Alerte
Opioïdes à l'APHP?

Anissa Belbachir

Présidente du Clud-SP de l'APHP

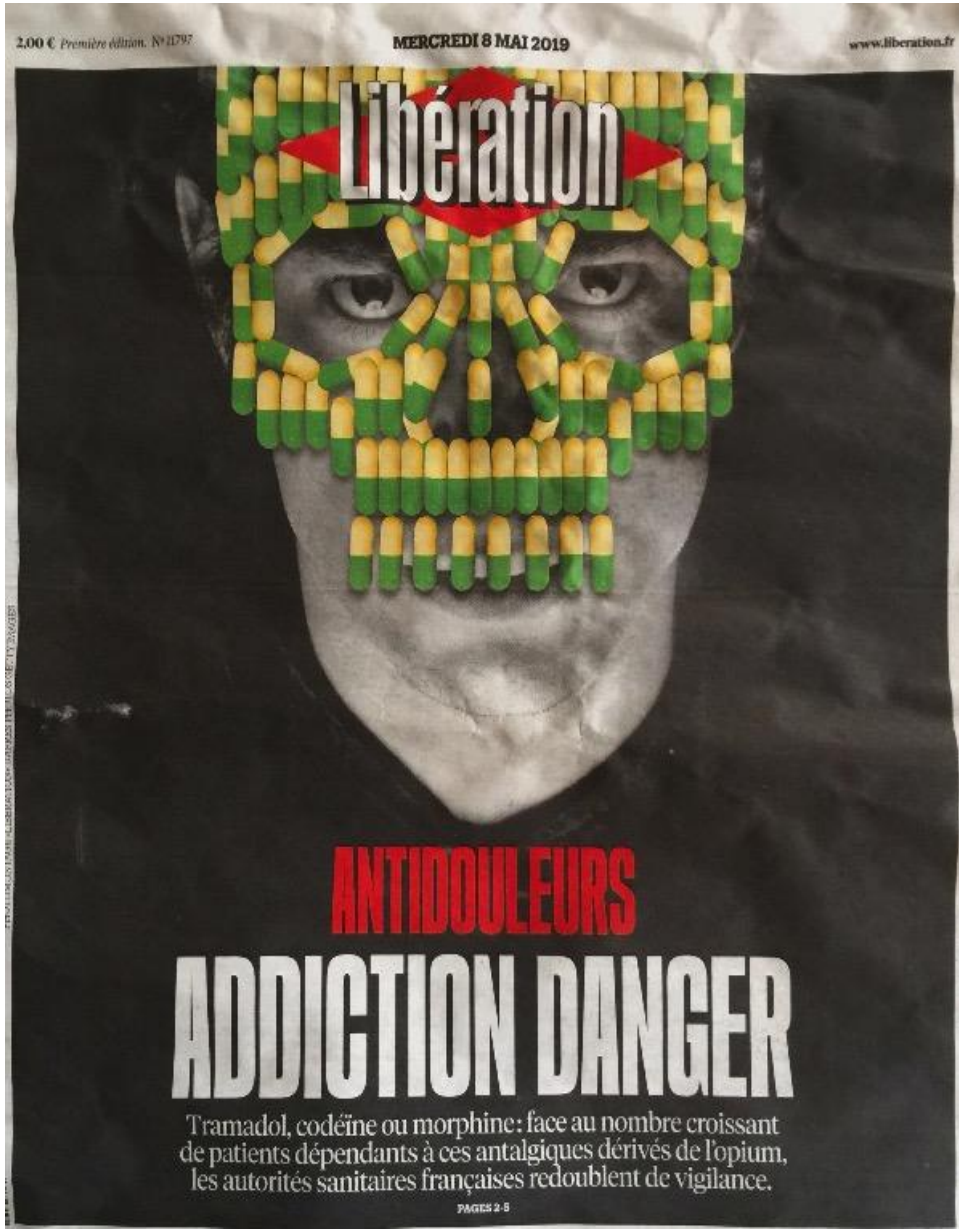
QSS-CAPCU du 22 mai 2019

L'addiction aux opiacés, première cause de mort par overdose en France

Le Monde.fr
ÉDITION GLOBALE ⌄ Mise à jour à 14h10

L'abus et la dépendance aux antidouleurs constituent l'une des pires crises sanitaires de l'histoire récente. Aux Etats-Unis, elle fait des ravages croissants depuis dix ans.

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 15.10.2018 à 18h09 • Mis à jour le 17.10.2018 à 09h27 | Par Nathaniel Herzberg (/journaliste/nathaniel-herzberg/) et Pascale Santi (/journaliste/pascale-santi/)


2,00 € Première édition. N° 11797
MERCREDI 8 MAI 2019
www.liberation.fr
Libération

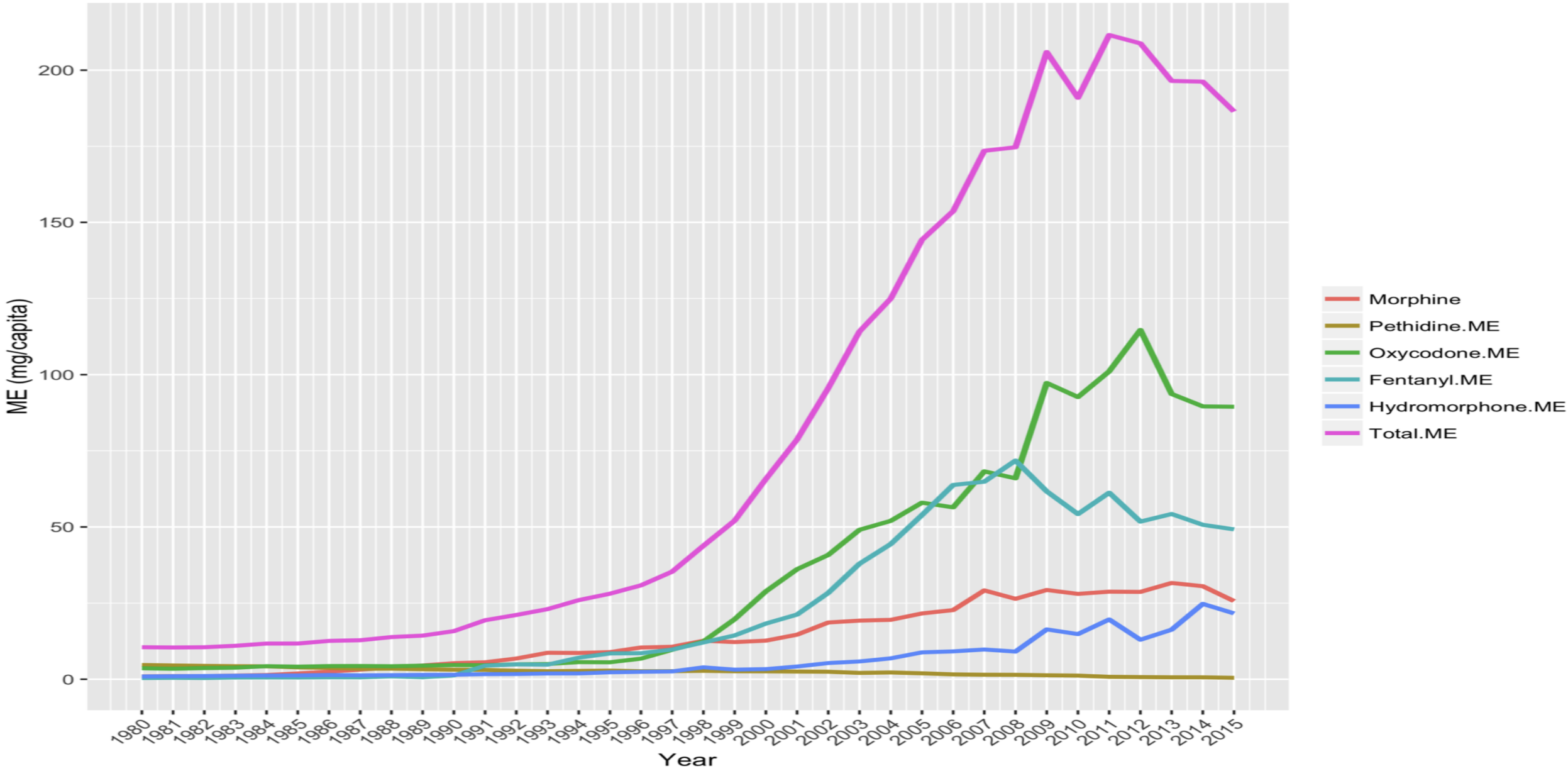
ANTIDOULEURS

ADDICTION DANGER

Tramadol, codéïne ou morphine: face au nombre croissant de patients dépendants à ces antalgiques dérivés de l'opium, les autorités sanitaires françaises redoublent de vigilance.

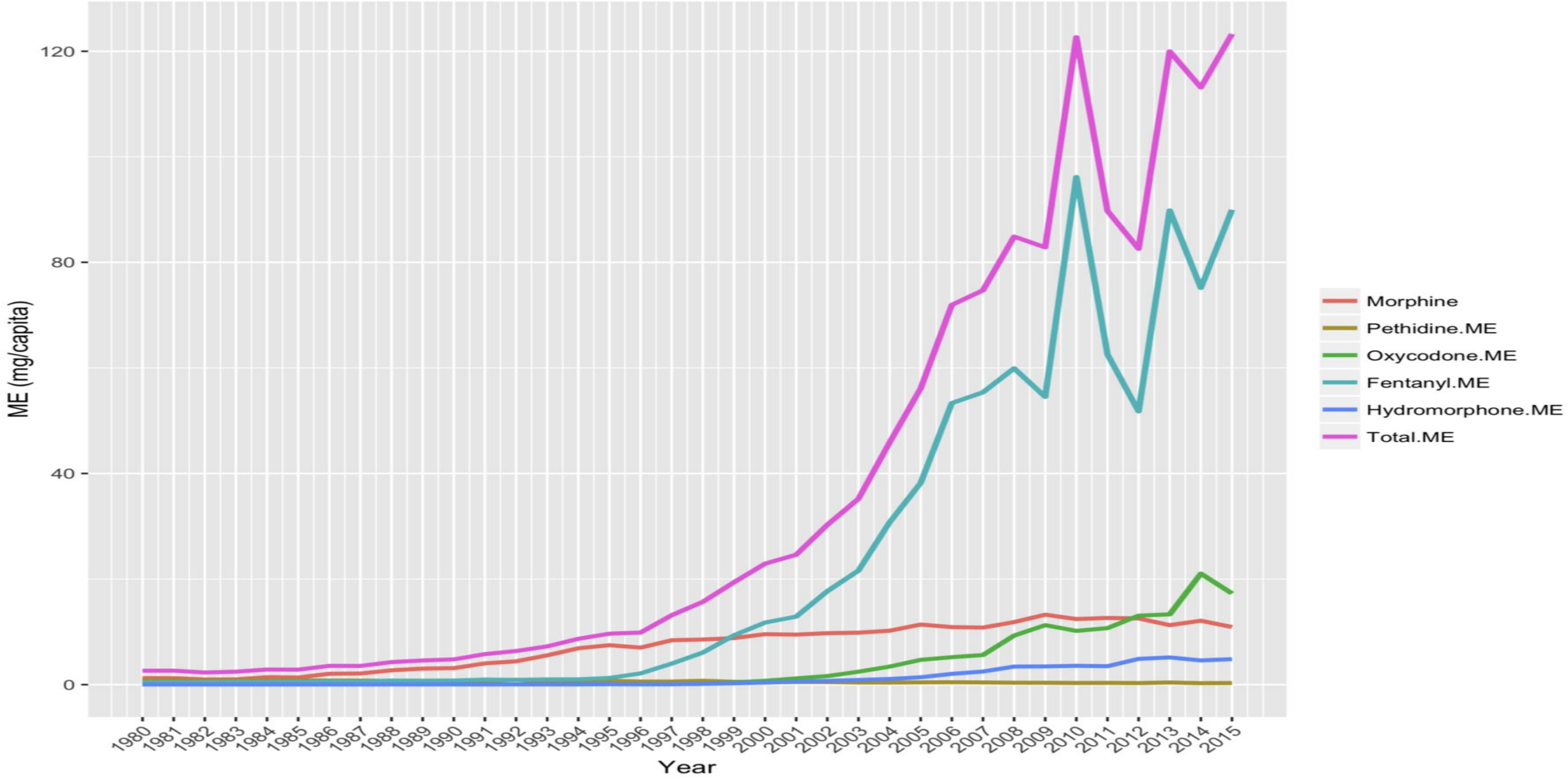
PAGES 2-5

AMRO Regional
Opioid Consumption in Morphine Equivalence minus Methadone, mg/person

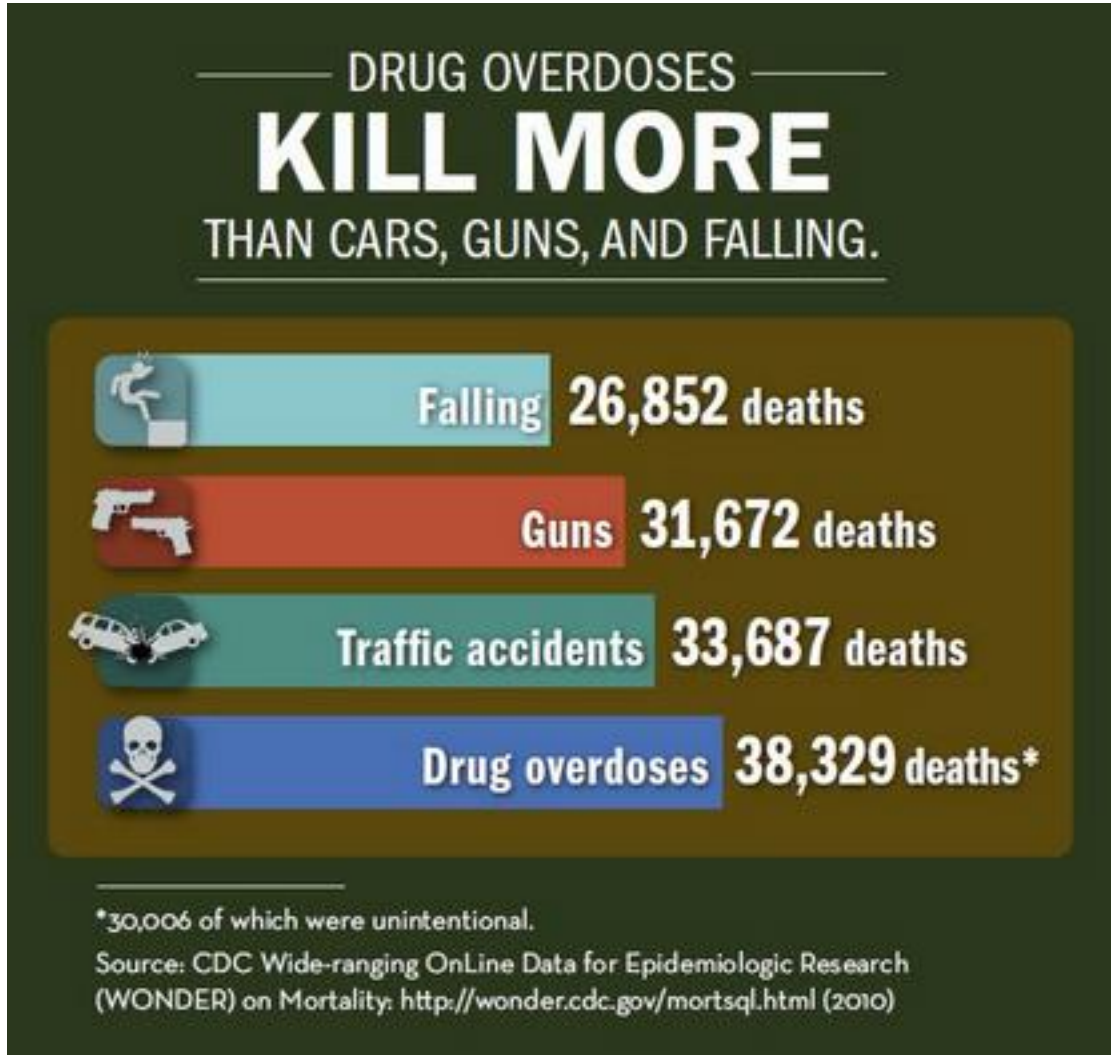


Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2015

EURO Regional
Opioid Consumption in Morphine Equivalence minus Methadone, mg/person



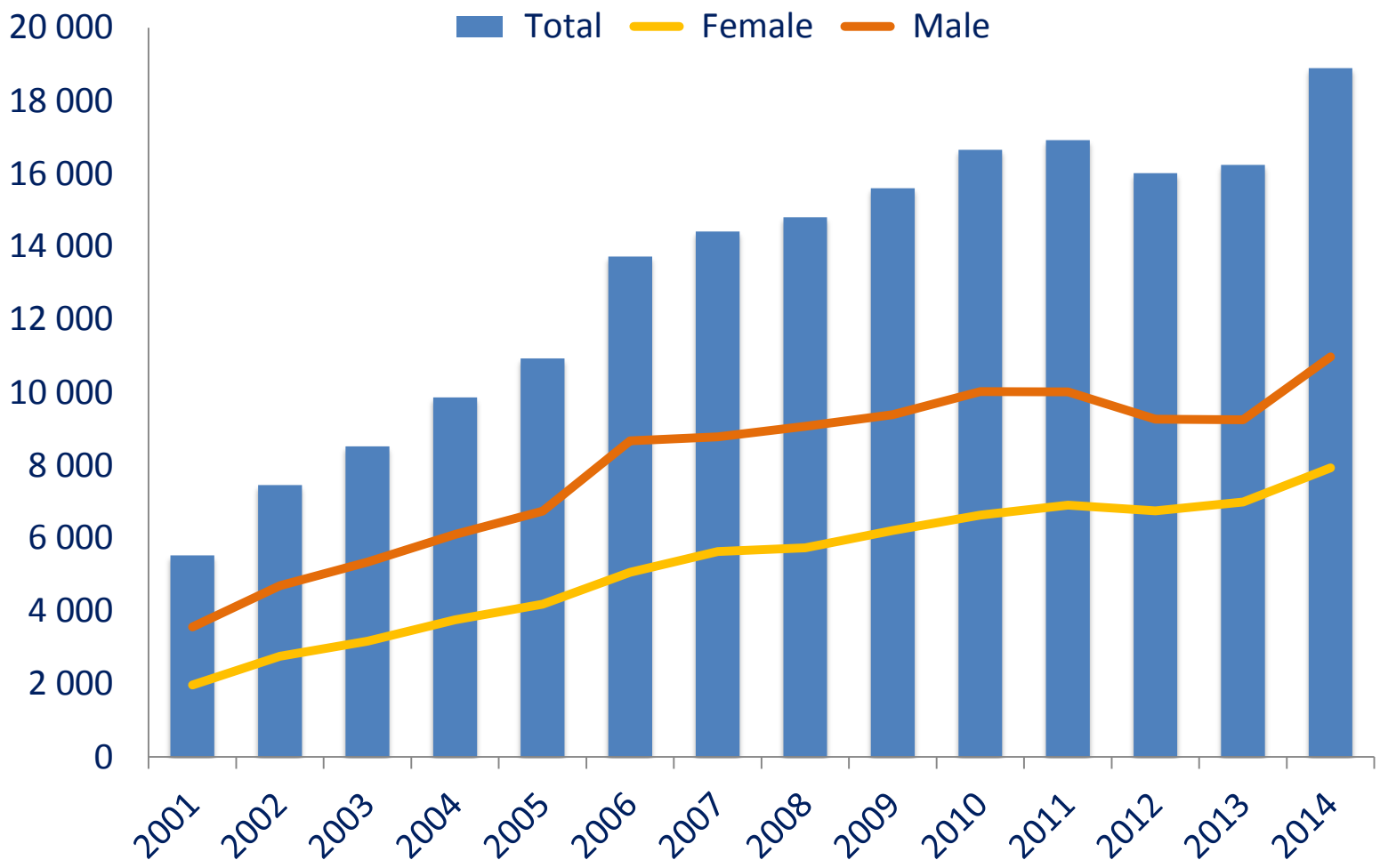
Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2015


DRUG OVERDOSES
KILL MORE
THAN CARS, GUNS, AND FALLING.
Falling 26,852 deaths
Guns 31,672 deaths
Traffic accidents 33,687 deaths
Drug overdoses 38,329 deaths*
*30,006 of which were unintentional.
Source: CDC Wide-ranging OnLine Data for Epidemiologic Research (WONDER) on Mortality: http://wonder.cdc.gov/mortsql.html (2010)

National Institute on Drug Abuse

National Overdose Deaths

Number of Deaths from Prescription Opioid Pain Relievers



Source: National Center for Health Statistics, CDC Wonder

Face au fléau des opiacés, Donald Trump décrète l'urgence sanitaire nationale

Par RFI

Publié le 27-10-2017 • Modifié le 27-10-2017 à 01:40

«Au moins 64 000 Américains sont morts d'overdose l'année dernière», a rapporté Donald Trump. Le président américain a élevé la crise de dépendance aux opiacés au rang d'«urgence de santé publique», le 26 octobre 2017.

REUTERS/Kevin Lamarque

Donald Trump a décrété ce jeudi 26 octobre l'urgence sanitaire nationale pour lutter contre la dépendance aux produits opiacés. Onze millions d'Américains sont dépendants à ces médicaments, un million à l'héroïne. Le nombre de morts atteint des sommets inédits.

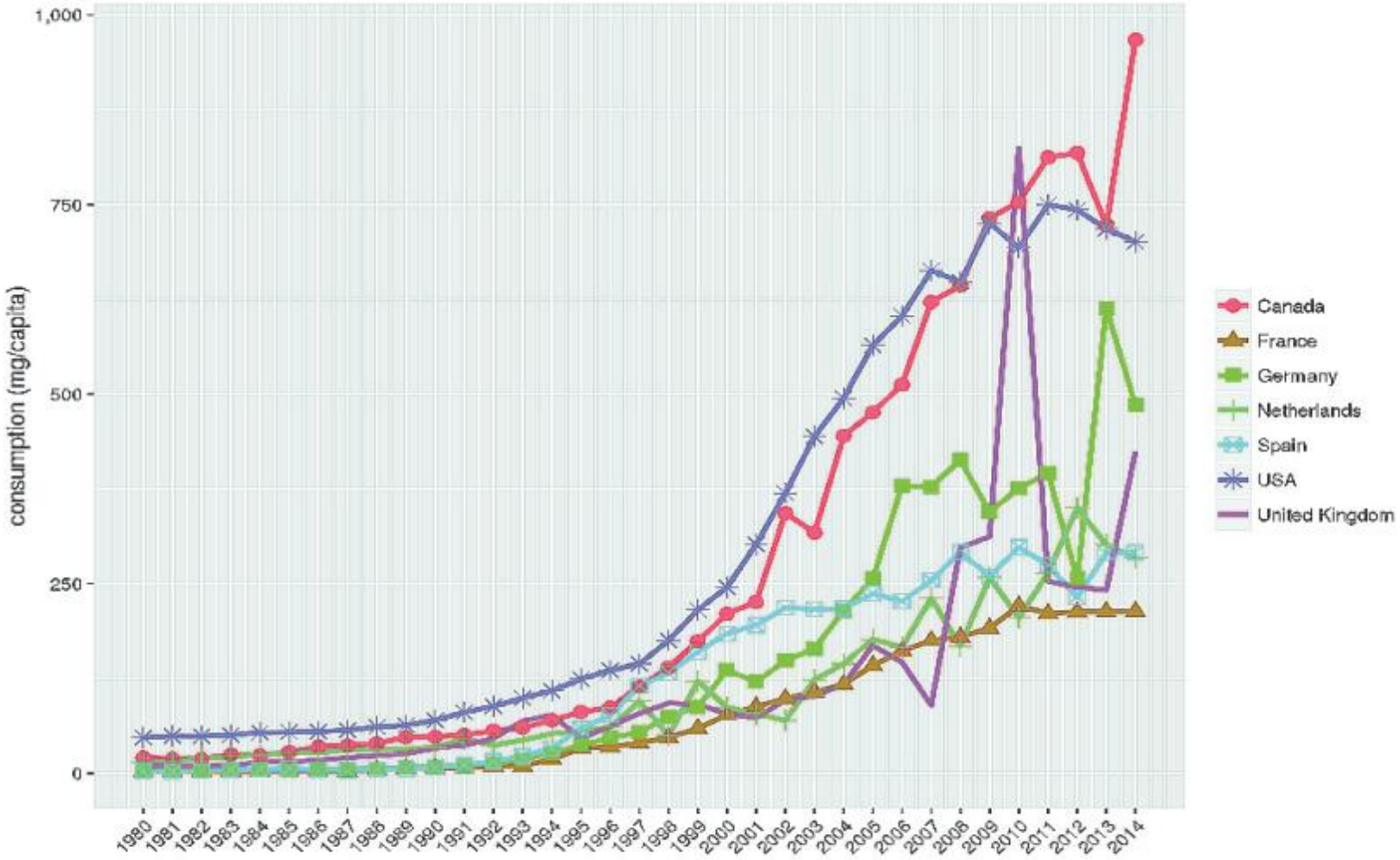
« La crise des overdoses américaines, une menace pour la France ?»

[The American opioid overdose crisis: A threat for France?]

Vodovar D[1], Langrand J[2], Tournier N[3], Mégarbane BRev Med Interne. 2018 Nov 11. pii: S0248-8663(18)31164-0. doi: 10.1016/j.revmed.2018.10.389. [Epub ahead of print][4]

Total opioid consumption per country 1980-2014

Helmehorst GTT et al J Bone Joint Surg 2017; 99: 856-64



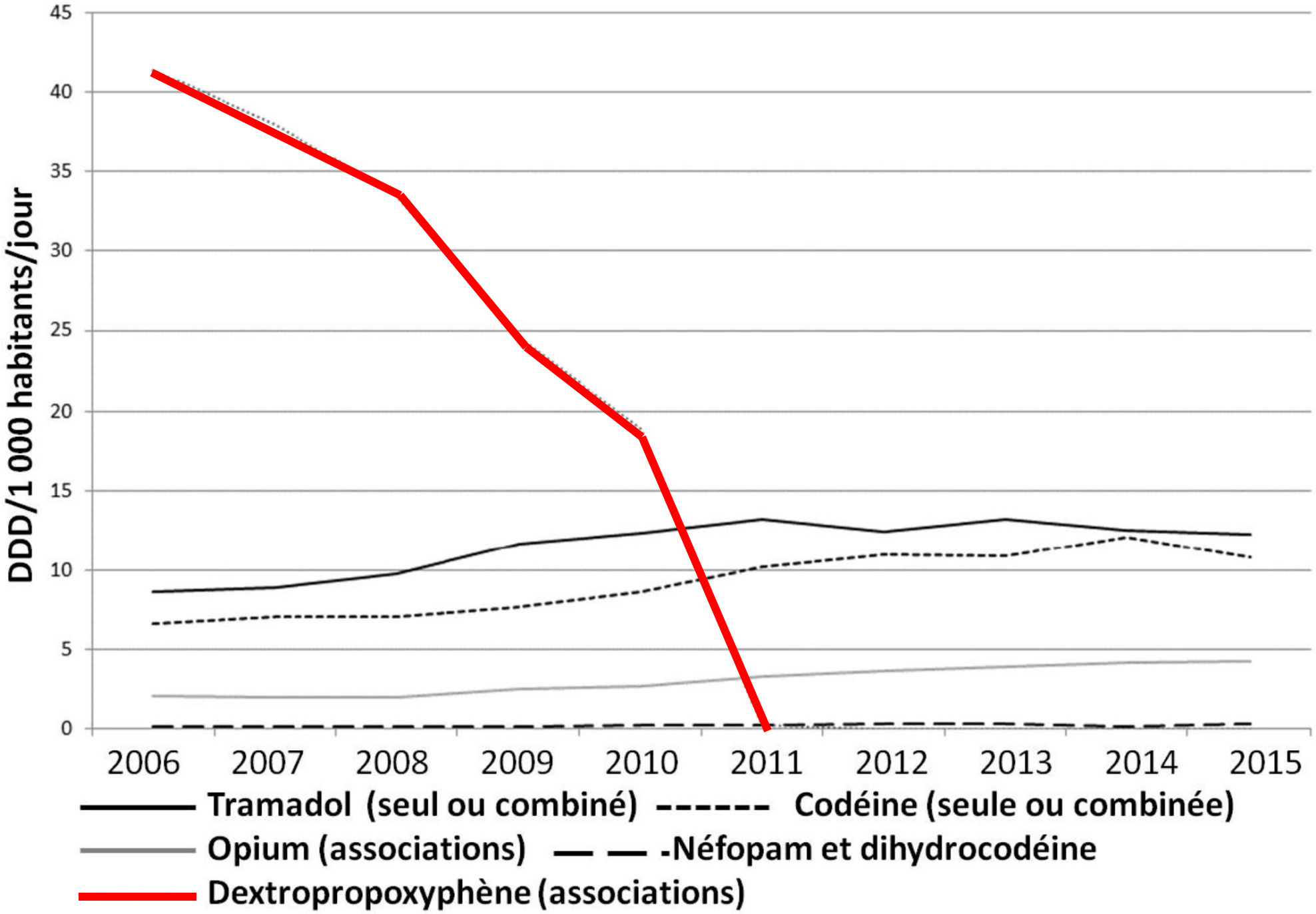
BJCP British Journal of Clinical Pharmacology

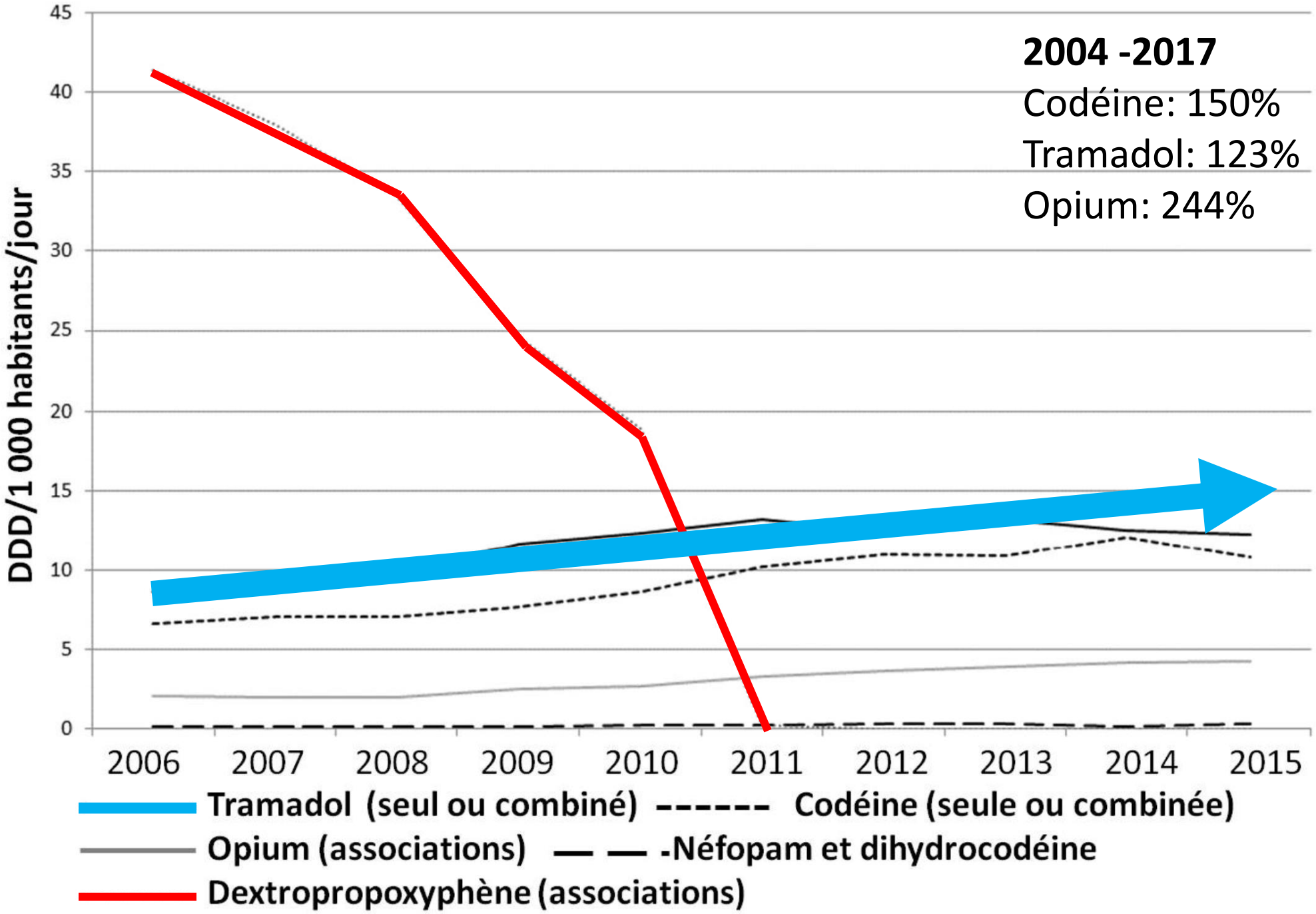
BRITISH PHARMACOLOGICAL SOCIETY JOURNALS

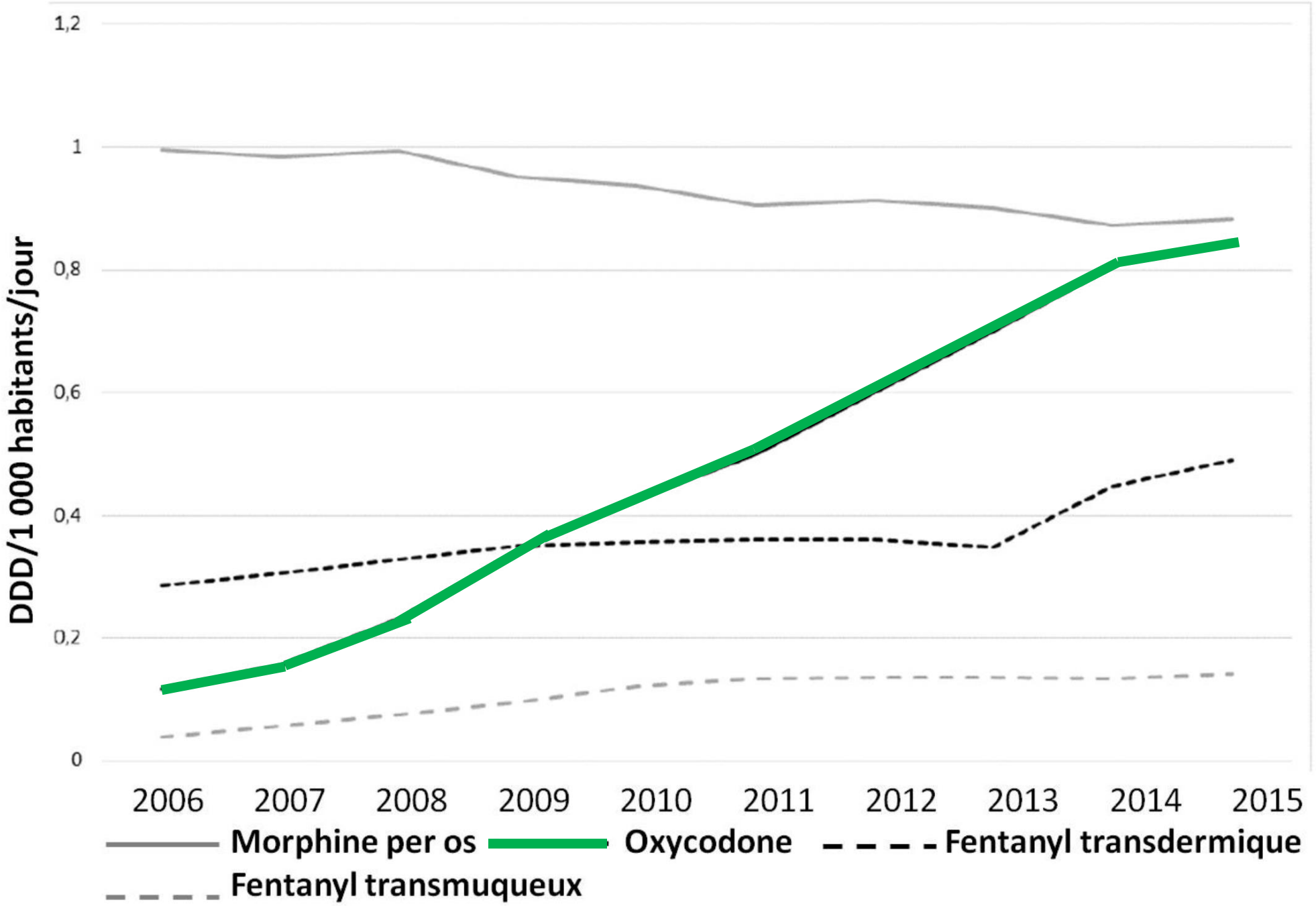
Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe

Karima Hider-Mlynarz, Philippe Cavalié, Patrick Maison

First published: 07 March 2018 | https://doi.org/10.1111/bcp.13564 | Cited by: 2


DDD/1 000 habitants/jour
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
Tramadol (seul ou combiné)
Codéine (seule ou combinée)
Opium (associations)
-Néfopam et dihydrocodéine
Dextropropoxyphène (associations)


2004 -2017
Codéine: 150%
Tramadol: 123%
Opium: 244%
DDD/1 000 habitants/jour
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
Tramadol (seul ou combiné)
Codéine (seule ou combinée)
Opium (associations)
-Néfopam et dihydrocodéine
Dextropropoxyphène (associations)


1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
DDD/1 000 habitants/jour
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
Morphine per os
Oxycodone
Fentanyl transdermique
Fentanyl transmuqueux

EJP
European Journal of Pain

ORIGINAL ARTICLE

Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality

C. Chenaf[1,2,3,*], J.-L. Kaboré[1,3,*], J. Delorme[1,2,3], B. Pereira[1], A. Mulliez[1], M. Zenut[1,2,3], N. Delage[1,2,3], D. Ardid[1,3], A. Eschalier[1,2,3], N. Authier[1,2,3]

Eur J Pain 23 (2019) 124–134

N>700 000

Table 1 Characteristics of prescription opioid analgesic users in 2017.

	No. (%)[a]					No. (%)				
	Nonopioid analgesic users n = 264,176		Opioid analgesic users n = 98,122		P Value*	Strong opioid users n = 5900		Weak opioid users n = 92,222		P Value†
Age (years)										
Mean ± SD	36.8 ± 25.3		51.5 ± 19.4		<0.001	63.6 ± 19.0		50.8 ± 19.2		<0.001
Age group (years)										
<15	70,461	(26.7)	1178	(1.2)		17	(0.3)	1161	(1.3)	
15–25	27,117	(10.3)	7489	(7.6)		108	(1.8)	7381	(8.0)	
25–45	62,279	(23.6)	27,902	(28.4)	<0.001	857	(14.5)	27,045	(29.3)	<0.001
45–65	59,113	(22.4)	34,754	(35.4)		1993	(33.8)	32,761	(35.5)	
≥65	45,206	(17.1)	26,799	(27.3)		2925	(49.6)	23,874	(25.9)	
Gender										
Female	146,823	(55.6)	55,973	(57.0)		3497	(59.3)	52,476	(56.9)	<0.001
Male	117,353	(44.4)	42,149	(43.0)	<0.001	2403	(40.7)	39,746	(43.1)	
Low-income status	31,337	(11.9)	10,029	(10.2)	<0.001	386	(6.5)	9643	(10.5)	<0.001
CCI mean ± SD	0.22 ± 0.87		0.56 ± 1.51		<0.001	2.1 ± 3.0		0.47 ± 1.31		<0.001
Mental health disorders	13,261	(5.0)	8316	(8.5)	<0.001	964	(16.3)	7352	(8.0)	<0.001
Opioid use disorders	729	(0.3)	402	(0.4)	<0.001	58	(1.0)	344	(0.4)	<0.001
Diabetes	12,330	(4.7)	8641	(8.8)	<0.001	784	(13.3)	7857	(8.5)	<0.001
Cancer condition	11,319	(4.3)	8773	(8.9)	<0.001	1539	(26.1)	7234	(7.8)	<0.001
Acute pain	–	–	68,654	(70.0)	–	2955	(50.1)	65,699	(71.2)	<0.001
Chronic pain	10,178	(3.9)	14,904	(15.2)	<0.001	2530	(42.9)	12,374	(13.4)	<0.001
Neuropathic pain	14	(0.01)	117	(0.12)	<0.001	54	(1.0)	63	(0.07)	<0.001
Osteoarthritis	1503	(0.6)	2765	(2.9)	<0.001	389	(7.0)	2376	(2.6)	<0.001
Back pain	6636	(2.5)	8566	(8.9)	<0.001	1198	(21.6)	7368	(8.1)	<0.001

EJP
European Journal of Pain

ORIGINAL ARTICLE

Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality

C. Chenaf[1,2,3,*], J.-L. Kaboré[1,3,*], J. Delorme[1,2,3], B. Pereira[1], A. Mulliez[1], M. Zenut[1,2,3], N. Delage[1,2,3], D. Ardid[1,3], A. Eschalier[1,2,3], N. Authier[1,2,3]

Prescribers, %										
GP	–	88.1	–	86.7		–	88.7	–	86.3	
Dentist	–	3.1	–	2.4		–	0.3	–	2.8	
Rheumatologist	–	0.7	–	2.1	<0.001	–	1.7	–	2.2	<0.001
Orthopaedist	–	0.3	–	1.8		–	1.3	–	1.9	
History of surgery (in the preceding 3 months)	7570	(2.8)	10,345	(10.7)	<0.001	1195	(21.5)	9150	(10.0)	<0.001

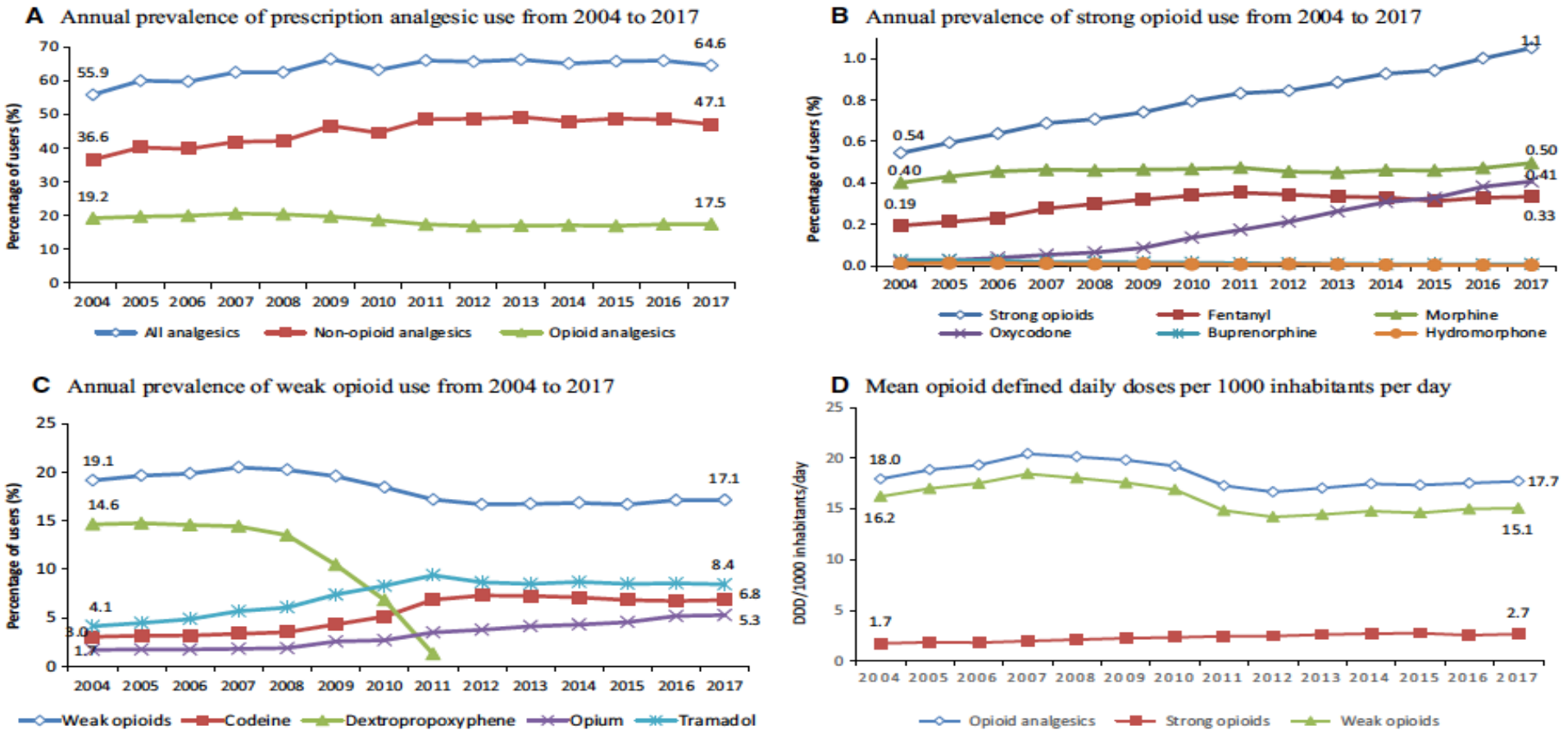
CCI, Charlson Comorbidity Index; GP, general practitioner; No. (%), number of patients (percentage).

*P-Value for characteristic comparisons between nonopioid analgesic users and opioid analgesic users.

†P-Value for characteristic comparisons between strong opioid users and weak opioid users.

[a]Data are expressed as No. (%) unless otherwise indicated.

Aug de 16%



Morph 25%
Fentan 74%
Tramad 105%
Codein 127%
Opium 212%

Oxycodone 1950%

Figure 1 Trends in prescription opioid analgesic use in the general population from 2004 to 2017 in France. *p* for trends <0.05 for all.

EJP
European Journal of Pain

ORIGINAL ARTICLE

Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality

C. Chenaf[1,2,3,*], J.-L. Kaboré[1,3,*], J. Delorme[1,2,3], B. Pereira[1], A. Mulliez[1], M. Zenut[1,2,3], N. Delage[1,2,3], D. Ardid[1,3], A. Eschalier[1,2,3], N. Authier[1,2,3]

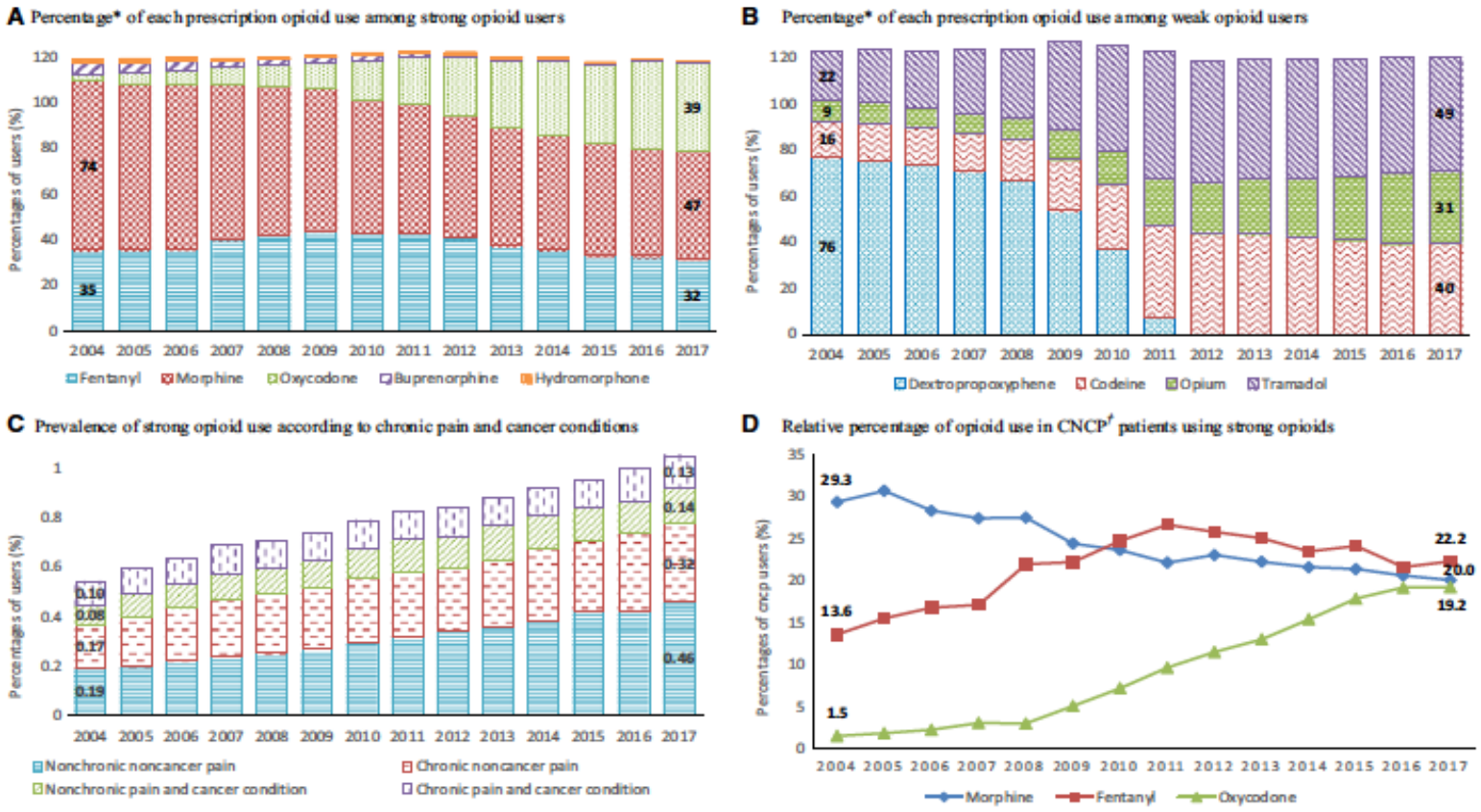


Figure 2 Prescription opioid use according to opioid potency and chronic pain and cancer conditions. *The total of percentages could exceed 100% because one patient may use different opioid analgesics. †CNCP, chronic non-cancer pain.

EJP
European Journal of Pain

ORIGINAL ARTICLE

Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality

C. Chenaf[1,2,3,*], J.-L. Kaboré[1,3,*], J. Delorme[1,2,3], B. Pereira[1], A. Mulliez[1], M. Zenut[1,2,3], N. Delage[1,2,3], D. Ardid[1,3], A. Eschalier[1,2,3], N. Authier[1,2,3]

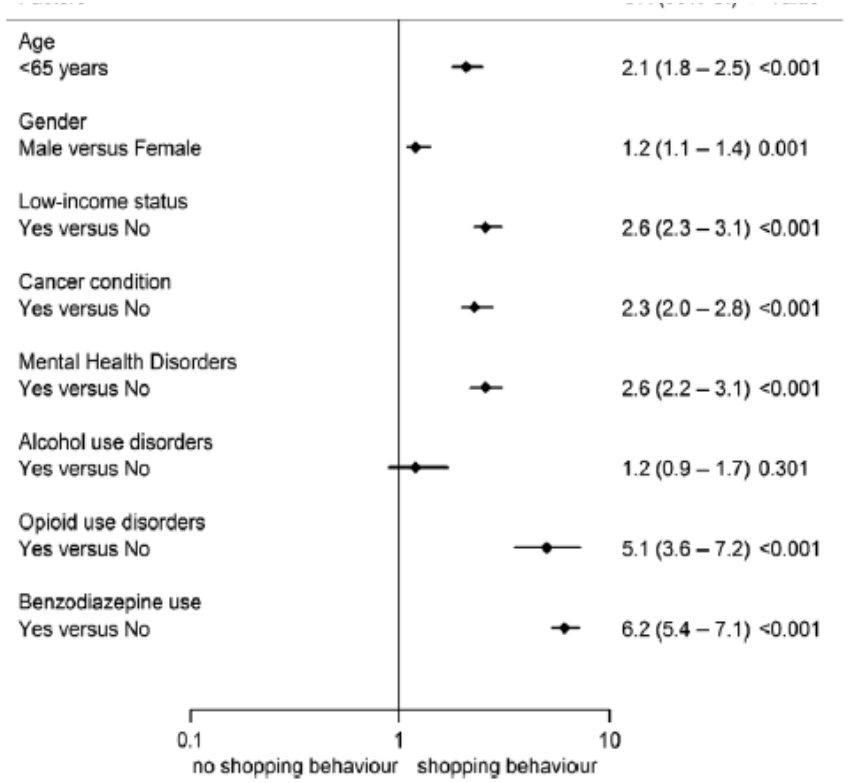


Figure 3 Risk factors associated with opioid shopping behaviour. OR (95% CI): odds ratio (95% confidence interval).

Prescription opioid analgesic use in France: trends and impact on morbidity-mortality

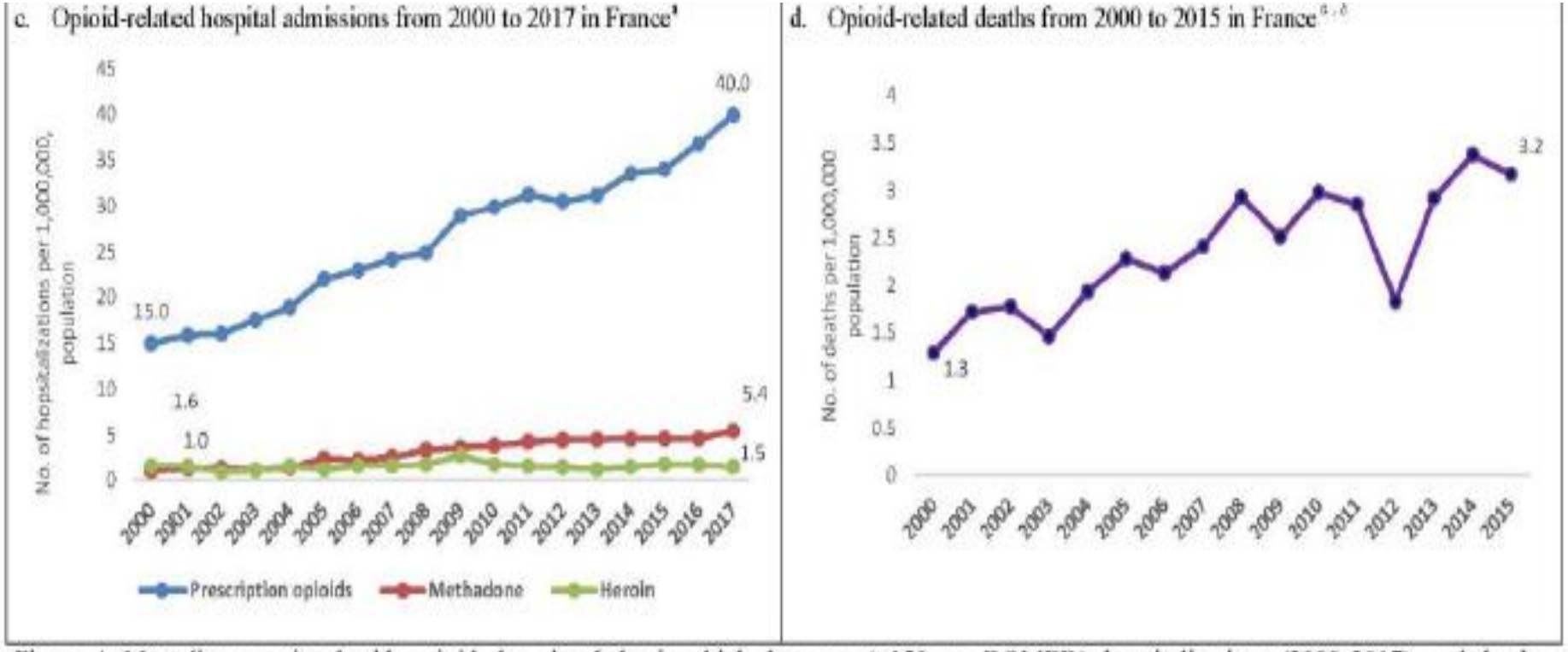


Figure 4. Mortality associated with opioid shopping behavior, high dose use (>150 mg DOMED), hospitalizations (2000-2017), and deaths (2000-2015). *DOMED: Daily Oral Morphine Equivalent dose;

[a] P for trend <0.05; [b] ICD-10 coding practices temporarily changed in 2012 which resulted in this "artificial" decrease in the number of deaths

- En France entre 2000 et 2015 augmentation de 146% des DC liés aux opioïdes (1.3/1 000 000 à 3.2/1 000 000)

Chouki Chenaf, MD *European Journal of Pain* 2019

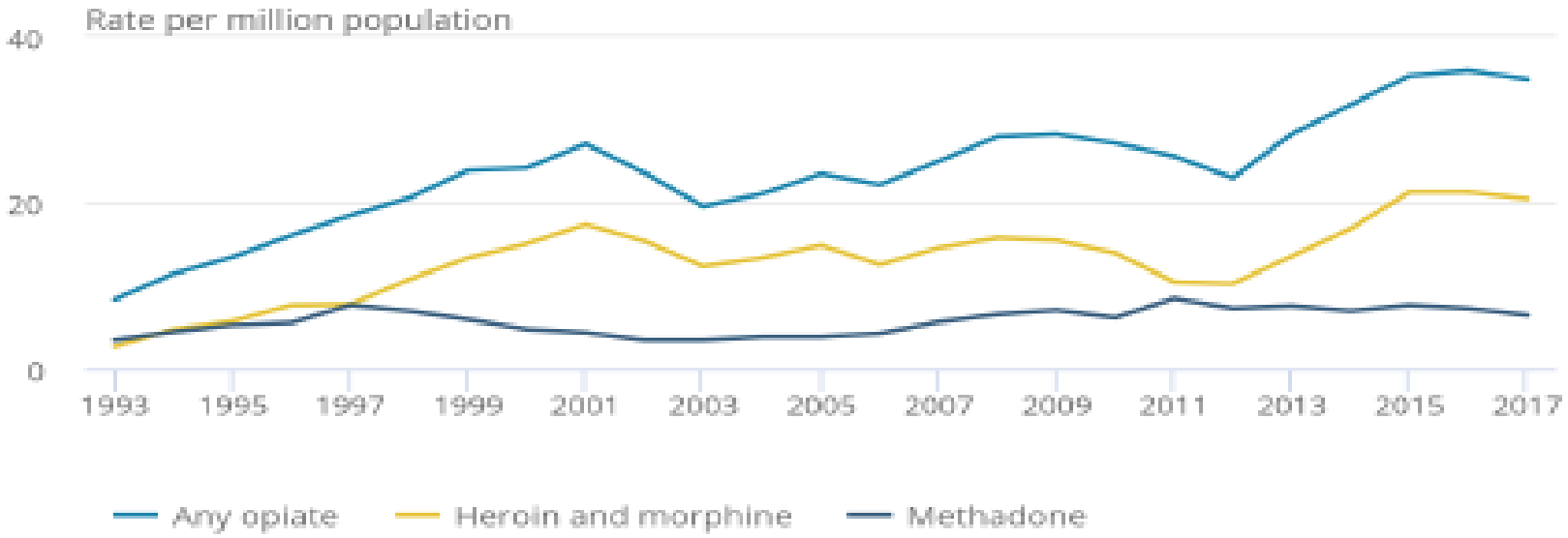
Office for National Statistics

Statistical bulletin

Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2017 registrations

Figure 5: Age-standardised mortality rates for deaths by all opiates, heroin and morphine, and methadone, registered 1993 to 2017

England and Wales



➢**En Angleterre et pays de Galle: en 2017, DC (héroïne et morphine) 20,5/1 000 000**

(*Statistical bulletin Deaths related to drug poisoning in England and Wales 2017 registrations)*

Health Care System Performance Scores

Note: See How This Study Was Conducted for a description of how the performance scores are calculated.

Source: Commonwealth Fund analysis.

ansm

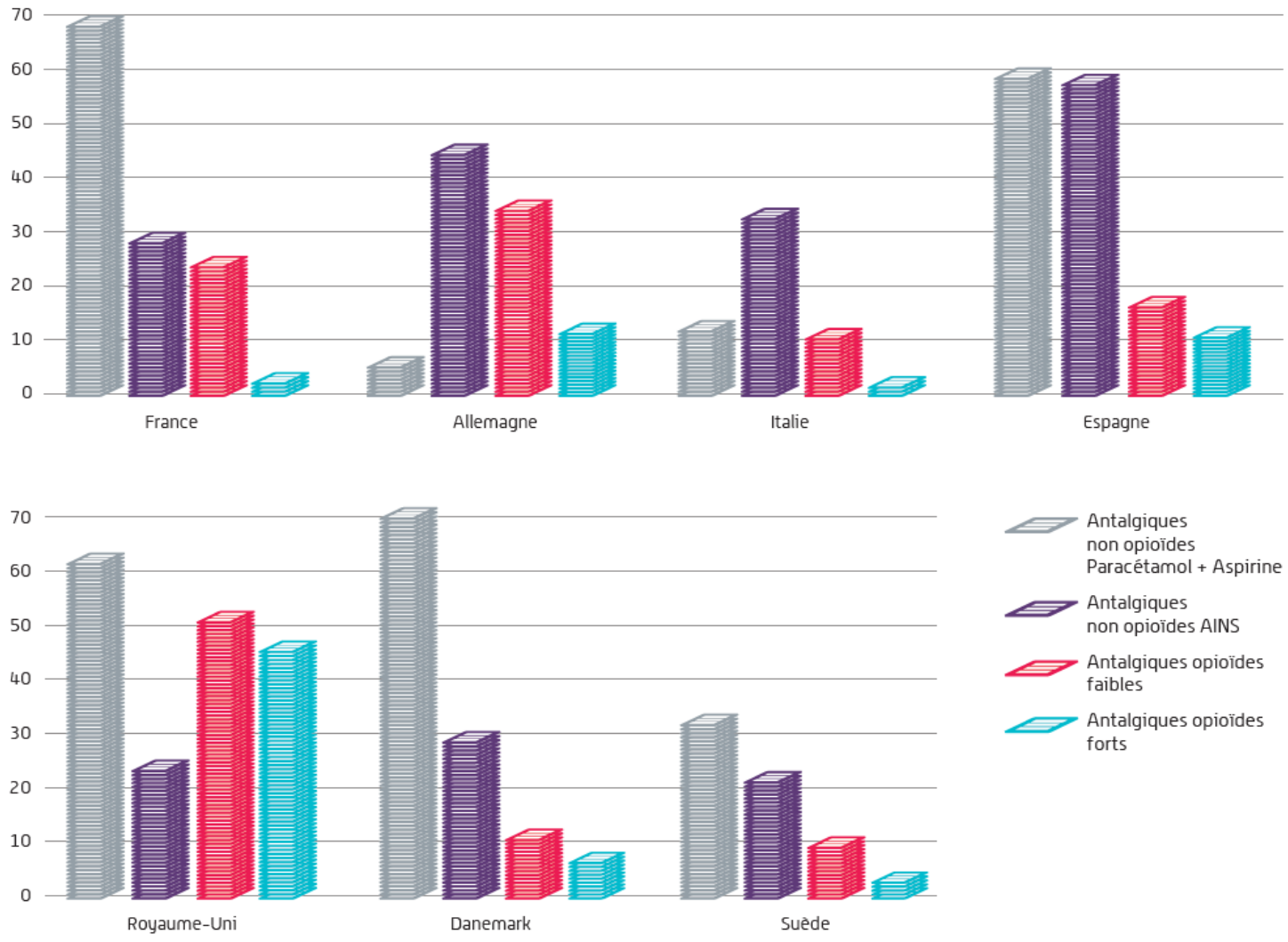
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

RAPPORT

État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques

FÉVRIER 2019

RÉPARTITION D'UTILISATION DES ANTALGIQUES DANS 7 PAYS EUROPÉENS EN 2015
(source IMS MIDAS et données publiques)

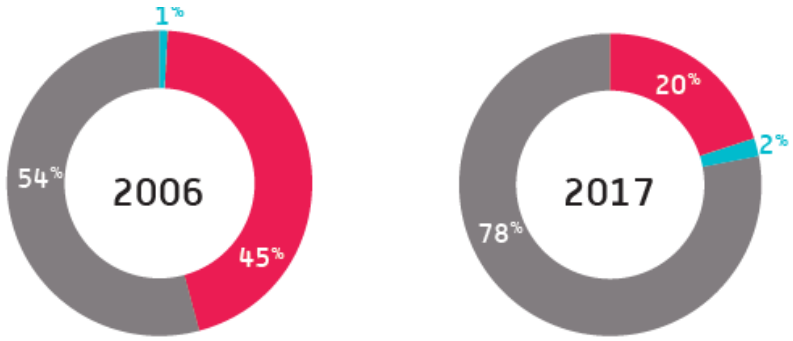


(1) La Dose Définie Journalière (DDJ) est une unité de mesure internationale reconnue, établie sur l'idée de représenter la dose moyenne journalière d'un médicament dans son indication pour un adulte de 70 kg. Il ne s'agit ni de dose recommandée, ni de dose effectivement consommée ou prescrite.

LES ANTALGIQUES OPIOÏDES EN FRANCE EN 2017

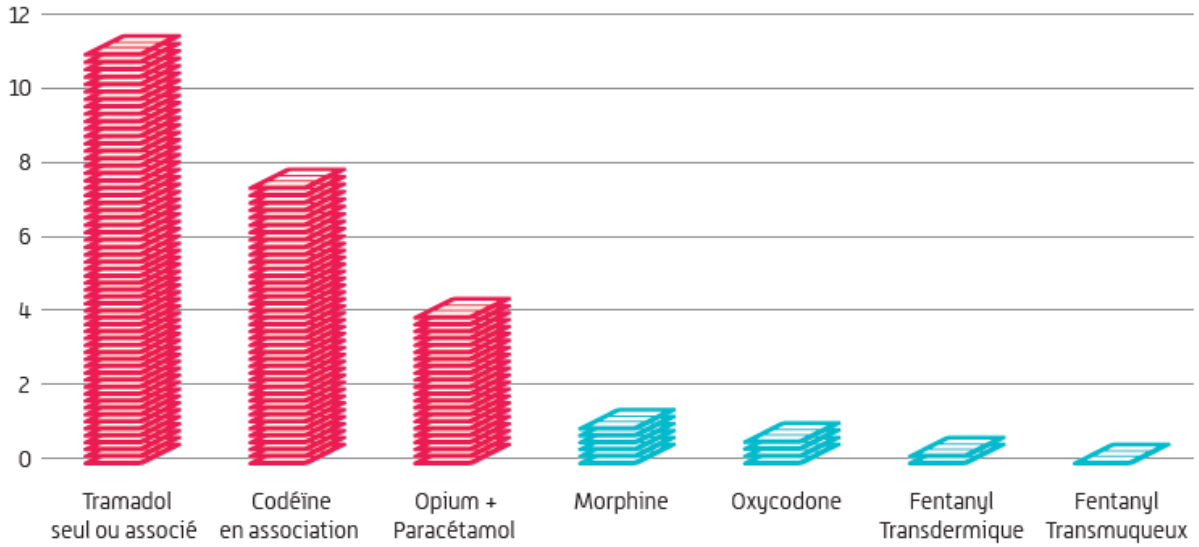
(source IMS MIDAS et données publiques)

- Antalgiques non opioïdes
- Antalgiques opioïdes faibles
- Antalgiques opioïdes forts



LES PRINCIPAUX ANTALGIQUES OPIOÏDES CONSOMMÉS

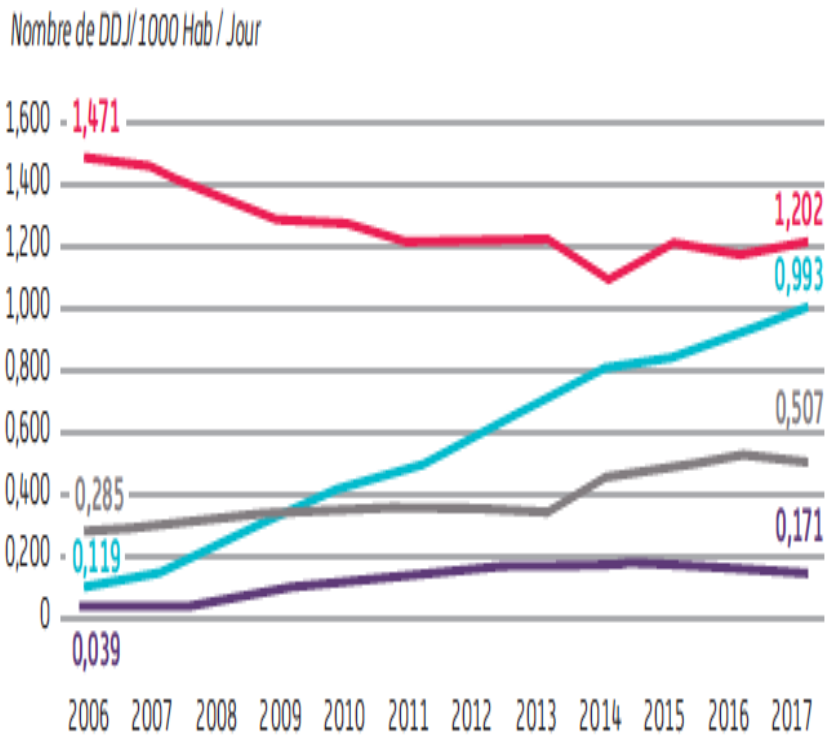
(DDJ/1000 Hab/Jour)



- La **morphine** est le premier antalgique opioïde fort utilisé, malgré une diminution de sa consommation de 18 % entre 2006 et 2017. À l'hôpital, elle représente en 2017, 50 % de la consommation suivie de près par l'oxycodone (37 %).
- **La forte augmentation de la consommation d'oxycodone (+ 738 % entre 2006 et 2017)** lui fait atteindre une valeur proche de celle de la morphine. Le profil de progression de l'oxycodone est identique en ville et à l'hôpital.
- Le **fentanyl transmuqueux** a augmenté de manière plus significative (+ 339 %) que le **fentanyl transdermique** (+ 78 %) qui reste le moins utilisé en 2017 en ville et à l'hôpital (respectivement 25 % et 11 % des antalgiques opioïdes forts).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES PRINCIPAUX OPIOÏDES FORTS EN FRANCE ENTRE 2006 ET 2017

(source IMS MIDAS et données publiques)



Le profil des consommateurs

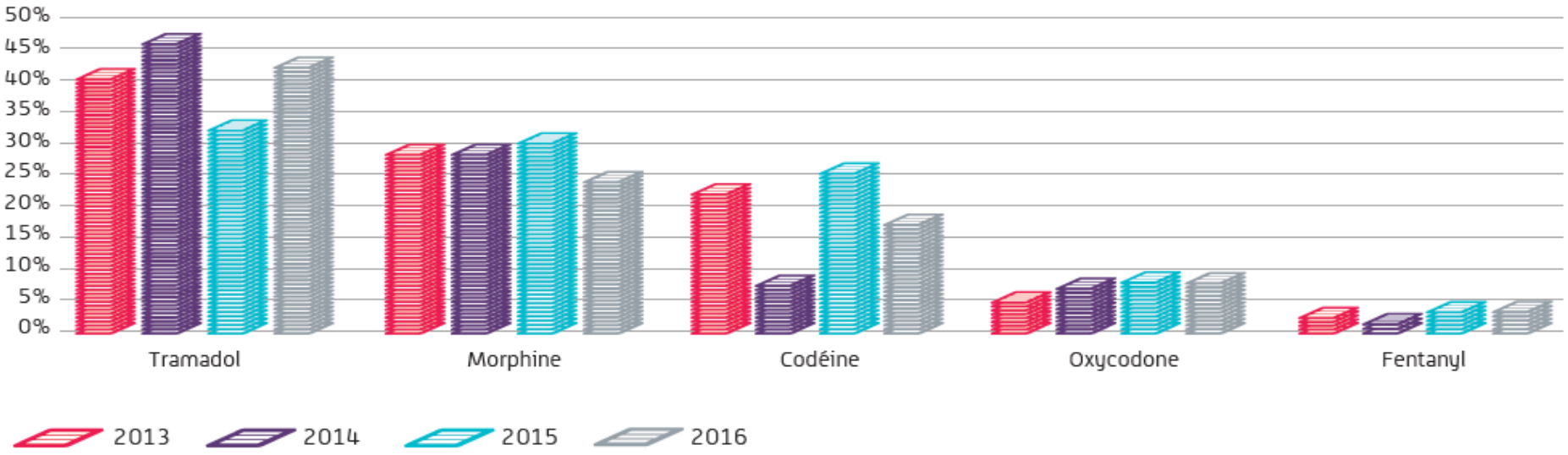
- En 2015, les nouveaux utilisateurs d'opioïdes faibles et forts sont majoritairement **des femmes** (respectivement 55,1 % et 58,7 %).

- Le nouvel utilisateur d'opioïdes forts est plus âgé (âge médian de 63 ans) que celui d'opioïdes faibles (48 ans),

- 30,9 % des nouveaux utilisateurs d'opioïdes forts ont **75 ans** et plus.

- Le primo-prescripteur d'antalgique est un **médecin généraliste** pour 59,1 % des opioïdes faibles et 62,9 % des opioïdes forts, puis un **médecin hospitalier** pour 20,1 % des opioïdes faibles et **21 % des opioïdes forts.**

PART DES PRINCIPAUX ANTALGIQUES OPIOÏDES DANS LES DÉCÈS DIRECTS *(source DTA)*



- En 2016 53% des DC sont des hommes
- Age moy 50,5 ans
- Pathologie associée: Mie psychiatrique dans 51% (dépression, schizo, bipolarité…)
- Douleur 32%
- Mie grave 12% (cancer…)

Synthèse des preuves d'efficacité des opioïdes forts dans les DCNC (Méta-analyses)

Type de douleur	Soulagement de plus de 50%	Soulagement de plus de 30%	Diminution de la douleur	Amélioration de la fonction	Amélioration de la QDV
DCNC variées	44 % soulagé à 6 mois ⊕⊕⊖⊖	ND	Effet modéré ⊕⊕⊕⊖	Effet modéré ⊕⊕⊕⊕	Effet modéré QDV mental Non détectable QDV physique ⊕⊕⊖⊖
DN	46 % soulagé vs 30 % NNT = 5.9 ⊕⊕⊕⊖	57 % soulagé vs 34 % NNT = 4 ⊕⊕⊕⊖	Effet modéré ⊕⊕⊕⊕	ND	Effet modéré sommeil ⊕⊕⊖⊖
Lombalgie chronique	37 % soulagé vs 23 % NNT = 4 ⊕⊖⊖⊖	48 % soulagé vs 32 % NNT = 6 ⊕⊕⊕⊖	Effet modéré ⊕⊕⊕⊕	Effet modéré ⊕⊕⊕⊖	ND
Arthrose des membres	**ND**	**ND**	Effet modéré ⊕⊕⊕⊕	Effet modéré ⊕⊕⊕⊕	ND
Fibromyalgie	ND	ND	Pas d'effet ⊕⊖⊖⊖	Pas d'effet ⊕⊖⊖⊖	Dégradation QDV ⊕⊖⊖⊖
Céphalée migraine	ND	ND	ND	ND	ND

DCNC : douleur chronique non cancéreuse, DN : douleur neuropathique, NNT : nombre nécessaire à traiter, ND : non déterminé, QVD : qualité de vie. Ce tableau présente la synthèse des méta-analyses selon 5 critères : soulagement > 50%, soulagement >30%, diminution de la douleur, amélioration de la fonction et amélioration de la qualité de vie selon les preuves d'efficacité côté de très faibles ⊕⊖⊖⊖ à ⊕⊕⊕⊕ fortes.

Effet modéré = correspond à une diminution des douleurs de 1 à 3 point sur une échelle de 11 points et/ou à un soulagement ou amélioration estimé entre 30 à 50 %.

Synthèse des preuves apportées par les cohortes

		Médiane [min-max]	Nombre d'études (nombre de patients)
La **persistance de prescription**	**à 3 mois**	81 % [47- 90]	6 (2368)
	à 6 mois	70 % [27-94]	11 (2832)
	à 12 mois	41 % [10-80]	12 (11278)
La **posologie** moyenne en fin de suivi (en mg equivalent morphine)		76 [11- 266]	14 (10178)
Le taux d'addiction		0 à 2.8 %	6 (2003)
Le taux de mésusage		14 % [0-63]	14 (10411)
Apparition d'un effet indésirable		62 % [34-89]	10 (836)
Satisfaction à long terme		77 % [44- 90]	5 (1390)
Amélioration de plus de 50 %		44 %[26-98]	4 (732)

Ce tableau présente le suivi au long cours des patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse sous opioïdes forts dans les études de cohorte.

RECO 1 : Les opioïdes forts on montré une efficacité modérée dans le soulagement des DCNC dans les étiologies suivantes :
- Douleurs arthrosiques des membres inférieurs
- Lombalgies chroniques réfractaires
- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales

Il est recommandé de les envisager comme possibilité thérapeutique dans ces 3 situations, sous réserve impérative de respecter les recommandations suivantes.

PREUVES MODEREES – Accord fort

RECO 2 : Il est recommandé d'introduire les opioïdes forts uniquement après :

1. **Un diagnostic précis** de l'étiologie des douleurs chroniques
2. **Echec des traitements médicamenteux recommandés** en première intention aux doses maximum efficaces tolérées
3. **Prise en charge globale du patient** au minimum psychologique (si comorbidité dépressive ou anxieuse), sociale, professionnelle, rééducative (douleurs arthrosiques et lombalgies chroniques)
4. Décision et objectifs partagés avec le patient (informé des bénéfices attendus et évènements indésirables) devant s'intégrer dans un **contrat de soin entre médecin et patient**

AVIS D'EXPERTS

Traitement de première intention à envisager avant l'introduction des opioïdes forts

Douleur neuropathique	Lombalgie chronique	Arthrose des membres inferieurs
-Antidépresseur tricyclique ou antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ET/OU -Antiépileptiques de la classe des gabapentinoides utilisés seuls ou en association * Patch de lidocaïne et/ou de capsaïcine haute concentration (en hospitalier uniquement) dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées	Antalgique de niveau 1 Antalgique de niveau 2 Anti-inflammatoires non stéroïdiens Traitements locaux Exercices physiques et rééducation Thérapie cognitivo-comportementale	Antalgique de niveau 1 Antalgique de niveau 2 Anti-inflammatoires non stéroïdiens Traitements locaux Exercices physiques et rééducation
Neurostimulation	Rééducation	Avis chirurgical pour arthroplastie
Suivi psychologique en cas de comorbidités associées (dépression ou anxiété).		

*Ces traitements doivent être prescrits progressivement selon la tolérance et l'efficacité. L'échec du traitement de première intention est défini par l'absence d'efficacité des traitements aux doses maximales ou l'intolérance des traitements entrepris[4].

4 Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation, traitement en médecine ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. *Douleur et analgésie* 2010; 23: 51-66

67 Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2015

RECO 5 : Il n’est pas recommandé poursuivre un opioïde fort au delà de 3 mois en l’absence de bénéfice sur au moins un des aspects suivants :

- Soulagement de la douleur
- Amélioration de la fonction
- Amélioration de la qualité de vie

« A titre indicatif, le seuil de 30% d’amélioration ou une réduction de 2 points sur une échelle de 10 points sont considérés comme une amélioration modérée, mais cliniquement significative ».

PREUVES MODEREES – Accord fort

Informations à donner aux patients avant l'initiation d'un traitement par opioïdes

Bénéfices attendus des opioïdes forts	Environ un patient sur quatre, traité par un médicament de la famille de la morphine, aura un soulagement conséquent de la douleur à long terme. Dans ce cas, il pourra être poursuivi au long cours s'il apporte un bénéfice notable sur votre douleur et/ou votre qualité de vie.
Effets indésirables	Les effets non souhaités sont principalement la constipation (3 patients sur 10 malgré les traitements laxatifs systématiques), les nausées (2 patients sur 10), les vomissements (1 patient sur 10) et la somnolence gênante (1 patient sur 10). La constipation doit systématiquement être prévenue par l'utilisation d'un médicament favorisant le transit (laxatif) et des mesures hygiéno-diététiques. Un traitement contre les nausées doit être utilisé en cas de besoin.
Risques les plus redoutés : mésusage et addiction	Le mésusage correspond au non-respect de la prescription faite par le médecin. Cela complique l'adaptation du traitement. Il est donc impératif de suivre la prescription et de ne pas modifier les doses sans l'évaluation du médecin. Tous les moyens sont mis en œuvre pour éviter une addiction (envie non contrôlable de prendre le traitement, en dehors de la recherche d'un effet antalgique). Les personnes ayant déjà eu un problème d'addiction (au tabac, à l'alcool, à d'autres drogues ou à un autre médicament), ainsi que les personnes de moins de 45 ans sont plus à risque. Des précautions particulières sont alors indispensables.
Poursuite du traitement	Le traitement sera poursuivi si l'amélioration de la douleur et de la qualité de vie quotidienne est plus importante que les inconvénients. Le traitement sera stoppé en cas d'addiction, de mésusage, de manque d'efficacité ou d'effets indésirables difficiles à contrôler.

1/4

Constipation 3/10
Nausées 2/10
Vomissements 1/10
Somnolence 1/10

Risques ↗ si :
Addiction tabac,
Addiction autres drogues
Addiction autre médicament
Âge < 45 ans

Si amélioration douleur et QdV quotidienne > inconvénients

RECO 6 : Il est recommandé de ne pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine/j. Un avis spécialisé est recommandé au-delà de 150 mg

AVIS D'EXPERTS – Accord fort

Molécules	Dose équivalente quotidienne	Dose au-delà de laquelle il est recommandé de prendre un avis spécialisé
Morphine	60 mg/jour	150 mg/jour
Oxycodone	40 mg/jour	100 mg/jour
Fentanyl base	25 µg/heure	62,5 µg/heure
Hydromorphone	20 mg/jour	50 mg/jour

111 Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; **84**: 587-93

112 Mercadante S, Caraceni A. Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review. *Palliat Med* 2011; **25**: 504-15

USA et Canada: Maximum 90 mg d'équivalent morphine/j

CDC Guideline for prescribing opioids for chronic pain –United states, 2016
Deborah Donwell et al. JAMA
Published on line March 15, 2016

Recommandations Canadiennes
Jason Bruce et al.
National Pain Center v0.4 publiée 05-05-2017

RECO 7 : Tous les opioïdes forts semblent similaires en terme d'efficacité, quelle que soit l'indication. A ce jour il n'est pas recommandé d'utiliser un opioïde fort plus qu'un autre PREUVES MODEREES

Toutefois, le choix doit prendre en considération :

- La facilité de titration
- Le coût
- Les effets indésirables présentés par le patient
- Les données actuelles de la science
- Les AMM
- Le remboursement du traitement Accord fort

Mésusage et addiction

- **Tout usage en dehors de l'AMM, du fait du** :
  - **Prescripteur** (hors indication ou non respect CI°)
  - **Patient** (recherche effet psychotrope non antalgique) : **« craving »** : envie irrépressible de consommer, en dehors de la recherche d'un effet antalgique et malgré les conséquences délétères (somatiques, psychologiques ou sociales) = mésusage
- Si doute de mésusage en particulier si augmentation de consommation (± nomadisme), **rechercher 3 situations cliniques** :
  - **La « pseudo-addiction »** : ↗ posologie dans un contexte d'aggravation de la douleur -> nouvelle adaptation du TTT.
  - **L'hyperalgésie induite par les opioïdes** : difficile à diagnostiquer (hypersensibilité ↗ avec ↗ des opioïdes) -> réduire voire arrêter TTT
  - **L'accoutumance ou la tolérance** : nécessité d'↗ le TTT pour avoir un effet antalgique acceptable
- Notion de **dépendance physique** : effets indésirables et Σd de sevrage à l'arrêt ou diminution du TTT
  - Peut exister indépendamment d'un mésusage ou d'une addiction
  - Sevrage possible avec opioïdes faibles et forts
- **Prévenir ou dépister mésusage = prévenir réelle addiction**
- **Peut nécessiter une consultation douleur spécialisée**

Mésusage et addiction : les preuves

- **Faible risque d'addiction : 0,27% après 6 mois d'utilisation** (Noble M et al : Cochrane database 2010 CD008943)
- **Risque de comportement déviant chez les lombalgiques chroniques : 5 à 24%**
- **Synthèse des cohortes sur plus long terme :**
  - Addiction : 0 à 2,8% (6 études)
  - Abus : 0 à 1,3% (5 études)
  - Taux des mésusage : 0 à 63% [médiane 14%] (14 études)
- **Facteurs de risque de mésusage** :

- Age jeune
- Sexe masculin
- Maladie psychiatrique présente au moment de la prescription
- Problèmes légaux et comportementaux chez les hommes
- Antécédent de mésusage de substance
- Antécédent d'addiction à l'alcool
- Tabagisme actif
- Consommation de produits illicites
- Prescription d'opioïdes faibles >1 DDD/j avant opioïdes forts

Comportements évocateurs
d'un abus de prescription d'opioïdes

- Multiples prescripteurs
- Consultations fréquentes aux urgences
- Intolérances multiples aux analgésiques non opioïdes et refus de poursuivre les autres analgésiques
- Augmentation des doses fréquentes
- Augmentation des doses en dehors d'une prescription médicale
- Appels fréquents pour demande de prise de RDV fréquents et plus précoces que prévu
- Fréquente insuffisance de médicaments

DDD : Defined Daily Dose : posologie quotidienne indiquées définie par OMS. Ex : DDDTramadol = 300 mg/j

Evaluer le risque de mésusage

- Préalable à la première prescription ou en cours de TTT
- **Opioid Risk Tool** (**ORT**) : rapide, adapté aux soins primaires
- Opioid Assessment for Patient with Pain - Revised (**SOAPP-R**) : + long 14 items

ORT

Appréciation du risque relié aux analgésiques opiacés			
		Femme	Homme
1) Antécédent familial d'abus d'une substance	Alcool	[ ]1	[ ]3
	Drogues illicites	[ ]2	[ ]3
	Autre	[ ]4	[ ]4
2) Antécédent personnel d'abus d'une substance	Alcool	[ ]3	[ ]3
	Drogues illicites	[ ]4	[ ]4
	Médicaments d'ordonnance	[ ]5	[ ]5
3) Age (sujets de 16 à 45 ans)		[ ]1	[ ]1
4) Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance		[ ]3	[ ]0
5) Trouble psychologique	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	[ ]2	[ ]2
	Dépression	[ ]1	[ ]1
Cotation : Faible (0 à 3), Modéré (1 à 7), Elevé (8 +)			

Discutable

RECO 9 : Il est fortement recommandé de rechercher des facteurs de risque de mésusage des opioïdes avant toute prescription d'opioïdes forts.
PREUVES FORTES
Les facteurs de risque de mésusage sont connus (cf tableau). L'outil « Opioid Risq Tool » est un outil de dépistage simple et rapide qui permet de dépister le risque potentiel d'addiction. L'existence de facteurs de risque n'interdit pas la prescription, mais justifie une attention et un suivi renforcé. Accord fort

Conclusion

- Nécessaire évaluation de la balance Bénéfice/Risque.
- Nécessité d'une prise en charge globale : approche psychologique, rééducation physique.
- La prescriptions des opioïdes forts dans les DCNC s'inscrit dans la durée.
- Opioïdes forts prescrits après échec de TTT médicamenteux de première intention.
- Idéalement sur une durée limitée (<3mois), au-delà évaluation clinique avec le patient des risques et bénéfices.

RECO 15 : Il est recommandé d'évaluer à chaque renouvellement d'ordonnance les bénéfices et les risques de la poursuite du traitement par opioïdes forts AVIS D'EXPERT. Cette évaluation conditionnera la poursuite du traitement. Cela a été spécifié au patient lors de l'initiation du traitement par opioïdes forts.
Accord fort

The World Health Organization Paves the Way for Action to Free People from the Shackles of Pain

Scholten, Willem, PharmD, MPA*; Nygren-Krug, Helena, LLB, LLM, LLM†; Zucker, Howard A., MD, JD‡

Anesthesia & Analgesia: July 2007 - Volume 105 - Issue 1 - p 1-4

- Pour environ 80% de la population mondiale, le soulagement de la douleur lorsque cela est nécessaire est un droit qui reste à réaliser

- Comment initier, titrer et retirer le médicament?
- Face à des résultats indésirables chez les patients, les médecins sont devenus réticents à prescrire les opioïdes.
- Plus de mystification, y compris la croyance répandue que la morphine hâte la mort
- **À l'inverse, on peut soutenir que l'absence de douleur prolonge la vie.**

Elément juridique de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). reconnaît

«la jouissance du meilleur état de santé susceptible d'être atteint [comme] un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de conviction politique, de condition économique ou sociale ».