

## Addiction aux opioïdes analgésiques, le piège américain !

Cher(e)s correspondant(e)s, cher(e)s ami(e)s de la revue Le Flyer

La publication dans le New England Journal of Medicine du 4 février 2016 d'un article sur le 'problème' des analgésiques opioïdes (1) est une occasion de revenir sur ce sujet au travers dans cet e-dito de février.

Il y a eu aux Etats-Unis plus de 45 000 décès en 2014 en lien direct avec la prescription d'analgésiques. La problématique de l'addiction aux painkillers a même envahi la campagne des primaires pour la présidentielle. Pas étonnant ! Plusieurs millions d'américains sont déclarés 'dépendants' d'opioïdes analgésiques. Mais sont-ils tous concernés de la même manière ? La question semble ne pas se poser : on parle des « painkillers » ou des « morphiniques » et on peut légitimement s'interroger sur le poids des firmes pharmaceutiques dans ce non questionnement.

En effet, aucune allusion n'est faite entre cette problématique et la croissance exponentielle des ventes d'oxycodone dans ce pays. C'est pourtant un fait évident. Aux Etats-Unis (*ainsi qu'au Canada*), sous les coups de boutoir d'un marketing efficace, l'oxycodone est devenu le médicament qu'il faut avoir dans son armoire à pharmacie pour soulager ses douleurs. Près de 20 fois plus d'oxycodone *per capita* en Amérique du nord qu'en France, où pourtant le médicament se diffuse de plus en plus. Il y a bien un problème de surexposition à l'oxycodone qui pourrait expliquer l'épidémie américaine d'addiction aux opioïdes analgésiques.

Mais est-ce la seule raison ? La surexposition à une substance suffit-elle à expliquer une telle épidémie. En serait-il de même avec d'autres substances ?

Pour répondre à cette question, plusieurs équipes américaines ont étudié l'hypothèse d'un risque addictif plus élevé pour certains opioïdes. Leurs résultats montrent un potentiel addictif de l'oxycodone (*potentiel hédonique, effets dysphoriques, action sur le système de récompense...*) supérieur à celui des autres opioïdes, comme la morphine à laquelle elle est souvent comparée. (2, 3, 4)

Sa popularité, sous le diminutif d' « Oxy », montre à quel point le statut de drogue a remplacé celui d'analgésique opioïde chez nos amis nord-américains.

Mais rien de tout cela dans la publication du NEJM qui aurait pu laisser penser qu'au moins la question pouvait se poser...

Entre autres réponses proposées par les auteurs pour apporter « une réponse proactive à l'abus de prescription d'opioïde », il y en a une qui a retenu notre attention : les formes non détournables (*abuse-deterrent dans le texte*). Nous avons déjà donné notre sentiment sur ces formes abuse-deterrent ou tamper-resistant qui servent avant tout les intérêts des firmes pharmaceutiques qui les commercialisent (5). Malgré leur mise à disposition, en complément du durcissement du cadre légal, les données épidémiologiques publiées en 2015 montrent leur inefficacité avec une courbe des décès qui progresse toujours, certaines personnes se rabattant désormais vers l'héroïne... (6)

Ironie du sort ou cynisme, c'est la firme Purdue qui a inondé le marché américain d'oxycodone qui commercialise aujourd'hui des formes d'oxycodone non détournables. Le risque addictif persiste mais pas possible de sniffer !! La morale est sauve. Les patients peuvent devenir accros mais pas question de jouer au toxico en sniffant le produit. Par contre, ce sont les mêmes qui encaissent les profits.

Souhaitons-nous de ne pas suivre l'exemple américain :

Ne laissons pas l'oxycodone envahir les armoires à pharmacie de nos patients tant que de sérieux soupçons pèsent sur son potentiel addictif, sous peine de se retrouver dans la même situation qu'aux Etats-Unis.

N'attendons pas de miracles des médicaments non détournables que nous préparent les firmes, dont l'effet est surtout que les patients devenus accros aux opioïdes s'en détournent à leur tour...

En France, ne succombons pas à l'opiophobie ambiante, réaction disproportionnée à une situation américaine qui n'a rien de commun avec ce qui se passe chez nous et qui pourrait entraîner un recul en matière de prise en charge de la douleur.

Utilisons les opioïdes dans leurs seules bonnes indications, à une bonne posologie (ni trop, ni trop peu).

1. Califf et al. A proactive response to prescription opioid abuse. NEJM, feb 2016.  
[http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1601307?query=featured\\_home](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1601307?query=featured_home)
2. Zacny et al. Within-subject comparison of the psychopharmacological effect of oral oxycodone and oral morphine in non-drug abusing volunteers. Psychopharmacology, oct 2008.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562738/>
3. Vander Weele et al. Rapid dopamine transmission within the nucleus accumbens : Dramatic difference between morphine and oxycodone delivery. Eur Journal of Neurosciences, vol 40, 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25208732>
4. Emery et al. Differential effects of oxycodone, hydrocodone, and morphine on the responses of D2/D3 dopamine receptors. Behavioural Brain Research 284, 2015.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25617530>
5. Mésusage des opioïdes (douleur et substitution) et nouvelles galéniques, solutions ou problèmes ? [http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/e-dito\\_4.pdf](http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/e-dito_4.pdf)
6. NCHS Data on Drug Poisoning Deaths  
[http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet\\_drug\\_poisoning.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet_drug_poisoning.pdf)