

Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015: chiffres suisses et mise en perspective internationale

DAVID RUCHAT^a, Dr MARC R. SUTER^b, Pr PIERRE-YVES RODONDI^c et Dr CHANTAL BERNA^b

Rev Med Suisse 2018; 14: 1262-6

En Amérique du Nord, la large prescription d'opioïdes dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses constitue une problématique majeure de santé publique depuis plusieurs années. La situation en Suisse est moins connue. Cet article vise à présenter l'évolution de la consommation suisse et de la replacer dans un contexte européen et international, en utilisant les données de l'International Narcotics Control Board. La Suisse est le 7^e consommateur mondial d'opioïdes par habitant. Entre 1985 et 2015, la consommation suisse d'opioïdes forts est passée de 18 à 421 mg/habitant/année. Cette augmentation pourrait être due à une meilleure prise en charge de la douleur, mais aussi à une prescription plus libérale d'opioïdes pour des indications non démontrées. Ainsi, davantage de recherche est nécessaire, et en parallèle une prudence accrue est recommandée aux praticiens lors de la prescription d'opioïdes.

Opioid consumption from 1985 to 2015: The situation in Switzerland, with an international comparison

In North America the massive increase in opioid prescriptions for chronic non-cancer pain has been a major health issue for several years. In Switzerland, the situation is less well known. This article aims to present the evolution of the Swiss consumption and replace it in a European and international context using the International Narcotics Control Board database. Between 1985 and 2015, the Swiss opioid consumption raised from 18 to 421 mg/person/year, making Switzerland the 7th largest opioid consumer per capita in the world. This increase could be due to more adequate pain management or liberalized opioid prescription for indications unsupported by the current evidence. Given these elements, further research is needed, yet increased caution is recommended when prescribing opioid drugs.

INTRODUCTION

Les Etats-Unis connaissent actuellement une grave crise liée à la consommation d'opioïdes, sachant que 3-4% de ses habitants adultes ont reçu une prescription à long terme. En 2013, on estimait le nombre de personnes dépendantes à 1,9 million.^{1,2} En parallèle, l'utilité clinique de ces prescriptions dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses a été pro-

gressivement remise en cause, et une approche globale de la douleur chronique avec une utilisation parcimonieuse des opioïdes a été proposée.¹

En Europe, la question d'une éventuelle surutilisation des opioïdes reste ouverte. Plusieurs études suggèrent néanmoins une traversée de l'Atlantique de cette problématique, que ce soit en Angleterre, avec un doublement du nombre de décès liés à la méthadone et la codéine entre 2005 et 2009,³ ou en Allemagne avec une augmentation de 37% du nombre de patients recevant un opioïde entre 2000 et 2010.⁴ En Suisse aussi, la question d'une possible surprescription des opioïdes se pose:⁵ une étude basée sur les données d'un assureur représentant 1,2 million de personnes démontre une augmentation du remboursement d'opioïdes dits forts de 121% entre 2006 et 2013.⁶

L'objectif de cet article est de présenter les chiffres de la distribution légale de six opioïdes forts en Suisse de 1985 à 2015, et de les contextualiser par rapport à ceux d'autres pays européens et mondiaux aux indices de développement humain élevés, grâce à une banque de données internationale.

MÉTHODE Quantité d'opioïdes

Afin d'apprécier la consommation d'opioïdes pour chaque pays pris en compte, nous avons utilisé les données de l'International Narcotics Control Board (INCB) qui est un organe de l'Organisation des Nations Unies (ONU). L'INCB reçoit annuellement les données de Swissmedic et des autorités similaires de plus de 190 pays, concernant la mise en circulation légale à visée médicale ou scientifique de plus de 110 stupéfiants, dont des opioïdes fréquemment utilisés. Lors de notre demande d'accès (07.09.2017) la base de données couvrait la période entre 1985 et 2015.

Le choix des molécules prises en compte dans cet article et leurs coefficients de conversion pour permettre de les additionner en tenant compte de leur puissance respective sont issus du travail du *Pain Policy Studies Group* (PPSG: www.painpolicy.wisc.edu), un programme de recherche indépendant sur les opioïdes de l'Université du Wisconsin.⁷ Les six substances et leurs équivalents morphiniques (EM) sont: le fentanyl = 83,33 (forme transdermique); l'hydromorphone = 5; la morphine = 1; la méthadone = 4; l'oxycodone = 1,33 et la péthidine = 0,25. Cela représente environ 81% de la consom-

^a Faculté de Biologie et Médecine, Université de Lausanne UNIL, 1015 Lausanne,

^b Centre d'antalgie, Service d'anesthésiologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^c Institut fribourgeois de médecine de famille, Université de Fribourg, Rue de Rome 2, 1700 Fribourg

david.ruchat@unil.ch | marc.suter@chuv.ch | pierre-yves.rodondi@unifr.ch
chantal.berna-renella@chuv.ch

mation suisse d'opioïdes en 2015, le solde restant est principalement à imputer à la tilidine (Valoron) et à l'héroïne (NB: depuis 1994 l'héroïne est remise légalement en Suisse dans différents centres spécialisés).⁸

Données populationnelles de l'OMS

Ces données (<https://esa.un.org/unpd/wpp/>) ont permis d'ajuster la consommation à l'évolution démographique de chaque pays, en exprimant les résultats en milligrammes par habitant.⁹

Choix de pays

Pour dégager une moyenne européenne, nous avons choisi les 21 pays suivants: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède. Les pays Baltes et de l'ex-Yougoslavie, la Russie et la Roumanie ont été exclus en raison de données incomplètes avant 1991. De plus, quatre pays au développement socio-économique semblable à la Suisse ont été inclus dans cette comparaison, à savoir l'Australie, le Japon, le Canada et les Etats-Unis.

RÉSULTATS

Consommation globale d'opioïdes

Entre 1985 et 2015, la consommation suisse totale exprimée en EM a été multipliée par 23, passant de 18 à 421 mg/habitant (figure 1). Le pic est atteint en 2009 (504 mg/hab). Il s'en est suivi une période de diminution jusqu'en 2012 (- 22%; 393 mg/hab) suivie d'une légère augmentation de 7% jusqu'à 2015 (421 mg/hab).

La Suisse est largement au-dessus de la moyenne européenne (figure 1). Néanmoins, l'écart s'est réduit au cours des dernières années. En 1985, la Suisse consommait 2,5 fois plus d'opioïdes que l'Europe (18 vs 7 mg/hab), alors qu'en 2015, le facteur est réduit à 1,4 (421 vs 298 mg/hab). Entre 1985 et 2015, l'augmentation annuelle moyenne en Suisse a été de 12% (écart-type = 19%), alors qu'elle a été de 14% (écart-type = 13%) pour l'Europe. En 2015, la consommation de la Suisse

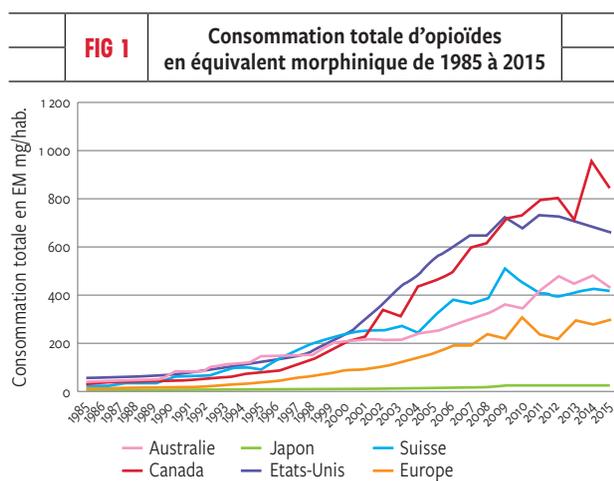
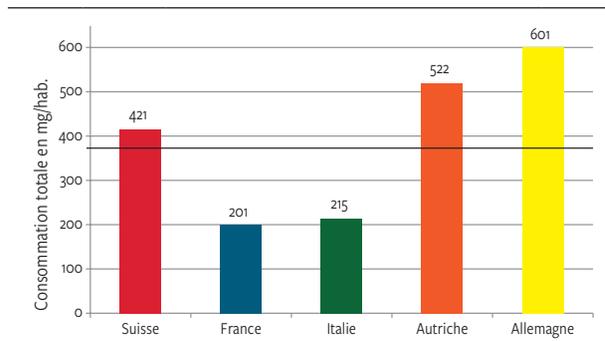


FIG 2 Consommation totale d'opioïdes en 2015 – Comparaison avec les pays voisins

Moyenne pondérée des quatre pays limitrophes = 370 mg/habitant.



se situe au milieu de celle de ses pays limitrophes (figure 2). La consommation totale suisse (421 mg/hab) est comparable à celle de l'Australie (439 mg/hab), mais est inférieure à celle du Canada (853 mg/hab) et des Etats-Unis (678 mg/hab). Il est important de noter que les Etats-Unis connaissent un recul de leur consommation totale depuis 2011, puisqu'elle s'élevait à 750 mg/hab, soit un recul de 10% (figure 1).

Comparatifs par substance

L'évolution de la consommation d'opioïdes en Suisse est variable selon les substances: entre 2001 et 2015, on note une augmentation de la consommation de morphine (+ 123%), de fentanyl (+ 419%), d'hydromorphone (+ 803%) et d'oxycodone (augmentation non chiffrable, suite à son entrée plus tardive sur le marché) et un recul de celle de péthidine (- 42%) et de méthadone (- 19%) (figure 3).

Si les consommations de fentanyl des pays occidentaux ont connu des évolutions semblables entre 1985 et 2015 (Suisse: de 0,01 à 1,79 mg/hab; Europe: de 0,01 à 1,98 mg/hab; Etats-Unis: de 0,01 à 1,537 mg/hab), on remarque qu'il peut exister de fortes disparités pour certaines substances, comme l'hydromorphone au Canada, ou l'oxycodone aux Etats-Unis, qui dépassent toutes les autres molécules dans leur augmentation et leur taux de prescription (figure 4).

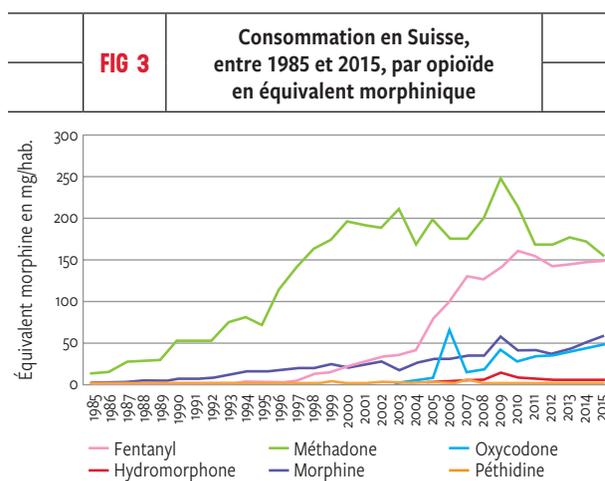
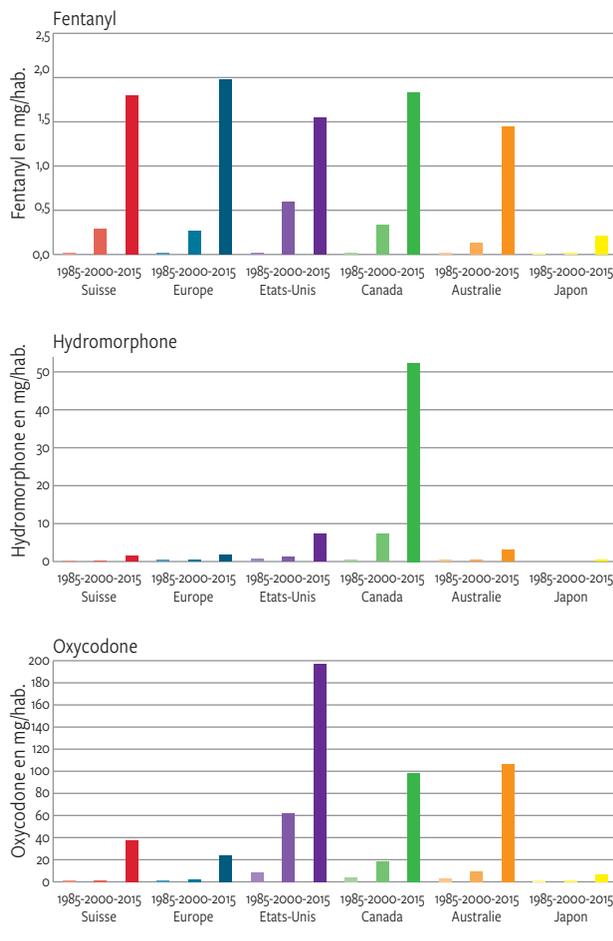


FIG 4 Consommation de trois opioïdes (en mg/habitant) en 1985, 2000 et 2015



DISCUSSION

Ces résultats montrent une importante augmentation de la consommation ces 30 dernières années en Suisse, avec une stabilisation depuis 2012. D'ailleurs, en 2015, l'INCB classe la Suisse comme 7^e consommateur mondial de stupéfiants.¹⁰ Toutefois, il est impossible de déterminer quelle part de cette augmentation est à imputer à une meilleure couverture antalgique et laquelle il faut rattacher à une utilisation à risque (par exemple patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses avec des critères de mauvaise réponse thérapeutique comme un état dépressif ou des antécédents d'addiction ou de dépendance). Des recherches approfondies sont donc nécessaires afin de mieux identifier quelles populations de patients reçoivent des opioïdes au long cours et évaluer la proportion de situations défavorables sur le plan risque/bénéfice. Un traitement par opioïdes dans les situations aiguës, postopératoires et oncologiques est indispensable et ne devrait pas être remis en question. En effet, le retour à une « opio-phobie », contre laquelle nos aînés ont combattu, serait contre-productif. Néanmoins, la libéralité de la prescription d'opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses mérite d'être réexaminée au vu des connaissances actuelles.

Les données se basant sur les remboursements d'assurances d'une fraction de la population montraient qu'il y avait une augmentation de la prescription d'antalgiques en Suisse entre 2006 et 2013.⁶ Les données présentées ici permettent de confirmer cette augmentation de consommation d'opioïdes, dans l'ensemble de la population, avec une échelle temporelle plus large et une comparaison internationale. De manière rassurante, la Suisse a une consommation totale par habitant plus faible que le Canada et les Etats-Unis.

Les causes de cette crise en Amérique du Nord sont multiples et complexes, néanmoins, on peut citer des particularités en matière d'habitudes de prescriptions et de croyances. Par exemple, des urgentistes ont favorisé les opiacés par crainte des effets secondaires des AINS, ignorant le risque de dépendance au décours d'un épisode douloureux aigu.¹¹ De plus, un marketing très agressif a favorisé les prescriptions.^{5,12}

En Suisse, les carnets à souche permettent un recensement des prescriptions. Néanmoins, en l'absence de contrôle actif et systématique, ce système ne prévient pas l'obtention de plusieurs ordonnances de différents prescripteurs.¹³ La mise en place d'un registre national ou cantonal centralisé regroupant les prescriptions d'opioïdes permettrait un contrôle majoré comme démontré dans certains états américains.¹⁴ Finalement, le Japon est un cas particulier avec une consommation bien inférieure aux pays occidentaux. En effet, il y existe une grande réticence vis-à-vis de l'utilisation d'opioïdes et des indications très restrictives pour leur prescription.¹⁵

Limitations

Tout d'abord, ce travail est limité de manière inhérente par les données collectées par l'INCB. En effet, il s'agit de la quantité d'opioïdes à visée médicale ou scientifique distribués légalement dans les différentes structures de soins (telles que pharmacies, hôpitaux, etc.). Des écarts entre ces quantités et celles réellement consommées par les patients pendant une année donnée (par exemple, stocks de pharmacies, etc.) ne peuvent être exclus. Par exemple, le pic de 2009 en Suisse pourrait être lié à une distribution trop abondante qui serait par la suite restée en stock. Cette base de données ne permet pas de connaître l'indication pour laquelle ces opioïdes sont utilisés. De plus, la transmission des données par les pays membres peut être incomplète. Par ailleurs, les substances sont quantifiées en kilos, sans précision de type de préparations pour une utilisation orale, intraveineuse ou sous-cutanée ne permettant pas de tenir compte des équivalents morphiniques différents selon ces voies d'administration. Pour cette raison, les évaluations de totaux en équivalents morphiniques demeurent approximatives. Aussi, en se limitant aux six opioïdes les plus fréquemment utilisés en Suisse, on ne tient par exemple pas compte de l'hydrocodone, molécule fréquemment prescrite aux Etats-Unis, sous-estimant donc la consommation de ce pays.

L'inclusion de la méthadone – de par son coefficient de conversion élevé – a une très forte influence sur la mesure totale, alors qu'elle a une indication mixte entre antalgie et addictologie, compliquant son interprétation.¹⁶ Finalement, nous ne disposons pas d'informations concernant certains opioïdes fréquemment utilisés pour un traitement antalgique comme la buprénorphine et le tramadol.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

Tandis que des opioïdes adéquatement dosés et précocement initiés sont au cœur des recommandations pour le traitement des douleurs oncologiques,¹⁷ aiguës ou postopératoires,¹⁸ les recommandations des Centers for disease control¹ encouragent à une prescription prudente dans le contexte de douleurs chroniques non cancéreuses. Nous offrons ici un résumé des points importants pour la pratique courante du médecin de famille (**tableau 1**).

TABLEAU 1	Recommandations pour la pratique
A l'initiation d'un traitement	
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser et combiner avec des <i>approches non pharmacologiques</i> (activité physique, traitement interventionnel) et les <i>antalgiques non opioïdes</i> • Discuter avec le patient des <i>bénéfices et risques</i> de l'utilisation d'opioïdes • Éviter l'introduction d'une prescription au long cours pour des patients présentant un risque important de dépendance ou de complications • Etablir avec le patient des <i>objectifs fonctionnels</i> qui permettent de vérifier l'efficacité thérapeutique justifiant la poursuite du traitement • Prévoir des <i>règles d'arrêt</i> de traitement: en cas de non-efficacité, effets secondaires importants, non-compliance, etc. • <i>Documenter par écrit</i> ces éléments dans un accord thérapeutique 	
Au cours du traitement	
<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la <i>comédication</i>: ex. multiples opioïdes ou benzodiazépines • <i>Suivre régulièrement</i> le patient (par exemple, une fois par mois au début, puis tous les 2-3 mois) et surveiller les effets thérapeutiques et secondaires • <i>Rediscuter</i> de la diminution ou de l'arrêt du traitement, en fonction de l'évolution des douleurs, de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie • <i>Impliquer des spécialistes</i>, tels qu'un psychiatre formé en addictologie ou un centre d'antalgie en cas de besoin • En cas de <i>doutes quant à la compliance</i>: <ul style="list-style-type: none"> – Prescrire avec l'aide du pharmacien un nombre limité de comprimés pour une période donnée, ou faire des comptes des pilules restantes – Considérer l'utilisation de tests d'urine à la recherche de la substance prescrite et/ou d'autres substances 	

CONCLUSION

La Suisse a vu sa consommation totale d'opioïdes multipliée par 23 entre 1985 et 2015, et figure parmi les plus grands consommateurs par habitant du monde. On ne sait pas dans quelle mesure cette augmentation est due à une meilleure couverture antalgique ou à des prescriptions à risques. Néanmoins, cette évolution et l'exemple dramatique de l'Amérique du Nord appellent les professionnels de la santé à une prescription réfléchie d'opioïdes dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses, en pesant individuellement les risques et les bénéfices pour chaque patient, en réévaluant cet équilibre régulièrement et en ayant la clairvoyance de changer de cap en cas d'évolution défavorable.¹⁹

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

Remerciements: Nous remercions Mme Anne-Sylvie Fontannaz en son rôle de Pharmacienne cantonale (VD) pour son soutien à ce projet et son équipe pour leur disponibilité. Nous remercions M. Nicolas Fournier pour ses services de statisticien.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prescription d'opioïdes a augmenté en moyenne de 12%/an en Suisse entre 1985 et 2015
- La prescription d'opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses doit se faire selon les critères du **tableau 1** dont en particulier:
 - La discussion des risques-bénéfices de l'utilisation d'opioïdes
 - L'établissement d'objectifs fonctionnels
 - La mise en place d'un contrat thérapeutique avec le patient

1 **Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States. MMWR Recomm Rep 2016;65:1-49.
 2 Boudreau D, Von Korff M, Rutter CM, et al. Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoeconomic Drug Saf* 2009;18:1166-75.
 3 Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ* 2015;350:g6380.
 4 Häuser W, Petzke F, Radbruch L, et al. The opioid epidemic and the long-term opioid therapy for chronic noncancer pain revisited: a transatlantic perspective. *Pain Manag* 2016;6:249-63.
 5 **Suter MR, Allaz AF. De la prescription des opiacés : d'un extrême à l'autre. *Rev Med Suisse* 2017;13:1275-6.
 6 *Wertli MM, Reich O, Signorell A, et al. Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims. *BMC Health*

Serv Res 2017;17:167.
 7 Gilson AM, Maurer MA, Ryan KM, et al. Using a morphine equivalence metric to quantify opioid consumption: examining the capacity to provide effective treatment of debilitating pain at the global, regional, and country levels. *J Pain Symptom Manage* 2013;45:681-700.
 8 OFSP. Traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne). 2018 www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/suchtbearbeitung/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html
 9 ONU. World Population Prospects: Population Division. 2017 <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
 10 INCB. Rapport annuel sur les stupéfiants: Évaluations des besoins du monde pour 2017, Statistiques pour 2015-2016. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publica-

tions/2016/Narcotic_Drugs_Publication_2016.pdf
 11 Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-prescribing patterns of emergency physicians and risk of long-term use. *N Engl J Med* 2017;376:663-73.
 12 Van Zee A. The promotion and marketing of oxycotin: commercial triumph, public health tragedy. *Am J Public Health* 2009;99:221-7.
 13 RTS - 36,9°. La Suisse, les opioïdes et le piège américain. 21 décembre 2017. www.rts.ch/play/tv/36-9/video/la-suisse-les-opioïdes-et-le-piege-americain?id=9205815&station=a9e7621504c6959e35c3ecbe7f6bed0446cdf8da
 14 Reifler LM, Droz D, Bailey JE, et al. Do prescription monitoring programs impact state trends in opioid abuse/misuse? *Pain Med* 2012;13:434-42.
 15 Onishi E, Kobayashi T, Dexter E, et al. Comparison of opioid prescribing patterns in the United States and Japan: primary care physicians' attitudes and

perceptions. *J Am Board Fam Med* 2017;30:248-54.
 16 University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group. Opioid Consumption Data. 2018. www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data
 17 Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2012;23(Suppl 7):vii139-54.
 18 Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American society of anesthesiologists task force on acute pain management. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol* 2012;116:248-73.
 19 *Berna C, Kulich RJ, Rathmell JP. Tapering long-term opioid therapy in chronic noncancer pain: evidence and recommendations for everyday practice. *Mayo Clin Proc* 2015;90:828-42.

* à lire
 ** à lire absolument