



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



OPIACÉS EN FRANCE

Le fossé mondial de la douleur : déséquilibre entre Nord et SUD

The global pain gap: Imbalance between the North and the South

Alain Serrie

Service de médecine de la douleur – médecine palliative, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris 10, France

Reçu le 17 octobre 2018 ; accepté le 18 octobre 2018

MOTS CLÉS

Morphine ;
Opioides ;
Prise en charge ;
Culture ;
Presse ;
Addiction

Résumé La prise en charge de la douleur a enregistré, au cours des décennies précédentes, des progrès considérables. Sur le plan des médicaments, la palette proposée a évolué de façon rapide et quasi-exponentielle, notamment pour les opioïdes forts. Mais, un sentiment d'opiophobie, en lien avec une situation épidémique hors-norme en Amérique du Nord, suscite un sentiment de méfiance vis-à-vis de leur prescription, en raison de la probabilité d'abus, de mésusage et de risque addictif qu'ils peuvent parfois générer.

© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

Témoignage d'un médecin indien : des stocks de morphine épuisés les auteurs de l'article *The Lancet* : « Un jour, celui-ci vit arriver dans le service des soins palliatifs de Calicut, au Kerala (Inde), un certain S., atteint d'un cancer du poumon. L'homme venait de faire un long voyage en bus pour se rendre jusque-là, et de toute évidence, il souffrait terriblement. On put alors lui administrer divers traitements, dont de la morphine. Quelques heures plus tard, S. n'en

revenait pas. Jamais, il n'aurait cru pouvoir être ainsi soulagé. Seulement, quand il revint le mois suivant, les stocks de morphine étaient épuisés. Alors, il déclara qu'il reviendrait la semaine suivante, et que s'il n'y avait toujours pas de morphine, il se passerait la corde au cou. Fort heureusement, les services de soins palliatifs du Kerala n'ont plus à faire face à des ruptures de stocks. Mais dans le reste de l'Inde, comme dans nombre d'endroits du monde, on manque de morphine. »

La prise en charge de la douleur a enregistré, au cours des décennies précédentes, des progrès considérables. Sur le plan des médicaments, la palette proposée a évolué de

Adresse e-mail : alain.serrie@lrb.aphp.fr

<https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.02.003>
1624-5687/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

Pour citer cet article : Serrie A. Le fossé mondial de la douleur : déséquilibre entre Nord et SUD. *Douleurs* (Paris) (2019), <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.02.003>

façon rapide et quasi-exponentielle, notamment pour les opioïdes forts.

Mais, un sentiment d'opioïdophobie, en lien avec une situation épidémique hors-norme en Amérique du Nord, suscite un sentiment de méfiance vis-à-vis de leur prescription, en raison de la probabilité d'abus, de mésusage et de risque addictif qu'ils peuvent parfois générer.

C'est le cas en particulier dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Face à ce qui est réellement une catastrophe sanitaire outre-Atlantique, on assiste aujourd'hui à ce qui ressemble à un changement d'attitude, pouvant laisser craindre, après un accès trop large aux opioïdes, à des restrictions et une difficulté de prescription de ces produits, y compris dans des indications légitimes, pour des patients qui en ont vraiment besoin. En France, la prescription des opioïdes semble plus raisonnable et mieux encadrée. Cette épidémie n'a pas franchi l'atlantique. Ce n'est pas en soi une raison pour ne pas anticiper une inflation de prescriptions d'opioïdes, afin d'éviter un retour en arrière en matière de prise en charge de la douleur... Nous devons faire savoir et communiquer sur nos recommandations en particulier les recommandations pour l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur non cancéreuse de l'adulte.

La grande presse multiplie les articles sur ces réalités scandaleuses. Nous sommes à un point de rupture qui objective non seulement l'hétérogénéité des prises en charge mais le clivage des cultures.

Le Monde, 24 avril 2017 : attention, danger mortel

Aux États-Unis plus de morts par overdose que par arme à feu ou AVP. « En 2015, 15 000 personnes sont mortes à la suite d'une overdose (Centers for Disease Control and Prevention), la moitié des décès dus aux surdoses d'opioïdes en général (33 091) et un tiers de l'ensemble des morts par overdose de drogues (50 000 personnes). 2015 : les accidents de la route : 38 000 morts. 1995 : au plus fort de l'épidémie de sida 43 000 personnes morts ». Au total, 207 millions d'ordonnances en 2013, 76 millions vingt ans plus tôt. En quinze ans, les chiffres annuels ont été multipliés par quatre. Les ventes de ces produits, qui ont également quadruplé sur la même période.

Le Parisien, 11 août 2017 : pourquoi la crise des opiacés est devenue une « urgence nationale » aux États-Unis ?

Deux millions de personnes sont dépendantes aux opiacés et 90 Américains meurent chaque jour d'une overdose d'opiacés : 60 000 décédés en 2016 (Prince en 2016), 52 404 en 2015.

Lutte contre les opiacés : « priorité nationale » D. Trump : intensification chasse aux médecins et pharmaciens peu

scrupuleux, poursuite des groupes pharmaceutiques : « Ils sont responsables... Ils ont créé le pb... il est temps qu'ils s'agissent pour le résoudre ».

France Culture, 5 février 2018 : opiacés, accro et à cran

Aux États-Unis, les opiacés tuent plus que les armes à feu et les accidents de la route réunis.

Qu'est-ce que la « crise des opioïdes » aux États-Unis ? La même chose pourrait-elle arriver en France ?

La douleur chronique représente une problématique fréquente, invalidante et coûteuse. Aux États-Unis, 126 millions d'adultes ont signalé une douleur au cours des 3 derniers mois, 25,3 millions d'adultes (11,2 %) une douleur quotidienne (chronique) et 23,4 millions (10,3 %) une douleur importante. Trois causes de douleurs liées à des troubles musculosquelettiques. Les lombalgies, les cervicalgies et l'arthrose — font partie des 9 principales causes d'invalidité.

« Il y a plusieurs dizaines d'années, les partisans d'une meilleure prise en charge de la douleur ont encouragé une utilisation plus large des opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Le nombre d'ordonnances pour des opioïdes, les décès liés à des abus, et l'utilisation inappropriée de ces molécules ont augmentés. Entre 1999 et 2014, les ventes et les décès causés par ces analgésiques ont été multipliés par 4. En 2012, 259 millions de prescriptions ont été réalisées soit une pour chaque adulte vivant dans le pays [1]. Au total, 80 % des analgésiques opioïdes produits dans le monde sont consommés aux États-Unis et la prescription d'oxycodone y est 16 fois plus importante qu'en France. Face à cette crise sanitaire, plusieurs mesures ont été adoptées aux États-Unis : mise en place de programmes de surveillance et de contrôle des prescriptions afin d'éviter le nomadisme médical ou les prescriptions excessives, limitation à 7 jours de la quantité maximale d'opioïdes.

Qu'en est-il vraiment ?

L'analyse d'une large base de données pharmaceutiques américaines met en évidence que parmi plus de 10 millions de personnes prenant des opioïdes, la probabilité de passer à une utilisation à long terme n'était que de :

- 1,3 %, un an et demi après la première prescription ;
- 2,12 %, trois ans après ;
- 3,7 %, six ans après ;
- 5,3 % neuf ans après [1].

La réalité est que la plupart des patients recevant une prescription initiale d'opioïdes ne bascule pas vers une utilisation chronique et dans la sous-catégorie qui utilise les opioïdes à long terme, la majorité n'en a ni abusé ni fait d'overdose.

À la crise de santé publique des opioïdes, s'ajoute une autre crise, celle d'un soulagement insatisfaisant de la douleur.

Les patients souffrants, désespérés, dans une recherche légitime de soins de leurs douleurs sévères, ne doivent pas devenir les nouvelles victimes d'un mouvement sociétal d'abus des opioïdes. De façon étonnante, il est désormais demandé à des patients avec des douleurs intenses d'utiliser des analgésiques en accès libre, souvent inefficaces. De nombreux médecins ont réduit ou arrêté de les prescrire chez des patients atteints de douleurs chroniques. Pour certains patients cela s'est effectué de manière brutale, sans alternative de traitement. Certains patients ont basculé vers des opioïdes illicites : en particulier l'héroïne [2].

Un mouvement militant en faveur d'une utilisation plus large de la marijuana pour la douleur chronique est en train d'émerger pour le traitement des douleurs neuropathiques et des douleurs musculosquelettiques. Attention à ne pas remplacer l'« épidémie d'opioïdes » par une « épidémie de marijuana » [3,4].

Alors finalement... les vraies questions : et en France ?

En France, la situation est sans commune mesure. Les notifications d'abus, de mésusage et de dépendance se font certes de plus en plus nombreuses mais concernent surtout les fentanyl d'action rapide qui préoccupent les Autorités de Santé et le milieu spécialisé de la douleur et de l'addictologie. L'ANSM l'a signalé en 2014 : 63 % des notifications de pharmacovigilance concernent des prescriptions hors douleur cancéreuse, 47 % d'absence de traitement de fond, 28 % de prescription à dose excessive.

La situation n'a donné lieu à aucune alerte de la part de l'ANSM. Malgré cela, un climat d'opiophobie s'installe, la peur de l'addiction ne doit pas être un frein à une prise en charge optimale de la douleur. Alors, certains prescripteurs privilégient les niveaux 2, mais la prescription des opioïdes faibles (codéine, tramadol, opium) n'écarterien rien le risque addictif [5,6]. Pour la revue *Precirre* « il n'est pas établi que, à efficacité antalgique équivalente, un opioïde 'faible' expose à un moindre risque de dépendance et d'addiction que la morphine à doses faibles » [7].

Libération, 1^{er} mars 2018 : drogues : l'Onu s'inquiète du « fossé mondial de la douleur », du déséquilibre entre Nord et SUD

« Des milliards de personnes dans le monde n'ont pas accès, au mieux, qu'à un accès limité aux médicaments tels que la morphine, substance utilisée pour la prise en charge de la douleur ». États-Unis, Canada : abondance d'opiacés, épidémie alarmante de surdoses. « En occident, les opiacés provoquent de milliers de morts par surdosage, alors que les pays pauvres n'ont pas accès à la morphine thérapeutique. ». Rapport annuel 2017–2018 de l'OICS/INCB. Viroj

Sumyai, Directeur Agence des Nations Unies, Vienne, 1^{er} mars 2018.

Le Figaro, 2 septembre 2018

Dans le Figaro, on retrouve les informations suivantes : « Trois personnes sur quatre dans le monde n'ont pas accès aux antidouleurs. Près de la moitié des personnes, dans le monde, décèdent dans la souffrance. Huit fois sur dix, elles vivent dans des pays pauvres et n'ont que très peu accès aux antidouleurs. »

Alors...

La réalité est choquante : 5,5 milliards de personnes n'auraient pas accès aux médicaments opiacés ou aux traitements de la douleur modérée à sévère. Les trois quarts de la population mondiale auraient un « accès limité ou nul, à un traitement visant à soulager la douleur », et ce « en raison de la réglementation restrictive des médicaments et de l'incapacité à mettre en place un système d'approvisionnement et de distribution fonctionnant correctement » Conseil international des droits de l'homme. Un article *The Lancet* confirme : « Plus de 25,5 millions de personnes décédées en 2015 – 45 % des décès enregistrés à travers le monde sont mortes dans de sévères souffrances », dont 2,5 millions d'enfants. Dans 80 % des cas, il s'agit d'habitants de pays pauvres, dont l'immense majorité n'a pas accès à des soins antidouleur. Dans les pays à revenu élevé, les enfants représentent moins de 1 % des décès associés à des souffrances, alors que dans les pays à faible revenu, le taux atteint 30 %. Le constat est alarmant. Si, aux États-Unis ou au Canada, la quantité d'opioïdes disponible par patient, pour des soins palliatifs, excède largement les besoins, seuls 4 % des besoins sont couverts en Inde, 6 % en Bolivie, 9 % au Vietnam, et pire, 0,8 % en Haïti.

Au total, 89 % de la consommation mondiale de morphine concerne les pays d'Amérique du Nord et d'Europe. Les pays à faible et moyen revenu consomment seulement 6 % de la morphine utilisée au niveau mondial, alors qu'ils ont environ la moitié de tous les patients atteints de cancer et 95 % des nouveaux cas d'infection VIH, 32 pays d'Afrique n'ont pratiquement aucune distribution de morphine et seuls 14 disposent de morphine orale.

Les dysfonctionnements sont nombreux et ont des causes multiples. Human Right Watch a constaté qu'en Inde de nombreux hôpitaux ne stockent pas la morphine, car ils doivent obtenir des licences différentes à chaque commande. À Mexico, 9 hôpitaux stockent de la morphine pour une ville de plus de 18 millions d'habitants. La morphine ne figure pas sur la liste des médicaments essentiels dans de nombreux pays : Arménie, Kenya, Namibie, Nigéria, Rwanda... Une enquête de l'alliance mondiale pour les soins palliatifs pour 69 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine met en évidence que 82 % des professionnels de santé en Amérique latine et 71 % en Asie n'ont reçu aucune formation sur le maniement des opioïdes. En Chine, les antalgiques de niveau III ne peuvent être prescrit que par certains hôpitaux (ceux de niveau 3).

Au cours des 20 dernières années, l'OMS et l'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), l'organe chargé de surveiller l'application des traités de l'Onu relatifs au contrôle des drogues, a rappelé à maintes reprises aux états leur obligation.

Selon le droit international des droits humains les gouvernements ont l'obligation de répondre à une crise de santé publique majeure qui affecte des millions de personnes chaque année.

Ils doivent prendre des mesures pour garantir que les personnes ont un accès adéquat au traitement de leur douleur. Au minimum, les états doivent garantir l'accès à la morphine, le principal médicament pour le traitement des douleurs modérées à sévères, parce qu'elle est considérée comme un médicament essentiel inscrite sur la liste des médicaments essentiels, qui devrait être accessible à toutes les personnes qui en ont besoin et qu'elle est peu onéreuse et largement disponible.

L'aliénation liée aux conséquences de la douleur prive chaque individu du droit inaliénable de circuler librement, de la liberté de penser, de conscience et d'expression. Elle peut être si invalidante qu'elle empêche ou interdit toutes activités artisanales, agricoles, sociales ou professionnelles pour celui qui souffre. Elle devient source d'exclusion supplémentaire et facteur d'inégalité sociale.

Ne pas rendre disponibles les médicaments essentiels ou ne pas prendre de mesures raisonnables pour rendre disponibles des services de gestion de la douleur et des soins palliatifs reviendra à une violation des droits à la santé.

Pire : un mal pour un bien

L'épidémie d'overdoses par opiacés aux États-Unis a des conséquences ctrs paradoxaes : elle permet d'augmenter le nombre d'organes disponibles pour les greffes. Le *New*

England Journal of Medicine précise "qu'aucune différence significative dans la survie à un an de 2360 receveurs, n'a été observé selon que le donneur était mort d'une overdose ou d'une autre cause. Il suggère plutôt que d'augmenter les taux de donneurs morts ou vivants d'inclure des donneurs âgés, des personnes infectées par le VIH et des donneurs décédés d'arrêt cardiaque..."

Cela n'est pas observé dans les pays du Sud...

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Quinn PD, Hur K, Chang Z, Krebs EE, Bair MJ, Scott EL, et al. Incident and long-term opioid therapy among patients with psychiatric conditions and medications: a national study of commercial health care claims. *Pain* 2017;158(1):140–8.
- [2] Bao Y, Pan Y, Taylor A, Radakrishnan S, Luo F, Pincus HA, et al. Prescription drug monitoring programs are associated with sustained reductions in opioid prescribing by physicians. *Health Aff (Millwood)* 2016;35(6):1045–51.
- [3] Slabodkin G. EHR data shows drop in opioid prescribing by doctors [Health Data Management Web site]; 2017. Available at: <https://www.healthdatamanagement.com/news/ehrd-data-shows-drop-in-opioid-prescribing-by-doctors>. Accessed April 27, 2017.
- [4] Kroenke K, Cheville A. Management of chronic pain in the aftermath of the opioid backlash. *JAMA* 2017;317(23):2365–6.
- [5] Robinet S, Benslimane M. E-dito du FLYER: Addiction aux opioïdes analgésiques, sommes-nous américains ?; 2015. En ligne : <http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/edito.5.pdf>.
- [6] Sichère P. Opioïdes et risques addictifs, comment les prévenir ? Questions posées aux Dr S. Robinet, Dr C. Lucas, Dr J. Bernard et Pr N. Franchitto. *Douleurs* 2017;(18):305–12.
- [7] Moisset X, Trouvin AP, Tran VT, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. [Use of strong opioids in chronic non-cancer pain in adults. Evidence-based recommendations from the Study and Treatment of Pain]. *Presse Med* 2016;45:447–62.