

Contrôler la douleur et réduire l'usage abusif d'opioïdes

Questions d'éthique

Jaro Kotalik MD MA FRCPC

Résumé

Objectif Aider les médecins de famille à faire un juste équilibre sur le plan de l'éthique dans leurs pratiques de prescription d'opioïdes.

Source des données Une recension des articles en anglais publiés entre 1985 et 2011 a été effectuée dans MEDLINE. La majorité des données probantes étaient de niveau III.

Message principal Il est essentiel de suivre les guides de pratique clinique quand on prescrit des opioïdes, sauf s'il est démontré qu'une autre option est justifiée. De plus, quand on réfléchit à la pertinence de prescrire des opioïdes et aux nombreuses implications sur le plan de l'éthique, il est utile de fonder sa décision sur l'application des principes éthiques de la bienfaisance, de la non-malfaisance, du respect de l'autonomie et de la justice. En outre, il est essentiel de se tenir au fait des changements dans les lois et la réglementation, ainsi qu'à propos des registres électroniques provinciaux des ordonnances d'opioïdes.

Conclusion Les médecins doivent s'assurer que la douleur de leurs patients est bien évaluée et prise en charge. Le contrôle optimal de la douleur peut exiger la prescription d'opioïdes. Cependant, l'obligation de soulager la douleur doit être exercée en juste équilibre avec l'acquiescement de la responsabilité tout aussi importante de ne pas exposer les patients au risque de dépendance et de ne pas créer de possibilités de détournement de drogues, de trafic et de dépendance chez d'autres personnes. Les principes éthiques fondamentaux offrent un cadre de réflexion qui peut aider les médecins à prendre des décisions appropriées sur le plan de l'éthique au sujet de la prescription d'opioïdes.

Le soulagement de la douleur compte parmi les obligations fondamentales des professionnels de la médecine. Au cours des dernières décennies, le contrôle de la douleur, même s'il n'est pas toujours optimal, s'est amélioré considérablement. À mesure que de nouveaux opioïdes à longue durée d'action étaient mis au point, les médecins ont pris l'habitude d'en prescrire plus généreusement, non seulement pour la douleur aiguë mais aussi pour la douleur chronique. Malheureusement, l'usage abusif des opioïdes d'ordonnance est devenu ce que le College of Physicians and Surgeons of Ontario a récemment qualifié de crise en santé publique¹. Un récent sondage téléphonique révélait que 0,5 % des Canadiens prenaient ces médicaments sans indication médicale², mais des estimations fondées partiellement sur des données américaines et d'autres méthodes font valoir qu'entre 1 % et 3 % de notre population appartiendraient à cette catégorie³. Les conséquences individuelles et sociétales de l'usage excessif et abusif d'opioïdes sont sérieuses. Selon une étude effectuée au Centre for Addiction and Mental Health à Toronto, en Ontario, il y a une hausse considérable du nombre de personnes qui cherchent à se faire traiter pour une dépendance aux opioïdes d'ordonnance⁴. Certaines collectivités des Premières Nations ont jugé que ces problèmes

POINTS DE REPÈRE Les opioïdes représentent le traitement optimal pour la douleur de certains patients, mais leur usage excessif et abusif généralisé cause de sérieux problèmes. De nombreux médecins de famille s'efforcent de faire un juste équilibre sur le plan de l'éthique dans leurs pratiques de prescription d'opioïdes. Divers guides et outils pratiques sont maintenant à leur disposition. Ils sont utiles, mais ils exigent des médecins qu'ils prennent en compte les valeurs morales, les intérêts, les droits et les responsabilités et, de ce fait, de faire une analyse sur le plan de l'éthique. Les principes éthiques fondamentaux de la bienfaisance, de la non-malfaisance, du respect de l'autonomie et de la justice peuvent aider les médecins à prendre des décisions au sujet de la prescription d'opioïdes.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2012;58:e190-5



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1.

Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2012 issue on page 381.

de toxicomanie étaient si graves qu'elles ont déclaré un «état de crise»⁵. En Ontario, le nombre annuel de décès impliquant l'oxycodone a quintuplé entre 1991 et 2004. Cette tendance correspond à l'augmentation de 850 % du nombre de prescriptions d'oxycodone. Une analyse d'environ 1 000 décès par surdose en Ontario a indiqué que 56 % de ces personnes avaient reçu une ordonnance d'opioïdes dans les 4 semaines précédant le décès, ce qui laisse entendre que la prescription de médicaments pourrait être impliquée dans ces décès, peut-être associée à une mauvaise utilisation (intentionnelle ou accidentelle), à un détournement ou à une dépendance⁶. Selon les conclusions d'une récente étude, les décès reliés aux opioïdes se concentrent chez des patients traités par des médecins qui prescrivent fréquemment des opioïdes⁶. Des observations semblables ont été rapportées aux États-Unis⁸, ce n'est donc pas uniquement un problème canadien.

Les médecins à eux seuls ne peuvent pas changer la situation. Ce sérieux problème social et de santé doit être réglé à l'aide de diverses mesures. Par ailleurs, les médecins doivent faire leur part dans cet effort, tant comme individus que comme profession structurée autoréglementée. Le point de départ évident pour chaque médecin est de réfléchir à ses habitudes de prescription et de les ajuster au besoin pour réduire les préjudices reliés aux opioïdes, sans pour autant s'abstenir de traiter les patients ou de soulager leur douleur.

Si les opioïdes d'ordonnance créent de sérieux problèmes, un médecin en soins primaires peut-il réagir à la situation en évitant simplement de prescrire des opioïdes? Certains départements d'urgence et des cliniques sans rendez-vous, submergés par des demandes d'opioïdes, ont pris une telle décision. J'ai entendu certains de mes collègues dire que, lorsque cette décision est connue dans la communauté, les pressions de la part des chercheurs de drogues diminuent. Mais les effets de telles politiques problématiques n'ont pas été étudiés. Pour un certain nombre de raisons, l'évitement total de prescrire des opioïdes n'est pas une option éthique pour la plupart des médecins. Plusieurs soutiennent que le soulagement de la douleur est un droit fondamental de la personne⁹. La Coalition canadienne contre la douleur nous a rappelés récemment qu'au moins 1 adulte sur 5 vit avec des douleurs chroniques¹⁰. Parmi les graves conséquences de la douleur chronique non traitée, on peut mentionner la perte du fonctionnement et de la productivité, des pertes économiques et un risque accru de dépression et de suicide¹¹. L'omission de contrôler adéquatement la douleur, pour laquelle des opioïdes pourraient être nécessaires, peut constituer des soins inférieurs aux normes et même entraîner des accusations de négligence.

Approche éthique à la prescription

Par conséquent, la plupart des cliniciens ne peuvent pas éviter la tâche ardue et compliquée de déterminer s'il est

approprié de prescrire un opioïde dans chaque cas en particulier de douleur incontrôlée et à chaque rencontre avec de tels patients. L'obligation éthique de base est d'acquiescer les connaissances actuelles, les habiletés et les outils pour aider à prendre ces décisions. On trouve du matériel utile dans Usage abusif et détournement de substances désignées: guide pour les professionnels de la santé de Santé Canada¹². Les lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse récemment publiées¹³ offrent des outils plus détaillés pour cette prise de décisions. Il est essentiel de se familiariser avec les lignes directrices canadiennes et d'en suivre les recommandations, à moins d'avoir un motif convaincant dans un cas en particulier pour prendre une décision différente. Par ailleurs, ce guide de pratique clinique ne couvre pas la prise en charge de la douleur aiguë ni de la douleur cancéreuse et son application pour la douleur chronique n'est pas nécessairement simple. Même si d'autres outils de pratique sont utilisés, il reste beaucoup de latitude pour exercer des jugements à propos des besoins et des intérêts, des risques et des bienfaits, de l'équité et de la responsabilité. Autrement dit, il y a des décisions à prendre et des préoccupations à considérer sur le plan de l'éthique à chaque étape du contrôle de la douleur au moyen d'opioïdes¹⁴.

Divers cadres éthiques peuvent aider à prendre des décisions à cet égard. L'approche proposée dans le présent article pour prescrire des opioïdes du point de vue de l'éthique est de chercher une orientation en fonction de chacun des 4 principes fondamentaux de la bioéthique. Depuis les 30 dernières années, l'utilité de ces principes a été prouvée¹⁵. Les principes de la bienfaisance et de la non-malfaisance reposent sur l'éthique traditionnelle d'Hippocrate et sont acceptés comme guides pour les actes posés par les professionnels de la santé. D'origine plus récente, les principes de la justice et du respect de l'autonomie sont reliés à la quête de la justice sociale et du respect des droits de la personne. Chacun de ces principes peut nous guider dans nos décisions à propos de la prescription d'opioïdes.

Source des données

Une recension des articles en anglais publiés entre 1985 et 2011 a été effectuée dans MEDLINE. La majorité des données probantes étaient de niveau III.

Message principal

Principe de la bienfaisance. Ce principe précise qu'un professionnel de la santé doit apporter un bienfait net au patient. Ce principe peut sembler être le plus facile à appliquer parce que les médecins sont habituellement familiers avec les bienfaits de la thérapie aux opioïdes, car ils sont bien documentés dans la littérature médicale. Par contre, certains médecins doivent surmonter

leur manque de formation dans les soins aux patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses¹⁶ ou leur aversion possible à prescrire tout opioïde. Même avec de l'expérience, de l'empathie pour la souffrance du patient et l'esprit ouvert, il n'est pas simple d'estimer les bienfaits que peuvent procurer les opioïdes à un patient en particulier. Le problème, nous le savons tous, c'est que la douleur est un symptôme subjectif et qu'aucune analyse objective n'est accessible en dehors des centres de recherche. Pourtant, le degré de bienfait médical est relié au degré de douleur et de restriction au fonctionnement. Les bienfaits varient donc de très élevés, comme pour un patient souffrant d'une grave douleur qui n'est pas contrôlée avec des médicaments non opioïdes ou d'autres mesures; à modérés, comme pour un patient qui souffre mais n'a pas encore fait un essai suffisant de médicaments non opioïdes; à nuls, comme pour une personne qui peut ou non avoir de la douleur, mais qui a l'intention de vendre le médicament à profit ou de le consommer pour satisfaire une dépendance. Les médecins sont formés, et ce, à juste titre, pour faire confiance à leurs patients; à moins que le patient ait clairement démontré qu'il n'était pas digne de confiance, chercher à identifier les patients qui appartiennent à la dernière catégorie est une tâche difficile, mais inévitable.

Les médecins doivent demander aux patients s'ils ont reçu des médicaments contre la douleur prescrits par d'autres professionnels de la santé, ainsi que la chronologie et la quantité des ordonnances antérieures. De nombreux patients et cliniciens seraient peut-être surpris d'apprendre qu'en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* au Canada, une personne qui cherche à obtenir des opioïdes est obligée par la loi de divulguer au professionnel des détails reliés à l'acquisition de chacune de ces substances semblables auprès d'un autre praticien dans les 30 jours précédents¹⁷. Étant donné que les médecins ont légalement le droit d'obtenir une divulgation franche et complète, ne devraient-ils pas prévenir leurs patients qu'une fausse déclaration constitue une infraction à la loi? Peut-être qu'un médecin qui se doute qu'un patient fait «la course aux ordonnances» devrait demander une attestation de divulgation par écrit, pour que le patient soit au courant de la gravité de fournir de faux renseignements au sujet des opioïdes prescrits par d'autres praticiens.

S'il n'est pas fortement indiqué de prescrire des opioïdes (p. ex. douleur peu intense, restrictions fonctionnelles minimales, essais inadéquats de thérapies sans opioïdes), le patient pourrait être dirigé vers des traitements de la douleur sans médicament, comme du counseling psychologique, de la physiothérapie, des traitements de réadaptation et de prise en charge autonome ou des thérapies complémentaires. Même si un opioïde est prescrit, il est probablement avantageux d'offrir concurremment des soins interprofessionnels et

diverses autres thérapies. L'accès à de tels soins est actuellement limité, mais la situation pourrait s'améliorer grâce aux représentations faites par des médecins.

Pour que les opioïdes procurent des bienfaits complets, il faut non seulement des prescriptions judicieuses, mais aussi une utilisation avisée. Le médecin qui prescrit un opioïde partage avec le patient une responsabilité continue sur le plan de l'éthique pour une utilisation appropriée de ce médicament. Cette responsabilité implique l'attention du médecin et la collaboration du patient afin de maintenir une documentation exacte et continue du titrage des doses, des changements dans le degré de la douleur, de l'humeur du patient, des améliorations fonctionnelles et des événements indésirables.

Principe de la non-malfaisance. Après avoir déterminé les bienfaits les plus probables d'une prescription d'opioïdes à un patient en particulier à un moment précis, on peut ensuite porter son attention au principe de la non-malfaisance. Pour appliquer ce principe, qui nous dicte d'éviter ou de minimiser les préjudices ou risques de préjudices, le médecin prend en considération non seulement les risques d'effets secondaires immédiats, mais aussi le risque d'usage excessif entraînant la dépendance ou la toxicomanie chez le patient en cause. Dans un récent sondage, plus de 40 % des médecins ontariens ont signalé avoir observé des événements indésirables reliés aux opioïdes¹⁸. Dans une étude auprès de patients souffrant de douleurs chroniques, sélectionnés parce que la prise en charge était difficile ou que l'usage abusif d'opioïdes était suspecté, on a relevé que 32 % des patients faisaient un usage abusif d'opioïdes durant la période de suivi de 1 an, en dépit d'avoir signé une «entente sur la médication»¹⁹. Dans un rapport portant sur toutes les études disponibles, on a estimé que le risque de dépendance chez les patients souffrant de douleurs chroniques était de 3,3 %. Toutefois, s'il n'y avait pas actuellement ou antérieurement d'usage abusif ou de dépendance chez les patients, leur risque d'abus ou de dépendance n'était que de 0,19 %. Pareillement, le pourcentage de patients manifestant des comportements aberrants reliés aux médicaments était de 11,5 % dans l'ensemble du groupe, mais cette proportion baissait à 0,6 % si on excluait les patients ayant des antécédents d'usage abusif ou de dépendance²⁰. Une récente synthèse par Cochrane dressait un portrait semblable²¹. Se fondant sur les données probantes, les lignes directrices canadiennes recommandent qu'avant de prescrire des opioïdes, les médecins envisagent d'utiliser l'un des outils à leur disposition pour évaluer le risque de dépendance²². Ce dépistage procure une estimation du risque de comportements aberrants; l'obligation éthique de faire ce dépistage et d'agir en fonction de ses constatations semble forte. Si les conclusions de ce dépistage laissent prévoir que le patient a un risque élevé

de dépendance, le médecin peut alors décider d'éviter une thérapie aux opioïdes ou encore de l'utiliser très prudemment, avec une surveillance étroite, une documentation appropriée et une dispensation pour un court intervalle. Pour les patients à risque élevé d'usage abusif, les lignes directrices canadiennes recommandent de prescrire des opioïdes seulement si le patient a des problèmes de douleurs somatiques ou neuropathiques bien définis²². Par conséquent, il est problématique sur le plan de l'éthique pour un médecin de prescrire des opioïdes pour une durée dépassant quelques jours à des patients qu'ils ne connaissent pas, dont les dossiers médicaux ne sont pas accessibles ou dont le risque est impossible à évaluer complètement.

L'application du principe de la non-malfaisance est encore plus difficile si le médecin apprend ou soupçonne qu'une prescription qui, autrement appropriée et sûre pour un patient, pourrait nuire potentiellement à d'autres. La plupart du temps, les médecins font un juste équilibre entre les bienfaits et les préjudices en fonction exclusivement du patient. La prescription d'opioïdes crée des situations qui peuvent exiger de tenir compte aussi des préjudices possibles à d'autres. On a qu'à penser à une étude récente en Ontario selon laquelle, en un an, 21 % des étudiants avaient utilisé sans prescription des médicaments contre la douleur; la plupart du temps, le médicament avait été prescrit à une autre personne de la maison²³. Par conséquent, s'il devient évident dans les contacts avec un patient que le médicament pourrait être volé ou extorqué, il serait approprié de soupeser si les avantages à court terme pour le patient sont assez élevés pour justifier le risque de préjudices sérieux résultants de narcotiques tombant entre d'autres mains.

Une fois qu'une ordonnance d'opioïdes est rédigée, il faut insister auprès du patient qu'il a la responsabilité de garder les médicaments en lieux sûrs. La tentation de détournement est grande parce que, dans certains endroits, un seul comprimé d'OxyContin peut se vendre 500 \$²⁴. Il faut conseiller aux patients de garder les médicaments dans un endroit bien caché et verrouillé. La plupart des patients, quand ils sont bien renseignés, voudront prévenir que les opioïdes tombent entre les mains de jeunes personnes intéressées à faire l'expérience de drogues ou de quelqu'un qui cherche à vendre la drogue illégalement.

Les lignes directrices canadiennes suggèrent d'utiliser des outils conçus pour reconnaître l'usage excessif d'opioïdes, de faire un dépistage de drogues par analyse d'urine ou de demander aux patients de signer une entente concernant la thérapie. Avec la permission du patient, il peut être utile de s'informer sur les autres membres de la famille ou les amis. Les médecins peuvent aussi trouver que la collaboration interprofessionnelle, en particulier des contacts périodiques avec les pharmaciens, peut être très utile pour assurer que la

prescription d'opioïdes sur une base continue est bel et bien efficace pour les patients et la communauté.

Respect de l'autonomie. Ce principe nous rappelle de ne pas imposer d'intervention à un patient compétent. La principale expression du respect de l'autonomie est le processus du consentement ou du refus éclairé à l'égard d'un traitement, quoiqu'une forme plus élevée de respect soit atteinte par une prise de décisions partagée entre le médecin et le patient. Le principe de l'autonomie soutient la pratique de donner aux patients un aussi vaste choix de traitements de la douleur qu'il est médicalement justifiable de le faire. De nombreux patients, s'ils sont mis au courant des risques associés à l'utilisation d'opioïdes, peuvent d'eux-mêmes choisir des médicaments moins puissants mais plus sécuritaires. Le respect de l'autonomie ne signifie pas que le respect de l'autonomie dicte au médecin ce qu'il doit prescrire. «Céder» et prescrire un médicament à l'encontre d'un jugement médical raisonnable, c'est n'est pas rendre service au patient ni est-ce probablement possible à défendre sur le plan de l'éthique, car c'est contredire le principe de la non-malfaisance. Les lignes directrices canadiennes expliquent les étapes que peuvent suivre les médecins pour réduire les conflits possibles²². Si le patient continue à exiger une ordonnance d'opioïdes que le médecin juge inappropriée, les lignes directrices indiquent que le médecin peut exclure le patient de sa pratique. Une telle démarche pose un problème d'éthique, en particulier si le patient est aussi déprimé ou est à «risque élevé» pour d'autres motifs. L'exclusion des soins médicaux peut amener le patient à se procurer des drogues illégalement et pourrait l'empêcher d'accéder à d'autres services médicaux, surtout dans les communautés où l'accès aux médecins de soins primaires est limité. Le médecin pourrait plutôt demander une seconde opinion d'un collègue ou encore communiquer avec un programme de mentorat professionnel, comme le Medical Mentoring for Addictions and Pain du Collège des médecins de famille de l'Ontario ou le Chronic Pain Collaborative Care Network de la Nouvelle-Écosse.

Principe de la justice. La partie la plus difficile de l'évaluation sur le plan de l'éthique de la prescription d'opioïdes pourrait très bien se situer dans l'application du principe de la justice qui exige un traitement juste et équitable pour tous. Le principe est compatible avec la pratique du dépistage des personnes qui cherchent à obtenir des opioïdes à des fins non médicales, par dépendance ou pour détournement. Par contre, si le dépistage est inefficace ou inexact, il pourrait être contraire à l'éthique, parce qu'il se traduirait par une injustice en excluant des mesures efficaces de contrôle de la douleur pour certaines personnes en se fondant sur des caractéristiques qui ne sont pas pertinentes²⁵.

Les médecins doivent exercer de la prudence et ne pas accepter, sans réflexion, le stéréotypage de leurs patients comme des «drogués» ou des «chercheurs de drogues» et s'en servir comme motif pour refuser des médicaments ou des soins pour soulager la douleur. D'abord, le comportement d'un patient ayant une douleur non traitée peut ressembler à celui d'une personne ayant une dépendance. Deuxièmement, parce que la dépendance et la douleur non contrôlée peuvent coexister, un patient ayant une dépendance reconnue ne peut pas être rejeté sans une évaluation et sans conseils. Le traitement de tels patients devrait être plutôt confié à un spécialiste de la douleur en collaboration avec un spécialiste de la toxicomanie. Enfin, même les patients ayant une dépendance et aucune douleur doivent être traités avec respect, qu'ils soient ou non réceptifs à suivre des programmes de désintoxication²⁶.

Le défi avec ces 4 principes, c'est qu'ils donnent parfois des conseils contradictoires. Par exemple, le principe de la bienfaisance peut faire pencher fortement en faveur de prescrire un opioïde, alors que le principe de la non-malfaisance pourrait donner un avis contraire tout aussi convaincant. Dans un tel cas, le médecin devra soupeser l'importance de chaque évaluation dans cette situation en particulier, afin d'en arriver à la décision préférable sur le plan de l'éthique. Lorsque la situation est très complexe ou confuse, il peut être utile de demander une consultation à un autre professionnel ou l'avis d'un spécialiste de la bioéthique. Quelle que soit la décision, l'un des avantages de délibérations axées sur l'éthique pourrait être que le médecin portera plus d'attention aux autres moyens de soulager la douleur et avoir ainsi moins souvent recours aux opioïdes.


Questions d'éthique qui méritent une clarification.

Quelles sont les obligations d'un médecin sur le plan de l'éthique s'il s'aperçoit qu'un patient à qui il a prescrit un opioïde le fournit intentionnellement à d'autres? Les lignes directrices canadiennes conseillent aux médecins d'arrêter de prescrire l'opioïde et de demander une consultation en désintoxication pour le patient s'il a un «comportement aberrant relié aux drogues», mais le médecin n'est pas obligé de communiquer avec la police à propos de crimes non violents, comme la falsification de prescriptions²². C'est peut-être un avis juridique prudent sur le moment, mais est-ce là ce qu'on attend d'un médecin sur le plan de l'éthique dans l'effort pour freiner l'usage abusif? L'Ontario College of Physicians and Surgeons a recommandé que le gouvernement modifie les lois provinciales pour rendre obligatoire la divulgation aux services de police de toute activité criminelle reliée au détournement de drogues¹. Les lois canadiennes seront probablement révisées, mais entre-temps, il serait utile que les associations professionnelles et les collègues donnent plus

de conseils aux médecins sur les options légales et éthiques dans de telles situations.

Un nombre croissant de gouvernements provinciaux canadiens créent, élargissent et modernisent des registres électroniques des ordonnances et de la fourniture d'opioïdes. Les médecins se préoccupent des tracasseries administratives, de la perte d'autonomie professionnelle et des risques pour la protection de la vie privée. Ces inquiétudes doivent être prises en compte dans la création et le maintien des programmes de surveillance. Des lois provinciales sont présentement renforcées pour rendre légal le fait qu'un médecin partage les renseignements sur la santé de leurs patients au moyen de ces registres, mais il sera nécessaire que les organisations professionnelles se penchent sur le caractère optionnel ou obligatoire de la participation des médecins à cet effort sur le plan de l'éthique.

Conclusion

Les médecins doivent s'assurer que la douleur de leurs patients est bien évaluée et prise en charge. Le contrôle optimal de la douleur peut exiger la prescription d'opioïdes. Cependant, l'obligation de soulager la douleur doit être exercée en juste équilibre avec l'acquiescement de la responsabilité tout aussi importante de ne pas exposer les patients au risque de dépendance et de ne pas créer de possibilités de détournement de drogues, de trafic et de dépendance chez d'autres personnes. Divers outils de pratique et lignes directrices sont maintenant disponibles. Leur utilisation est souhaitable mais exige quand même que le médecin tienne compte des valeurs morales, des intérêts, des droits et des responsabilités, et de ce fait, qu'il procède à une analyse sur le plan de l'éthique. Les 4 principes éthiques fondamentaux de la bienfaisance, de la non-malfaisance, du respect de l'autonomie et de la justice peuvent offrir un cadre et un point de départ pour aider les médecins à prendre des décisions appropriées sur le plan de l'éthique au sujet de la prescription d'opioïdes. 

D^r Kotalik est professeur à la Division des sciences cliniques à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario et professeur adjoint au Département de philosophie de la Lakehead University à Thunder Bay, en Ontario. Il était directeur fondateur du Centre d'éthique en soins de santé de la Lakehead University et il est président-directeur général et radio-oncologue au Centre régional de cancérologie de Thunder Bay.

Remerciements

Je remercie les pairs évaluateurs anonymes de leurs commentaires et de leurs suggestions qui ont permis d'améliorer grandement cet article. Je remercie aussi tout particulièrement ma conjointe, **Maria Louisa Pedri, MA**, des nombreuses discussions stimulantes à ce sujet et de son aide à la rédaction.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Jaro Kotalik, Centre for Health Care Ethics, Lakehead University, 955 Oliver Rd, Thunder Bay, ON P7B 5E1; téléphone 807 983-3007; courriel jkotalik@lakeheadu.ca

Références

1. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Avoiding abuse, achieving a balance: tackling the opioid public health crisis*. Toronto, ON: College of

- Physicians and Surgeons of Ontario; 2010. Accessible à: www.cpso.on.ca/policies/positions/default.aspx?id=4324. Accédé le 29 octobre 2010.
2. Fischer B, Nakamura N, Ialomiteanu A, Boak A, Rehm J. Assessing the prevalence of nonmedical prescription opioid use in the general Canadian population: methodological issues and questions. *Can J Psychiatry* 2010;55(9):606-9.
 3. Popova S, Patra J, Mohapatra S, Fischer B, Rehm J. How many people in Canada use prescription opioids non-medically in general and street drug-using populations? *Can J Public Health* 2009;100(2):104-8.
 4. Sproule B, Brands B, Li S, Catz-Biro L. Changing patterns in opioid addiction. Characterizing users of oxycodone and other opioids. *Can Fam Physician* 2009;55:68-9.e1-5. Accessible à: www.cfp.ca/content/55/1/68. Accédé le 9 février 2012.
 5. Meadows B. Drug abuse sparks crisis. Nearly half of reserve's adults abusing prescriptions as some kids go hungry. *Chronicle Journal* du 22 novembre 2009; Sect. A1, A3.
 6. Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, Kopp A, Quershi O, Juurlink DN. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ* 2009;181(12):891-6. Cyberpub. du 7 décembre 2009.
 7. Dhalla IA, Mamdani MM, Gomes T, Juurlink DN. Clustering of opioid prescribing and opioid-related mortality among family physicians in Ontario. *Can Fam Physician* 2011;57:e92-6. Accessible à: www.cfp.ca/content/57/3/e92.full.pdf+html. Accédé le 9 février 2012.
 8. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Gree CJ, Merrill JO, Sullivan MD, et collab. Opioids prescriptions for chronic pain and overdose. A cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152(2):85-92.
 9. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg* 2007;105(1):205-21.
 10. Coalition canadienne contre la douleur. *Report on pain*. Oshawa, ON: Coalition canadienne contre la douleur; 2011. Accessible à: www.canadianpaincoalition.ca/media/report_on_pain_media_release_final_en.pdf. Accédé le 25 mars 2011.
 11. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006;36(5):575-86. Cyberpub. du 18 janvier 2006.
 12. Santé Canada. *Abuse and diversion of controlled substances: a guide for health professionals*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2006.
 13. Furlan AD, Reardon R, Weppeler C; National Opioid Use Guideline Group. Opioids for chronic non-cancer pain: a new Canadian practice guideline. *CMAJ* 2010;182(9):923-30.
 14. Rich BA. Ethics of opioid analgesia for chronic noncancer pain. *Pain Clin Update* 2007;15(9):1-4.
 15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6^e éd. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
 16. Upshur CC, Luckmann RS, Savageau JA. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *J Gen Intern Med* 2006;21(6):652-5.
 17. Ministère de la Justice. *Controlled drugs and substances Act*. Ottawa, ON: Ministère de la Justice; 1996. Article 4, paragraphes 1-2.
 18. Wenghofer EF, Wilson L, Kahan M, Sheehan C, Srivastava A, Rubin A, et collab. Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing. *Can Fam Physician* 2011;57:324-32.
 19. Ives TJ, Chelminski PR, Hammett-Stabler CA, Malone RM, Perhac JS, Potisek NM, et collab. Predictors of opioid misuse in patients with chronic pain: a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:46.
 20. Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2008;9(4):444-59.
 21. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, et collab. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006605.
 22. National Opioid Use Guideline Group. *Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain*. Hamilton, ON: National Opioid Use Guideline Group; 2010. Accessible à: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b11.html. Accédé le 15 mars 2011.
 23. Brands B, Paglia-Boak A, Sproule BA, Leslie K, Adlaf EM. Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students. *Can Fam Physician* 2010;56:256-62.
 24. McKinley K. We're all out, would-be pill robber told. *Chronicle Journal* du 7 janvier 2011; Sect. A1.
 25. Johnson SH. Legal and ethical perspectives on pain management. *Anesth Analg* 2007;105(1):5-7.
 26. American Society for Pain Management Nursing. *ASPMN position statement: pain management in patients with addictive disease*. Lenexa, KS: American Society for Pain Management Nursing; 2002. Accessible à: www.aspmn.org/Organization/documents/addictions_9pt.pdf. Accédé le 11 avril 2011.

— * * * —