

# La dépendance aux opiacés...

## mythe ou réalité ?

par *Dominique Dion*

4

Un de vos patients présente un problème d'arthrose sévère. La douleur est insuffisamment soulagée malgré l'utilisation optimale d'anti-inflammatoires et d'autres modalités thérapeutiques. Vous lui proposez de faire un essai thérapeutique avec des opiacés. Il est très hésitant. Il craint d'en devenir dépendant...

### Dépendance psychologique et opiacés : une crainte tenace

La crainte de la dépendance psychologique à l'égard des opiacés est une crainte qui persiste tant chez les patients qu'au sein de la communauté médicale, et elle est souvent un obstacle important à l'utilisation optimale de ces médicaments. Pour bien saisir l'ensemble de la problématique, il est important de préciser la terminologie et de distinguer la dépendance psychologique (également appelée addiction), de la tolérance et de la dépendance physique (*encadré 1*).

Les phénomènes de tolérance et de dépendance physique sont des réponses normales et prévisibles, qui peuvent survenir à la suite de l'usage régulier d'un opiacé. Tout patient qui prend des opiacés régulièrement depuis un certain temps (le délai peut être très variable d'un individu à l'autre) peut devenir dépendant « physiquement » aux opiacés. Si on envisage de cesser la prise de ces médicaments, on devra donc en diminuer graduellement les doses de façon à éviter un syndrome de sevrage.

Quant à la tolérance, on l'observe en clinique surtout sur le plan des effets indésirables des opiacés. En effet, après quelques jours d'usage régulier d'un opiacé, on peut remarquer que beaucoup de patients acquièrent une tolérance bénéfique à la plupart des effets indésirables (nausées, somnolence...), exception faite, malheureusement, de la constipation.

*La D<sup>re</sup> Dominique Dion, omnipraticienne, est membre d'une équipe de recherche sur la douleur à l'Institut de cardiologie de Montréal. Elle exerce au Service des soins palliatifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital St. Mary's, à Montréal.*

### ENCADRÉ 1

#### Dépendance et tolérance aux opiacés

##### Définitions

La **dépendance physique** est un état d'adaptation qui se manifeste par un syndrome de retrait si l'on cesse brusquement la prise de la substance, si l'on réduit les doses rapidement, si les taux sériques baissent rapidement ou (et) si l'on administre un antagoniste.

La **tolérance** est un état d'adaptation dans lequel l'exposition à une substance induit des changements qui mènent à une diminution d'un ou de plusieurs des effets de cette substance avec le temps.

La **dépendance psychologique** (addiction) est un désordre neurobiologique primaire chronique dont l'apparition et les manifestations sont influencés par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux. Elle se caractérise par l'un ou par plusieurs des comportements suivants :

- **perte de contrôle** quant à l'utilisation de la substance ;
- **utilisation compulsive** ;
- **utilisation continue, malgré des conséquences néfastes** ;
- **craving** (désir irrépressible d'utiliser la substance).

**Source :** Consensus émis par l'American Society of Addiction Medicine, l'American Pain Society et l'American Academy of Pain Medicine, 2001.<sup>1</sup>

À l'opposé, l'apparition d'un problème de dépendance psychologique (addiction) à la suite d'une exposition thérapeutique aux opiacés est considérée comme un phénomène rare qui, s'il survient, affecte généralement un individu préalablement vulnérable sur le plan biologique et (ou) psychosocial.

Sur le plan neurobiologique et clinique, la dépendance

71

physique et la dépendance psychologique (addiction) sont des phénomènes distincts. Et bien que les deux phénomènes puissent coexister, la présence de la dépendance physique ou de la tolérance ne permet pas de prédire un problème de dépendance psychologique.

### **Qu'est-ce qui peut expliquer que certaines personnes développent un problème de dépendance psychologique (addiction), alors que d'autres, exposées à la même substance, n'en présentent pas?**

Le phénomène reste encore mal compris, mais on sait que plusieurs facteurs combinés en sont responsables. L'apparition d'un problème de dépendance psychologique chez une personne donnée ne repose donc pas seulement sur l'exposition à une substance potentiellement toxicomane, mais résulte d'une interaction entre facteurs génétiques, psychologiques et environnementaux (sociaux). Les recherches ont montré que certains individus présentent une prédisposition génétique favorisant l'apparition d'un problème de toxicomanie et ce, non seulement à une substance donnée, mais à différentes substances. Plusieurs facteurs psychologiques et (ou) environnementaux peuvent également contribuer à l'éclosion du problème, mais l'exploration détaillée de ces facteurs dépasse le cadre de cet article.

### **Quelle est l'importance du problème d'utilisation « non médicale » des opiacés dans la société ?**

Lors d'une enquête<sup>2</sup> réalisée au cours de l'année 2001 auprès de 70 000 Américains âgés de 12 ans et plus, 1,6 % des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé des médicaments contre la douleur à des fins non médicales au cours du mois précédant l'entrevue. Ce taux était de 1,2 %

en 1999. Bien que ces données soient préoccupantes, il faut les interpréter avec prudence. Il ne faudrait pas conclure rapidement que 1,6 % de la population américaine est « dépendante » des opiacés. En fait, les données disponibles ne nous permettent pas d'évaluer dans quelle proportion ces personnes répondraient aux critères de dépendance psychologique (addiction) aux opiacés. De plus, à la lumière de ces données, il est impossible de savoir si cette consommation « inappropriée » d'opiacés a un lien quelconque avec une exposition antérieure à ces substances dans le cadre d'un traitement contre la douleur.

Dans une perspective plus globale, il peut être intéressant de noter qu'alors que la quantité d'opiacés utilisée à des fins médicales a augmenté de façon très importante aux États-Unis de 1990 à 1996 (morphine : augmentation de 59 % ; fentanyl : augmentation de 1168 % ; oxycodone : augmentation de 23 %, par exemple), on a observé, pendant cette même période, une augmentation de 6,6 % au niveau des déclarations d'abus d'opiacés<sup>3</sup>, par le biais du réseau DAWN\*. Compte tenu de ces données, il est donc impossible de conclure que l'accroissement de l'utilisation des opiacés à des fins thérapeutiques entraîne une augmentation parallèle des cas d'addiction ou d'abus de ces substances.

### **Quel est le risque de développer un problème d'addiction à la suite d'une prescription médicale d'opiacés ?**

Malheureusement, la littérature médicale n'apporte pas de réponse claire à cette question. La plupart des études portant sur le sujet présentent plusieurs limites sur le plan méthodologique. De plus, plusieurs de ces recherches ont

\* DAWN (*Drug Abuse Warning Network*) est un système de surveillance qui compile, par le biais d'un réseau de salles d'urgence américaines, le nombre de consultations liées à l'abus d'une drogue donnée, licite ou illicite.

**Dépendance physique et dépendance psychologique (addiction) sont des phénomènes distincts, qu'il ne faut pas confondre en clinique.**

**Chez une personne qui ne présente pas de facteurs prédisposants, le risque de développer un problème de dépendance psychologique (addiction) aux opiacés dans le cadre d'un traitement contre la douleur est faible.**

**Des antécédents ou des problèmes actuels d'abus d'alcool ou de drogues représentent des facteurs de risque de dépendance psychologique (addiction) aux opiacés.**

été réalisées auprès de populations très sélectionnées de patients, ce qui limite beaucoup la possibilité de généraliser ces résultats à la population générale.

Ceci dit, on estime que, chez une personne qui ne présente pas de facteurs prédisposants, le risque de développer un problème de dépendance aux opiacés dans le cadre d'un traitement contre la douleur est faible.

### Comment dépister les personnes risquant d'avoir un problème de dépendance psychologique aux opiacés ?<sup>4</sup>

À la lumière des connaissances actuelles, on considère qu'une personne ayant déjà présenté des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites est plus à risque que celle n'ayant pas de tels antécédents. Il est donc important d'explorer les indices actuels et passés d'abus d'alcool et de drogues illicites (ou licites).

Bien qu'il n'existe pas d'outil de dépistage dûment validé en clinique, un outil comme le SISAP<sup>5</sup> (encadré 2) peut aider le clinicien à évaluer rapidement certains de ces facteurs. Son utilisation est actuellement recommandée par la Société canadienne pour le traitement de la douleur<sup>6</sup> et par le Collège des médecins du Québec<sup>7</sup>. Cet outil est très sensible (0,91) mais sa spécificité est moins élevée (0,78) ; le jugement clinique est donc de mise lors de l'interprétation des résultats obtenus.

Le SISAP n'explore que la consommation actuelle de drogues ou d'alcool. On peut donc compléter les données en demandant au patient s'il a déjà eu, dans le passé, des problèmes avec l'alcool ou les drogues. On conseille également d'explorer les antécédents familiaux d'abus de drogues et d'alcool (facteurs génétiques et [ou] environnementaux), ainsi que les habitudes de consommation des proches (facteurs environnementaux).

Il est également important d'évaluer le profil psychologique du patient. Chez les patients présentant un problème de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, on trouve plus de comorbidités psychiatriques, tant au ni-

## ENCADRÉ 2

### SISAP

#### Outil de dépistage des risques d'abus aux opiacés

1. Si vous buvez, combien de verres prenez-vous habituellement en une journée ?



Si 5 ou plus



si 4 ou plus



On peut arrêter ici

Être prudent quand on prescrit des opiacés.

2. Combien de consommations prenez-vous pendant une semaine typique ?



Si 17 ou plus



si 13 ou plus



On peut arrêter ici

Être prudent quand on prescrit des opiacés.

3. Avez-vous consommé de la marijuana\* ou du hachisch au cours de la dernière année ?

Si oui



On peut arrêter ici

Être prudent quand on prescrit des opiacés.

4. Avez-vous déjà fumé la cigarette ?

Si non



On peut arrêter ici

Présente probablement un faible risque d'abus d'opiacés

5. Quel âge avez-vous ?

> 40 ans



On peut arrêter ici

Présente probablement un faible risque d'abus d'opiacés

< 40 ans



On peut arrêter ici

Être prudent quand on prescrit des opiacés.

\* Les auteurs justifient le choix de cette drogue par le fait que les gens sont généralement plus à l'aise de parler de leur consommation de marijuana que de celle d'autres drogues illicites. Tout en augmentant la sensibilité du questionnaire, cela peut toutefois en diminuer la spécificité.

Reproduit avec la permission de Coombs RD, Jarry JL, Santhiapillai AC, Abrahamsohn RV, Atance CM. The SISAP: A new screening instrument for identifying potential opioid abusers in the management of chronic nonmalignant pain within general medical practice. *Pain Res Manag* 1996 ; 1 : 155-62.<sup>5</sup>

veau de l'axe 1 que de l'axe 2 du DSM – IV<sup>8</sup>. Entre autres, la prévalence de symptômes dépressifs ou de troubles anxieux est plus élevée chez eux que dans la population générale. Cependant, on ne connaît pas la valeur prédictive de ces facteurs.

De plus, il faut noter que la présence d'une douleur chronique mal soulagée (voir l'article intitulé « Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal », du D<sup>r</sup> Pierre Verrier dans ce numéro) est elle-même associée à un taux plus élevé de psychopathologies. Donc, le fait de diagnostiquer un trouble de l'humeur, par exemple, n'interdit pas la prescription d'opiacés, mais signifie plutôt qu'il est important de traiter de façon concomitante les comorbidités et d'assurer un bon suivi (voir l'article intitulé « Les opiacés et la douleur chronique : comment amorcer le traitement », de la D<sup>re</sup> Aline Boulanger dans ce numéro). Essentiellement, l'objectif de cette démarche est de repérer les patients qui présentent des risques accrus afin de mieux planifier notre plan de traitement et d'assurer un suivi plus serré, s'il y a lieu. Dans certains cas, un suivi conjoint avec des spécialistes (clinique antidouleur, psychiatrie, centre de désintoxication) pourra s'avérer nécessaire. ☞

Date de réception : 28 février 2003.

Date d'acceptation : 31 mars 2003.

Mots clés : opiacés, addiction, dépendance physique, dépendance psychologique, tolérance.

## Bibliographie

1. American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society of Addiction Medicine. Consensus document. Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain 2001. Disponible : URL : <http://www.asam.org>.
2. 2001 National Household Survey on Drug Abuse. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Disponible : URL : <http://www.samhsa.gov/oas/drugs.htm>.
3. Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM, Dahl JL. Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. *JAMA* 2000 ; 283 : 1710-4.
4. Jovey RD. Opioids, pain and addiction. Dans : Jovey RD, éd. *La Gestion de la douleur*. Toronto : Rogers Media, 2002 : 62-76.
5. Coombs RD, Jarry JL, Santhiapillai AC, Abrahamsohn RV, Atance CM. The SISAP: A new screening instrument for identifying potential opioid abusers in the management of chronic nonmalignant pain within general medical practice. *Pain Res Manag* 1996 ; 1 : 155-62.
6. Société canadienne pour le traitement de la douleur. L'utilisation d'analgésiques opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse – Déclaration de consensus et lignes directrices de la Société canadienne pour le traitement de la douleur. *Pain Res Manag* 1998 ; 3 : 209-22.
7. Collège des médecins du Québec. *Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques*. Guide d'exercice, décembre 1998.
8. Compton P, Estapa CA. Addiction in patients with chronic pain. *Lippincotts Prim Care Practice* 2000 ; 4 : 254-72.

## S U M M A R Y

**Opioid addiction: myth or reality?** The fear of addiction represents a barrier to the proper use of opioids for pain control. Addiction is often confused with physical dependence and (or) tolerance, although these phenomena are clinically and neurobiologically different. Epidemiology data and risk factors regarding opioid addiction are reviewed.

**Key words:** opioids, addiction, physical dependence, psychological dependence, tolerance.



Médecins omnipraticiens

Avez-vous  
déjà vu  
ce programme ?

(Ensché avec le présent numéro de la revue.)

