

Gestion de la douleur dans le sport

Substances interdites : narcotiques et cannabinoïdes

Pour des renseignements sur l'usage des glucocorticoïdes, veuillez vous reporter aux [lignes directrices sur les affections musculosquelettiques](#).

1. Introduction

Comme le décrit la [déclaration de consensus](#) du Comité international olympique sur la gestion de la douleur chez les sportifs d'élite, la douleur peut être classée en trois catégories : nociceptive, neuropathique ou nociplastique. Ces termes sont des descriptions cliniques et non des diagnostics.

- La *douleur nociceptive* est associée à une lésion ou une inflammation des tissus. Il s'agit par conséquent du type de douleur le plus courant chez les sportifs en cas de blessure.
- La *douleur neuropathique* se définit comme une douleur causée par une lésion ou une maladie touchant le système somatosensoriel. Souvent difficile à traiter, la douleur neuropathique nuit régulièrement aux activités quotidiennes et à la pratique de sports. L'incidence de ce type de douleur est plus élevée chez les sportifs qui présentent des affections neurologiques sous-jacentes.
- La *douleur nociplastique* est une douleur chronique pour laquelle aucune étiologie spécifique ne peut être établie, mais des résultats cliniques et psychophysiques, comme l'hypersensibilité, laissent croire à une altération de la fonction nociceptive. La douleur nociplastique peut être le résultat d'une blessure sportive et, comme la douleur neuropathique, elle est difficile à traiter et nuit régulièrement aux activités quotidiennes et à la pratique de sports.

Aux fins de la prise en charge clinique, on distingue deux types de douleur : aiguë et chronique. Une gestion efficace de la douleur exige une approche interdisciplinaire faisant appel à des mesures non pharmacologiques et, quand cela s'impose, à des traitements pharmacologiques. Les deux options sont ancrées dans un modèle biopsychosocial.

2. Diagnostic

a. Douleur aiguë

La douleur aiguë peut survenir dans plusieurs contextes et est généralement nociceptive : par exemple, à la suite d'une blessure ou inflammation musculaire, d'un traumatisme, d'une fracture, d'affections dentaires ou d'une chirurgie. Dans le sport, toutes les affections exigent un diagnostic précis reposant sur une anamnèse complète et un examen physique rigoureux. De plus, des examens appropriés, notamment au moyen de techniques d'imagerie comme

la radiographie, l'imagerie par résonance magnétique [IRM], la tomодensitométrie [TDM], la médecine nucléaire et l'ultrasonographie, ainsi que des épreuves de laboratoire, peuvent être nécessaires pour confirmer un diagnostic et exclure toute comorbidité pertinente. Le cas échéant, les résultats d'imageries et d'autres examens appropriés doivent accompagner la demande d'AUT.

b. Douleur chronique

La douleur chronique peut être :

- i) neuropathique (p. ex. lésion médullaire ou traumatisme nerveux périphérique [notamment radiculopathie associée à une hernie discale récurrente ou persistante], accident vasculaire cérébral, lésion traumatique au cerveau et syndrome douloureux régional complexe de type 2);
- ii) nociplastique (p. ex. fibromyalgie, douleur myofasciale, lombalgie chronique et syndrome douloureux régional complexe de type 1).

En raison de la complexité de la douleur chronique, la demande d'AUT pour une substance interdite destinée à son traitement devrait s'accompagner de la documentation suivante : les renseignements issus d'une anamnèse détaillée, y compris une description des symptômes; les résultats de l'examen physique comportant un examen neurologique complet; et les résultats des tests pertinents lorsque ceux-ci sont nécessaires pour établir ou confirmer le diagnostic (p. ex. TDM, IRM, électromyographie [EMG] et examens de la conduction nerveuse). La description ou l'origine présumée de la douleur, ainsi que l'opinion d'un médecin spécialiste, pourraient également être utiles.

3. Traitement

a. Douleur aiguë

La gestion de la douleur aiguë commence habituellement par des mesures non pharmacologiques appropriées, comme du repos, une charge adaptée au stade de la blessure, l'application de glace, la compression, l'élévation et des mesures alimentaires dans le cas des affections dentaires. Le traitement médicamenteux initial peut comprendre l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), d'analgésiques non narcotiques ou de relaxants musculaires. Les autres options de traitement sont notamment l'application de chaleur, la cryothérapie, la traction, l'échographie, la stimulation électrique, la thérapie manuelle, le port d'orthèses et les exercices thérapeutiques. Dans certains cas où la douleur aiguë est intense (p. ex. certaines affections dentaires, des fractures ou à la suite d'une chirurgie), il peut être approprié de passer directement aux analgésiques narcotiques.

b. Douleur chronique

Le traitement de première intention de la douleur chronique devrait comprendre l'adoption de stratégies non pharmacologiques visant à prendre en charge les facteurs contributifs sur les plans biologique, psychosocial et contextuel, comme la physiothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale, de même que l'optimisation du sommeil et de l'alimentation.

Du point de vue pharmacologique, les médicaments de première intention sont notamment :

- 1) les analgésiques non narcotiques et les AINS « au besoin » si ce n'est pas fréquemment requis; il est déconseillé d'en faire une utilisation régulière compte tenu des effets secondaires potentiels;
- 2) les antidépresseurs, comme les amines tricycliques (p. ex. amitriptyline, nortriptyline) et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (p. ex. duloxétine, venlafaxine);
- 3) les anticonvulsivants, comme la gabapentine et la prégabaline.

Les médicaments de deuxième intention comprennent :

- 1) les timbres de capsaïcine à 8 %;
- 2) les timbres de lidocaïne.

4. Substances interdites

- 1) Narcotiques

REMARQUE : *L'utilisation de narcotiques, quelle que soit la voie d'administration, est uniquement interdite en compétition.*

- 2) Cannabinoïdes

REMARQUE : *L'utilisation de cannabinoïdes, quelle que soit la voie d'administration, est uniquement interdite en compétition.*

- 3) Glucocorticoïdes (GC)

REMARQUE : *L'utilisation de glucocorticoïdes, quelle que soit la voie d'administration, est uniquement interdite en compétition.*

Veillez consulter les lignes directrices de l'AMA à l'intention des médecins sur les [affections musculosquelettiques](#) de même que le [document d'orientation sur les glucocorticoïdes et les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques](#).

Les narcotiques et les cannabinoïdes sont interdits en compétition seulement. Toutefois, un échantillon d'urine prélevé en compétition pourrait révéler des concentrations supérieures aux seuils établis par les laboratoires, même si l'usage a eu lieu hors compétition. Conformément au Code, un contrôle antidopage positif, connu sous le nom de *résultat d'analyse anormal* (RAA), peut rendre le sportif passible d'une sanction en vertu du concept de responsabilité objective. Cela dit, conformément à l'article 4.1e du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT), le sportif est autorisé à demander rétroactivement une AUT en cas de RAA en compétition résultant d'un usage hors compétition. Il est donc important que le sportif dispose d'un dossier médical expliquant le diagnostic et justifiant le recours au narcotique ou au cannabinoïde, afin de pouvoir le soumettre à son OAD, au besoin.

a. Indications

1. Narcotiques

De façon générale, les narcotiques sont indiqués pour le soulagement temporaire de la douleur à la suite d'une blessure aiguë ou d'une chirurgie (habituellement de 1 à 7 jours). Ces médicaments sont rarement prescrits pour plus de sept jours, mais certaines circonstances peuvent justifier des exceptions, par exemple en raison de la complexité d'une intervention chirurgicale. *REMARQUE : L'utilisation d'analgésiques narcotiques, quelle que soit la voie d'administration, est uniquement interdite en compétition.*

En matière de douleur chronique, le paysage clinique a considérablement évolué au cours des dernières années. Ainsi, alors que l'on recommandait l'emploi des narcotiques pour traiter la douleur chronique non cancéreuse, de nouvelles données nous indiquent que cette approche s'est le plus souvent révélée infructueuse, entraînant plus de complications et d'effets indésirables que de bienfaits à long terme. Par conséquent, le recours aux narcotiques n'est généralement pas considéré comme une option thérapeutique adéquate pour le traitement prolongé de la douleur chronique. Cela dit, les comités responsables (CAUT) doivent évaluer chaque cas individuellement.

Soulignons que les préparations mixtes d'opiacés (tramadol) et la codéine peuvent être utilisées dans des cas particuliers. On ne dispose toutefois d'aucune indication précise quant à l'emploi de la codéine dans le traitement de la douleur neuropathique et de la douleur nociplastique. La codéine ne figure pas dans la Liste des interdictions. Il convient de noter que la section sur les narcotiques de la Liste (S7) est dite « fermée », c.-à-d. que seules les substances qui y sont expressément énumérées sont interdites.

2. Cannabinoïdes

La gestion de la douleur chronique, principalement de la douleur neuropathique, constitue le contexte le plus étudié quant à l'utilisation des cannabinoïdes à des fins médicales. On dispose de preuves que les cannabinoïdes exercent un effet analgésique modeste sur certains types de douleur, comme la douleur neuropathique réfractaire. Cela dit, le médecin doit bien évaluer la situation et prendre les précautions qui s'imposent avant de prescrire des cannabinoïdes, particulièrement chez le sportif qui présente des antécédents d'abus de substances, de psychose, de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux. La documentation portant sur le recours aux cannabinoïdes dans la gestion de la douleur aiguë ou de la douleur nociplastique étant moins solide, le sportif doit en justifier l'usage de façon claire et suffisante. Il existe des données récentes sur l'usage du cannabidiol (ou CBD, le composé non psychoactif du cannabis) dans le traitement de la douleur chronique. Le CBD n'est pas interdit, mais si un CBD non synthétique est utilisé, il existe un risque de contamination par le tétrahydrocannabinol (THC, le composé psychoactif du cannabis). Ce risque est passablement faible, mais il demeure possible que la concentration de THC soit suffisamment élevée pour donner lieu à un résultat d'analyse anormal (RAA) lors d'un contrôle.

3. Glucocorticoïdes (GC)

Veillez consulter les lignes directrices de l'AMA à l'intention des médecins sur les [affections musculosquelettiques](#) de même que le [document d'orientation sur les glucocorticoïdes et les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques](#).

b. Posologie, voie d'administration et durée de traitement typiques

1. Narcotiques

Les narcotiques sont habituellement pris par voie orale, mais peuvent également être administrés par voie intramusculaire, intraveineuse ou transdermique, ainsi qu'au moyen d'un système d'administration intrathécale ciblée.

2. Cannabinoïdes

Les cannabinoïdes sont offerts dans une vaste gamme de préparations, selon le pays d'utilisation; les cannabinoïdes sur ordonnance sont notamment le dronabinol, le nabilone et le nabiximols. En outre, des préparations à base de marijuana sont vendues légalement dans certaines régions ou certains pays. Les cannabinoïdes peuvent être pris par voie orale, inhalés à l'aide d'un vaporisateur ou fumés. La marijuana peut renfermer des teneurs extrêmement variables de composés actifs (tétrahydrocannabinol [THC] et cannabidiol [CBD]); la posologie appliquée aux cannabinoïdes dépend du produit utilisé et des besoins de l'individu. *Tous les cannabinoïdes sont interdits à l'exception du CBD.*

Pour les narcotiques et les cannabinoïdes, la posologie et la durée du traitement sont personnalisées et pourraient être indéterminées dans le cas d'une douleur neuropathique causée par une lésion chronique touchant le système somatosensoriel. Une évaluation clinique régulière par un médecin spécialisé dans la gestion de la douleur visant des bénéfices analgésique et fonctionnel acceptables est considérée comme la pratique admise pour contrôler l'utilisation des analgésiques.

5. Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

La douleur neuropathique chronique non traitée peut nuire à l'exécution de nombreuses activités quotidiennes de façon peu à très importante, tout dépendant de facteurs comme l'intensité et le siège de la douleur, la capacité d'adaptation de l'individu et le degré d'activité souhaité.

6. Surveillance du traitement

Pour tous les types de douleurs, la surveillance du traitement consiste principalement en un suivi clinique. L'utilisation de narcotiques ou de cannabinoïdes doit se faire à la plus faible dose permettant de préserver efficacement la capacité fonctionnelle du sportif tout en réduisant au minimum les effets indésirables.

7. Validité de l'AUT

Les indications, la posologie et la durée du traitement de la douleur aiguë par les GC et les narcotiques dépendent du type d'affection ou de blessure. Les probabilités qu'un sportif devant faire usage d'un narcotique pour soulager une douleur aiguë soit en mesure de participer à des compétitions sont faibles. De façon générale, aucune de ces classes de médicaments n'est administrée pendant plus d'une semaine. S'il devient nécessaire de prolonger le traitement par ces agents, le sportif doit pouvoir bénéficier d'une révision complète de sa demande d'AUT et d'une réévaluation de son diagnostic.

Dans la gestion de la douleur chronique, lorsque des narcotiques et des cannabinoïdes sont utilisés pendant de longues périodes, une AUT peut être accordée pour une période allant de 1 à 4 ans. On recommande que le sportif soit évalué annuellement par un spécialiste du domaine afin de s'assurer que le traitement en cours est toujours approprié.

8. Précautions adéquates

On reconnaît que même si les narcotiques et les cannabinoïdes peuvent améliorer considérablement la capacité d'un individu à vaquer à ses activités quotidiennes, ils peuvent aussi exercer un effet négatif (ergolytique) sur la bonne pratique d'un sport qui exige de la dextérité et une coordination rapide.

Les effets indésirables des narcotiques varient de la somnolence et la léthargie à la dépendance, voire au décès par surdosage accidentel ou intentionnel. Les cannabinoïdes peuvent quant à eux perturber l'humeur de façon imprévisible; altérer l'affect; accroître l'anxiété et diminuer la concentration, le temps de réaction, la vigilance, la coordination, l'équilibre et le jugement. De plus, il a été démontré que dans le cas de la marijuana, la consommation régulière est associée à la bronchite chronique. Il revient au sportif et à son médecin de soupeser les avantages et les risques d'un point de vue médical; cette analyse ne fait pas partie du processus de décision pour les demandes d'AUT.

Il est à noter que bien que l'emploi des analgésiques narcotiques et des cannabinoïdes puisse être admis sur le plan médical et dans le contexte d'une demande d'AUT, les différentes associations sportives peuvent décider, dans certaines circonstances, que l'utilisation de ces substances présente un risque inacceptable pour la sécurité du sportif et/ou de ses concurrents. Les questions portant sur la sécurité dans le sport ne relèvent pas du domaine des AUT et de la lutte antidopage.

Fait important, les autorités antidopage n'ont pas le pouvoir d'accorder à un sportif le droit légal de posséder ou de transporter des substances illégales ou contrôlées, y compris des narcotiques et des cannabinoïdes, au-delà des frontières d'un territoire ou d'un pays. Il incombe au sportif de connaître les lois des territoires ou des pays dans lesquels il voyage.

En clair, aucune AUT accordée par une OAD n'a préséance sur les lois en vigueur dans certaines régions ou certains pays interdisant la possession, l'importation ou l'utilisation d'une drogue.

Références

1. Chong MS, Brandner B. Neuropathic agents and pain. New Strategies. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2006;60(7):318-322.
2. Collier R. Most Paralympians inspire, but others cheat. *CMAJ*. 2008;179(6):524.
3. Davis MP. What's new in neuropathic pain? *Support Care Cancer*. 2007;15:363-372.
4. Jongen J, Hans G. Neuropathic pain and pharmacological treatment. *Pain Pract*. 2013.
5. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane database of systematic reviews* (1469-493X). 2007;(4):CD005454.
6. <https://www.wada-ama.org/fr/liste-des-interdictions>
7. Dworkin RH, *et al*. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: An overview and literature update. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(3 Suppl):S3-S14.
8. Haanpaa M, Treede RD. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain: Clinical Updates*. 2010;18(7)1-6.
9. Cruccu G, Truini A. Tools for assessing neuropathic pain. *PLoS Med* 2009;6(4):e1000045. doi:10.1371/journal.pmed.1000045.
10. Marilyn A. Huestis, Irene Mazzoni, Olivier Rabin. Cannabis in sport. *Sports Med*. 2011 November 1; 41(11): 949–966. doi:10.2165/11591430-000000000-00000.
11. DE Moulin, AJ Clark, I Gilron, *et al*. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2007;12(1):13-21.
12. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010;17:1113-e88.
13. National Institute of Health and Care Excellence. Neuropathic pain - pharmacological treatment. NICE Clinical Guideline 173. 2013.
14. Ko GD, Bober SL, Mindra S, Moreau JM. Medical cannabis - the Canadian perspective. *J Pain Res*. 2016 Sep 30;9:735-744.
15. Hainline B, Derman W, Vernec A *et al*. International Olympic Committee Consensus on pain management in elite athletes. *Br J Sports Med* 2017;51:1245-1258.
16. Hainline B *et al*. Pain in elite athletes -- neurophysiological, biomechanical and psychosocial considerations: a narrative review. *Br J Sports Med* 2017;51:1259-1264.
17. Moseley GL, Baranoff J, Rio E, *et al*. Nonpharmacological management of persistent pain in elite athletes: rationale and recommendations. *Clin J Sports Med* 2018;5:472-479.
18. Ware MA, Jensen D, Barrette A, *et al*. Cannabis and the health and performance of the elite athlete. *Clin J Sports Med* 2018;5:480-484.