

# Prescription des antalgiques opioïdes forts par les rhumatologues

*Trends in strong opioid analgesic prescribing  
by French rheumatologists*

A.P. Trouvin\*, S. Perrot\*\*



A.P. Trouvin

Depuis les années 1990, les opioïdes forts et faibles sont de plus en plus largement prescrits pour couvrir un champ de douleur toujours plus étendu, allant de la douleur aiguë à la douleur chronique, cancéreuse ou non. L'introduction, en 1986, d'une échelle antalgique dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a permis des progrès significatifs dans la prise en charge de la douleur cancéreuse (1). Cependant, progressivement, la prescription d'opioïdes forts s'est développée, au-delà des indications initiales des recommandations de l'OMS, au champ de la douleur non cancéreuse. Rapidement, l'apparition d'un mésusage, ayant des conséquences telles que l'augmentation des décès associés à ces opioïdes, a conduit à l'établissement, aux États-Unis, de recommandations pour renforcer les bonnes pratiques de prescription des opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses (2), suivi par la publication de recommandations nationales dans de nombreux autres pays.

Il a donc été constaté une augmentation "endémique" du nombre de prescriptions d'opioïdes dans de nombreux pays. Aux États-Unis, au cours des 10 dernières années, on note un doublement du nombre de prescriptions d'opioïdes, qui passe de 1,5 patients traités par opioïdes pour 100 000 personnes, en 2002, à 2,9, en 2012 (3). Depuis 2012, cependant, cette tendance s'inverse : en effet, entre 2012 et 2015, une baisse notable du taux de prescriptions a été enregistrée, de l'ordre de 13,1 % (4). En Europe, malgré un décalage dans le temps par rapport à l'Amérique du Nord, on observe la même tendance. En Allemagne, entre 2006 et 2009, il y a eu une augmentation de 3,5 % des prescriptions d'opioïdes, forts et faibles (5). De même, au Royaume-Uni, l'augmentation des ventes d'opioïdes suit la même courbe que les ventes aux États-Unis (6). En France, les données

du Groupement pour la préparation et la production de statistiques (GERS), couvrant 99 % du marché des médicaments, montrent une augmentation du volume d'opioïdes vendus en France entre 2009 et 2015. En 6 ans, le volume des ventes a augmenté de 5,8 % pour le sulfate de morphine, de 271 % pour l'oxycodone et de 14,9 % pour le fentanyl transdermique. Ces données ne permettent pas d'évaluer les doses prescrites, mais confirment la tendance à une augmentation de la distribution des opioïdes en France. Derrière ce phénomène, la principale préoccupation est l'augmentation des décès liés aux opioïdes et le mésusage de ces derniers. Les décès par overdose d'opioïde ont augmenté de 156 % aux États-Unis entre 2010 et 2015 (7).

En France, les premières recommandations nationales sur l'usage des opioïdes forts dans la douleur non cancéreuse ont été publiées en 1999 (8). Depuis, il y a eu 3 mises à jour : en 2004 (9), en 2010 (10) et, récemment, en 2016 (11). Autant l'utilisation d'opioïdes forts dans la douleur cancéreuse est incontestable, autant leur utilisation dans la douleur chronique non cancéreuse reste débattue (12, 13). Le traitement prolongé par opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses est controversé, à la fois en termes d'efficacité et de sécurité, en particulier dans le domaine rhumatologique, des publications récentes suggérant un lien entre les opioïdes forts et l'infection et la fracture vertébrale dans la polyarthrite rhumatoïde (14, 15).

Dans ce contexte, il nous a semblé important de déterminer les habitudes de prescription concernant les opioïdes forts, dans les douleurs non cancéreuses, des rhumatologues français afin de déterminer si les rhumatologues ont besoin d'une formation à ce sujet ou si une plus large "diffusion" des recommandations actuelles serait utile. En effet, seules quelques études ont étudié comment les stratégies éducatives influencent les soins prodigués aux patients (16).

\* Service de rhumatologie A, hôpital Cochin, Paris.

\*\* Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Cochin, Paris.

# Résumé

La prescription d'analgésiques opioïdes représente un problème croissant dans de nombreux pays, le nombre d'overdoses et de décès augmentant. Dans une enquête nationale, nous avons cherché à décrire les habitudes de prescription des opioïdes par les rhumatologues français dans les douleurs non cancéreuses : 839 questionnaires ont été recueillis sur 2 490 envoyés. La morphine ou l'oxycodone sont le traitement de première ligne pour 78,5 % des prescripteurs ; le fentanyl, l'hydromorphone et la buprénorphine pour 21,5 % des prescripteurs. La dose journalière moyenne prescrite lors de l'instauration du traitement est de 45 mg d'équivalent morphine. Quarante-deux pour cent des prescripteurs déclarent une moyenne de test de l'efficacité des opioïdes de 1,2 mois. Quarante-deux pour cent rapportent une dose quotidienne maximale de 100 mg de morphine, au-delà de laquelle ils cessent d'augmenter le traitement. Les facteurs de risque de mésusage sont recherchés par 70,3 % des prescripteurs avant d'instaurer le traitement.

Une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur est significativement associée au respect d'une période de test des opioïdes de moins de 3 mois et au dépistage des facteurs de risque de mésusage au moment de l'instauration et de chaque nouvelle prescription.

## Mots-clés

Opioïdes forts  
Douleur non cancéreuse  
Rhumatologue

## Une enquête nationale auprès de rhumatologues

Un questionnaire composé de 47 questions à réponses fermées a été adressé à l'ensemble des rhumatologues français inscrits au conseil de l'Ordre des médecins. Les questions, développées par les membres du Cercle d'étude de la douleur en rhumatologie (CEDR), portent sur les différents aspects de la prescription d'opioïdes forts dans le contexte d'une douleur non cancéreuse en rhumatologie. Les réponses étaient anonymes.

Sur les 2 490 questionnaires envoyés, 839 ont été retournés renseignés, soit un taux de réponses de 33,7 %. Les répondants avaient un âge moyen de 50,4 ± 11,67 ans ; 49,2 % étaient des hommes. En ce qui concerne le type d'activité, 33,6 % ont déclaré avoir une pratique hospitalière exclusive. À la question s'intéressant à la formation à la prise en charge de la douleur, 65,4 % ont répondu n'avoir aucune formation spécifique. Cinquante-huit (6,9 %) des 839 répondants ont déclaré ne jamais prescrire d'opioïdes forts dans leur activité. Parmi les 781 rhumatologues qui prescrivent des opioïdes forts,

47,5 % déclarent les prescrire à moins de 3 patients par mois (*tableau*).

Concernant l'évaluation de la douleur, une évaluation par échelle numérique ou une échelle visuelle analogique est effectuée par 66,1 % des rhumatologues avant l'instauration d'opioïdes forts en cas de douleur aiguë, par 51,7 % en cas de douleur chronique, et par 60,6 % lors d'une modification ou d'un renouvellement de prescription. L'évaluation de la douleur au moyen d'une échelle numérique ou d'une échelle visuelle analogique est beaucoup plus fréquente chez les rhumatologues ayant une pratique hospitalière ( $p < 0,0001$ ) et chez ceux ayant reçu une formation spéciale sur la douleur ( $p < 0,0001$ ). La morphine ou l'oxycodone sont les traitements opioïdes forts de première ligne pour 613 prescripteurs (78,5 %) ; le fentanyl, l'hydromorphone et la buprénorphine, pour 168 prescripteurs (21,5 %). La dose journalière moyenne prescrite lors de l'instauration d'un traitement par opioïde fort est de 45 mg d'équivalent morphine. Quarante-deux pour cent des rhumatologues (625) déclarent une moyenne de 1,2 mois de test pharmacologique pour évaluer l'efficacité des opioïdes, après quoi, en cas d'absence de bénéfice, le traitement est arrêté. Quarante-deux pour cent des rhumatologues (328) déclarent ne pas prescrire au-delà de 100 mg/j d'équivalent morphine. Soixante-dix pour cent des prescripteurs déclarent rechercher les facteurs de risque de mésusage préalablement à la première prescription d'opioïdes forts (*figure, p. 122*). Une formation spécifique sur la douleur est significativement associée à une période de test de l'opioïde inférieure ou égale à 3 mois ( $p = 0,006$ ), à la recherche des facteurs de risque de mésusage lors de l'instauration du traitement ( $p < 0,0001$ ) et au renouvellement de la prescription ( $p < 0,0001$ ).

## Summary

Opioid analgesic prescription represents a growing problem in many countries, with increased opioid-related overdoses and deaths being reported. In a nationwide survey, we aimed to investigate French rheumatologists' opioid prescribing patterns in non-cancer pain: 839 questionnaires were collected over 2,490 sent. Morphine or oxycodone were first-line treatments for 78.5% of the prescribers; fentanyl, hydromorphone and buprenorphine for 21.5%. The average starting daily dose was 45 mg morphine equivalent, 80% described a mean of 1.2 months testing period for opioid efficacy. Forty-two percent reported a ceiling daily dose of 100 mg of morphine, above which they stop increasing prescription; 70,3% reported screening for opioid misuse risk before initiating treatment. Specific training on pain was significantly associated with respecting a 3 months maximum opioid testing period, and screening for risk of misuse at initiation and at continuation.

## Keywords

Strong opioids  
Noncancer pain  
Rheumatologist

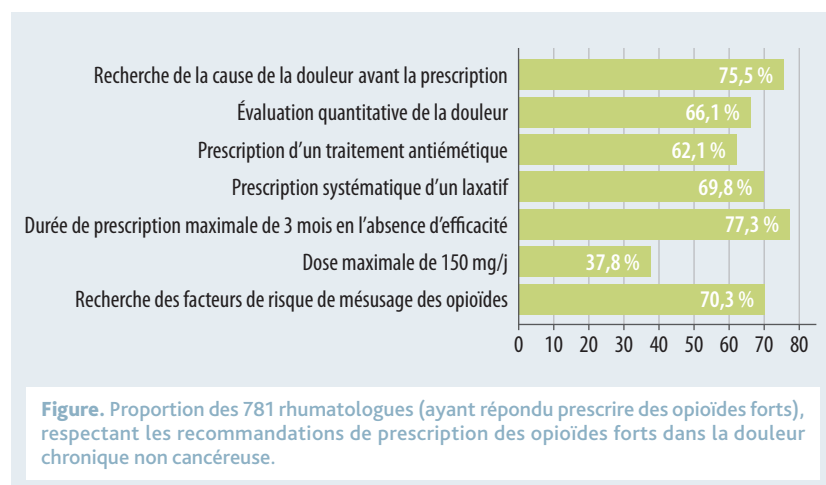
**Tableau.** Données démographiques.

Nombre de patients	839
Âge moyen ± écart type (années)	50,4 ± 11,7
Hommes, n (%)	413 (49,2)
Type d'activité (%)	
• Hospitalière	34
• Libérale	42
• Mixte	24
Formation à la douleur (%)	
• Algologue (CAPA, DESC)	4,8
• Diplôme d'université	4,5
• FMC occasionnelles	15,6
• Aucune	65,4
Prescription d'opioïdes forts (%)	
• Jamais	6,9
• < 3 patients par mois	44,2
• 3 à 5 patients par mois	21,0
• 5 à 10 patients par mois	13,5
• > 10 patients par mois	14,4

CAPA : capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ; DESC : diplôme d'étude spécialisée complémentaire en médecine de la douleur.

## Discussion

Au travers de cette enquête, il semble que les rhumatologues français prescrivent les opioïdes forts en respectant majoritairement les recommandations de prescription (*figure, p. 122*) [11]. J. Tournebize et al., dans une revue de la littérature, en 2016, ont colligé, parmi les différentes études



Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

concernant la prescription d'opioïdes forts, la proportion de prescripteurs respectant diverses recommandations de prescription d'opioïdes forts (17). Si la comparaison de ces études entre elles est complexe, du fait des différences entre les pays et les spécialités, il apparaît que les rhumatologues français se

conforment mieux aux recommandations que ceux exerçant dans la plupart des autres pays.

L'intérêt d'une formation à la prise en charge de la douleur est un autre enseignement important de cette enquête : en effet, celle-ci montre que les rhumatologues ayant une formation concernant la douleur respectent significativement plus souvent les recommandations de prescription.

Les limites de ce travail sont tout d'abord liées à sa méthodologie : cette enquête comporte le biais des réponses déclaratives, dont on ne peut formellement affirmer qu'elles reflètent exactement la pratique des répondants. D'autre part, bien que le taux de réponse, autour de 34 %, soit très satisfaisant, il ne peut être affirmé que les réponses sont le reflet de ce que l'ensemble des rhumatologues français font en matière de prescription d'opioïdes forts. Il serait donc intéressant de comparer ces données déclaratives avec les données de remboursement de la caisse primaire d'Assurance maladie afin d'analyser la pertinence de cette enquête.

## Références bibliographiques

- Ventafriidda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. *Int J Tissue React* 1985;7:93-6.
- The use of opioids for the treatment of chronic pain. A consensus statement from the American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. *Clin J Pain* 1997;13(1):6-8.
- Dart RC. et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N Engl J Med* 2015;372:1573-4
- Guy GP Jr, Zhang K, Bohm MK et al. Vital signs: changes in opioid prescribing in the United States, 2006-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66(26):697-704.
- Werber A, Marschall U, L'hoest H, Hauser W, Moradi B, Schiltenswolf M. Opioid therapy in the treatment of chronic pain conditions in Germany. *Pain Physician* 2015;18:E323-31.
- Weisberg DF, Becker WC, Fiellin DA, Stannard C. Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons. *Int J Drug Policy* 2014;26:1124-30.
- National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. Overdose death rates. <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>
- Perrot S, Bannwarth B, Bertin P et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses : les recommandations de Limoges. *Rev Rhum* 1999;66:651-7.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf)
- Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier RM, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique. "Les recommandations de Limoges 2010". *Douleurs* 2012;6(13):259-75.
- Moisset X, Trouvin AP, Tran VT et al. Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the French Society for the Study and Treatment of Pain. *Presse Med* 2016;45:447-62.
- Deyo RA, Von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ* 2015;350:g6380.
- Sehgal N, Colson J, Smith HS. Chronic pain treatment with opioid analgesics: benefits versus harms of long-term therapy. *Expert Rev Neurother* 2013;13:1201-20.
- Wiese AD, Griffin MR, Stein CM, Mitchel EF Jr, Grijalva CG. Opioid analgesics and the risk of serious infections among patients with rheumatoid arthritis: a self-controlled case series study. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:323-31.
- Acurcio FA, Moura CS, Bernatsky S, Bessette L, Rahme E. Opioid use and risk of nonvertebral fractures in adults with rheumatoid arthritis: a nested case-control study using administrative databases. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:83-91.
- Webster F, Bremner S, Oosenbrug E, Durant S, McCartney CJ, Katz J. From opioidphobia to overprescribing: a critical scoping review of medical education training for chronic pain. *Pain Med* 2017;18:1467-75.
- Tournebize J, Gibaja V, Muszczak A, Kahn JP. Are physicians safely prescribing opioids for chronic noncancer pain? a systematic review of current evidence. *Pain Pract* 2016;16:370-83.