

# e-Club

## En médecine d'urgence

À chaque mois, la section de médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'Université Laval présente un club de lecture.

Une critique de l'article présenté est distribuée à l'ensemble des membres du DMFMU.

Date de parution :  
12 janvier 2018

### Auteurs :

Vincent Moreau, R3, formation complémentaire en médecine d'urgence  
Pierre-Alexandre LeBlanc, R4, médecine d'urgence spécialisée  
Médecin superviseur : Dre Maude St-Onge

**Date du club de lecture :** 14 novembre 2017

### Titre :

*Opioid-Prescribing Patterns of Emergency Physicians and Risk of Long-Term Use*

### Référence :

Barnett, Michael L. et al (2017, février). «Opioid-Prescribing Patterns of Emergency Physicians and Risk of Long-Term Use ». The New England Journal of Medicine, 376;7, sur le site <http://www.nejm.org>.  
Téléchargé le 4 octobre 2017.

### Pubmedid :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28489999>

### Question PICO :

#### Population :

Pour les patients adultes bénéficiant de *Medicare* se présentant à l'urgence et n'ayant pas reçu de prescription d'opioïdes durant les 6 mois précédents,

#### Intervention :

est-ce que le fait d'être traité par un médecin ayant l'habitude de prescrire des opioïdes à une grande proportion de ses patients

#### Comparaison :

comparativement à un médecin prescrivant des opioïdes à une petite proportion de ses patients

#### Outcome (issue) :

influence les taux d'utilisation d'opiacés à 12 mois?



## Conclusion des auteurs de l'article

Il existe une grande variation dans les habitudes de prescriptions d'opioïdes chez les médecins d'urgence et il semble y avoir un risque plus élevé d'utilisation à long terme chez les patients traités par de forts prescripteurs d'opioïdes.

## Grille d'analyse critique

### 1. Est-ce que le groupe à l'étude et le groupe contrôle avaient un pronostic semblable au début de l'étude?

Les patients inclus dans cette étude rétrospective ont été identifiés aléatoirement à partir d'un échantillon de 20 % des registres de *Medicare*, aux États-Unis, pour une période s'étendant du 1 janvier 2008 au 31 décembre 2011. Les critères pour être admissible à une couverture par *Medicare* sont les suivants : Être âgé de 65 ans et plus ou recevoir une pension d'invalidité (donc être atteint d'un handicap quelconque) ou être atteint de la SLA ou souffrir d'insuffisance rénale terminale requérant de l'hémodialyse ou une transplantation. Les patients ne devaient pas avoir reçu de prescription d'opiacés dans les 6 mois précédents. Les patients traités en hospice ou avec un diagnostic de cancer ont été exclus. On a pris pour acquis que les patients ne pouvaient pas choisir le médecin qu'ils voyaient à l'urgence et que ceci diminuait la probabilité de biais de sélection. Les caractéristiques des patients traités par les forts prescripteurs étaient similaires à celles de ceux traités par les faibles prescripteurs, bien que plusieurs différences statistiquement significatives existaient en raison de la grande taille des échantillons. Un score de propension a été fait pour tenir compte de ces différences. Par ailleurs, les diagnostics justifiant la prescription d'opioïdes étaient similaires entre les deux groupes. Aucune information n'est fournie concernant les antécédents de trouble d'utilisation de substances des patients.

### 2. Est-ce que les groupes à l'étude et le groupe contrôle ont conservé un pronostic semblable après le début de l'étude?

Chaque visite à l'urgence a été associée à un hôpital ainsi qu'à un médecin précis. Chaque médecin inclus dans l'étude s'est vu attribuer un profil « fort prescripteur » ou « faible prescripteur » en fonction de son profil de prescription d'opiacés (en terme de proportion de patients vus qui partent de l'urgence avec une prescription d'opiacés) lorsque comparé à ses collègues du même hôpital. Un total de 215 678 patients dans le groupe « faibles prescripteurs » et 161 951 patients dans le groupe « forts prescripteurs » constituent l'échantillon étudié. L'issue primaire était l'utilisation à long terme d'opioïdes, soit la délivrance de 180 jours ou plus d'opiacés dans les 12 mois suivant la visite initiale. Il n'y a pas eu de recherche des motifs d'utilisation à long terme des opiacés ni de l'ajout de nouvelles comorbidités. Étant donné le caractère observationnel et rétrospectif de l'étude, il n'aurait pas été possible d'influencer le groupe dans lequel un patient était analysé.

### 3. Comment puis-je intégrer les résultats à ma pratique?

Les patients inclus dans cette étude font partie d'un groupe distinct de la population générale. Un autre point à considérer est le choix des molécules prescrites dans l'étude. En effet, le profil de prescription des médecins américains semblent différer grandement du nôtre, comme en témoigne le taux rapporté d'environ 70 % de prescriptions d'acétaminophène/hydrocodone. Pour ces raisons, il apparaît difficile d'appliquer à la lettre les conclusions de cette étude à la population que nous traitons. Cependant, les résultats appuient l'idée selon laquelle les habitudes de prescription des médecins ont un impact sur l'utilisation d'opioïdes à long terme.

## Résultats importants

L'étude a mis en évidence un taux de prescription d'opiacés 3,3 fois plus élevé (7,3 % vs. 24,1 % des visites à l'urgence,  $P < 0,001$ ) chez les « forts prescripteurs ». Le taux d'utilisation d'opiacés à 12 mois s'est révélé significativement plus élevé dans le groupe « forts prescripteurs » soit 1,51 % vs 1,16 % (RC ajusté 1,30 ; IC 95 %, 1,23 à 1,37). Une analyse alternative qui a utilisé les quartiles de doses prescrites a également démontré une augmentation du taux d'utilisation à long terme chez les patients traités par les médecins faisant partie du dernier quartile (RC 1,32 ; IC 95 %, 1,19 à 1,46). Les auteurs rapportent un NNH estimé de 48, qui est à prendre avec un grain de sel étant donné qu'il provient d'un calcul qui conceptualise l'étude comme étant randomisée. Par ailleurs, les taux de chutes et de fractures (RC ajusté 1,07 ; IC 95 % 1,03 à 1,11) et d'intoxications aux opiacés (RC 1,40 ; IC 95 % 1,12-1,74) se sont révélés significativement plus élevés dans le groupe « forts prescripteurs ».

## Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

### Commentaires :

Les auteurs de cette étude ont fait un grand effort pour minimiser le risque de biais de sélection et les résultats ont été analysés de manière rigoureuse comme en témoigne la multitude d'analyses de sous-groupes. Cependant, la population particulière utilisée pour cette étude ne nous permet pas de généraliser les résultats à la population générale. Par ailleurs, l'étude étant observationnelle, on ne peut conclure à un lien de causalité. L'absence de suivi individualisé des patients n'a pas non plus permis de juger de l'adéquation de l'utilisation prolongée d'opioïdes chez ceux-ci. Dans un même ordre d'idées, il ne faut pas non plus oublier que la prescription (ou represcription) d'opiacés en dehors de l'urgence a également un rôle à jouer dans l'utilisation à long terme de ces molécules.

### Conclusions :

Cette étude démontre une corrélation entre la prescription fréquente d'opiacés à l'urgence et l'utilisation à long terme de ceux-ci. Il serait intéressant que des études subséquentes soient effectuées avec les molécules prescrites au Québec et avec des patients plus jeunes et sans comorbidités afin de démontrer un impact chez cette population. Une étude randomisée et contrôlée pourrait également permettre de prouver une causalité.

## Application clinique et mes patients

### Comment appliquer ces connaissances?

Devant un patient nécessitant une analgésie, les médecins d'urgence devraient privilégier les analgésiques non-opioïdes lorsque possible. Lorsqu'une prescription d'opiacés est nécessaire, la plus petite concentration possible devrait être favorisée et ce, à un nombre minimal de comprimés.

### Que dois-je dire à mon patient?

« Vous souffrez d'une condition qui pourrait vous donner beaucoup de douleur. Afin de bien la soulager, je vais vous prescrire un opioïde, un médicament puissant mais avec un potentiel d'utilisation à long terme. Je vais vous prescrire la plus petite concentration que je juge nécessaire pour votre condition et un nombre de comprimés que je juge raisonnable. Vous devriez utiliser cette médication en dernier recours seulement et rapporter les comprimés non utilisés à votre pharmacie lorsque la douleur aura disparue. ».