des doses plus élevées de CBD. Une éventuelle interaction médicamenteuse via le CYP450 doit être envisagée.

Dans les suppléments alimentaires, il y a aussi des risques d'interactions médicamenteuses. Pour ces raisons, le jury estime que ces produits devraient également être indiqués dans les dossiers des patients.



9. Analgésiques non opioïdes sur prescription, en vente libre et en préparations magistrales

Y-a-t-il une place en vente libre pour le paracétamol et les AINS ?

Le jury, avec l'expert, constate que le paracétamol et les AINS, comme les analgésiques et les antipyrétiques, sont les automédications les plus utilisées.

Le paracétamol et divers AINS sont « relativement » facilement disponibles en Belgique, même avec des restrictions légales.

Dans les autres pays européens, il apparaît que,

- d'une part, une libéralisation du marché qui s'opère dans certains pays permet d'acheter du paracétamol et des AINS tant en officine qu'en vente libre, y compris sur Internet.
- d'autre part, les préoccupations concernant les risques pour la santé publique sont prises en considération dans certains pays et l'achat sans ordonnance est partiellement voire totalement limité.

Dans le texte de l'expert, le lecteur intéressé trouvera les détails de cette réglementation en Belgique et dans divers autres pays. (*texte complet, voir [Brochure orateurs](#)*)

Le jury convient avec l'expert que pour certains symptômes aigus douloureux et la fièvre, la vente libre peut s'avérer utile.

Le jury conclut que le paracétamol a bel et bien sa place en vente libre en cas de symptômes de douleur aiguë ou en cas de fièvre. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

En accord avec l'expert, le jury se demande si le paracétamol 500 mg en vente libre dans de petits conditionnements n'est pas suffisant ?

Pour les AINS, la recommandation est une dose la plus faible possible pour une durée la plus courte possible. Le jury veut ainsi faire entendre que l'ibuprofène 400 mg ne devrait plus être disponible en vente libre en conditionnement de 100 comprimés.

Le jury tient à souligner que l'expert n'a cité aucun exemple d'utilité quelconque d'une « vente libre » en cas de « douleur chronique ».

En répondant à cette question, le jury souhaite également tenir compte du profil des effets indésirables de ces produits. Pour l'indication « douleur chronique », le jury estime que le pharmacien doit toujours rediriger le patient vers un médecin (*Avis d'expert, forte recommandation*) et qu'en cas de « douleur chronique », tous les analgésiques ne devraient être délivrés que sur ordonnance.

Y-a-t-il une place pour des préparations magistrales ?

En accord avec l'expert, le jury détermine qu'en principe, il existe suffisamment de formes galéniques différentes pour ajuster les doses au poids et à la pathologie du patient.



Le jury convient également avec l'expert que des préparations magistrales peuvent être utilisées dans certaines situations, en vue d'optimiser la posologie, de faciliter l'utilisation ou de favoriser l'observance.

Le jury en conclut que les préparations magistrales devraient faire exception. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Pour le moment, en cas de douleur chronique, le remboursement des préparations magistrales de paracétamol, d'acide acétylsalicylique et de codéine est prévu. Le jury s'interroge sur cette réglementation : faut-il la maintenir ? (Voir réponse à la question suivante)

Le système de remboursement actuel pour les analgésiques non opioïdes est-il adéquat ?

Dans la situation actuelle, un remboursement est prévu pour l'indication « douleur chronique » décrite dans divers arrêtés royaux. (12 octobre 2004, 3 juin 2007, 1^{er} février 2018) (pour plus de détails, le jury renvoie au texte de l'expert (*texte complet voir [Brochure orateurs](#)*)).

Avec l'expert, le jury estime que la logique de ce système de remboursement est difficile à trouver.

- Du fait de l'existence de différents systèmes d'autorisation de remboursement du paracétamol pour une même indication
- Du fait du remboursement de l'association paracétamol-codéine dans un système et pas dans l'autre
- Du fait de cas de taux de remboursement différents
- Du fait du remboursement de la catégorie B du néfopam dont l'effet est controversé

En ce qui concerne les AINS, l'expert s'interroge sur la pertinence de rembourser les grands conditionnements de produits aux effets indésirables gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires prononcés, dont la posologie doit être la plus faible possible et la durée de traitement la plus courte possible, en particulier chez les personnes âgées. Le jury y adhère.

Le jury conclut que le système de remboursement actuel des analgésiques non opioïdes n'est plus adéquat et que les modalités de remboursement des analgésiques dans le cadre d'une douleur chronique doivent être revisitées de toute urgence (*Avis d'expert, forte recommandation*).

Concrètement, le jury considère que

- le remboursement du paracétamol en cas de douleur chronique doit être uniformisé
- le remboursement du néfopam n'est plus justifié
- il convient de revoir le remboursement des AINS en grands conditionnements
- il convient de revoir le remboursement de la codéine et de se référer en l'occurrence à l'argumentation de la conférence de consensus du [6 décembre 2018 - L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique](#)

Quelle place occupent les associations fixes ou libres d'analgésiques dans le traitement de la douleur chronique ?

Le jury suit l'expert selon lequel les analgésiques en monothérapie doivent être préférés à des associations fixes, les associations de différents AINS doivent être évitées en raison d'un risque accru d'effets indésirables et il convient d'opter pour un AINS en fonction de son profil de risque cardiovasculaire et gastro-intestinal.

L'expert cite le guide de pratique du NHG qui stipule que, si un effet anti-inflammatoire est souhaité, une association de paracétamol/AINS peut efficacement soulager la douleur par une dose d'AINS (et de paracétamol) plus faible avec, en théorie, moins d'effets indésirables.



Le jury y adhère et conclut que les associations fixes doivent être exceptionnelles et que les associations libres peuvent bien sûr être utilisées dans le cadre d'un traitement adéquat et « dans les règles de l'art » de la douleur chronique. (*Avis d'expert, forte recommandation*)

Quels avis et suivi pharmacologiques le pharmacien doit-il donner aux patients lors de la délivrance du médicament ?

Avant la délivrance, le pharmacien doit questionner le patient de façon structurée. Il peut en l'occurrence poser les **questions suivantes** selon la méthodologie QUIDAM :

- Pour **qui** le médicament est-il destiné ?
- **Quoi** ? analyse des signaux d'alarme
- Depuis **combien de temps** les douleurs sont-elles présentes ?
- **Actions** entreprises par le patient ?
- Autres **Médicaments** utilisés par le patient pour ces symptômes ?

Ce questionnaire doit s'appliquer tant à l'automédication qu'à la délivrance de médicaments sur ordonnance. En effet, ce questionnaire permet de détecter des groupes à risque ou des signaux d'alarme et d'orienter ces patients chez le médecin ou de donner des conseils appropriés. Le cas échéant, la bonne automédication peut ainsi être délivrée.

Au moment de la délivrance de chaque médicament, le pharmacien dispense des informations sur la bonne utilisation de médicaments, la posologie, la durée maximale d'utilisation, les précautions d'emploi, les conditions et modalités de remboursement, etc.

Chaque délivrance doit être reprise dans l'historique de délivrance et dans le dossier pharmaceutique du patient. Même en cas d'automédication, le jury recommande formellement qu'elle soit toujours reprise dans le dossier pharmaceutique (partagé). On peut ainsi détecter des interactions médicamenteuses et d'éventuelles doubles médications.

Le jury est d'avis que le partage des données de délivrance avec tous les autres prestataires de soins concernés peut améliorer la qualité des soins au patient. Par analogie, le jury est favorable au partage des données nécessaires du dossier médical avec les autres prestataires de soins concernés. Des exemples de telles informations peuvent inclure la fonction rénale, l'indication, les médicaments utilisés, etc.

Conclusion générale

À la suite des conclusions de ce rapport de consensus sur « **L'usage rationnel des analgésiques non opioïdes dans le traitement de la douleur chronique** », le jury souhaite également souligner les conclusions générales, les commentaires et les recommandations suivantes :

- La notion de « douleur chronique » est difficile à faire comprendre aux prestataires de soins de santé et certainement au grand public.
- La « douleur chronique » est clairement plus qu'un symptôme et s'accompagne de toute une série d'autres symptômes, comme la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, la fatigue, la détresse, etc.
- Dans la CIM-11, la « douleur chronique » est classée comme une maladie en soi.
- D'un point de vue psychologique, la douleur chronique est une forme de comportement appris et une maladie neuropathologique inadaptée qui est largement indépendante du stimulus nociceptif.
- L'approche de la douleur chronique doit donc toujours s'appuyer sur un modèle biopsychosocial, multimodal et multidisciplinaire. Une série de praticiens professionnels tels que les médecins généralistes, les spécialistes, les spécialistes de la douleur, les pharmaciens, les infirmiers, les psychologues, les psychothérapeutes, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, entre autres, y sont impliqués.
- Si un médicament est nécessaire dans le cadre d'une approche biopsychosociale de la douleur chronique, des analgésiques non opioïdes doivent être privilégiés.
- Compte tenu de ses effets indésirables limités, le paracétamol est alors un premier choix.
- En deuxième ligne, on peut alors utiliser des AINS à la dose active la plus faible et pour une période la plus courte possible. Aucune différence d'effet des différentes molécules n'a été démontrée et le choix doit être fait selon le profil du patient.
- L'efficacité du paracétamol et des AINS a été démontrée. Les AINS provoquent toutefois plus d'effets indésirables que le paracétamol.
- A part les ISRS et l'amitriptyline en cas de douleur neuropathique et nociplastique, les adjuvants et les compléments alimentaires peuvent présenter peu d'arguments scientifiques en termes d'effet analgésique direct. Certains peuvent toutefois améliorer la qualité de vie et l'état fonctionnel.
- Les préparations topiques peuvent avoir un effet analgésique. Elles ont leur place dans les modalités de traitement en raison de leurs effets indésirables limités. Cependant, il convient de ne pas perdre de vue qu'en cas d'utilisation chronique, des effets systémiques peuvent toujours survenir. Le jury adhère à l'avertissement de l'expert concernant ces effets indésirables. Il convient de faire preuve de la même vigilance qu'avec l'utilisation d'autres formes d'administration.
- Afin de favoriser l'observance, la préférence du patient peut également être prise en compte lors du choix de la forme galénique.



- Une approche axée sur le patient est toujours nécessaire, en tenant compte des valeurs et priorités du patient, et de l'amélioration de l'état fonctionnel et de la douleur. Le risque d'effets indésirables peut être acceptable si un traitement accroît l'autonomie du patient. L'intention du traitement n'est pas toujours de supprimer tout à fait la douleur. Il peut suffire de la réduire à un niveau qui permet au patient d'atteindre ses principaux objectifs.
- L'attitude et les pensées du patient par rapport à la douleur, les conséquences émotionnelles de la vie avec la douleur, l'importance de ces conséquences et l'influence de la douleur sur ses relations sociales sont des facteurs importants à évaluer lors de la prescription d'analgésiques.
- L'évaluation de l'effet (du médicament) doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire spécialisée. À défaut d'effet dans un délai imparti, il convient de pouvoir diminuer progressivement la médication et de l'arrêter.
- À la question 9.a sur la vente libre d'analgésiques par le pharmacien « Y-a-t-il une place pour le paracétamol et les AINS en vente libre ? », le jury a formulé une réponse claire. Il estime que oui pour la douleur aiguë et la fièvre, et que non en cas de « douleur chronique ».
 - Les analgésiques en vente libre en grands conditionnements n'ont aucun sens et sont potentiellement dangereux.
 - En raison de l'absence de conseils d'experts, Internet n'est PAS un moyen approprié pour la vente libre d'analgésiques.
- Tant le médecin que le pharmacien doivent avoir une vision complète des antécédents pharmaceutiques du patient, qu'il s'agisse de médicaments sur ordonnance ou de médicaments en vente libre.
- Les compléments alimentaires peuvent également causer des interactions médicamenteuses. Il est donc recommandé que ces compléments alimentaires soient également repris dans les antécédents pharmaceutiques du patient.
- Inversement, il est également absolument essentiel que le pharmacien dispose d'un minimum de données médicales du patient afin de pouvoir fournir des soins pharmaceutiques de haute qualité (le jury pense à certaines indications ou à la fonction rénale, par ex.).
- Une tâche importante incombe au pharmacien dispensateur. Dans tous les cas, un patient souffrant de douleur chronique doit être orienté vers le médecin (généraliste). De plus, le pharmacien joue un rôle crucial dans la bonne gestion de l'utilisation d'automédications (et donc dans le référencement des patients dans les temps).
- Il est absolument nécessaire d'éduquer les patients sur l'automédication, y compris dans le domaine des analgésiques, dont le danger est souvent lourdement sous-estimé.
- Le jury se demande s'il ne serait pas utile de valoriser par un code INAMI adapté un temps de consultation plus long (de l'ordre d'1 heure) afin de pouvoir écouter la plainte dans son intégralité et y répondre de façon parfois plus adaptée que par une simple prescription de médicaments avec son corollaire d'une escalade thérapeutique et leurs répercussions sur le long cours ? Cette prévention pourrait induire un changement de comportement de prescription et peut-être impacter positivement sur la qualité de vie du patient.
- De même, à la question 9.c. « Le système de remboursement actuel des analgésiques non opioïdes est-il adéquat ? », le jury répond de façon claire par la négative. Il constate certains points illogiques et estime que le système de remboursement actuel doit être revisité.
- Enfin, comme le souligne en introduction le Comité de lecture, l'étude de la littérature montre qu'il n'y a pas suffisamment de données dans les études sélectionnées pour tirer des



conclusions appropriées sur le rôle des analgésiques non opioïdes dans le traitement multimodal de la douleur chronique.

- Il y a peu d'informations dans les lignes directrices sur l'approche multidisciplinaire de la douleur chronique dans un contexte bio-psycho-social, qui comprend les psychothérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues, etc.
- Le jury insiste donc sur l'importance de tenir compte du fait que :
 - Le rapport bénéfice / risque n'est souvent pas connu au niveau individuel. C'est pourquoi une approche axée sur le patient est nécessaire, prenant en compte les valeurs et les priorités du patient, ainsi que l'amélioration de la fonction et de la douleur.
 - Le risque d'effets indésirables peut être acceptable si un traitement augmente l'autonomie et la qualité de vie d'un patient souffrant de douleur chronique.
 - L'attitude et les pensées du patient envers la douleur, les conséquences émotionnelles de vivre avec la douleur, l'importance de ces conséquences et l'influence de la douleur sur ses relations sociales, sont des facteurs importants à évaluer lors de la prescription de médicaments contre la douleur.
 - Des facteurs psychologiques, tels que la dépression, l'anxiété et la détresse, sont associés à l'intensité de la douleur. La dépression est fréquente avec une douleur chronique. Les facteurs psychologiques peuvent être à la fois un pronostic et un facteur majorant de douleur chronique.
 - De plus, la douleur est souvent considérée comme un signe de dommage physique, ce qui rend les patients anxieux. Dans certains cas, une déclaration peut suffire à rendre la douleur supportable.
 - Il est donc important de faire attention à l'état émotionnel du patient dès la première prescription d'analgésiques. Cela peut rendre une approche multimodale plus acceptable pour le patient et aider à empêcher la douleur de devenir une maladie chronique.
 - Le but du traitement n'est donc pas toujours de faire disparaître complètement la douleur. Il peut être suffisant de le réduire à un niveau permettant au patient d'atteindre ses objectifs les plus importants.