

Gestion des stupéfiants

1^{er} octobre 2014

Dr Donna Bain / Dr James Hickey / Dr Patricia McKenna-Boot / Dr Peter Rothfels

Contexte

- La douleur constitue l'une des raisons les plus courantes qui pousse à recevoir des soins de santé en Amérique du Nord (entre 15 % et 29 % de la population canadienne souffre de douleurs chroniques).¹
- Les opioïdes sont des médicaments qui provoquent une analgésie (soulagement de la douleur).
- Le Canada est le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes par habitant au monde.²
- Il y a eu une augmentation de 203 % de la consommation mondiale d'opioïdes entre 2000 et 2010.³
- En Ontario, les ordonnances d'oxycodone ont augmenté de 850 % entre 1991 et 2007, et la dose moyenne d'oxycodone à action prolongée prescrite est passée de 1 830 mg à 2 280 mg.⁴

Plus de personnes prennent plus d'opioïdes en plus grande quantité et à des doses supérieures.

Méfaisits liés aux opioïdes

- Effets néfastes potentiels lors d'un usage prolongé :
 - Troubles cognitifs et psychomoteurs;
 - Troubles neuroendocriniens (p. ex., déficience en testostérone);
 - Fractures;
 - Dépression respiratoire;
 - Immunosuppression.
- Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a indiqué que le nombre de décès liés aux opioïdes a triplé au cours d'une période de huit ans, passant de 168 en 2002 à 494 en 2010.⁵
- De 2006 à 2011, il y a eu une augmentation de 250 % du nombre de visites dans les salles d'urgence en Ontario liées au sevrage des stupéfiants, à leur surdosage, à leur usage nocif, à l'intoxication par ceux-ci, à la psychose et autres diagnostics connexes.⁶

Méfais liés aux opioïdes (suite)

- Potentiel d'abus :
 - On estime que les comportements de prise anormale ou les troubles liés à la toxicomanie surviennent chez plus de 25 % des personnes traitées aux stupéfiants pour une douleur chronique au dos.⁷
 - En 2006, 11 % des personnes requérant un traitement contre la dépendance en Ontario devaient en suivre un en raison d'opioïdes d'ordonnance. En 2011, ce pourcentage était passé à 19 %.⁸

Méfais liés aux opioïdes (suite)

- Prescription excessive :
 - Un traitement axé sur la thérapie à base de stupéfiants pour soulager la douleur peut ne pas être l'approche la plus appropriée. La douleur peut mieux répondre à une approche globale et multimodale en matière de traitement.⁹
 - À l'augmentation du nombre d'ordonnances d'opioïdes s'ajoutent les hausses simultanées d'abus, de lésions graves et de décès par surdose parmi les personnes qui prennent ces médicaments.¹⁰

Prise d'opioïdes chez les travailleurs souffrant de lombalgie

- Un usage précoce de stupéfiants (dans les 2 à 6 semaines suivant la date de la lésion) est associé à une incapacité de travailler plus longue.¹¹
- Un traitement à base de stupéfiants pendant plus de 7 jours a été associé à une incapacité de travailler plus longue. Un usage prolongé (> 90 jours) a été associé à une incapacité de travailler plus longue et à l'augmentation des coûts médicaux.¹²
- Des doses plus fortes de stupéfiants (> une DEM de 140 mg/jour) sont associées au risque accru d'intervention chirurgicale, à la hausse des coûts médicaux et à une plus grande probabilité d'usage prolongé de stupéfiants.¹³

Fréquence, durée, dosage.

Méthodes des Commissions des accidents du travail

État de Washington ¹⁴

■ Phase aiguë (0-6 semaines)

- Uniquement postopératoire, pour soulager la douleur la plus intense (p. ex., scores de douleur ≥ 7), ou lorsque d'autres traitements tels que ceux aux AINS et les thérapies non pharmacologiques sont inefficaces.
- Usage limité à 14 jours pour les entorses ou foulures.

■ Phase subaiguë (6-12 semaines)

- Autorisés uniquement en cas d'une amélioration cliniquement significative de la fonction (ACSF) (amélioration d'au moins 30 % ou limitations fonctionnelles associées à la douleur chronique ≤ 4).

■ Phase chronique (au-delà de 12 semaines)

- Autorisés uniquement lorsque l'ACSF est maintenue (et l'augmentation de la dose doit entraîner une plus grande ACSF).
- Consultation avec un spécialiste de la douleur au-dessus d'une DEM de 120 mg.

Méthodes des Commissions des accidents du travail (suite)

État du Connecticut¹⁵

■ Phase aiguë (0-4 semaines)

- Opioides à action rapide en faible dose pour les lésions graves.
- Augmentation de la dose évitée, tentative de sevrage des opioïdes et de leur suppression.

■ Phase subaiguë (4-12 semaines)

- Aucuns opioïdes à action prolongée.
- Documentation requise : entente relative aux stupéfiants, surveillance de la conformité et amélioration significative de la douleur, de la fonction ou de la capacité de travailler.

■ Phase chronique (au-delà de 12 semaines)

- Envisager une consultation avec le spécialiste de la douleur.
- Une DEM > 90 mg doit améliorer considérablement la douleur, la fonction ou la capacité de travailler.

Méthodes des Commissions des accidents du travail (suite)

- **Colombie-Britannique** – Dr Peter Rothfels
- **Terre-Neuve** – Dr James Hickey
- **Ontario** – Dr Patricia McKenna-Boot

Références

- (1) Fischer B, Argento E. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review. *Pain Physician* 2012, 15, ES191–ES203
- (2) Organe international de contrôle des stupéfiants. *Stupéfiants : État des évaluations pour 2012; Statistiques pour 2010*. New York : Nations unies.
- (3) Organe international de contrôle des stupéfiants. *Stupéfiants : État des évaluations pour 2014; Statistiques pour 2012*. New York : Nations unies.
- (4) Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, Kopp A, Qureshi O, Juurlink DN. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 8 déc. 2009;181(12):891-896
- (5) Rapports annuels du Bureau du Coroner en chef, 2009-2011
- (6) Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées. (Octobre 2012). *La voie de l'avenir : Gestion des stupéfiants d'ordonnance en Ontario*.
- (7) Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Medicine*, mai 2008;9(4):444-59.
- (8) Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Drogue et alcool - Système d'information sur le traitement, données recueillies jusqu'au 29 février 2012.
- (9) Von Korff M, Deyo RA. Potent opioids for chronic musculoskeletal pain: flying blind?. *Pain*, juin 2004;109(3):207-209.
- (10) Kuehn BM. Opioid prescriptions soar: increase in legitimate use as well as abuse. *JAMA* 297(3):249-51, 2007
- (11) Franklin GM, Stover BD, Turner JA, Fulton-Kehoe D, Wickizer TM, Disability Risk Identification Study C. Early opioid prescription and subsequent disability among workers with back injuries: the Disability Risk Identification Study Cohort. *Spine*, 15 janvier 2008;33(2):199-204
- (12) Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, Matz S, Tacci JA, Christiani DC. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, déc. 2000;42(12):1178-1187
- (13) Webster BS, Verma SK, Gatchel RJ. Relationship between early opioid prescribing for acute occupational low back pain and disability duration, medical costs, subsequent surgery and late opioid use. *Spine*, 1^{er} sept. 2007;32(19):2127-2132
- (14) Guidelines for Prescribing Opioids to Treat Pain in Injured Workers (Washington State Department of Labor and Industries), 1^{er} juillet 2013
- (15) Medical Protocols: Opioids (State of Connecticut Workers' Compensation Commission), 1^{er} juillet 2012

Définitions

■ **Opiïdes** (*terme pharmacologique*)

- Tout agent qui se fixe aux récepteurs opioïdes, qui se trouvent principalement dans le système nerveux central et le tractus gastro-intestinal.
- Cela comprend les médicaments qui sont directement dérivés de l'opium (p. ex., la morphine), ainsi qu'une gamme de médicaments synthétiques ou semi-synthétiques similaires à la morphine (p. ex., la méthadone, l'oxycodone).

■ **Stupéfiant** (*terme juridique*)

- Médicament qui provoque une analgésie (soulagement de la douleur), la narcose (état de stupeur ou de sommeil) et une dépendance (dépendance physique à un médicament).
- Terme souvent utilisé de façon interchangeable avec le terme « opioïdes ».

■ **DEM** (*Dose équivalente de morphine*)

- Dose totale de tous les stupéfiants prescrits pouvant être consommée par un patient sur une période de 24 heures convertie en une dose équivalente de morphine orale en utilisant un tableau de conversion standard.
- La morphine est le produit de référence pour comparer les opioïdes.
- Les lignes directrices nationales suggèrent que la « dose à surveiller » est une DEM de 200 mg/jour.