

Prégabaline en milieu carcéral: recommandations pratiques

Dr JALEL ARAIEDH^{a,b}, Dr DIDIER DELESSERT^b, Pr YASSER KHAZAAL^a, Pr PATRICK BODENMANN^c, Dr JAN NOVY^d et Dr CONSTANTIN BONDOLFI^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 2196-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.896.2196

Le mésusage de la prégabaline (Lyrica) a émergé ces dernières années comme une problématique fréquente, touchant majoritairement les personnes en situation de vulnérabilité. Cette réalité se reflète dans le milieu carcéral, où la prégabaline est sujette aux abus et au trafic. Nous détaillons dans cet article les enjeux entourant ce mésusage et notre stratégie pratique pour aborder cette thématique. Elle repose sur quatre axes: a) une clarification de l'indication (ou de l'absence de celle-ci); b) un accompagnement au sevrage avec de la gabapentine; c) le cas échéant, une prise en charge des symptômes ou maladies évoqués (douleurs neuropathiques, épilepsie, etc.) avec d'autres traitements, et finalement et d) un accompagnement addictologique.

Pregabalin in prisons: recommendations for the general practitioner

The misuse of pregabalin (Lyrica) has emerged as a common problem in recent years, particularly among vulnerable populations. This reality is reflected in the prison environment, where pregabalin is subject to abuse and trafficking. In this article, we detail the issues surrounding this misuse and our practical strategy for tackling it. It is based on four axes: a) clarification of the indication (or lack thereof); b) support of withdrawal with gabapentin; c) if applicable, management of the symptoms or diseases mentioned (neuropathic pain, epilepsy, etc.) with other treatments, and finally d) addiction counseling.

INTRODUCTION

Les gabapentinoïdes, en particulier la prégabaline (Lyrica), ont émergé ces dernières années comme des molécules à haut risque de mésusage.^{1,2} Dans la population générale, on observe une hausse notable de leur utilisation,³ mais aussi du mésusage de la prégabaline.⁴ Cela s'explique par son effet stimulant (amphetamine-like) et par sa capacité à potentialiser les effets d'autres substances psychoactives, notamment les opiacés et les benzodiazépines.⁵⁻⁷ Cette problématique du mésusage est particulièrement prévalente dans la population carcérale.^{8,9} Face aux demandes inappropriées de prescriptions, à l'utilisation abusive et au trafic qui contribue aux relations d'exploitation et de harcèlement,^{10,11} les médecins

doivent élaborer des directives claires.^{9,12} Des directives similaires ont également été développées dans plusieurs régions du Royaume-Uni, où des prescriptions encadrées et des restrictions d'accès ont été mises en place. Cet article présente les recommandations mises en place depuis plusieurs années au sein du Service médical pénitentiaire du canton de Vaud. Il revient notamment sur les défis et les opportunités liés à la limitation de la prescription de prégabaline.

PRÉGABALINE: MÉCANISME D'ACTION ET INDICATIONS

La prégabaline est un analogue du neurotransmetteur GABA (acide gamma-aminobutyrique), qui agit en se liant aux sous-unités auxiliaires des canaux calciques voltage-dépendants présents dans le système nerveux central. Cette interaction modifie la libération de glutamate, conférant ainsi à la prégabaline des propriétés anticonvulsives, analgésiques et anxiolytiques. De plus, elle inhibe la libération de noradrénaline et de substance P, ce qui contribue à ses effets analgésiques.^{13,14}

La prégabaline est approuvée pour traiter notamment l'épilepsie, les troubles anxieux généralisés et les douleurs neuropathiques.¹⁵ Lors de sa commercialisation, elle a été considérée comme une alternative plus sûre aux benzodiazépines et comme une innovation majeure pour le traitement des douleurs neuropathiques. Sa prescription a nettement augmenté depuis son introduction sur le marché, en raison du sentiment de sécurité et d'efficacité conféré par la prégabaline, mais aussi de nombreuses prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (off-label).

MÉSUSAGE ET CONSÉQUENCES

Peu après sa commercialisation en Europe en 2004, la prégabaline a attiré l'attention en raison du signalement de cas de mésusage. En 2010 déjà, une étude a mis en évidence son potentiel d'abus.¹⁶ Depuis lors, de nombreuses recherches ont confirmé son potentiel addictif.¹⁷⁻¹⁹ Les populations en situation de vulnérabilité, telles que les personnes sans-abri, celles issues de la migration forcée, en particulier les mineurs non accompagnés, et celles souffrant de dépendance aux opiacés ou de troubles douloureux chroniques, sont les plus touchées.¹⁹⁻²³

Les résultats d'une récente revue de la littérature,²⁰ portant sur 55 études (dont la moitié réalisées en Amérique du Nord et un tiers en Europe), confirment que les gabapentinoïdes sont de plus en plus employés de manière inappropriée. Ces substances sont souvent associées à d'autres médicaments,

^aService de médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bService de médecine et psychiatrie pénitentiaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1005 Lausanne, ^dService de neurologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
jalel.araiedh@chuv.ch | didier.delessert@chuv.ch | yasser.khazaal@chuv.ch
patrick.bodenmann@unisante.ch | jan.novy@chuv.ch | constantin.bondolfi@unisante.ch

et le trouble de l'usage d'opioïdes a été identifié comme principal facteur de risque de mésusage de la prégabaline.^{24,25} L'utilisation concomitante de ces molécules augmente le risque de mortalité par surdosage d'opiacés.^{26,27}

Face à ces observations, des mesures et des recommandations de prescription ont émergé en Europe. En Grande-Bretagne, la prégabaline a été reclassée sur la liste des substances contrôlées en 2019; son usage, sa possession, sa prescription et sa distribution sont désormais réglementés de manière stricte par la loi.²⁸ En France, la prescription de prégabaline se fait sur ordonnance sécurisée depuis mai 2021, et elle est donc assimilée aux stupéfiants.²⁹ En Belgique, des recommandations ont été publiées par les instituts de toxicologie à l'intention des prescripteurs, en raison de l'augmentation des cas de mésusage.³⁰ Ces recommandations rappellent quelques règles de bonne pratique, telles que le non-dépassement de la dose thérapeutique maximale journalière (600 mg) ou l'arrêt dégressif afin de prévenir les manifestations de sevrage, et invitent à la vigilance vis-à-vis des personnes cumulant ou présentant des facteurs de risque de dépendance (comorbidités psychiatriques, désinsertion sociale ou professionnelle, dépendance à d'autres substances, etc.).

EFFETS RECHERCHÉS LORS DE L'USAGE NON MÉDICAL

Ils varient en fonction de la quantité utilisée. À un dosage thérapeutique (jusqu'à 600 mg/jour), les effets sont l'euphorie, une sensation de bien-être, ainsi que des effets sédatifs entraînant une relaxation et un sentiment de calme et d'apaisement. En revanche, à des doses suprathérapeutiques (pouvant aller de 900 mg à 12 g), des effets dissociatifs peuvent survenir, provoquant des sensations de détachement ou d'altération de la réalité.¹⁷

Outre son utilisation seule, la prégabaline est fréquemment utilisée pour potentialiser les effets d'autres substances, notamment les opiacés et les benzodiazépines (en cas de prise concomitante, elle majore l'effet dépressif sur le système respiratoire). De plus, elle semble atténuer les symptômes de sevrage associés aux opiacés, à la cocaïne et à l'alcool.³¹

L'arrêt soudain de la prégabaline entraîne des symptômes de sevrage qui apparaissent 6 à 48 heures après la dernière prise du médicament. Ceux-ci comprennent: insomnie, céphalées, anxiété, nervosité, dépression, nausées, diarrhées, myalgies, arthralgies, hypersudations ou encore des convulsions.³²

PARTICULARITÉS CARCÉRALES ET APPROCHE DANS LE CANTON DE VAUD

En milieu carcéral, la prégabaline est particulièrement sujette aux abus et au trafic en raison de sa relative disponibilité (prescription non soumise à contrôle) et de l'accès limité à d'autres substances psychoactives.^{12,33,34} Les médecins en milieu carcéral sont régulièrement confrontés à des demandes de prescriptions de la part de patients souvent très insistants, voire agressifs, qui font valoir leur droit à la poursuite de la prescription d'un médicament dont ils bénéficiaient parfois

à l'extérieur ou qu'ils consommaient au noir. Cependant, l'indication de ce traitement n'est souvent pas claire, et les ordonnances sont fréquemment inexistantes, inappropriées ou falsifiées. Ce constat établi au sein de notre pratique est également relevé en France par le programme OSIAP (Ordonnances suspectes d'indicateurs d'abus possible), qui recense les déclarations d'ordonnances suspectes transmises par les pharmaciens.³⁵ En 2019, la prégabaline figurait en tête des déclarations, puis a connu un recul consécutif à des modifications des conditions de prescription.

Face à cette problématique, l'approche adoptée dans les prisons du canton de Vaud ces dernières années a été de ne prescrire ce traitement que dans les (rares) cas où l'indication est claire et où aucune alternative n'existe. Dans les autres situations, nous proposons de remplacer la prégabaline par la gabapentine, d'accompagner le patient vers un sevrage progressif de la gabapentine et de traiter les symptômes évoqués avec d'autres molécules.

Recommandations: aspects pratiques

Afin de mettre en pratique cette stratégie tout en répondant à la plainte du patient, il convient de:

1. Clarifier l'indication (ou, la plupart du temps, l'absence d'indication) de la prégabaline.
2. Accompagner un sevrage de la prégabaline par la gabapentine.
3. Proposer un traitement adapté pour traiter la plainte ou le problème évoqué (douleurs, anxiété, épilepsie).
4. Débuter une prise en charge addictologique spécifique.

Clarifier l'indication

La plupart du temps, les patients justifient leur demande de prescription de prégabaline par des douleurs ou une épilepsie (rarement, par une anxiété généralisée). Il convient donc de préciser en détail les éléments d'anamnèse (type de douleur, anamnèse de l'épilepsie, etc.) et de collecter les informations médicales disponibles.

Par exemple, lorsqu'un patient présente des douleurs non neuropathiques ou déclare avoir une épilepsie, mais décrit des épisodes avec des atypies claires ou peu évocateurs, et qu'aucun document médical n'est accessible pour attester de ce diagnostic, ce traitement n'est probablement pas indiqué. Une autre difficulté réside dans la possibilité de crises convulsives généralisées déclenchées par le sevrage des substances consommées (la prégabaline est souvent prise avec des benzodiazépines dans ces situations), qui sont alors des crises provoquées et non une épilepsie vraie. L'anamnèse visant à clarifier cette distinction est souvent peu fiable.

À l'inverse, un patient connu pour une épilepsie clairement documentée et à qui la prégabaline a été spécifiquement prescrite par un neurologue (communément associée à d'autres traitements de fond dans cette situation) doit bénéficier de ce traitement.

À noter également que dans certains cas, le mésusage de la prégabaline est explicite, le patient évoquant spontanément ce médicament parmi les substances consommées sans mentionner de symptômes justifiant son usage.

TABLEAU 1 Sevrage de la prégabaline par la gabapentine

Conversion et recommandations de diminution en fonction de la dose initiale de prégabaline.³⁶

Équivalence de dose		Diminution progressive en partant de la dose initiale de prégabaline: effectuer la conversion en gabapentine, puis débiter la gabapentine à dose réduite à J0. À prescrire en 2 ou 3 prises par jour. (Attention: la dose ci-dessous est la dose totale par jour!).									
Prégabaline (dose totale/jour)	Gabapentine (dose totale/jour)	J0	J4	J8	J12	J16	J20	J24	J28	J32	J36
150 mg	= 900 mg	600 mg	300 mg	Stop							
225 mg	= 900-1 500 mg	900 mg	600 mg	300 mg	Stop						
300 mg	= 1 500-2 100 mg	1500 mg	1200 mg	900 mg	600 mg	300 mg	Stop				
450 mg	= 2 101-2 700 mg	2100 mg	1800 mg	1500 mg	1200 mg	900 mg	600 mg	300 mg	Stop		
600 mg	= 2 700-3 600 mg	2700 mg	2400 mg	2100 mg	1800 mg	1500 mg	1200 mg	900 mg	600 mg	300 mg	Stop

Accompagner un sevrage de la prégabaline

Hormis en cas d'indication stricte de la prégabaline (cf. point 1), nous accompagnons le patient en lui prescrivant de la gabapentine selon un schéma dégressif afin d'atténuer les symptômes de sevrage importants que causerait un arrêt brusque.

La gabapentine présente également un risque de mésusage et de dépendance, mais son effet moins puissant (dont l'absorption est saturable) et plus lent à se manifester ainsi qu'une tolérance rapide rendent son mésusage moins fréquent.²⁰ De plus, l'utilisation d'une autre molécule pour effectuer le sevrage permet de réduire considérablement la circulation de prégabaline en prison, diminuant ainsi le risque de trafic et les négociations lors de la distribution, qui est effectuée sous surveillance avec une prise à vue de la médication par l'équipe infirmière en milieu carcéral.

L'équivalence prégabaline-gabapentine est non linéaire, le facteur de conversion maximal étant de 1:6. Nous proposons une substitution selon le **tableau 1**. Pour les personnes ayant une dose de prégabaline suprathérapeutique, nous recommandons une dose de gabapentine de 2 700 mg, à répartir en 3 prises quotidiennes.

Proposer un traitement alternatif

En parallèle, il faut revenir à la plainte initiale et y répondre.

A. Douleurs

En cas de douleurs de type neuropathique, la littérature soutient l'utilisation des antidépresseurs tricycliques et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Bien que la venlafaxine (Eflexor et génériques), la duloxétine (Cymbalta et génériques) et l'amitriptyline (Saroten et génériques) aient une efficacité comparable, les tricycliques sont associés à une incidence plus élevée d'effets indésirables.

En cas de douleurs névralgiformes, d'autres traitements peuvent être envisagés (par exemple oxcarbazépine, lamotrigine), des alternatives topiques (patch de lidocaïne) étant possibles lorsque les douleurs sont bien localisées. Sinon, il convient de prescrire des traitements en fonction de l'étiologie et du type de douleur (antalgie selon le pilier de l'OMS, anti-inflammatoires, physiothérapie et thérapie manuelle, infiltrations, etc.).

B. Épilepsie. Il existe trois cas de figure:

- L'épilepsie est peu plausible, dans quel cas aucun traitement alternatif n'est indiqué. Ceci vaut également pour les crises provoquées par un sevrage de substance.
- En cas de doute, il convient d'adresser le patient en consultation spécialisée pour clarifier le diagnostic et discuter du traitement. Dans l'intervalle, le schéma dégressif de gabapentine peut être suspendu ou un autre traitement de fond peut être introduit (à discuter avec un neurologue).
- L'épilepsie est clairement établie, la prégabaline est nécessaire et aucune alternative n'est médicalement équivalente, dans quel cas la prescription doit être poursuivie.

Prise en charge addictologique

D'après notre expérience, beaucoup de ces patients sont usagers de prégabaline depuis de nombreuses années et présentent un syndrome de dépendance pour lequel une prise en charge addictologique est indiquée. Nous recommandons de mener des entretiens motivationnels, ainsi que des consultations à but de psychoéducation, de prévention et de réduction des risques et méfaits liés à cette consommation.

CONCLUSION

L'usage de la prégabaline, bien que justifié dans certaines indications, pose un risque significatif de mésusage et d'abus, particulièrement en milieu carcéral. En réponse à cette problématique, les recommandations de pratiques adoptées dans le canton de Vaud visent à rationaliser la prescription de prégabaline, à minimiser les risques d'abus et à offrir des alternatives thérapeutiques appropriées. Une vigilance constante, une évaluation rigoureuse des indications et une approche centrée sur le patient sont essentielles pour gérer efficacement cette problématique complexe.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

- J. Araïedh: <https://orcid.org/0009-0009-9573-179X>
- D. Delessert: <https://orcid.org/0000-0001-9544-7339>
- Y. Khazaal: <https://orcid.org/0000-0002-8549-6599>
- P. Bodenmann: <https://orcid.org/0000-0002-1058-1035>
- J. Novy: <https://orcid.org/0000-0002-6862-7083>
- C. Bondolfi: <https://orcid.org/0000-0003-1900-360X>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- **Potentiel addictogène:** la prégabaline, ayant un potentiel addictif documenté, doit être prescrite pour une indication claire, après une anamnèse psychosociale approfondie.
- **Alternatives pharmacologiques:** des alternatives sûres devraient être privilégiées, surtout chez les personnes à risque de dépendance.
- **Arrêt progressif:** l'arrêt doit être graduel pour minimiser les symptômes de sevrage.
- **Prescriptions «off label»:** les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché ou à des doses supratherapeutiques (supérieures à 600 mg/jour) sont à éviter.
- **Vigilance sur les coconsommations:** surveiller les coconsommations, prescrites ou non, qui amplifient les effets dépressifs.
- **Suivi spécialisé:** en cas de dépendance, un suivi multidisciplinaire est recommandé.

1 Driot D, Jouanjus E, Oustric S, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. Patterns of gabapentin and pregabalin use and misuse: results of a population-based cohort study in France. *Br J Clin Pharmacol*. 2019 Jun;85(6):1260-9.

2 Chiappini S, Schifano F. A decade of gabapentinoid misuse: an analysis of the European Medicines Agency's "Suspected Adverse Drug Reactions" database. *CNS drugs*. 2016 Jul;30(7):647-54.

3 Montastruc F, Loo SY, Renoux C. Trends in First Gabapentin and Pregabalin Prescriptions in Primary Care in The United Kingdom. 1993-2017. *JAMA*. 2018 Nov 27;320(20):2149-51.

4 Grandjean C, Wavre DSC, Kha-zaal PY, et al. [Gabapentinoïdes: misuses and addictions]. *Rev Med Suisse*. 2021 Dec 15;17(763):2206-8.

5 Lyndon A, Audrey S, Wells C, et al. Risk to heroin users of polydrug use of pregabalin or gabapentin. *Addiction*. 2017 Sep;112(9):1580-9.

6 Jokinen V, Lilius TO, Laitila J, et al. Pregabalin enhances the antinociceptive effect of oxycodone and morphine in thermal models of nociception in the rat without any pharmacokinetic interactions. *Eur J Pain*. 2016 Feb;20(2):297-306.

7 Nicholls G, Samios P, Hampton S. Management of pregabalin and gabapentin prescribing and use in NSW prisons. *Med J Aust*. 2019 Nov;211(10):474-474.e1.

8 Morrison EE, Sandilands EA, Webb DJ. Gabapentin and pregabalin: do the benefits outweigh the harms? *J R Coll Physicians Edinb*. 2017 Dec;47(4):310-3.

9 Novotny M, Bulla J, Hubl D, et al. Pregabalin use in forensic hospitals and prisons in German speaking countries—a survey study of physicians. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1309654.

10 Bicknell M. The pain of pregabalin prescribing in prisons. *Br J Gen Pract*. 2013 Aug;63(613):405.

11 Farmer D. The prescribing and management of Gabapentin and Pregabalin in HM Prisons and Immigration Removal Centres in England. Collaborative Audit Report. 2013.

12 Soni A, Walters P. A study of the reasons for prescribing and misuse of gabapentinoids in prison including their co-prescription with opioids and antidepressants. *Int J Prison Health*. 2019 Aug 27;16(1):67-77.

13 Tran-Van-Minh A, Dolphin AC. The alpha2delta ligand gabapentin inhibits the Rab11-dependent recycling of the calcium channel subunit alpha2delta-2. *J Neurosci*. 2010 Sep 22;30(38):12856-67.

14 Montgomery S, Emir B, Haswell H, Prieto R. Long-term treatment of anxiety disorders with pregabalin: a 1 year open-label study of safety and tolerability. *Curr Med Res Opin*. 2013 Oct;29(10):1223-30.

15 Derry S, Bell RF, Straube S, et al. Pregabalin for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 23;1(1):CD007076.

16 Schwan S, Sundström A, Stjernberg E, Hallberg E, Hallberg P. A signal for an abuse liability for pregabalin – results from the Swedish spontaneous adverse drug reaction reporting system. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010 Sep;66(9):947-53.

17 Schifano F, Chiappini S, Corkery JM, Guirguis A. Abuse of Prescription Drugs in the Context of Novel Psychoactive Substances (NPS): A systematic Review. *Brain Sci*. 2018 Apr 22;8(4):73.

18 Fonseca F, Lenahan W, Dart RC, et al. Non-medical Use of Prescription Gabapentinoids (Gabapentin and Pregabalin) in five European Countries. *Front Psychiatry*. 2021 Apr 28;12:676224.

19 Schjerning O, Rosenzweig M, Pottgård A, Damkier P, Nielsen J. Abuse Potential of Pregabalin: A Systematic Review. *CNS drugs*. 2016 Jan;30(1):9-25.

20 Evoy KE, Morrison MD, Saklad SR. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. *Drugs*. 2017 Mar;77(4):403-26.

21 Dufayet L, Care W, Deheul S, et al. Increase in pregabalin recreational use in adolescents in France. *Clin Toxicol (Phila)*. 2021 Nov;59(11):1027-30.

22 Chappuy M, Nourredine M, Clerc B, et al. Gabapentinoid use in French most precarious populations: Insight from Lyon Permanent Access to Healthcare (PASS) units, 2016-1Q2021. *Fundam Clin Pharmacol*. 2022 Apr;36(2):448-52.

23 Mersfelder TL, Nichols WH. Gabapentin: Abuse, Dependence, and Withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2016;50(3):229-33.

24 Häkkinen M, Vuori E, Kalso E, Gergov M, Ojanperä I. Profiles of pregabalin and gabapentin abuse by postmortem toxicology. *Forensic Sci Int*. 2014 Aug;241:1-6.

25 Lottner-Nau S, Övgüer B, Paul LD, et al. Abuse of pregabalin—results of the postmortem toxicology from 2010 to 2012. *Toxicchem Krimtech*. 2013;80(special issue):339-42.

26 Eastwood JA, Davison E. Pregabalin concentrations in post-mortem blood – a two year study. *Forensic Sci Int*. 2016 Sep;266:197-201.

27 Abrahamsson T, Berge J, Öjehagen A, Håkansson A. Benzodiazepine, z-drug and pregabalin prescriptions and mortality among patients in opioid maintenance treatment—a nation-wide register-based open cohort study. *Drug*

Alcohol Depend. 2017 May 1;174:58-64.

28 Gov.uk. Pregabalin and gabapentin to be controlled as class C drugs [En ligne]. 2018. Disponible sur: www.gov.uk/government/news/pregabalin-and-gabapentin-to-be-controlled-as-class-c-drugs

29 ANSM France. Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour et limiter le mésusage [En ligne]. 2021. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabalin-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>

30 Eurotox. Recommandation concernant la prégabaline [En ligne]. 2022. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Recommandations-pregabalin_2022.pdf

31 Vashchinkina E, Piippo O, Vekovischeva O, et al. Addiction-related interactions of pregabalin with morphine in mice and humans: reinforcing and inhibiting effects. *Addict Biol*. 2018 May;23(3):945-58.

32 Ishikawa H, Takeshima M, Ishikawa H, et al. Pregabalin withdrawal in patients without psychiatric disorders taking a regular dose of pregabalin: a case series and literature review. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2021 Sep;41(3):434-9.

33 Deeb S, Wylie FM, Torrance HJ, Scott KS. An Insight into Gabapentin and Pregabalin in Scottish Prisoners. *J Anal Toxicol*. 2020 Apr 2;44(5):504-13.

34 Durand L, Keenan E, O'Reilly D, et al. Prescription drugs with potential for misuse in Irish prisons: analysis of national prison prescribing trends, by gender and history of opioid use disorder, 2012 to 2020. *BMC psychiatry*. 2023 Oct 6;23(1):725.

35 Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance. Synthèse des résultats Osiap 2022 [En ligne]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2024/03/Resultats-nationaux-de-lenquete-OSIAP-2022.pdf>

36 Hull and East Riding Prescribing Committee. Guidelines for the Prescribing of: The Initiation, Management and Discontinuation of Pregabalin and Gabapentin prescribing for neuropathic pain in Primary Care [En ligne]. 2015. (Consulté le 25 juin 2021). Disponible sur: www.hey.nhs.uk/wp/wp-content/uploads/2016/03/pregabalin.pdf