




# UN ANTALGIQUE OPIOÏDE\* M'A ÉTÉ PRESCRIT POUR LE TRAITEMENT DE MA DOULEUR (hors cancer)

\*Un opioïde peut aussi être appelé opiacé ou morphinique (antalgique = anti-douleur)

## MON TRAITEMENT ANTI-DOULEUR

<b>Lequel ?</b> 	<input type="checkbox"/> Codéine	<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> Poudre d'opium
	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Morphine
	<input type="checkbox"/> Dihydrocodéine	<input type="checkbox"/> Autre: .....	
<b>Pour quoi ?</b> 	<input type="checkbox"/> <b>Douleurs aiguës</b> (de courte durée) et <b>prévisibles</b> (post-opératoire, poussée inflammatoire) <input type="checkbox"/> <b>Douleurs chroniques</b> (qui durent dans le temps) /!\ Les opioïdes sont contre-indiqués dans certaines douleurs chroniques : fibromyalgie, maux de tête/migraines		
<b>Quelles formes ?</b> 	<input type="checkbox"/> À <b>libération prolongée (LP)</b> à utiliser à <b>heures fixes</b> , matin et soir, quelle que soit la douleur, pour soulager la douleur de fond → Durée d'action = 12h (morphine, tramadol, dihydrocodéine) ou 72h (fentanyl en patch) <input type="checkbox"/> À <b>libération immédiate (LI)</b> à prendre en <b>interdose</b> (dose supplémentaire), pour stabiliser ou anticiper la douleur (soins, rééducation, transports...) et ajuster la dose, → Durée d'action = 4h à 6h		

## LES EFFETS INDESIRABLES DE MON TRAITEMENT

### Constipation



Très souvent

#### En prévention :

- ✓ Boire de l'eau régulièrement
- ✓ Manger des fibres (légumes, fruits, céréales)
- ✓ Pratiquer une activité physique
- ✓ Prendre le laxatif prescrit

### Nausées, vomissements

En général les premiers jours

#### Conseils alimentaires :

- ✓ Manger lentement, plutôt des aliments froids ou tièdes, en plusieurs petits repas...
- ✓ Prendre son traitement anti-émétique sur une courte durée, selon la prescription

### Tolérance

Possible dès les premiers jours

- ✓ Perte d'efficacité, nécessitant d'augmenter les doses

### Somnolence

Fréquente  
Les premiers jours



### Dépendance

- ✓ Possible lors d'une administration prolongée (plusieurs mois pour les douleurs chroniques)
- ✓ Le traitement doit être réévalué régulièrement

### Troubles en cas de surdosage

- ✓ 1<sup>er</sup> signe = somnolence
- ✓ Difficultés respiratoires



Consulter rapidement son médecin



Je rapporte les médicaments inutilisés à la pharmacie

Je peux déclarer tout effet indésirable sur le portail de signalement du Ministère des Solidarités et de la Santé ([signalement-sante.gouv.fr](https://signalement-sante.gouv.fr))



**Je parle à mon médecin, pharmacien ou infirmier de mon traitement et des effets indésirables.**

# JE PRENDS MON TRAITEMENT ANTI-DOULEUR A BON ESCIENT !

## POURSUITE ET ARRÊT DE MON TRAITEMENT

- ✓ L'ordonnance est prescrite pour une **durée limitée**.
- ✓ L'efficacité du traitement devra être **régulièrement réévaluée** par mon médecin. Mon traitement peut être pris au long cours s'il soulage ma douleur et/ou améliore ma qualité de vie.
- ✓ En complément de mon traitement, d'**autres traitements**, médicamenteux ou non, doivent être proposés (activité physique adaptée...)
- ✓ Des **consultations** peuvent être recommandées en centre anti-douleur (au-delà de 3 mois de traitement), addictologie ou psychiatrie...
- ✓ Le traitement peut être arrêté **progressivement** en cas :
  - d'effets indésirables importants
  - d'absence d'efficacité suffisante
  - de disparition ou d'amélioration de la douleur
- ✓ Lors de **l'arrêt brutal** de mon traitement, je peux avoir l'apparition **temporaire** de : diarrhées, douleurs musculaires, larmoiement, bâillement, difficultés à trouver le sommeil, transpiration.

## COMMENT BIEN PRENDRE MON TRAITEMENT ?

- Je prends mon traitement **uniquement pour la douleur** !
- En cas de **douleur persistante, je n'augmente pas seul les doses**.
- **Je n'arrête pas brutalement** mon traitement.
- **L'alcool et certains médicaments** peuvent modifier l'effet de mon traitement.

## QUIZZ

- J'ai déjà pris ce traitement en **quantité** plus élevée que celle qui m'a été prescrite.
- J'ai déjà pris ce traitement **plus souvent que prescrit** sur mon ordonnance (délai entre 2 prises plus court).
- J'ai déjà eu besoin de faire **renouveler mon ordonnance** de ce traitement **plus tôt que prévu**.
- J'ai déjà eu la **sensation de planer ou ressenti un effet stimulant** après avoir pris ce traitement.
- J'ai déjà pris ce traitement parce que j'étais contrarié(e), pour **soulager ou supporter des problèmes autres que la douleur**.
- J'ai déjà **consulté plusieurs médecins**, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce traitement.
- Si j'ai coché **au moins deux affirmations**, j'en parle à mon médecin ou pharmacien, pour avoir un avis spécialisé.

**Je parle à mon médecin, pharmacien ou infirmier, de mon traitement et des effets indésirables.**