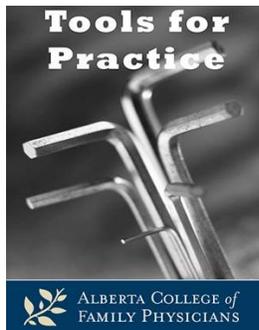


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

22 octobre 2018



Ce patient qui prend des opioïdes d'ordonnance a-t-il un trouble de consommation d'opioïdes?

Question clinique : Quel est le meilleur questionnaire pour aider à repérer les patients aux prises avec un trouble de consommation d'opioïdes d'ordonnance?

Conclusion : Plus de 50 études ont été recensées, mais deux seulement ont comparé les questionnaires de dépistage au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, les critères de diagnostic les plus couramment utilisés pour les patients aux prises avec un trouble de consommation d'opioïdes (TCO). Une seule étude de petite envergure démontre que le *Prescription Opioid Misuse Index (POMI)*, un questionnaire de six points ayant une forte valeur prédictive en ce qui concerne le TCO, pourrait être un questionnaire de dépistage raisonnable.

Données probantes

- Quatorze revues systématiques portant sur six à cinquante études, 16 différents questionnaires et 23 différents critères de diagnostic¹⁻¹⁴. Sans étalon de référence clair pour le diagnostic du TCO dans les études recensées, nous avons mis l'accent sur les études qui comparent les outils de dépistage aux critères du DSM-IV et du DSM-5 : POMI et *Current Opioid Misuse Measure (COMM)*^{15, 16}.
 - Le POMI est une entrevue de six questions dirigée par le clinicien; un score de deux points ou plus est un indice de TCO potentiel (annexe)¹⁵.
 - Une étude de cohorte (74 patients auxquels on avait prescrit de l'oxycodone contre la douleur) :
 - Surface sous la courbe (SSC)=0,89 (valeur prédictive forte).
 - Par comparaison, la SSC pour la plupart des calculateurs du risque cardiovasculaire équivaut à environ 0,75 à 0,80 (plus près de 1,0 est l'idéal)¹⁷.
 - Rapport de vraisemblance positif=10,3 (aide importante pour confirmer le diagnostic) :
 - Spécificité=0,92.

- Rapport de vraisemblance négatif=0,20 (aide modeste pour infirmer le diagnostic) :
 - Sensibilité=0,82.
- Le COMM est une échelle de 40 points comportant 17 questions; un score égal ou supérieur à 13 points suggère un TCO potentiel¹⁶ :
 - Une étude de cohorte (238 patients auxquels on avait prescrit un opioïde sur une période de 12 mois ou moins) :
 - SSC=0,84.
 - Rapport de vraisemblance positif : 3,35 (faible aide pour confirmer le diagnostic) :
 - Spécificité=0,77.
 - Rapport de vraisemblance négatif : 0,30 (faible aide ou aide modeste pour infirmer le diagnostic) :
 - Sensibilité=0,77.
 - La longueur du questionnaire pourrait en limiter l'application pratique.
- Limites : Une étude de validation de petite envergure pour chacun des questionnaires.
- Les autres questionnaires étaient longs (p. ex. : SOAPP et SOAPP-R)^{18, 19}, avaient une faible valeur prédictive (p. ex. : PDUQp)^{20, 21} ou n'avaient pas été étudiés auprès d'une population présentant un TCO (CAGE-AID)²².

Contexte

- Les plus récentes lignes directrices canadiennes renvoient aux critères du DSM-5 pour diagnostiquer le TCO²³⁻²⁵.
- Les critères du DSM-IV et du DSM-5 pour le TCO peuvent s'appliquer aux patients qui sont traités par opioïdes pour une douleur chronique (et qui présentent une tolérance ou des symptômes de sevrage ou dont les efforts pour réduire l'usage du médicament sont infructueux), mais qui ne font pas un usage abusif du médicament. Il nous manque vraisemblablement un véritable étalon de référence pour diagnostiquer le TCO chez ces patients²⁶.
- Aucune donnée probante n'appuie un programme de dépistage qui s'appliquerait à l'ensemble de la population. L'utilisation du POMI pour le dépistage des patients qui prennent des opioïdes d'ordonnance pourrait faciliter la prise en charge.

Auteurs

Joey Ton, B. Sc. (pharm.), PharmD, Christina Korownyk, M.D., CCMF, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Argoff CE, Kahan M, Sellers EM, J Opioid Manag, 2014 Mar-Apr, 10(2) : 119-134.
2. Balbale SN, Trivedi I, O'Dwyer LC, *et al.*, Dig Dis Sci, 2017 Oct, 62(10) : 2668-2685.
3. Becker WC, Fraenkel L, Edelman EJ, *et al.*, Pain, 2013 Jun, 154(6) : 905-916.
4. Blanchard J, Hunter SB, Osilla KC, *et al.*, Mil Med, 2016 May, 181(5) : 410-423.
5. Canan C, Polinski JM, Alexander GC, *et al.*, J Am Med Inform Assoc, 2017 Nov 1, 24(6) : 1204-1210.
6. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, *et al.*, J Pain, 2009 Feb, 10(2) : 131-146.
7. Cochran G, Woo B, Lo-Ciganic WH, *et al.*, Subst Abus, 2015, 36(2) : 192-202.
8. Dowell D, Haegerich TM, Chou R, JAMA, 2016 Apr 19, 315(15) : 1624-1645.
9. Lawrence R, Mogford D, Colvin L, Br J Anaesth, 2017 Dec 1, 119(6) : 1092-1109.

10. Shmulewitz D, Greene ER, Hasin D, Alcohol Clin Exp Res, 2015 Oct, 39(10) : 1878-1900.
11. Smith SM, Dart RC, Katz NP, *et al.*, Pain, 2013 Nov, 154(11) : 2287-2296.
12. Smith SM, Paillard F, McKeown A, *et al.*, J Pain, 2015 May, 16(5) : 389-411.
13. Solanki DR, Koyalagunta D, Shah RV, *et al.*, Pain Physician, 2011 Mar-Apr, 14(2) : E119-E131.
14. Turk DC, Swanson KS, Gatchel RJ, Clin J Pain, 2008 Jul-Aug, 24(6) : 497-508.
15. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, *et al.*, J Subst Abuse Treat, 2008 Dec, 35(4) : 380-386.
16. Meltzer EC, Rybin D, Saitz R, *et al.*, Pain, 2011 Feb, 152(2) : 397-402.
17. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, *et al.*, Can Fam Physician, 2015, 61(10) : 857-867, e439-e450.
18. Butler SF, Budman SH, Fernandez K, *et al.*, Pain, 2004 Nov, 112(1-2) : 65-75.
19. Butler SF, Fernandez K, Benoit C, *et al.*, J Pain, 2008 Apr, 9(4) : 360-372.
20. Compton PA, Wu SM, Schieffer B, *et al.*, J Pain Symptom Manage, 2008 Oct, 36(4) : 383-395.
21. Jamison RN, Martel MO, Huang CC, *et al.*, J Pain, 2016 Apr, 17(4) : 414-423.
22. Brown RL, Rounds LA, Wis Med J, 1995, 94(3) : 135-140.
23. Provincial Opioid Use Disorder Treatment Guideline Committee, *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Disponible sur Internet : http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf (consulté le 24 août 2018).
24. Comité de révision des lignes directrices nationales de l'ICRAS, *Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substance sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. Disponible sur Internet : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf (consulté le 24 août 2018).
25. Bruneau J, Ahamad K, Goyer ME, *et al.*, CMAJ, 2018 Mar 5, 190(9) : E247-E257.
26. Hojsted J, Sjogren P, Eur J Pain, 2007 Jul, 11(5) : 490-518.

Annexe

Prescription Opioid Misuse Index (POMI)

(J. Knisely, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 35, n° 4 (décembre 2008), p. 380-386. Annexe A.

Deux (2) « Oui » indiquent un dépistage positif (diagnostic possible du trouble de consommation d'opioïdes).

	Question	Oui	Non
1	Avez-vous déjà pris votre médicament en quantité plus importante, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite?		
2	Avez-vous déjà pris votre médicament plus souvent que prescrit sur votre ordonnance, c'est à dire réduit le délai entre deux prises?		
3	Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce médicament contre la douleur plus tôt que prévu?		
4	Avez-vous déjà eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris votre médicament contre la douleur?		
5	Avez-vous déjà pris votre médicament contre la douleur parce que vous étiez contrarié, c'est-à-dire pour soulager ou gérer des problèmes autres que la douleur?		
6	Avez-vous déjà consulté plusieurs médecins, y compris au service d'urgence, pour obtenir plus de ce médicament contre la douleur?		

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.