

Mesurer l'utilisation des opioïdes d'ordonnance

Définitions

Pour analyser les tendances en matière d'utilisation des opioïdes d'ordonnance, 2 mesures sont habituellement utilisées :

- La **dose thérapeutique quotidienne (DTQ)**, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ comme la dose d'entretien moyenne par jour présumée pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte. La DTQ ne correspond pas à la dose prescrite ou recommandée; il s'agit souvent d'une moyenne des doses courantes utilisées dans différents pays¹.
- L'**équivalent en milligrammes de morphine (EMM)**, aussi appelé équivalent morphine orale ou équivalent morphine, désigne le résultat de la conversion des doses, au moyen d'un facteur ou coefficient d'équivalence à la puissance d'un opioïde, d'un type d'opioïde à un autre en utilisant la morphine comme valeur de référence^{2,3} aux fins de maîtrise de la douleur.

Calcul des DTQ et des EMM

Pour calculer le nombre de DTQ, il faut d'abord multiplier la quantité totale de médicament (p. ex. le nombre de comprimés) par le dosage (p. ex. le nombre de milligrammes par comprimé). On obtient ainsi le nombre total de milligrammes, qui est ensuite divisé par la DTQ de l'opioïde en question. Par exemple, voici comment calculer le nombre de DTQ dans 30 comprimés d'oxycodone de 20 mg :

$$30 \text{ comprimés} \times 20 \text{ mg d'oxycodone par comprimé} = 600 \text{ mg d'oxycodone} \div 75 \text{ mg} \\ (\text{la DTQ déterminée par l'OMS})^1 = 8 \text{ DTQ}$$

Pour calculer le nombre d'EMM, il faut d'abord multiplier la quantité totale de médicament (p. ex. le nombre de comprimés) par le dosage (p. ex. le nombre de milligrammes par comprimé). On obtient ainsi le nombre total de milligrammes, qui est ensuite multiplié par le facteur de conversion en morphine de l'opioïde en question. Par exemple, au Canada, voici comment calculer le nombre d'EMM dans 30 comprimés d'oxycodone de 20 mg :

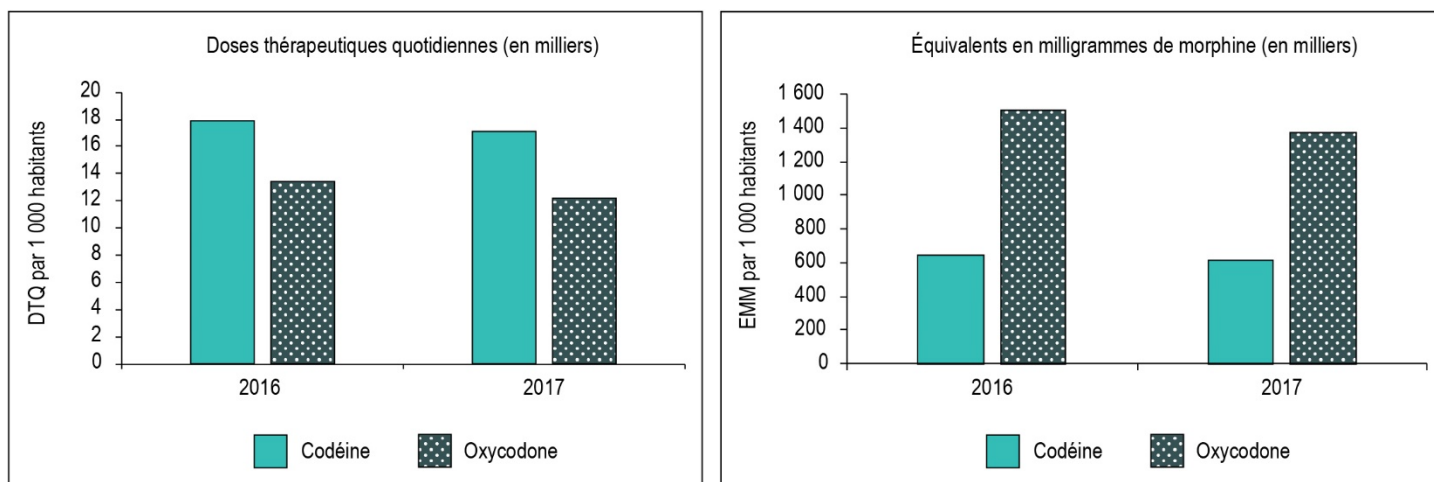
$$30 \text{ comprimés} \times 20 \text{ mg d'oxycodone par comprimé} = 600 \text{ mg d'oxycodone} \times 1,5 \text{ mg (facteur de conversion} \\ \text{recommandé dans les} \textit{Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement} \\ \textit{de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017})^3 = 900 \text{ EMM}$$



Exemple comparatif

Le calcul des DTQ et des EMM peut donner des résultats très différents, surtout si les données portent à la fois sur des opioïdes faibles et des opioïdes puissants². La figure ci-dessous illustre l'écart entre les résultats d'analyses effectuées à l'aide de la DTQ et de l'EMM pour le même ensemble de données⁴. Les analyses fondées sur la DTQ indiquent un nombre plus élevé de DTQ par 1 000 habitants pour la codéine (un opioïde faible) que pour l'oxycodone (un opioïde puissant). Par contre, l'EMM met l'accent sur la puissance de l'opioïde délivré. La codéine présente donc un taux d'EMM par 1 000 habitants moins élevé que l'oxycodone.

Figure Comparaison du nombre de doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants au nombre d'équivalents en milligrammes de morphine par 1 000 habitants, codéine et oxycodone, 2016 et 2017



Source

Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017 — tableaux de données](#). Juin 2018.

Cet exemple illustre la différence absolue entre les nombres déclarés pour les 2 mesures de consommation d'opioïdes. L'analyse des DTQ révèle que le nombre de doses délivrées est plus élevé pour la codéine que pour l'oxycodone, du point de vue du volume; l'analyse des EMM révèle quant à elle que l'oxycodone, l'opioïde le plus puissant, est délivré en plus grande quantité, du point de vue de la puissance. Toutefois, peu importe la mesure choisie, l'évolution au fil du temps demeure la même : de 2016 à 2017, la codéine dispensée a diminué de 5 % et l'oxycodone, de 8 %.

Points à considérer

Voici les points à considérer avant d'utiliser la DTQ :

- La DTQ est une norme internationale fondée sur la dose d'entretien moyenne par jour présumée pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte¹; par conséquent, elle ne convient peut-être pas aux études sur l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées ou les enfants.
- La DTQ ne reflète pas la dose recommandée ou prescrite. La dose thérapeutique recommandée pour un patient ou un groupe de patients diffère souvent de la DTQ et doit nécessairement tenir compte des caractéristiques de chaque patient, telles que son âge, son poids, les différences ethniques, le type de maladie dont il est atteint et la gravité de son état¹.
- La DTQ n'est qu'une estimation approximative de la consommation et ne donne pas un portrait exact de l'utilisation réelle. La DTQ fournit une unité fixe de mesure. Elle permet aux chercheurs d'évaluer les tendances de consommation des médicaments et de faire des comparaisons entre les groupes de population¹.
- Selon l'OMS, la DTQ de 100 mg de codéine est pour l'indication « toux »¹. Par conséquent, l'Institut canadien d'information sur la santé utilise la norme de l'Organe international de contrôle des stupéfiants⁵ de 240 mg lorsque la codéine est utilisée contre la douleur.

Voici les points à considérer avant d'utiliser l'EMM :

- Les directives cliniques, telles que les *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017*³, indiquent habituellement les doses en EMM. Par conséquent, il serait raisonnable d'utiliser l'EMM pour effectuer des analyses comparatives fondées sur ce genre de directives.
- L'EMM devrait toujours être utilisé pour calculer la dose lorsqu'on change le type d'opioïde prescrit à un patient. Le fentanyl est l'exception, puisque le passage à cet opioïde est unilatéral; le retrait du fentanyl à un patient pour lui prescrire un autre opioïde en se fondant uniquement sur l'EMM n'est pas recommandé⁶.
- La conversion des opioïdes faibles en EMM donne l'impression que la quantité de médicament consommée est inférieure, par rapport aux opioïdes puissants, et peut entraîner une sous-estimation des dangers d'une utilisation à long terme.
- L'EMM peut varier d'un pays à l'autre et, par conséquent, se révéler inutile pour la comparaison de données à l'échelle internationale⁷. Au moment de la diffusion du présent document, il n'existait au Canada aucun facteur de conversion du tramadol en EMM.

Résumé

Pour mesurer la quantité d'opioïdes délivrés, la DTQ et l'EMM jouent des rôles complémentaires⁸. La DTQ est utile pour comparer des données à l'échelle internationale, car les facteurs de conversion en EMM peuvent varier d'un pays à l'autre, et pour analyser les tendances en fonction de la population. L'EMM est utile pour analyser les approches cliniques de traitement de la douleur et comparer l'utilisation des médicaments par rapport aux lignes directrices de prescription. Il est donc essentiel de comprendre les différences et les limites de chaque mesure avant de déterminer celle qui est la mieux adaptée. En choisissant la bonne mesure, on s'assure d'interpréter l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance en fonction de l'objectif de l'analyse.

Texte de remplacement pour la figure

Figure Comparaison du nombre de doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants au nombre d'équivalents en milligrammes de morphine par 1 000 habitants, codéine et oxycodone, 2016 et 2017

Opioïde	2016		2017	
	DTQ par 1 000 habitants	EMM par 1 000 habitants	DTQ par 1 000 habitants	EMM par 1 000 habitants
Codéine	17,9	643,9	17,1	614,1
Oxycodone	13,4	1 502,2	12,2	1 375,3

Source

Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017 — tableaux de données](#). Juin 2018.

Références

1. Centre collaborateur de l’OMS pour la méthodologie sur l’établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux. [International language for drug utilization research](#). Consulté le 7 juillet 2018.
2. Nielsen S, et al. [A synthesis of oral morphine equivalents \(OME\) for opioid utilisation studies](#). *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*. Juin 2016.
3. Busse J, dir. [Lignes directrices canadiennes relatives à l’utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017](#). 2017.
4. Institut canadien d’information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d’opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017 — tableaux de données](#). Juin 2018.
5. Organe international de contrôle des stupéfiants. [Stupéfiants, 2017: évaluations des besoins du monde pour 2018 — statistiques pour 2016](#). 2017.
6. RxFiles Academic Detailing. [Tapering Opioids: How to Explore and Pursue the Option for Patients Who Stand to Benefit — Chronic Pain/Opioids Part 2](#). 2018.
7. Rennick A, et al. [Variability in opioid equivalence calculations](#). *Pain Medicine*. Mai 2016.
8. Svendsen K, et al. [Choosing the unit of measurement counts: The use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption was a useful addition to defined daily doses](#). *Palliative Medicine*. Mars 2011.