

8. Busse JW, Wang L, Kamaledin M, Craigie S, Montoya L, Mulla S et coll. *Opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review of randomized controlled trials*. Affiche présentée au 16^e Congrès mondial sur la douleur; Yokohama, Japon; du 26-30 sept. 2016.
9. Sadhasivam S, Chidambaram, V. Pharmacogenomics of opioids and perioperative pain management. *Pharmacogenomics* 2012;13(15):1719-40.
10. Downie J. In a nutshell II: Ontario Court decision and MAID. *Impact Ethics* du 28 juill. 2017. Accessible à: <https://impactethics.ca/2017/07/28/in-a-nutshell-ii-ontario-court-decision-maid>. Réf. du 8 sept. 2017.
11. Gallagher R. New category of opioid-related death. *Can Fam Physician* 2018;64: 95-6 (ang), e54-5 (fr).
12. Schuchat A, Houry D, Guy GP Jr. New data on opioid use and prescribing in the United States. *JAMA* 2017;318(5):425-6.
13. Gomes T, Pasricha S, Martins D, Greaves S, Tadrous M, Bandola D et coll. *Behind the prescriptions: a snapshot of opioid use across all Ontarians*. Toronto, ON: Ontario Drug Policy Research Network; 2017.
14. Kertesz SG. Turning the tide or riptide? The changing opioid epidemic. *Subst Abuse* 2016;38(1):3-8. Publ. en ligne du 18 nov. 2016.

This article is also in English on [page 101](#).

CONCLUSIONS FINALES — OUI

Romayne Gallagher MD CCFP(PC) FCFP

Lydia Hatcher MD CCFP FCFP CHE

- ▶ Les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* sont biaisées en faveur de la réduction de l'utilisation des opioïdes et ne fournissent pas de données probantes suffisantes à l'appui de cette partialité.
- ▶ Les recommandations préconisent des mesures qui nuiront aux patients sur les plans mental et physique.
- ▶ Les prescriptions d'opioïdes ont diminué considérablement au cours des 5 dernières années et, pourtant, les décès dus aux opioïdes continuent d'augmenter.
- ▶ Ces recommandations nuiront plus aux gens qu'elles les aideront.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leurs opposants dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à www.cfp.ca.

NON Des faussetés ont causé la crise des opioïdes et des faussetés la font persister. Les inquiétudes selon lesquelles les recommandations canadiennes 2017 sur les opioïdes¹ causeront des torts démontrent à quel point nous avons été éloignés des pratiques appropriées par la désinformation.

Les cadres de direction de Purdue Pharma ont plaidé coupables aux États-Unis d'avoir fait une promotion inappropriée des produits opioïdes². Leurs activités, illégales de leur propre aveu, incluent la fausse prétention que les opioïdes à longue durée d'action ont un potentiel d'usage abusif plus faible et la perpétuation du mythe selon lequel l'oxycodone est moins puissant que la morphine. Au Canada, Purdue Pharma a récemment réglé une poursuite en recours collectif mettant en cause des personnes affectées par la crise des opioïdes, de même que des gouvernements provinciaux et territoriaux; Purdue Pharma n'a pas admis sa culpabilité au Canada³.

Le taux de décès dus aux opioïdes aux États-Unis a triplé entre 2000 et 2014 et ce nombre, soit plus de 30 000 par année, excède maintenant de beaucoup celui des mortalités causées par les collisions de véhicules automobiles⁴. En Ontario, le taux de décès associés aux opioïdes a doublé entre les années 1990 et 2000, conséquence d'une multiplication par 5 des décès reliés à l'oxycodone coïncidant avec le financement public d'un produit d'oxycodone à libération lente vendu par Purdue Pharma⁵.

La corrélation signifie effectivement une causalité lorsque les ventes d'une drogue utilisée par les toxicomanes, qui est susceptible de causer des surdoses fatales, s'accroissent en même temps que les décès par surdose. Nous n'avons cependant pas à nous fier à des données d'observation. Des comparaisons indirectes entre les études randomisées contrôlées à court terme sur les opioïdes incluses dans les recommandations 2017 sur les opioïdes ne font valoir aucun bienfait apporté par des doses plus fortes d'opioïdes, mais plutôt une hausse des préjudices¹.

Ces données probantes convaincantes annihileraient la controverse entourant un plan de réduction des prescriptions pour tout autre médicament. Les recommandations conseillent d'utiliser des doses plus faibles (<50 mg d'équivalent de morphine par jour)¹. L'une des recommandations suggère d'essayer le sevrage chez les patients qui prennent de fortes doses d'opioïdes, mais que le sevrage devrait être «abandonné» s'il cause des problèmes. Ces 2 recommandations sont faibles, ce qui indique que «différents choix conviendront selon chaque patient» et les données probantes à l'appui de chacune des recommandations sont accessibles aux fins d'examen¹.

Les recommandations canadiennes officielles ont été élaborées selon un processus inclusif et une approche étape par étape. C'est pourquoi elles appuient certaines pratiques courantes pourtant douteuses. Par exemple, il est recommandé de faire une rotation des opioïdes lorsque la réponse est faible, même si cette recommandation se fonde sur une série de cas. La rotation des opioïdes fait en sorte que les patients dont les symptômes ne réagissent pas à un essai approprié d'opioïdes continuent de prendre des opioïdes. Il y a aussi un énoncé d'orientation d'un comité d'experts qui préconise les opioïdes à longue durée d'action pour «le confort et la simplicité du traitement», ce qui ressemble étonnamment au marketing illégal de Purdue en insinuant que les opioïdes à courte durée d'action sont associés à l'usage abusif. Les lignes directrices des Centers for Disease Control and Prevention ne recommandent ni la rotation ni les produits à libération lente⁶. C'est peut-être parce que le processus d'élaboration des recommandations américaines était indépendant des compagnies pharmaceutiques, contrairement à celui au Canada, qui était influencé par la participation de 7 des 13 (54%) experts sans droit de vote ayant déclaré être rémunérés par Purdue Pharma ou d'autres

fabricants d'opioïdes, par la présence de 1 des 4 membres du comité directeur ayant divulgué un financement par Purdue Pharma, par un financement antérieur de Purdue Pharma à l'établissement hôte et par 1 membre du panel ayant droit de vote sur les recommandations qui était rémunéré par Purdue Pharma lorsque les lignes directrices étaient en voie d'élaboration, bien que cela n'aurait pas dû être permis¹. La frauduleuse campagne de marketing de Purdue Pharma qui a incité les cliniciens à se concentrer sur les opioïdes pour toutes sortes de douleurs chroniques pourrait expliquer pourquoi nous avons des recommandations s'appliquant seulement aux opioïdes pour la douleur chronique plutôt que d'avoir des lignes directrices pour répondre aux besoins des personnes souffrant de douleur².

En dépit de l'approche conciliatoire, certains voulaient que les recommandations canadiennes appuient davantage les habitudes courantes de prescription dangereuses. Cette réticence a maintenu la prescription d'opioïdes et ses préjudices à des sommets sans précédent pendant plus d'une décennie.

Certains médecins continueront de prescrire des opioïdes à des doses astronomiques, et ce, même si l'indication est incertaine. L'aggravation de la douleur causée par le sevrage des opioïdes sera prise à tort pour un besoin de continuer à les prendre. L'hyperalgésie induite par les opioïdes, soit la tendance qu'a l'usage prolongé des opioïdes de causer de la douleur, passera inaperçue. Les prescriptions seront incitées par la croyance, noble mais erronée, que certains médecins peuvent déterminer les patients chez qui seuls les opioïdes peuvent apporter des bienfaits. Cet argument va parfois encore plus loin en prétendant que les prescriptions de produits opioïdes à fortes doses *préviennent* en réalité leur usage non médical. Des décennies de données contredisent cette prétention, notamment de récentes études qui font valoir une très faible association entre la réduction des prescriptions et l'usage non médical des opioïdes⁷.

Le principal effet de ces arguments fallacieux est le même que les faussetés qui ont déclenché la crise des opioïdes. Nier que la prescription d'opioïdes par les médecins a causé et fait persister la crise des opioïdes est la même chose que nier que l'activité humaine a causé et fait progresser le changement climatique.

De fait, les torts reliés aux opioïdes sont répandus parce que ces médicaments sont prescrits à l'excès. Nous ne mettrons pas un terme à la crise des opioïdes en continuant à les prescrire de la même façon, à fortes doses, pour toutes sortes de problèmes.

On avait l'habitude de prescrire des barbituriques pour des problèmes de tous genres, comme l'anxiété, les céphalées, la douleur chronique et l'insomnie. La prescription des barbituriques a diminué lorsque des faits ont établi que leurs bienfaits étaient douteux et leurs risques, sérieux, comme la dépendance et la toxicité mortelle. Aujourd'hui, les barbituriques sont utilisés

moins fréquemment et habituellement pour des motifs clairement définis, comme en soins palliatifs, en anesthésie interventionnelle et en aide médicale à mourir.

Mettre un terme à la crise des opioïdes est tout aussi simple, mais il y a de forts incitatifs financiers à la faire persister. Les recettes de Purdue Pharma tirées de l'oxycodone seulement sont estimées à 30 milliards de dollars, et ses produits opioïdes sont encore financés par le secteur public au Canada⁸. Nous prescrivons encore ces produits en grandes quantités, et des milliers de Canadiens meurent chaque année d'une intoxication aux opioïdes^{9,10}.

Les recommandations ne nuiront pas, parce qu'à elles seules, elles ne changeront pas considérablement les habitudes de prescription d'opioïdes, comme ce fut le cas avec les lignes directrices antérieures. La crise des opioïdes sera terminée lorsque les gouvernements, les décideurs, les ordres professionnels, les cliniciens et les patients dénonceront les faussetés à son origine. 🌿

Le Dr Persaud est professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, en Ontario, médecin membre du personnel au Département de médecine familiale et communautaire de l'Hôpital St Michael's à Toronto, et scientifique au Centre for Urban Health Solutions de Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St Michael's.

Intérêts concurrents

Le Dr Persaud était membre ayant droit de vote au sein du panel chargé des *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. Il effectue des recherches financées par les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada, l'Unité de soutien de la SRAP de l'Ontario et le gouvernement de l'Ontario. Il est aussi rédacteur associé du *CMAJ*. Il a antérieurement été financé par une bourse de recherche Graham Farquharson sur la transposition des connaissances de Physicians Services Incorporated.

Correspondance

Dr Nav Persaud; courriel nav.persaud@utoronto.ca

Références

- Busse JW, rédacteur. *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. Hamilton, ON: Université McMaster; 2017. Accessible à : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/FRENCH%20guideline.pdf>. Réf. du 12 janv. 2018.
- District Court for the Western District of Virginia. *United States of America v The Purdue Frederick Company, Inc. Agreed statement of facts*. Abingdon, VA: District Court for the Western District of Virginia Abingdon Division; 2007. Accessible à : <http://i.bnet.com/blogs/purdue-agreed-facts.pdf>. Réf. du 20 oct. 2017.
- Howlett K. Ottawa urged to prosecute Purdue Pharma over marketing of OxyContin. *The Globe and Mail* du 19 juill 2017. Accessible à : <https://beta.theglobeandmail.com/news/national/ottawa-urged-to-prosecute-purdue-pharma-over-marketing-of-oxycotin/article35729663/>. Réf. du 20 oct. 2017.
- Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden MR. Increases in drug and opioid overdose deaths—United States, 2000–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;64(50-51):1378–82.
- Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML, Kopp A, Qureshi 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.
- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65(1):1–49. Erratum dans: *MMWR Recomm Rep* 2016;65(1):295.
- Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. Relationship between nonmedical prescription opioid use and heroin use. *N Engl J Med* 2016;374(2):154–63.
- Ryan H, Firion L, Glover S. OxyContin goes global—“We're only just getting started.” *LA Times* du 18 déc. 2016. Accessible à : www.latimes.com/projects/la-me-oxycotin-part3. Réf. du 20 oct. 2017.
- Spooner L, Fernandes K, Martins D, Juurlink D, Mamdani M, Paterson MJ et coll. High-dose opioid prescribing and opioid-related hospitalization: a population-based study. *PLoS One* 2016;11(12):e0167479.
- National report: apparent opioid-related deaths (2016). Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2017. Accessible à : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/prescription-drug-abuse/opioids/national-report-apparent-opioid-related-deaths.html>. Réf. du 14 sept. 2017.

This article is also in English on page 102.

CONCLUSIONS FINALES — NON

Nav Persaud MSc MD CCFP

- ▶ Les déclarations selon lesquelles les recommandations 2017 sur les opioïdes sont nuisibles exposent la mesure dans laquelle nous avons été trompés au sujet des opioïdes.
- ▶ Purdue Pharma a déclenché la crise des opioïdes en répandant des faussetés illégales et inappropriées au sujet des opioïdes, qui ont accéléré la hausse des prescriptions ainsi que des torts, y compris des décès.
- ▶ Le nombre de prescriptions d'opioïdes et de préjudices demeure à des niveaux intenable parce que des faussetés viennent obscurcir la réponse autrement évidente à la crise : diminuer les prescriptions d'opioïdes.
- ▶ Les préjudices reliés aux opioïdes, y compris les décès, seront réduits si le nombre de prescriptions d'opioïdes diminue, et les recommandations dans ce sens pourraient être mises en œuvre de manière réfléchie en guise de petit premier pas nous éloignant des faussetés qui prévalent pour nous diriger vers une prise en charge sensée de la douleur.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leurs opposants dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à www.cfp.ca.