

# Traitement par agonistes opioïdes : synthèse des lignes directrices canadiennes sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Titre: Traitement par agonistes opioïdes : synthèse des lignes directrices canadiennes sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes  
Autres titres: Opioid agonist therapy. Français.

Noms: Centre de toxicomanie et de santé mentale, organisme de publication.  
Description: Traduction de : Opioid agonist therapy : a synthesis of Canadian guidelines for treating opioid use disorder. | Comprend des références bibliographiques.

Identifiants: Canadiana (livre imprimé) 20220456399 | Canadiana (livre numérique) 20220456488

ISBN 9781771144575 (couverture souple)  
ISBN 9781771144599 (HTML)  
ISBN 9781771144582 (PDF)

Vedettes-matière: RVM: Toxicomanie aux opiacés—Traitement—Canada—Guides, manuels, etc. | RVMGF: Guides et manuels.

Classification: LCC RC568.O45 O6514 2022 | CDD 616.86/320610971—dc23

6502/11-2022/P6522

Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Traitement par agonistes opioïdes : synthèse des lignes directrices canadiennes sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. Publié en novembre 2022. Accessible au [www.camh.ca](http://www.camh.ca).

# Tables des matières

<b>Introduction</b> . . . . .	<b>1</b>
Trouble lié à l'usage d'opioïde et traitement . . . . .	1
Contexte . . . . .	2
Public cible . . . . .	3
Portée et processus . . . . .	3
Reconnaissance des autres lignes directrices . . . . .	4
Structure . . . . .	4
Principaux termes et acronymes . . . . .	5
Ressources additionnelles . . . . .	5
Avis de non-responsabilité . . . . .	6
<b>Remerciements</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>Partie A : Se préparer à fournir un traitement par agonistes opioïdes</b> . . . . .	<b>11</b>
A1. Réduire les méfaits . . . . .	11
A2. Obtenir l'engagement du patient à l'égard du traitement . . . . .	12
A3. Forger des liens avec les patients et les autres professionnels de la santé . . . . .	13
A4. Attentes à l'égard des prescripteurs du traitement par agonistes opioïdes . . . . .	14
A5. Instaurer un traitement par agonistes opioïdes . . . . .	14
A6. Utiliser les ECG de façon efficace . . . . .	17
A7. Utiliser les tests de dépistage de drogues dans l'urine de façon efficace . . . . .	18
A8. Fournir des ordonnances de traitement par agonistes opioïdes. . . . .	21



**Partie B : Proposer différentes formes de traitement par agonistes opioïdes . . . . . 22**

- B1. Choisir un traitement pharmacologique . . . . . 22
- B2. Prescrire la buprénorphine/naloxone . . . . . 24
- B3. Prescrire la méthadone . . . . . 28
- B4. Prescrire de la morphine orale à libération prolongée . . . . . 30
- B5. Prescrire un traitement par agonistes opioïdes injectables . . . . . 33
- B6. Prescrire des doses à emporter . . . . . 36

**Partie C : Offrir un traitement par agonistes opioïdes aux populations dans des contextes particuliers . . . . . 38**

- C1. Régions rurales et éloignées . . . . . 38
- C2. Soins virtuels (télémédecine) . . . . . 38
- C4. Patients hospitalisés . . . . . 41
- C5. Patients incarcérés . . . . . 42
- C6. Jeunes en transition vers l'âge adulte . . . . . 44

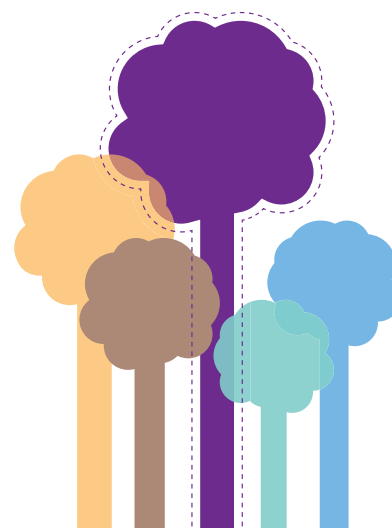
**Partie D : Offrir un traitement par agonistes opioïdes aux patients ayant des troubles concomitants. . . . . 45**

- D1. Contexte général . . . . . 45
- D2. Considérations relatives à la santé mentale et à la toxicomanie . . 45
- D3. Considérations relatives aux maladies infectieuses . . . . . 47
- D4. Considérations sur la douleur aiguë et chronique . . . . . 47

**Partie E : Arrêter le traitement par agonistes opioïdes . . . . . 49**

- E1. Transférer les soins . . . . . 49
- E2. Prendre en charge la réduction graduelle de la dose et le sevrage . . 50

**Principales lignes directrices sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes . . . . . 51**



# Introduction

## Trouble lié à l'usage d'opioïde et traitement

Le trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) est un trouble chronique et récidivant qui a des répercussions considérables sur la vie personnelle, la santé publique et l'économie. De nombreux cas de surdoses mortelles et non mortelles survenues au Canada dans les dernières années ont touché des personnes présentant un TUO. Le TUO peut être associé à des médicaments d'ordonnance (y compris des médicaments qui ont été détournés du système médical) ou à des opioïdes fabriqués de façon illicite, comme l'héroïne, le fentanyl de rue très puissant et les analogues du fentanyl.

Il est possible de parvenir à une rémission à long terme du TUO avec un traitement et un suivi efficaces. Le traitement de première intention pour le TUO modéré ou grave est le traitement par agonistes opioïdes (TAO), idéalement en association avec un soutien comportemental et social visant à optimiser les déterminants de la santé et à prendre en charge les autres facteurs psychosociaux qui influencent l'utilisation de substances et la qualité de vie. Le TAO peut stabiliser le cycle d'intoxication et de sevrage, réduire les envies d'opioïdes et bloquer les effets intoxicants d'autres opioïdes à courte durée d'action, y compris le fentanyl. Règle générale, le TAO améliore significativement la qualité de vie et le fonctionnement social, diminue considérablement le risque de surdose et de mortalité toutes causes confondues.

Dans certains cas, des personnes qui s'injectent ou consomment des drogues illicites pouvant entraîner des empoisonnements, des surdoses et la mort, ne répondent pas aux critères du TAO. Les présentes lignes directrices ne s'appliquent pas à la prise en charge des personnes dans ces cas, et les recommandations de programmes et de services pour répondre à leurs besoins dépassent la portée des présentes.

## Contexte

Chaque organisme de réglementation médicale provincial possède ses propres lignes directrices et normes relatives au TAO. L'objectif de ces lignes directrices communes n'est pas de remplacer les lignes directrices adoptées, mais plutôt d'uniformiser les attentes des prescripteurs canadiens. Elles visent à compléter les initiatives déjà mises en place et à soutenir les prescripteurs à l'aide de pratiques exemplaires et de données probantes. Elles servent de principes de base des lignes directrices en synthétisant les recommandations pour le traitement et la prise en charge du TAO d'après les normes, lignes directrices, opinions de spécialistes et meilleures pratiques existantes au Canada.

Les organismes de réglementation médicale suivants ont soutenu l'élaboration de ces lignes directrices :

- Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta
- Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique
- Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
- Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Collège des médecins et chirurgiens de l'Île-du-Prince-Édouard
- Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Le rôle des organismes de réglementation médicale relativement à la réglementation de la prise en charge du TAO varie d'une province à l'autre. Certains organismes rédigent des lignes directrices, offrent des programmes de formation et ont des programmes d'assurance de la qualité qui veillent à la sécurité du TAO prescrit. Dans certains cas, certaines de ces fonctions sont remplies par des organismes indépendants. Toutefois, le point commun de tous les organismes de réglementation médicale est d'assurer le respect des normes de pratique. Les prescripteurs doivent communiquer avec leur organisme de réglementation pour connaître les lignes directrices spécifiques et les attentes réglementaires touchant la prise en charge du TAO.

## Public cible

Ce document s'adresse principalement aux médecins qui prescrivent des traitements contre le TUO. Il peut toutefois être utilisé par d'autres professionnels de la santé autorisés à prescrire un TAO.

## Portée et processus

La présentation de nouvelles données probantes dépasse la portée de ce projet. L'objectif était plutôt d'établir un consensus entre les représentants de chaque organisme de réglementation médicale participant et les vérificateurs indépendants au sujet des recommandations formulées dans les lignes directrices en vigueur (voir la section « Principales lignes directrices sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes »). Des recherches ciblées ont été effectuées dans la littérature évaluée par les pairs et la documentation parallèle s'il y avait des divergences entre les lignes directrices ou différents niveaux de données probantes pour certains sujets. Le présent document est le résultat de ce processus. Il rassemble une synthèse des lignes directrices, les opinions d'experts et la documentation fondée sur des données probantes.

Les lignes directrices ont été élaborées à l'aide d'une méthode itérative à laquelle trois groupes participaient : un groupe d'experts en la matière, un comité consultatif des organismes de réglementation médicale et un groupe de vérificateurs externes. Chaque organisme de réglementation a désigné deux experts en la matière et un représentant. Les experts en la matière ont examiné les lignes directrices et la documentation à leur disposition et ont contribué à l'élaboration des recommandations du présent document. Les représentants des organismes de réglementation ont passé en revue les recommandations pour s'assurer qu'elles étaient conformes aux normes réglementaires. Un groupe d'experts cliniques externes qui n'avaient pas de liens évidents avec un organisme de réglementation et des personnes ayant présenté un TUO ont ensuite étudié les recommandations. Le groupe d'experts en la matière a tenu compte de leurs commentaires pour finaliser les recommandations.

## Reconnaissance des autres lignes directrices

Bien que l'élaboration du présent document ait consisté en la revue et la synthèse des recommandations tirées des lignes directrices existantes, deux lignes directrices en particulier ont été importantes pour la rédaction du présent document : *Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, élaborées par l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances, et *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*, élaborée par le British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). De nombreuses recommandations contenues dans le présent document ont été approuvées par des spécialistes cliniques en vue de leur inclusion dans ces lignes directrices. Des remerciements spécifiques apparaissent dans les sections où le contenu a été reproduit directement des directives de l'ICRAS ou du BCCSU, ou dans les sections où ces lignes directrices sont la seule source des recommandations contenues dans ce document.

## Structure

Ce document traite de 26 sujets répartis en cinq parties. La partie A offre des conseils sur la réduction des méfaits, l'engagement des patients et l'instauration du TAO. La partie B présente les options de traitement pharmacologique. La partie C offre des conseils, des recommandations et des considérations supplémentaires pour optimiser les résultats dans des contextes particuliers. La partie D fournit des recommandations sur le TAO pour les patients présentant divers troubles concomitants. La partie E présente des conseils sur l'arrêt du TAO.

Pour chaque sujet, l'information est traitée selon deux points de vue :

- normes et cadres de soins (cibles cliniques et objectifs);
- recommandations cliniques pour les prescripteurs et les professionnels de la santé autorisés.

Chaque point de vue utilise une approche chronologique à la présentation des renseignements et des recommandations (c.-à-d. l'ordre dans lequel chaque étape se passerait en pratique). Les recommandations qui ne se prêtent pas à l'ordre chronologique sont organisées par ordre alphabétique.



## Principaux termes et acronymes

- bup/nlx : buprénorphine/naloxone
- SNC : système nerveux central
- COWS : échelle clinique de sevrage des opioïdes
- ECG : électrocardiogramme
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine
- TAO : traitement par agonistes opioïdes
- TUO : trouble lié à l'usage d'opioïdes
- patient : personne recevant un TAO
- prescripteur : professionnel de la santé autorisé à prescrire un TAO
- QTc : intervalle QT corrigé
- réseau de soutien : défini par le patient (p. ex. famille, amis)

## Ressources additionnelles

La prochaine publication de CAMH intitulée *Traitement par agonistes opioïdes : Guide de traitement pour le prescripteur* sera un complément de ces lignes directrices. En effet, les lignes directrices présentent les normes fondées sur des données probantes et les attentes réglementaires (c.-à-d. ce qui devrait être fait), alors que le guide fournit des renseignements supplémentaires et des scénarios cliniques pour aider les lecteurs à mettre en pratique les lignes directrices (c.-à-d. comment le faire).

## Avis de non-responsabilité

Les personnes qui ont élaboré ces lignes directrices reconnaissent qu'il existe des contextes législatifs et réglementaires provinciaux et fédéraux dans lesquels les professionnels de la santé autorisés exercent leurs activités, ainsi que des normes qu'ils doivent respecter. Le traitement et la prise en charge du TUD sont complexes et varient en raison de nombreux facteurs (p. ex. l'état de santé et les antécédents sociaux du patient, le milieu de travail du prescripteur, la disponibilité des ressources). Les prescripteurs peuvent donc se retrouver dans des circonstances où les lignes directrices suggérées ne conviennent ou ne s'appliquent pas. Il s'agit d'un domaine en évolution. Les prescripteurs doivent se tenir au courant des nouvelles données probantes. Ces lignes directrices n'ont pas été conçues pour servir de manuel de traitement complet ni pour remplacer le bon jugement clinique.

## Remerciements

Ces lignes directrices sont une idée que Wade Hillier a eue dans le cadre de son rôle au Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CMCO), avec lequel le Centre de toxicomanie et de santé mentale collabore depuis longtemps pour rédiger des publications fondées sur des données probantes au sujet de la santé mentale et des dépendances.

En plus de remercier les personnes ci-dessous pour leur participation à ce projet, nous tenons également à remercier les personnes ayant présenté un TUO qui ont révisé ces lignes directrices.

### Équipe du projet de CAMH

Peter Selby, chercheur-clinicien, Division de traitement des dépendances et Institut de recherche en santé mentale de la famille Campbell; conseiller médical principal, CAMH; professeur, Département de médecine de famille et communautaire et de psychiatrie, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

Maria Zhang, clinicienne éducatrice et chef clinique de pratique avancée (pharmacie), CAMH, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto

Beth Sproule, chercheuse-clinicienne, CAMH, Faculté de pharmacie Leslie Dan et Département de psychiatrie, Université de Toronto

Andrew Johnson, gestionnaire, Éducation des patients et des familles et Publications de CAMH

Alyssa Kelly, coresponsable et conceptrice de publications, Département de l'enseignement et de la formation de CAMH

Hema Zbogar, coresponsable et conceptrice de publications, Département de l'enseignement et de la formation de CAMH

Alexxa Abi-Jaoude, conceptrice de programme, Département de l'enseignement et de la formation de CAMH

Oliver Ho, réviseur de la version anglaise, Département de l'enseignement et de la formation de CAMH

## Groupe d'experts en la matière

Nicole Bootsman, B. Sc. (avec distinction), B. SP., gérante de pharmacie, Programme d'examen des ordonnances et Programme de TAO, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Rashmi Chadha, MBChB, MScCH, CCMF (MT), MRCGP (Dist.), DABAM, FASAM, DCH, DRCOG, conseiller médical, Programme d'examen des ordonnances, Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique

Kumar Gupta, M.D., CCMF, CCSAM, coroner, gouvernement de l'Ontario

Lovneet Hayer, M.D., FRCPC, psychiatre, Alberta Health Services

Morris Markentin, M.D., CCMF (AM), FCMF, directeur médical, Programme provincial de TAO, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Marina Reinecke, MBChB, CCMF (AM), ISAM, conseillère médicale, Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

Hakique Virani, M.D., FRCPC, DABAM, professeur agrégé de clinique, Département de médecine, Université de l'Alberta

## Comité d'examen externe

Kathryn Dong, M.D., M. Sc., FRCPC, DABAM, directrice médicale, Programme Inner City Health and Wellness, Équipe ARCH, Hôpital Royal Alexandra; professeure de clinique, Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta

S. Kathleen Hughes, M.D., résidente, Département de médecine de famille, Université McMaster

Elizabeth Kozyra, B. Sc. (avec distinction), B. Sc. (Pharm.), D. Pharm., pharmacienne membre, spécialiste en pratique de pharmacie, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, au nom de organismes membres de l'ANORP

Meredith MacKenzie, M.D., B. Sc., CCMF (AM), FCMF, médecin en chef, Rapid Access Addiction Medicine Clinic, Street Health Centre, Kingston Community Health Centres; professeure adjointe, Département de médecine de famille, Université Queen's

Radhika Marwah, MBBS, M.D., LMCC, M. Sc. (AMH); au moment de la rédaction des lignes directrices, médecin en chef, Meadow Chronic Pain Clinic, Régina, Saskatchewan; actuellement médecin-conseil en gestion de la douleur, MAC Interprofessional Opioid and Pain Service, et professeure adjointe, Département de formation académique en médecine de famille, Université de la Saskatchewan

Annabel Mead, MBBS, FACHAM, DipABAM, professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille, Université de la Colombie-Britannique; conseillère en médecine de toxicomanie, Hôpital St Paul's (Providence Health Care)

## Comité consultatif des organismes de réglementation médicale

Nicole Bootsman, gérante de pharmacie, Programme d'examen des ordonnances et Programme de TAO, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Angela Carol, conseillère médicale, Bureau des conseillers médicaux, Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Oscar Howell, registraire adjoint, Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador

Ed Jess, chef de l'innovation, Analytique, Innovation et recherche, Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta

Geraldine Johnston, registraire adjointe, Collège des médecins et chirurgiens de l'Île-du-Prince-Édouard

Tracey Marshall, superviseure, Amélioration et assurance de la qualité, Division de l'assurance de la qualité, Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Marina Reinecke, conseillère médicale, Programme des pratiques de prescription, Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

Karen Smilski, pharmacienne, Analytique, innovation et recherche, Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta

David Unger, registraire adjoint, Département de la surveillance de la santé et Programmes de médicaments, Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique

# Partie A : Se préparer à fournir un traitement par agonistes opioïdes

## A1. Réduire les méfaits

### Normes et cadres de soins

Les patients présentant un TUO ont accès le jour même à des services de réduction des méfaits. Une approche globale de réduction des méfaits comprend :

- des services d'information et de sensibilisation;
- l'accès à la naloxone (trousse de naloxone);
- des fournitures stériles pour l'administration de drogue;
- des services d'administration supervisée;
- une formation pratique sur la réduction des méfaits;
- des tests de dépistage des maladies infectieuses;
- l'accès aux soins primaires;
- la vaccination;
- l'orientation appropriée vers d'autres services sociaux et de santé.

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Offrir systématiquement de l'information et recommander des programmes proposant de la naloxone à emporter et d'autres services de réduction des méfaits.

Fournir sur place des fournitures stériles pour l'administration de drogue et des trousse de naloxone à emporter, si possible.

Proposer des vaccins, au besoin.

Proposer une prophylaxie avant et après l'exposition au VIH, selon ce qui est indiqué.

Proposer des interventions de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles, le cas échéant.

Offrir de l'information et un soutien concernant les autres recommandations pertinentes en matière de santé publique.

Envisager les nouvelles stratégies de réduction des méfaits (p. ex. un « approvisionnement plus sûr ») après une évaluation approfondie des risques liés à la santé et à la qualité de vie du patient, ainsi qu'à la sécurité publique.

- Toujours proposer l'approvisionnement le plus sécuritaire en conjonction avec des mesures de sécurité visant à atténuer les risques.
- Ne pas considérer les nouvelles approches comme étant des normes de soins tant qu'il n'y a de preuves solides à leur sujet.

## A2. Obtenir l'engagement du patient à l'égard du traitement

---

### Normes et cadres de soins

Soins et milieux de soins sécuritaires et adéquats sur le plan culturel et sensibles aux traumatismes.

Les patients peuvent choisir des interventions qui correspondent à leurs valeurs et à leurs croyances individuelles (p. ex. fondées sur la communauté, le territoire et la culture).

Les patients établissent les objectifs de leur traitement. Ces objectifs peuvent comporter ou non l'abstinence de substances psychoactives et peuvent viser des aspects autres que les résultats associés à l'utilisation de substances.

Le personnel des milieux de soins comprend et diminue la stigmatisation, par exemple en évitant les termes stigmatisants comme « toxicomane », « propre » et « sale ».

---

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Pratiques visant à réduire les obstacles à l'accès aux soins en :

- offrir une évaluation initiale et en instaurant un traitement rapidement;
- créer un environnement sûr et accueillant;
- éliminer les obstacles physiques pour les patients à mobilité réduite;
- éviter les frais pour les services non assurés.

Communiquer les données probantes de manière à répondre aux besoins d'apprentissage du patient.

Proposer d'inclure le réseau de soutien du patient dans les discussions et la prise de décision, et faciliter la participation des personnes du réseau de soutien lorsque le patient convient que cela sera bénéfique.

Donner au patient les renseignements et le soutien nécessaires pour faire des choix et participer pleinement au traitement.

Élaborer conjointement des approches et des plans de traitement qui favorisent l'atteinte des objectifs du patient en matière de santé et de qualité de vie et qui garantissent :

- la confidentialité;
- la sécurité et la pertinence culturelles;
- l'adaptation selon le niveau de développement;
- l'orientation vers l'atteinte des objectifs et la compréhension des priorités du patient;
- l'absence de jugement;
- l'accent sur la personne;
- des soins sensibles aux traumatismes;
- l'adaptation aux changements d'objectifs et aux préférences du patient.

Déterminer des indicateurs pour mesurer les progrès vers l'atteinte des objectifs du patient et élaborer conjointement un plan pour revoir l'approche thérapeutique en fonction de l'expérience et du point de vue du patient, ainsi que des observations cliniques.

---



### A3. Forger des liens avec les patients et les autres professionnels de la santé

---

#### Normes et cadres de soins

Les patients présentant un TUO font l'objet d'évaluation complète et de plans de soins qui sont élaborés en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (p. ex. médecin de famille, infirmière praticienne, pharmacien) et partagés avec ces derniers.

Les patients bénéficient d'une prise en charge intégrée, simultanée et culturellement sûre de :

- leur santé physique;
- leur santé mentale;
- leurs besoins supplémentaires en matière de traitement de la dépendance;
- leurs besoins liés aux déterminants sociaux de la santé.

Les services auxiliaires (p. ex. régimes d'assurance publics, ressources de logement communautaires, programmes de soutien au revenu) reconnaissent les conséquences néfastes du TUO non traité et facilitent la mise en place de milieux sociaux stables et l'accès aux ressources afin de promouvoir l'observance du traitement.

---

#### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Repérer les patients présentant un risque de TUO et poser des questions sur l'utilisation d'opioïdes (prescrits, non prescrits et illicites) et d'autres médicaments prescrits et en vente libre; poursuivre l'évaluation au besoin.

Poser des questions pour comprendre les antécédents médicaux du patient et ses objectifs. Utiliser ces renseignements pour déterminer les interventions qui répondent à ses besoins, à sa situation clinique, à ses valeurs et à ses objectifs.

Intégrer les principes de soins tenant compte des traumatismes, notamment :

- sensibilisation aux traumatismes;
- choix, collaboration et connexion;
- sécurité et fiabilité;
- renforcement des compétences;
- approches fondées sur les forces du patient.

Faciliter l'accès aux services qui répondent aux besoins du patient en matière de santé physique et mentale, de traitement de la dépendance et de déterminants sociaux de la santé. Si ces services ne sont pas offerts sur place, proposer une orientation vers les services suivants, le cas échéant :

- logement;
  - soutien au revenu;
  - soutien aux familles (p. ex. besoins associés au post-partum);
  - aide juridique;
  - remboursement des médicaments;
  - groupes de soutien par les pairs;
  - formation professionnelle et acquisition de compétences;
  - soutiens culturels.
-

---

Proposer systématiquement des interventions et des soutiens psychosociaux en conjonction avec le traitement pharmacologique du TUO.

Surveiller régulièrement la stabilité clinique d'après les caractéristiques du patient, notamment :

- amélioration de la qualité de vie (y compris qualité de vie évaluée par le patient);
  - atténuation des symptômes psychiatriques;
  - diminution de l'exposition aux risques sanitaires et sociaux;
  - progrès vers l'atteinte des objectifs liés à l'utilisation de substances;
  - amélioration des déterminants sociaux de la santé (p. ex. logement, emploi, relations, y compris participation accrue aux services de santé).
- 

## A4. Attentes à l'égard des prescripteurs du traitement par agonistes opioïdes

---

Normes et cadres de soins

Les prescripteurs se tiennent au courant des publications scientifiques, des lignes directrices et des pratiques exemplaires afin de fournir une gamme complète de traitements et de soins accessibles, fondés sur des données probantes et sensibles aux traumatismes.

Les prescripteurs recherchent des activités de développement professionnel centrées sur :

- l'inclusion, la diversité et l'équité;
  - les traumatismes intergénérationnels;
  - la guérison individuelle, familiale et communautaire des traumatismes.
- 

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Suivre une formation professionnelle continue pour maintenir et améliorer ses compétences en évaluation et en traitement des troubles liés à l'utilisation de substances et de prescription du TAO.

Établir une relation directe et permanente avec un ou des collègues ayant de l'expérience et de l'expertise dans le traitement du TUO.

Inclure plusieurs disciplines dans l'équipe de soins du patient en fonction des besoins identifiés dans le plan de traitement, p. ex. :

- autres médecins spécialistes;
- conseiller en traitement des dépendances;
- travailleur social;
- pharmacien;
- coordonnateur de soins;
- travailleur de soutien par les pairs.

Établir avec le patient un plan d'urgence pour la continuité des soins en cas d'absence ou de fermeture du cabinet qui répond aux attentes raisonnables du patient et aux besoins indiqués dans le plan de traitement.

---

## A5. Instaurer un traitement par agonistes opioïdes

---

Normes et cadres de soins	<p>Les patients présentant un TUO ont accès au TAO dans les 48 heures.</p> <p>Les patients présentant un TUO ont accès au TAO dans différents milieux. L'hospitalisation et l'incarcération sont des milieux où on instaure le TAO chez les patients qui répondent aux critères.</p>
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Effectuer une évaluation complète et s'assurer d'avoir examiné et documenté les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ antécédents médicaux (p. ex. santé cardiovasculaire, détails sur les douleurs chroniques ou récurrentes);</li><li>▪ examen physique approprié et analyses de laboratoire (p. ex. examen cutané et cardiovasculaire, test de dépistage de drogues dans l'urine, test de grossesse, dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C) et ECG initial;</li><li>▪ tendances de consommation de substances (y compris la nicotine et l'alcool);</li><li>▪ antécédents de traitement de la dépendance et réponse;</li><li>▪ antécédents de troubles psychiatriques et de santé mentale (actuels et passés, y compris les pensées suicidaires et tentatives de suicide);</li><li>▪ risques pour la santé augmentant le risque d'effets indésirables graves (p. ex. consommer seul ou seule, administration par injection, pratiques limitées d'injections sûres, antécédents de surdose, approvisionnement illicite, accès limité aux soins d'urgence);</li><li>▪ risques sociaux augmentant le risque d'effets indésirables graves (p. ex. victimisation violente, travail sexuel, participation à la criminalité, exclusion sociale, travail mettant la sécurité en danger, risque de prise en charge des enfants);</li><li>▪ accès à l'assistance sociale, y compris sources de revenus, couverture des médicaments, couverture des soins de santé (la connaissance de la couverture est particulièrement importante lorsqu'on envisage d'utiliser les nouvelles préparations de buprénorphine ou la morphine orale à libération prolongée).</li></ul>

---

---

Communiquer avec le patient avant d'instaurer le TAO :

- Déterminer si le patient répond aux critères de TUO modéré ou grave d'après la définition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).
  - S'assurer de discuter des bienfaits, des risques et des effets indésirables du TAO, ainsi que de la durée du traitement; documenter la discussion.
  - Apprendre au patient à conserver et à jeter ses médicaments en toute sécurité afin d'éviter les empoisonnements accidentels par les enfants, les animaux domestiques et les membres du public.
  - S'assurer que le patient comprend ce qui est attendu de l'équipe de soins et insister sur son droit au traitement sans jugement et au recours s'il est victime de stigmatisation et de discrimination.
  - Obtenir le consentement éclairé complet du patient.
  - Consigner les objectifs et les plans de traitement dans une entente de traitement signée qui sera partagée avec la pharmacie qui distribue le traitement.
  - Effectuer une évaluation brève pour accélérer l'instauration du TAO si l'organisation d'une évaluation complète risque de retarder le traitement chez un patient présentant un risque d'effets indésirables graves liés à l'usage d'opioïdes; une évaluation complète comportant la planification du traitement doit suivre dans un délai d'une à deux semaines.
  - Chez les patients qui ne répondent qu'aux critères d'un TUO léger, il convient de soupeser les risques d'un TAO potentiellement long et les bienfaits potentiels à court et long terme; les décisions doivent être prises conjointement avec le patient et documentées.
-

## A6. Utiliser les ECG de façon efficace

---

Normes et cadres de soins	Le fait de ne pas avoir accès aux ECG n'est pas un obstacle à l'administration du TAO. S'il n'est pas facile d'avoir accès à des ECG, les prescripteurs font appel à leur jugement clinique pour décider si un TAO doit être instauré ou non.
---------------------------	---

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Effectuer un ECG avant d'entamer un TAO (dans la mesure du possible) afin de mesurer l'intervalle QTc et consigner la date de réception de la requête d'ECG.</p> <p>Envisager un ECG si une surveillance additionnelle de l'intervalle QTc est justifiée. Tenir compte des facteurs suivants pour déterminer si des ECG additionnels sont requis et à quelle fréquence ils doivent être effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ antécédents familiaux d'allongement de l'intervalle QTc ou de mort subite;</li><li>▪ antécédents d'arythmies ou d'hospitalisations (p. ex. torsades de pointes);</li><li>▪ présence de symptômes inexplicables indiquant une atteinte cardiaque (p. ex. syncope, présyncope, palpitations, crises d'épilepsie, vision trouble sans autre explication) ou prédisposition à des troubles cardiaques;</li><li>▪ traitement (nouveau ou actuel) par des médicaments connus pour allonger l'intervalle QTc;</li><li>▪ utilisation de substances illicites connues pour allonger l'intervalle QTc (p. ex. cocaïne, méthamphétamine en cristaux);</li><li>▪ apparition d'une maladie qui augmente le risque d'allongement de l'intervalle QT (p. ex. vomissements excessifs);</li><li>▪ prise d'une dose de méthadone égale ou supérieure à 120 mg.</li></ul> <p>Collaborer avec le pharmacien et consulter régulièrement les renseignements pharmaceutiques pour surveiller les patients prenant des médicaments connus pour allonger l'intervalle QTc.</p> <p>Évaluer les risques et bienfaits potentiels si l'intervalle QTc est supérieur à 450 msec, mais inférieur à 500 msec; effectuer des ECG plus souvent et envisager une réduction de la dose et une surveillance étroite des rechutes.</p> <p>Évaluer les risques et bienfaits de la poursuite du traitement à la dose actuelle de méthadone si l'intervalle QTc est supérieur à 500 msec; si l'intervalle QTc est élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Consulter le dossier de médication du patient pour déterminer s'il prend d'autres médicaments qui allongent l'intervalle QT;</li><li>▪ Discuter des autres agonistes possibles (produits de la buprénorphine, morphine orale à libération prolongée);</li><li>▪ Évaluer et prendre en charge les anomalies électrolytiques (y compris l'hypokaliémie, l'hypomagnésémie, l'hypocalcémie);</li><li>▪ Consulter un cardiologue.</li></ul> <p>Collaborer avec d'autres prescripteurs et pharmaciens pour atténuer le risque d'arythmie chez les patients présentant des intervalles QTc préoccupants.</p> <p>Reconnaître que le risque de décès associé à l'arrêt du TAO chez un patient qui ne souhaite pas changer de traitement peut être plus élevé que le risque de décès associé à un intervalle QTc élevé.</p>
---	---

---

## A7. Utiliser les tests de dépistage de drogues dans l'urine de façon efficace

---

### Normes et cadres de soins

Le dépistage de drogues dans l'urine n'est pas utilisé à des fins punitives. Il fait partie des outils d'évaluation des risques utilisés pour obtenir des renseignements sur les expositions et les risques, assurer la sécurité des patients, orienter les décisions en matière de soins (p. ex. établir la dose adéquate) et surveiller les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Une utilisation excessive du dépistage de drogues dans l'urine peut exacerber la stigmatisation et augmenter les coûts des services.

L'utilisation du dépistage de drogues dans l'urine pour évaluer l'état du patient dépend :

- du contexte (p. ex. le caractère imprévisible du marché des drogues illicites, la difficulté de fournir les antécédents d'utilisation de substances);
- des risques (p. ex. entamer des tâches mettant la sécurité en danger, défis posés par la prise de plusieurs dépresseurs du SNC);
- des objectifs (p. ex. la participation à des programmes de renforcement positif/de gestion des crises, l'abstinence, pour laquelle les résultats de dépistage des drogues dans l'urine jouent le rôle de facteur de motivation).

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine si un plan précis a été établi pour utiliser les résultats afin d'aider le patient, de déterminer les risques et de justifier les interventions, p. ex. :

- lors de l'instauration du TAO;
- lors de l'ajustement posologique pendant la phase de stabilisation;
- en présence d'inquiétudes concernant l'état d'un patient;
- lorsque le patient demande un dépistage de drogues dans l'urine.

Être conscient que l'objectif du dépistage de drogues dans l'urine n'est pas de « prendre un patient en flagrant délit de mensonge », mais de fournir des renseignements permettant d'évaluer et de prendre en charge les risques et d'aider le clinicien et le patient à prendre des décisions à l'égard du traitement.

Évaluer chaque semaine l'utilisation de substances psychoactives et stabiliser l'état du patient recevant un TAO; le dépistage de drogues dans l'urine peut être nécessaire si l'évaluation clinique, y compris les antécédents, requiert des analyses de laboratoire supplémentaires.

Effectuer un test de dépistage de drogues dans l'urine tous les un à trois mois chez un patient présentant un TUO stable et recevant un TAO. Si un dépistage de drogues dans l'urine aléatoire est susceptible de nuire à la qualité de vie (p. ex. en interférant avec un emploi ou un engagement social bénéfique), envisager un dépistage sur rendez-vous ou combiner le dépistage avec des rendez-vous chez le médecin ou un conseiller.

Les dépistages de drogues dans l'urine occasionnels aléatoires peuvent être utiles pour repérer la non-observance au traitement ou l'utilisation concomitante de substances ayant une courte demi-vie d'élimination et qui pourraient ne pas être détectées lors des tests prévus.

---

Faire preuve de jugement clinique et tenir compte de l'utilité des antécédents et de l'observation pour évaluer les progrès, ainsi que des préférences du patient et des circonstances individuelles, pour déterminer la fréquence des dépistages de drogues dans l'urine.

Expliquer aux patients qui ne se présentent pas au dépistage de drogues dans l'urine dans les 24 à 48 heures qui suivent une demande de prélèvement d'échantillons l'utilité de cette évaluation pour le plan de traitement et prendre des mesures pour faciliter le dépistage en cas d'obstacles.

Éviter d'adopter une approche punitive si un patient fournit un échantillon falsifié. Chercher à comprendre les inquiétudes du patient au sujet du test. Déterminer comment aider le patient à se sentir à l'aise de discuter de son utilisation de substances et rendre le dépistage utile à la fois au patient et au clinicien.

Si le dépistage de drogues dans l'urine est utilisé dans le cadre d'un plan d'action en cas de crise, mettre l'accent sur le renforcement positif, comme rendre le traitement plus flexible, afin d'aider le patient à atteindre ses objectifs d'abstinence ou de qualité de vie.

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine pour déterminer la pertinence des doses à emporter. Si les résultats des tests sont conformes à l'auto-évaluation et les avantages pour la qualité de vie et l'engagement social l'emportent sur les risques de détournement ou de surdose, envisager les doses à emporter.

Réduire le nombre de doses à emporter si l'évaluation globale indique que le risque pour le patient ou la communauté est plus important que les effets bénéfiques des doses à emporter. Jumeler cette démarche avec des conseils de motivation empreints de compassion.

Documenter les résultats du dépistage de drogues dans l'urine en tenant compte de la pertinence et de l'importance du test pour l'évaluation et le suivi du traitement, et en indiquant les mesures cliniques issues des résultats et d'autres observations cliniques.

Reconnaître que les analyses de laboratoire et les immunoessais au point de service sont des outils cliniques utiles pour surveiller l'innocuité et l'efficacité du TAO. La modalité de dépistage de drogues dans l'urine utilisée doit être justifiée en fonction de ce qui suit :

- l'indication clinique (p. ex. l'urgence de la prise de décision clinique concernant l'innocuité de l'ordonnance ou l'innocuité immédiate des doses à emporter);
- les indications légales (surveillance des lieux de travail ou de la garde des enfants);
- la disponibilité des ressources, notamment dans les régions où l'accès aux laboratoires et leurs capacités sont limités;
- le coût.

---

Idéalement, faire analyser les échantillons d'urine par spectrométrie de masse ou chromatographie dans un laboratoire qualifié, car les tests effectués au point de service comportent des limites en raison du risque élevé d'erreurs et de résultats faussement négatifs. Si des immunoessais au point de service sont utilisés :

- n'utiliser que des tests approuvés par Santé Canada et toujours respecter la monographie du produit;
- comprendre la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives et les limites du test (p. ex. les résultats du test de dépistage des opioïdes peuvent être négatifs si le patient a pris du fentanyl; les résultats du test de dépistage des cannabinoïdes peuvent être négatifs si le patient a pris des cannabinoïdes synthétiques).

Demander une spectrométrie de masse et une chromatographie liquide pour détecter les substances suivantes :

- opioïdes synthétiques et semi-synthétiques spécifiques (oxycodone, hydromorphone, héroïne, fentanyl, nouveaux analogues du fentanyl) (certaines analyses au point de service peuvent maintenant détecter le fentanyl);
- certains types d'hypnotiques sédatifs (benzodiazépines de synthèse comme l'étimazole);
- cannabinoïdes synthétiques (p. ex. Spice).

Envisager la spectrométrie de masse et la chromatographie liquide pour confirmer les résultats inattendus des immunoessais; certains médicaments et certaines substances peuvent provoquer des résultats faussement positifs aux immunoessais (p. ex. quinolones, rifampicine, imipramine, dextrométhorphan).

Reconnaître que d'autres types de tests de dépistage peuvent être nécessaires pour détecter la consommation d'alcool. Les alcootests au point de service peuvent aider à déterminer une dose sécuritaire de TAO pour les patients qui peuvent avoir bu très récemment. Pour détecter la consommation d'alcool à des fins de surveillance, des tests spécifiques peuvent être demandés (p. ex. glucuronide d'éthyle, sulfate d'éthyle, désialotransferrine).

Reconnaître que les résultats du dépistage de drogues dans l'urine sont destinés à un usage thérapeutique uniquement et qu'ils ne doivent pas être communiqués à d'autres organismes pour des raisons non médicales, comme fournir des preuves à des fins juridiques (p. ex. services à l'enfance et à la famille, procureurs).

- Une réponse appropriée à une instance pourrait être une lettre de plaidoyer au nom du patient. Cette lettre peut décrire la stabilité clinique du patient et comporter une déclaration générale sur la participation du patient au dépistage de drogues dans l'urine régulier à des fins thérapeutiques.
- Les patients qui demandent la communication des résultats de leur test de dépistage de drogues dans l'urine à des organismes externes doivent être informés des conséquences involontaires possibles associées à la divulgation de ces renseignements.



## A8. Fournir des ordonnances de traitement par agonistes opioïdes

---

### Normes et cadres de soins

Une modalité sécurisée et accessible, conforme aux réglementations fédérales et provinciales, est utilisée pour assurer la transmission de la bonne ordonnance à la bonne pharmacie de manière sûre et rapide.

Les prescripteurs cherchent à éviter les conflits d'intérêts financiers lorsqu'ils choisissent les médicaments, les pharmacies et les horaires de délivrance.

---

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Communiquer avec le pharmacien avant de rédiger une ordonnance :

- Évaluer si la pharmacie est l'option la plus appropriée pour le patient en fonction de divers facteurs et de la disponibilité dans la région (p. ex. pharmacie ouverte tous les jours qui accepte de nouveaux patients, qui est accessible sur le plan géographique, dont le personnel a de l'expérience dans le traitement du TUO, qui est en mesure d'offrir des ressources pour réduire les méfaits).
- Discuter de l'état de santé actuel du patient et de son plan de traitement.
- Convenir des moyens appropriés pour partager les renseignements sur les progrès du patient (y compris la gestion des doses perdues ou manquées).
- Établir un processus pour les communications urgentes (p. ex. système de garde, coordonnées après les heures d'ouverture).
- Être conscient des pénuries actuelles ou potentielles de médicaments et travailler avec le pharmacien pour atténuer les risques ou les répercussions pour le patient.

Rédiger des ordonnances inviolables qui indiquent ce qui suit :

- date à laquelle l'ordonnance a été rédigée;
- nom du médicament et dose (la rédaction de la dose en mg et de la quantité totale en milligrammes en lettres et en chiffres est exigée par certains organismes de réglementation médicale);
- dates de début et de fin, inclusivement;
- schéma posologique, y compris jours d'observation et jours de prise à domicile;
- calendrier de l'induction avec instructions claires;
- directives particulières et situations extraordinaires.

Avant de délivrer une nouvelle ordonnance (p. ex. lors d'un changement de dose), s'assurer que le patient peut recevoir la nouvelle ordonnance; annuler ensuite toute ordonnance active et restante pour éviter les erreurs médicales/pharmaceutiques.

Reconnaître que les ordonnances imprimées comportent un risque inhérent et que les ordonnances électroniques peuvent réduire les pertes, les doublons et les détournements. Les ordonnances électroniques facilitent également la communication entre le prescripteur et le pharmacien au sujet de l'observance du traitement. Comprendre toutefois que les ordonnances électroniques comportent elles aussi des risques (p. ex. problèmes liés à la technologie, y compris problèmes de sécurité du réseau, réduction de l'engagement du patient) et prendre des mesures pour les atténuer.

---

# Partie B : Proposer différentes formes de traitement par agonistes opioïdes

## B1. Choisir un traitement pharmacologique

### Normes et cadres de soins

L'essai précédent d'une approche non pharmacologique ou fondée sur l'abstinence n'est pas un critère pour choisir le TAO.

La buprénorphine/naloxone (bup/nlx) est rapidement disponible comme traitement de première intention pour les patients présentant un TUO.

Pour de nombreux patients, les risques d'effets indésirables d'un TAO sont nettement moins élevés que ceux associés à l'absence de TAO.

Les options de TAO fondées sur des données probantes doivent être explorées avant de considérer d'autres options. Il faut faire preuve de prudence si on envisage des traitements pharmacologiques de substitution. La raison justifiant leur emploi doit être soigneusement documentée, y compris les stratégies de réduction des méfaits (p. ex. administration sous surveillance, entreposage en lieu sûr, prévention des surdoses).

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Éviter d'utiliser la prise en charge du sevrage comme le seul traitement du TUO, car cette option n'est ni efficace ni sécuritaire.

Avant d'entamer un TAO, s'assurer que les problèmes potentiels, les effets indésirables, les risques, la durée du traitement, la difficulté de l'arrêter ou d'en réduire la dose ont été abordés avec le patient et que la discussion a été documentée.

Tenir compte de l'intensité du traitement pour déterminer l'option de TAO la plus appropriée. Adapter l'intensité en fonction de l'évolution des circonstances et des préférences du patient.

Utiliser la bup/nlx comme TAO chaque fois que ce traitement présenterait moins de risques que les autres traitements agonistes en raison de ses caractéristiques pharmacologiques et des bienfaits d'une administration à domicile plus souple.

Envisager des préparations de buprénorphine à longue durée d'action (injections mensuelles ou implants transdermiques de six mois), le cas échéant, pour faciliter la réinsertion dans la société et réduire le fardeau des soins de santé.

Utiliser la méthadone comme TAO lorsque la bup/nlx n'est pas l'option de choix (p. ex. intolérance, préférence du patient, induction difficile, réponse inadéquate à la bup/nlx).

---

Reconnaître que certains patients qui ont une réponse adéquate et soutenue à la méthadone peuvent souhaiter passer à la bup/nlx. Il s'agit d'une option pour les patients qui :

- désirent un traitement plus flexible comportant un nombre plus élevé de doses prises à domicile;
- ont un meilleur profil d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses;
- souhaitent mettre fin au TAO, mais éprouvent des difficultés à arrêter la méthadone et répondraient mieux à une réduction graduelle de la dose de bup/nlx.

Soupeser les bienfaits du passage à la bup/nlx et les risques potentiellement accrus de déstabilisation lors de la transition chez les patients prenant des doses de méthadone plus élevées. Les options pour atténuer le risque comprennent la réduction graduelle de la dose de méthadone avant la transition, le microdosage de la bup/nlx ou le passage à la morphine orale à libération prolongée pendant cinq jours après l'arrêt de la méthadone et avant d'entamer la bup/nlx.

Envisager la morphine orale à libération prolongée uniquement si la bup/nlx et la méthadone ne sont pas efficaces, sont contre-indiquées ou sont refusées.

- Si la morphine orale à libération prolongée est envisagée dans des cas exceptionnels où la bup/nlx et la méthadone n'ont pas été essayées, effectuer une évaluation approfondie des risques et, selon l'expérience et la complexité du cas, consulter au moins un collègue ayant beaucoup d'expérience avec le traitement du TUO grave.
  - Effectuer une évaluation approfondie des risques si la morphine orale à libération prolongée est envisagée chez les adolescents et les adultes plus âgés, car son utilisation prolongée chez des personnes présentant un TUO depuis peu de temps est peu documentée et parce que les personnes âgées présentent des risques d'effets indésirables causés par des maladies ou des interactions médicamenteuses. Consulter un pharmacien au besoin.
  - Évaluer les facteurs d'exposition et de susceptibilité pouvant augmenter les risques d'effets indésirables graves, ainsi que les risques pour la santé et la sécurité des patients s'ils ne poursuivent pas le traitement agoniste.
-

---

Reconnaître que les pratiques émergentes comprennent l'association de la méthadone et de la morphine orale à libération prolongée chez les patients et les communautés consommant beaucoup de fentanyl illicite. Cette mesure permet d'établir la dose adéquate pour pallier la tolérance élevée. De nouvelles directives reposant sur l'expérience clinique voient le jour, mais aucun essai clinique n'a été publié à ce jour pour établir des lignes directrices de pratique définitives.

Envisager un TAO injectable sous surveillance (par la diacéylmorphine ou l'hydromorphone) si un programme approprié, généralement financé par le gouvernement, est offert aux patients qui :

- continuent à s'injecter des drogues malgré des essais adéquats de traitements agonistes non injectables (ou ne sont pas admissibles à ces traitements);
- continuent de présenter des conséquences médicales et sociales graves dues à l'utilisation continue de drogues injectables (p. ex. surdose, infection, traumatisme, itinérance).

Faire appel à l'évaluation approfondie des risques, à la documentation et à la consultation si on décide de s'éloigner des lignes directrices recommandées ou d'explorer des domaines moins étudiés de la médecine. S'il n'existe pas encore de normes de pratique et de qualité établies, tenir compte des essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire existants, des recherches fondées sur des données probantes ou des protocoles de consensus et des pratiques exemplaires générales.

---

## B2. Prescrire la buprénorphine/naloxone

---

Normes et cadres de soins

Les prescripteurs possèdent les compétences et les connaissances requises pour prendre en charge les patients à qui on prescrit de la bup/nlx et pour collaborer avec les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins du patient.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

### Phase d'induction

Prescrire 2 à 4 mg de la bup/nlx comme dose initiale prise sous surveillance lorsque le patient est en sevrage modéré à grave (score COWS  $\geq$  13). Une dose d'au plus 6 mg est acceptable si la situation clinique l'exige, mais une telle dose augmente le risque de sevrage précipité.

Réévaluer le patient après une à trois heures et prescrire des doses additionnelles prises sous surveillance au besoin (p. ex. score COWS  $>$  8, symptômes de sevrage).

- Ne pas provoquer le sevrage précipité par l'administration d'une dose trop élevée ou l'administration du médicament sans présence de sevrage observable.
- Un ou deux comprimés de 2 mg à emporter peuvent être fournis si l'administration sous surveillance répétée n'est pas possible dans le cadre clinique. Expliquer clairement au patient quand il doit prendre le médicament pour éviter de provoquer un sevrage précipité.

Éviter de prescrire plus de 12 mg au total le premier jour.

---

---

Envisager d'autres modes d'induction, par exemple :

- « Microdosage » : commencer par l'administration de 0,5 mg, deux fois par jour, et augmenter graduellement la dose pendant cinq à sept jours jusqu'à l'atteinte d'une dose quotidienne totale de 12 mg chez les patients qui ne tolèrent pas la période d'abstinence importante requise pour l'instauration du traitement par la bup/nlx par l'induction conventionnelle.
- « Microdosage rapide » : administrer de 0,5 à 1 mg à des intervalles plus rapprochés pendant 24 heures jusqu'à l'atteinte d'une dose totale de 12 mg.

### **Phase d'ajustement posologique et de stabilisation**

Ajuster la dose en fonction des symptômes de sevrage et des effets indésirables jusqu'à l'atteinte de la dose optimale, ce qui se produit généralement après trois jours. Les doses peuvent être doublées chaque jour, jusqu'à un maximum de 24 mg au jour 3.

Envisager une autre approche : additionner la dose totale donnée au jour 1 et l'administrer comme première dose du jour 2, suivie de doses additionnelles en fonction de la réapparition des symptômes de sevrage. Au jour 3, additionner les doses données le jour 2 et administrer des doses additionnelles au besoin. Répéter ces étapes tous les jours jusqu'à ce que l'état du patient soit stable (aucun symptôme de sevrage ni score COWS inférieur à 8 pendant 24 heures) ou jusqu'à l'atteinte de la dose quotidienne maximale de 24 mg.

Ajuster graduellement la dose chez les personnes âgées, les patients prenant d'autres déprimeurs du SNC et les patients dont on ne peut estimer la tolérance aux opioïdes, en soupesant le risque d'une observance du traitement réduite et le risque de sédation excessive :

- Augmenter la dose de bup/nlx de 2 à 6 mg par jour jusqu'à l'atteinte de la dose optimale (absence de symptômes de sevrage, d'envie d'utiliser des opioïdes et de toxicité pendant 24 heures).

S'assurer qu'un membre de l'équipe de soins examine le patient afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité (p. ex. sédation excessive). Établir la fréquence des évaluations en fonction de l'intensité de l'induction.

### **Phase d'entretien**

Utiliser son jugement clinique pour poursuivre l'administration d'une dose quotidienne optimale individualisée, qui peut atteindre un maximum de 24 mg par jour.

- Si une dose de plus de 24 mg est administrée dans des circonstances exceptionnelles, informer le patient qu'il s'agit d'un écart par rapport aux doses approuvées et que les bienfaits de doses supérieures à 24 mg sont peu documentés (et peuvent comporter un risque accru d'effets indésirables).
  - Examiner le cas avec un collègue chevronné avant d'essayer une dose quotidienne supérieure à 24 mg et essayer de réduire la dose à des doses approuvées (selon la tolérance) une fois que le TUO est stabilisé.
-

---

Envisager la possibilité d'alterner les doses (c.-à-d. administrer 24 mg tous les deux jours) chez les patients dont l'état est cliniquement stable à des doses inférieures ou égales à 12 mg/jour et qui n'ont pas besoin de venir aussi souvent à la pharmacie pour recevoir leurs doses.

- Il faut tenir compte des défis que représente la gestion des doses oubliées. Il faut également évaluer la toxicité et la sédation chez les patients qui reçoivent la dose plus élevée. La communication en temps opportun avec le pharmacien est essentielle.
- Si la principale raison d'envisager l'alternance des doses est de réduire le nombre de visites à la pharmacie, déterminer avec le patient si des doses à emporter ou le passage à une préparation à libération prolongée seraient préférables.

Discuter de la possibilité de passer à l'injection mensuelle de buprénorphine à libération prolongée ou à la pose d'un implant transdermique de buprénorphine de six mois pour améliorer l'observance du traitement et la commodité pour les patients dont l'état est cliniquement stable.

- Reconnaître le fait que l'innocuité et l'efficacité à long terme du traitement par dépôt ou implant de buprénorphine n'ont pas encore été étudiées et conseiller le patient à ce sujet.
- Envisager l'injection sous-cutanée si l'état du patient est stable avec une dose quotidienne de 8 à 24 mg de bup/nlx sublinguale pendant au moins sept jours. Si l'abstinence d'autres opioïdes n'est pas requise avant l'injection sous-cutanée, elle est préférable.
- Envisager l'implant transdermique si l'état du patient est stable avec une dose quotidienne de 8 mg ou moins de bup/nlx. Une période d'abstinence d'opioïdes est requise avant la pose de l'implant.

Discuter du passage à l'injection ou à l'implant de buprénorphine si le patient :

- peut prendre ses médicaments moins souvent;
- est à l'aise avec une intervention ou un dispositif effractif;
- ne veut pas prendre de médicaments par voie sublinguale;
- a une assurance-médicaments si le médicament n'est pas couvert par le régime public.

Revoir les données actuelles sur l'injection de buprénorphine à libération prolongée et l'implant transdermique de buprénorphine de six mois avant d'en discuter avec les patients, dans le but de les conseiller adéquatement et d'obtenir un consentement éclairé pour ces nouvelles options.

### **Dépistage de drogues dans l'urine et doses à emporter**

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine au moins une fois par mois pendant la phase d'induction et d'augmentation de la dose jusqu'à l'atteinte d'une dose stable. Le dépistage de drogues dans l'urine permet de déterminer le risque et fournit au patient et au prescripteur des renseignements sur l'exposition à d'autres dangers, y compris les substances interagissant entre elles comme les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (agonistes des récepteurs des benzodiazépines) et les autres opioïdes. Il est également utile dans le contexte de l'administration à domicile.

## Dépistage de drogues dans l'urine et doses à emporter

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine au moins une fois par mois pendant la phase d'induction et d'augmentation de la dose jusqu'à l'atteinte d'une dose stable. Le dépistage de drogues dans l'urine permet de déterminer le risque et fournit au patient et au prescripteur des renseignements sur l'exposition à d'autres dangers, y compris les substances interagissant entre elles comme les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (agonistes des récepteurs des benzodiazépines) et les autres opioïdes. Il est également utile dans le contexte de l'administration à domicile.

## Doses oubliées<sup>1</sup>

Chez les patients qui oublient des doses, mais ne recommencent pas à prendre des agonistes opioïdes complets :

- ≤ 5 jours : reprendre la dose précédente;
- ≥ 6 jours : ajuster la dose en fonction de la dose quotidienne totale et du nombre de doses manquées; par exemple :

Jours manqués	Dose	Ajustement suggéré
≥ 6 jours	2 mg/0,5 mg à 4 mg/1 mg	Aucun ajustement
≥ 6 jours	6 mg/1,5 mg à 8 mg/2 mg	Reprendre à 4 mg/1 mg
6 à 7 jours	> 8 mg/2 mg	Reprendre à 8 mg/2 mg
> 7 jours	> 8 mg/2 mg	Reprendre à 4 mg/1 mg

- Doses alternées sur deux jours : Arrêter la bup/nlx jusqu'à ce que le patient puisse être réévalué. Reprendre ensuite le schéma posologique quotidien, éventuellement à une dose plus faible, pour stabiliser le patient avant de reprendre le schéma de doses alternées.

Chez les patients qui oublient des doses parce qu'ils ont fait une rechute ou ont recommencé à prendre des opioïdes agonistes complets : conseiller au patient d'arrêter la bup/nlx jusqu'à ce qu'il soit prêt à recommencer le TAO. Fixer une nouvelle date pour l'induction et suivre les étapes décrites dans la section « Phase d'induction » ci-dessus.

<sup>1</sup> Cette section a été adaptée avec l'autorisation du British Columbia Centre on Substance Use. (2017). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. © 2017 British Columbia Centre for Substance Use.

### B3. Prescrire la méthadone

---

Normes et cadres de soins

La méthadone est prescrite pour équilibrer le risque d'effets indésirables chez les patients et son entourage et optimiser les bienfaits, y compris l'observance du traitement et la diminution des effets néfastes de l'utilisation de substances sur la santé et la qualité de vie.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

#### **Phase d'induction (habituellement les deux premières semaines)**

Prescrire une dose initiale de 10 mg ou moins, puis augmenter la dose d'au plus 5 mg tous les cinq jours (au besoin) chez les patients qui présentent les caractéristiques suivantes :

- abstinence récente ou utilisation de substances de façon intermittente;
- tolérance aux opioïdes inconnue en raison d'antécédents vagues ou d'un manque de renseignements complémentaires;
- utilisation d'opioïdes peu puissants (p. ex. la codéine).

Prescrire une dose initiale de 5 à 20 mg, puis augmenter la dose de 5 à 10 mg tous les trois à cinq jours (au besoin) chez les patients qui présentent les caractéristiques suivantes :

- tolérance établie d'après les antécédents ou les renseignements complémentaires (p. ex. résultats du dépistage de drogues dans l'urine);
- facteurs de risque, notamment :
  - utilisation élevée ou multiple de dépresseurs du SNC (p. ex. alcool, antipsychotique, benzodiazépine, gabapentinoïde);
  - maladie caractérisée par une atteinte respiratoire (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique);
- altération du métabolisme du médicament (p. ex. plus de 65 ans, prise de médicaments qui inhibent les enzymes du CYP450 3A4).

Prescrire une dose initiale de 5 à 30 mg, puis augmenter la dose de 5 à 15 mg tous les trois à cinq jours (au besoin) chez les patients qui présentent toutes les caractéristiques suivantes :

- tolérance élevée aux opioïdes très puissants d'usage quotidien et confirmation par dépistage de drogues dans l'urine d'une utilisation récente d'opioïdes;
- aucun facteur de risque de dépression excessive du SNC (voir cidessus).

Envisager l'utilisation de morphine orale à libération prolongée pendant une durée limitée chez les patients ambulatoires et de morphine orale à libération immédiate chez les patients hospitalisés pour prendre en charge l'apparition d'un sevrage pendant l'ajustement de la dose de méthadone afin d'obtenir un résultat cliniquement thérapeutique (24 heures sans sevrage ni besoin de morphine additionnelle).

Faire preuve d'extrême prudence lors d'une augmentation rapide et importante de la dose (augmentation de la dose de méthadone de plus de 10 mg à la fois sur moins de cinq jours).

---



---

Consulter un collègue ayant de l'expérience avec l'ajustement rapide de doses élevées.

- Évaluer les risques et les bienfaits chez les patients ayant une tolérance élevée aux opioïdes puissants et chez qui un ajustement graduel compromettrait l'observance du traitement.
- Surveiller étroitement le patient, l'évaluer avant chaque augmentation de la dose et s'assurer qu'une tierce personne fiable et engagée est disponible pour des contacts et des contrôles fréquents afin de détecter rapidement la toxicité de la méthadone.
- Réévaluer fréquemment les patients pendant les deux premières semaines de traitement parce que les risques de surdose mortelle sont plus élevés pendant cette période. Discuter de ces risques et des stratégies pour les réduire (p. ex. n'utiliser que de petites quantités d'opioïdes supplémentaires, ne pas les utiliser seul et avoir une trousse de naloxone à portée de la main). Documenter ces discussions et réévaluer le patient à chaque augmentation de dose.

### **Phase d'ajustement posologique et de stabilisation**

Augmenter la dose de 5 à 10 mg tous les cinq à sept jours pour prendre en charge les symptômes de sevrage et les envies de consommer.

### **Phase d'entretien**

Utiliser son jugement clinique pour déterminer une dose d'entretien appropriée, les objectifs du traitement étant généralement de passer 24 heures sans sevrage d'opioïdes et de réduire les envies d'opioïdes sans provoquer de sédation ou de toxicité.

Envisager une réduction de la dose chez les patients présentant des effets indésirables provoqués par les opioïdes (p. ex. transpiration, hypogonadisme, constipation grave, insuffisance surrénale) et collaborer avec le patient pour établir un équilibre entre les bienfaits, les inconvénients et les risques du traitement à la méthadone.

Si un métabolisme rapide est soupçonné, le confirmer en mesurant les taux sériques de méthadone (rapports de concentration minimale:concentration maximale > 2:1 si cette analyse est possible et disponible). Si cette analyse n'est pas possible, prévoir une administration sous surveillance à un moment où l'apparition du sevrage après l'administration de la dose peut être constatée.

Ajuster le traitement en conséquence (p. ex. dose fractionnée).

L'administration de doses fractionnées nécessite souvent la remise des doses du soir sous forme de doses à emporter, car peu de patients seront en mesure de se rendre deux fois par jour à une pharmacie pour prendre leur dose en présence d'un témoin. Il faut tenir compte de la stabilité clinique avant de proposer la prise de doses fractionnées et consulter des collègues chevronnés pour ces cas difficiles. Il n'y a pas de consensus quant à la meilleure façon d'évaluer la nécessité de doses fractionnées.

Évaluer la sédation suivant l'administration de la dose lorsque les taux sériques maximaux sont atteints chez les patients prenant des doses élevées de méthadone en prévoyant l'administration d'une dose devant témoin à la pharmacie et un suivi à la clinique deux à quatre heures plus tard.

---

### Dépistage de drogues dans l'urine et doses à emporter

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine tous les mois pendant la phase d'induction et d'augmentation de la dose jusqu'à l'atteinte d'une dose stable. Procéder à un dépistage plus fréquent pour confirmer l'abstinence d'opioïdes illicites et l'absence de substances interagissant entre elles, comme les agonistes des récepteurs des benzodiazépines, ou dans le cadre d'une prise de doses à domicile. Au cours de la stabilisation, il convient d'effectuer des dépistages prévus et aléatoires, selon les besoins.

### Doses oubliées

- 1 ou 2 doses : Ne pas réduire la dose sauf s'il y a des inquiétudes quant à la perte de la tolérance ou aux effets indésirables.
- 3 doses : Diminuer la dose de 50 %.
- 4 doses ou plus : Diminuer la dose à 30 mg ou moins.

Stabiliser la dose de méthadone si plusieurs doses sont oubliées, selon le cas. Il n'est pas obligatoire que cette dose soit identique à la dose précédente.

Offrir une dose de remplacement de méthadone (pas plus de 50 % de la dose régulière) si le patient a présenté des vomissements en présence d'un professionnel de la santé, et ce, dans les 15 minutes suivant l'administration de la dose sous surveillance.

- Si des vomissements peuvent survenir en raison d'une grossesse, il faut envisager de répartir la dose sur 30 minutes. De plus, si les vomissements sont une raison récurrente de remplacer la dose, il peut être justifié de surveiller le patient pendant 15 à 20 minutes après l'administration de la dose.

---

## B4. Prescrire de la morphine orale à libération prolongée<sup>2</sup>

---

Normes et cadres de soins

La morphine orale à libération prolongée est offerte aux patients chez qui la bup/nlx et la méthadone ne sont pas efficaces, sont contre-indiquées ou sont refusées.

---

<sup>2</sup> La seule ligne directrice existante qui a été consultée pour la rédaction de cette section est *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*, élaborée par le British Columbia Centre on Substance Use et publiée en 2017. De nombreuses recommandations dans cette section sont tirées de ces lignes directrices ou ont été adaptées à partir de celles-ci. Une mise à jour des recommandations du BCCSU sur la morphine orale à libération prolongée est en cours.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

### **Envisager le passage à la morphine orale à libération prolongée si le patient :**

- est un adulte présentant un TUO grave;
- n'a pas répondu à la bup/nlx ou à la méthadone, présente des contreindications à leur utilisation ou les a refusées.

Consulter un spécialiste si vous manquez d'expérience avec la prescription de morphine orale à libération prolongée avant d'entamer le traitement. Le traitement par la morphine orale à libération prolongée nécessite des mesures consciencieuses pour éviter les surdoses et les détournements.

Revoir les risques et les bienfaits avec le patient, obtenir un consentement éclairé par écrit et assurer une consignation clinique rigoureuse des doses de morphine orale à libération prolongée prescrites.

Comprendre que les données étayant l'innocuité et l'efficacité de la morphine orale à libération prolongée pendant la grossesse sont limitées. Cette option peut toutefois être envisagée à la discrétion du prescripteur si les risques et les bienfaits sont soupesés et si une discussion sur son utilisation est menée avec la patiente pendant le processus de consentement.

Prescrire l'administration de la morphine orale à libération prolongée une fois par jour sous surveillance (préparation durant 24 heures) afin de prévenir l'abus et de réduire le risque de détournement. Des exceptions peuvent être envisagées si la stabilité clinique et sociale s'améliore considérablement sur le plan clinique.

Revoir les directives relatives à l'administration en présence d'un témoin avec le personnel de la pharmacie. Le fait d'écraser, de mâcher ou de dissoudre les granules de morphine orale à libération prolongée peut entraîner une surdose mortelle. Les capsules doivent être ouvertes par le pharmacien et les granules, données au patient pour qu'il les avale avec de l'eau.

### **Phase d'induction et d'ajustement posologique**

Commencer par ajuster la dose pendant une semaine afin d'atteindre une dose quotidienne stable.

Augmenter la dose à intervalles de 48 heures en raison des propriétés de libération lente de la morphine orale à libération prolongée.

Chez les patients utilisant des opioïdes autres que la méthadone (p. ex. l'héroïne), prescrire 30 à 60 mg le jour 1 et augmenter la dose en fonction des symptômes de sevrage. Chez les patients et les groupes consommant beaucoup de fentanyl illicite, des doses plus élevées (de 100 à 200 mg) peuvent être nécessaires pour assurer la continuité du traitement et atténuer le sevrage.

Chez les patients qui passent de la méthadone à la morphine orale à libération prolongée, prescrire la morphine orale à libération prolongée selon un rapport de dose méthadone:morphine de 1:4 le jour 1 (p. ex. 60 mg de méthadone = 240 mg de morphine orale à libération prolongée) et augmenter la dose en fonction des symptômes de sevrage et des envies. Le rapport de dose à l'état stable varie de 1:6 à 1:8.

---

Utiliser son jugement clinique pour déterminer chaque augmentation de dose. Évaluer le type d'opioïde utilisé par le patient, son degré de tolérance aux opioïdes et le risque de surdose et de détournement en comparaison au risque de fidélité réduite au traitement. Ce jugement clinique est nécessaire parce qu'aucune donnée n'a été publiée sur la dose optimale de morphine orale à libération prolongée.

Dans certaines lignes directrices, on recommande d'augmenter la dose de 30 à 60 mg toutes les 48 heures. La dose doit toutefois être établie d'après la réponse clinique, le type d'utilisation continue d'opioïdes et le risque d'abandon du traitement.

La dose quotidienne totale moyenne de morphine orale à libération prolongée est de 200 à 800 mg/jour. La gamme complète de doses signalée dans la littérature est de 60 à 1200 mg/jour.

### **Phase de stabilisation**

Stabiliser la dose unique quotidienne à la dose la plus faible requise pour soulager les symptômes de sevrage et mettre fin à l'utilisation d'opioïdes illicites. À l'heure actuelle, aucune publication ne peut être consultée pour orienter les décisions thérapeutiques au-delà des 36 semaines de traitement évaluées dans les essais cliniques. En l'absence de lignes directrices établies, adopter une approche semblable à celle de la bup/nlx et de la méthadone pour stabiliser la dose de morphine orale à libération prolongée et la réduire graduellement.

### **Dépistage de drogues dans l'urine et doses à emporter**

Il est à noter que le dépistage au point de service ne permet pas d'exclure la consommation d'héroïne illicite ou de certains médicaments d'ordonnance (p. ex. morphine, codéine) chez les patients recevant de la morphine orale à libération prolongée. Se renseigner auprès des laboratoires pour effectuer le dépistage de drogues dans l'urine par spectrométrie de masse.

Ne prescrire des doses à emporter que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque les patients font preuve d'une grande stabilité clinique ou que la prise quotidienne en présence d'un témoin constitue un obstacle au traitement. Envisager le passage graduel à l'administration à domicile de façon individuelle en faisant preuve de jugement clinique et en assurant une surveillance et un suivi adéquats pour éviter tout abus ou détournement. Avant de prescrire, effectuer une évaluation complète des risques et consulter un spécialiste.

Effectuer un dépistage de drogues dans l'urine tous les mois ou plus souvent si des doses à emporter sont prescrites.

---

### Doses oubliées<sup>3</sup>

Travailler en étroite collaboration avec les pharmaciens pour atténuer le risque de sédation excessive ou de surdose causées par la réduction rapide de la tolérance pouvant résulter de doses oubliées de morphine orale à libération prolongée.

Faire preuve de jugement clinique et tenir compte de la dose quotidienne totale et du nombre de doses oubliées pour déterminer l'ajustement posologique requis après des oublis. Diverses approches sont possibles, par exemple :

Jours manqués	Calendrier des doses oubliées	
	Dose prescrite = 200 mg	Dose prescrite = 800 mg
1	200 mg	800 mg
2	120 mg (réduction de 40 %)	480 mg (réduction de 40 %)
3	80 mg (réduction de 60 %)	320 mg (réduction de 60 %)
4	40 mg ou dose initiale (p. ex. 60 mg), selon la dose la plus élevée (réduction de 80 %)	160 mg (réduction de 80 %)
5	Dose initiale (p. ex. 60 mg)	Dose initiale (p. ex. 60 mg)

Voir les patients tous les jours pour évaluer l'intoxication ou le sevrage en raison du manque d'expérience clinique et d'essais cliniques sur la morphine orale à libération prolongée. Ajuster la dose de nouveau en conséquence.

## B5. Prescrire un traitement par agonistes opioïdes injectables<sup>4</sup>

Normes et cadres de soins

Le TAO injectable sous surveillance par la diacétylmorphine ou l'hydromorphone est offert aux patients qui continuent à s'injecter des opioïdes malgré des essais adéquats de méthadone et de buprénorphine.

La prise en charge intégrée est le mode privilégié pour la mise en œuvre d'un TAO injectable. Le traitement fait partie des services inclus dans les centres de santé communautaires, les programmes de réduction des méfaits et les logements supervisés afin de réduire les obstacles au traitement et de répondre à de nombreux besoins sanitaires et sociaux.

<sup>3</sup> Cette section est une reproduction autorisée par le British Columbia Centre on Substance Use (2017). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. © British Columbia Centre on Substance Use.

<sup>4</sup> La seule ligne directrice existante qui a été consultée pour la rédaction de cette section est les *Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, élaborée par l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) et publiée en 2019. De nombreuses recommandations dans cette section proviennent de ces lignes directrices ou ont été adaptées à partir de celles-ci.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Envisager le passage à un TAO injectable sous surveillance chez les patients qui satisfont aux critères d'admissibilité suivants :

- antécédents confirmés et documentés d'utilisation d'opioïdes injectables et de TUO grave;
- capacité de consentir au traitement et de comprendre ce qu'il implique, y compris les risques et effets indésirables potentiels;
- capacité à se présenter régulièrement pour la prise de doses (jusqu'à trois fois par jour) et capacité à s'administrer les doses ou à les recevoir d'un professionnel de la santé ou d'un pair;
- essais adéquats d'un TAO par voie orale sans atteinte d'une dose thérapeutique ou conséquences sanitaires ou sociales permanentes liées au TAO et à l'utilisation continue d'opioïdes injectables;
- risque élevé de conséquences médicales liées à l'utilisation d'opioïdes injectables.

Faire preuve de prudence lors de la prescription d'un TAO injectable aux personnes suivantes :

- jeunes (moins de 25 ans) et personnes âgées (plus de 65 ans);
- femmes enceintes ou qui deviennent enceintes pendant le TAO injectable;
- patients présentant un trouble lié à l'utilisation d'alcool ou de benzodiazépines modéré ou grave et ceux à qui l'on a prescrit des agonistes des récepteurs des benzodiazépines;
- patients atteints de maladies chroniques (p. ex. maladie respiratoire, hépatique ou rénale, affections aiguës, traumatisme crânien récent, troubles de la coagulation).

### Sélection et administration des médicaments

Fournir le TAO injectable sous forme de traitement illimité en tenant compte des bienfaits et des risques. Prendre les décisions en collaboration avec le patient. Si le patient reçoit actuellement un TAO oral, consulter le prescripteur du TAO oral lors de l'évaluation.

Choisir l'hydromorphone ou la diacétylmorphine selon la disponibilité, la préférence du patient et son jugement clinique. La consultation d'un pharmacien permet de connaître les restrictions quant à la prescription ou à la disponibilité (innocuité, élimination, préparation, gestion des stocks, exigences en matière de documentation).

Superviser l'injection par le patient, ce qui devrait nécessiter une évaluation avant l'injection, la surveillance de l'injection, l'élimination du matériel et une évaluation après l'injection.

### Phase d'induction et d'ajustement posologique

Commencer le TAO injectable à raison de trois doses par jour, en général. Ajuster la dose initiale pendant deux à cinq jours d'après le protocole qui suit :

- pour l'hydromorphone, on recommande d'augmenter chaque dose de 10 mg, jusqu'à une augmentation maximale de 30 mg par jour;
- pour la diacétylmorphine, on recommande d'augmenter chaque dose de 20 mg, jusqu'à une augmentation maximale de 60 mg par jour.

---

Diminuer la dose ou l'ajuster plus graduellement en fonction de la réponse du patient et des problèmes d'innocuité. Les doses peuvent être augmentées tant qu'elles sont bien tolérées, jusqu'à l'atteinte de l'effet clinique (aucune utilisation ou utilisation réduite d'opioïdes illicites, aucune envie) ou des doses maximales recommandées suivantes :

- hydromorpnone : 500 mg par jour (maximum 200 mg par dose);
- diacétylmorphine : 1000 mg par jour (maximum 400 mg par dose).

Comprendre que les protocoles et les doses d'ajustement ne sont peut-être pas suffisants pour atténuer les symptômes de sevrage et les envies chez les patients présentant une très forte tolérance aux opioïdes due au fentanyl. (Voir l'annexe 7 des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes pour connaître les protocoles d'ajustement conventionnels et de rechange).

### **Phase de stabilisation et d'entretien**

Envisager la prescription concomitante de méthadone ou de morphine orale à libération prolongée pour prévenir le sevrage et les envies entre les doses du TAO injectable (c.-à-d. pendant la nuit).

Fournir des soins complets et continus comprenant une révision et une évaluation continues de la posologie, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, des objectifs du patient, de sa santé physique et mentale et de son fonctionnement psychosocial.

Reconnaître qu'une utilisation continue de substances psychoactives pendant un TAO injectable peut indiquer qu'un traitement plus intensif est requis : augmentation de la dose du TAO à libération prolongée, mise en œuvre d'un modèle de soins plus intensifs ou augmentation des soutiens psychosociaux et autres.

### **Dépistage de drogues dans l'urine et doses à emporter**

Reconnaître qu'un dépistage de drogues dans l'urine régulier et aléatoire, qui est considéré comme la norme de soins pour le TAO par voie orale, ne l'est pas pour le TAO injectable, car le risque de détournement est faible et que le patient a des contacts fréquents avec les professionnels de la santé. Cependant, le dépistage de drogues dans l'urine peut être utilisé comme point de départ pour discuter de la réduction des méfaits et de la sécurité.

Éviter les doses à emporter dans le cas d'un TAO injectable. L'administration sous surveillance augmente la sécurité publique en empêchant le détournement.

---

---

### Doses oubliées

Faire preuve de vigilance lors du suivi des doses oubliées en raison de la courte durée d'action des médicaments utilisés dans le TAO injectable.

- Si un nouveau patient, dont l'état n'est pas encore stabilisé, oublie trois doses consécutives ou un jour de traitement (selon la première de ces éventualités), recommencer l'ajustement posologique conformément au protocole décrit dans l'annexe 7 des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes.
- Si un patient dont l'état est stabilisé oublie six doses consécutives ou deux jours de traitement (selon la première de ces éventualités), lui remettre sa dose habituelle ou une dose réduite. Voir l'annexe 8 des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes pour un exemple de protocole de réduction de dose.
- Si un patient dont l'état est stabilisé oublie neuf doses consécutives ou trois jours de traitement (selon la première de ces éventualités), recommencer l'ajustement posologique conformément au protocole décrit dans l'annexe 7 des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes.

---

## B6. Prescrire des doses à emporter

---

Normes et cadres de soins

L'évaluation et la gestion des risques cliniques sont utilisées pour favoriser l'autonomie et l'engagement social des patients tout en respectant leur sécurité et celle du public.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Favoriser la flexibilité du traitement en offrant des doses à emporter, sauf si les risques suivants l'emportent sur les bienfaits :

- toxicité due à des erreurs de dosage;
- conséquences négatives pour les personnes vulnérables dans l'environnement du patient en raison de l'exposition au traitement agoniste du patient;
- inefficacité du traitement en raison de la non-observance du traitement;
- victimisation du patient par d'autres personnes dans son environnement.

L'évaluation de ces risques doit tenir compte des facteurs suivants :

- interactions potentielles avec d'autres substances (prescrites, non prescrites, en vente libre, illicites, licites, y compris l'alcool);
  - détournement involontaire ou intentionnel et exposition possible à des personnes vulnérables;
  - situations sociales précaires.
-



---

Étant donné l'innocuité inhérente de la bup/nlx par rapport à la méthadone, envisager un calendrier de doses à emporter plus rapide, d'après son jugement clinique.

Envisager la prescription de doses de méthadone à emporter après deux mois consécutifs de stabilité clinique (comprenant généralement des résultats rassurants au dépistage de drogues dans l'urine).

Mettre en place un calendrier de délivrance échelonnée de doses à emporter plutôt que de fournir toutes les doses en une seule fois. Prescrire une dose supplémentaire à emporter toutes les une à quatre semaines (au besoin), jusqu'à un maximum de six doses de méthadone ou 13 doses de la bup/nlx à emporter à la fois.

- Des exceptions à ces limites peuvent être envisagées si une évaluation approfondie révèle que les doses à emporter favoriseront l'atteinte des objectifs thérapeutiques (p. ex. productivité, participation à des programmes de rétablissement) sans mettre la sécurité du patient et du public en danger.

Prescrire le traitement de sorte que le patient prenne une dose du traitement agoniste sous la surveillance du personnel de la pharmacie chaque fois qu'il récupère des doses à emporter.

Réduire la fréquence du dépistage de drogues dans l'urine (p. ex. passer d'un dépistage hebdomadaire à un dépistage mensuel) au fur et à mesure que la dose est stabilisée, qu'une relation de confiance est établie et que les objectifs en matière de santé et de qualité de vie sont consolidés. Cette pratique facilite l'engagement du patient dans des aspects importants de sa vie tout en lui fournissant des renseignements sur l'évolution du traitement, l'observance du traitement et l'innocuité.

Faciliter l'administration de doses par des tiers (c.-à-d. prendre des mesures pour que le patient reçoive temporairement sa dose dans une autre pharmacie) si l'administration de doses à domicile ne permet pas d'assurer l'innocuité et l'efficacité du traitement ou si les patients ne peuvent pas venir à leur pharmacie habituelle pendant une période prolongée. Collaborer avec les pharmacies locales au besoin (p. ex. si le patient doit quitter la ville pour une période prolongée).

Réduire ou interrompre les doses à emporter si la stabilité clinique ou sociale du patient change et que le risque d'effets indésirables liés à l'innocuité et à l'efficacité du traitement augmente.

---

# Partie C : Offrir un traitement par agonistes opioïdes aux populations dans des contextes particuliers

## C1. Régions rurales et éloignées

Normes et cadres de soins

Tous les patients présentant un TUO ont accès au TAO satisfaisant aux normes juridictionnelles en 48 heures dans leurs communautés.

Le manque de services psychosociaux n'est pas un obstacle à l'instauration et à la poursuite du TAO.

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Collaborer avec les services disponibles pour prescrire le TAO de manière sûre et accessible pour le patient, quelle que soit sa situation géographique.

Être prêt à instaurer le TAO à l'aide de nouvelles approches comme la télémédecine en partenariat avec les ressources locales (p. ex. infirmières et infirmiers praticiens).

Reconnaître que la bup/nlx est la meilleure option pour améliorer l'observance du traitement et ses résultats dans les régions où l'accès aux soins est limité et où l'administration quotidienne de méthadone en présence d'un témoin dans une pharmacie n'est pas pratique.

Envisager des injections mensuelles de buprénorphine pour réduire les obstacles aux soins et augmenter l'observance du traitement.

## C2. Soins virtuels (télémédecine)

Normes et cadres de soins

Tous les patients présentant un TUO ont accès rapidement au TAO dans leur communauté et ne sont pas confrontés à des obstacles liés à l'infrastructure des systèmes de santé (p. ex. manque d'accès dû à la situation géographique, incapacités physiques).

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Prendre des mesures pour que l'accès au TAO se fasse grâce à la technologie de soins de santé à distance afin d'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la continuité du traitement par agoniste sans interruptions occasionnées par des problèmes d'approvisionnement, de fermeture des pharmacies ou des urgences de santé publique;</li> <li>▪ la capacité des professionnels de la santé locaux à évaluer et à prendre en charge les urgences (p. ex. en cas de toxicité des médicaments);</li> <li>▪ la disponibilité de traitements auxiliaires non pharmacologiques de la dépendance et de services de réadaptation;</li> <li>▪ le soutien d'une ressource clinique locale (p. ex. une infirmière praticienne, un pharmacien) qui peut participer au TAO, ainsi qu'à l'évaluation et à l'assistance continues.</li> </ul> <p>S'assurer qu'une évaluation physique ciblée est effectuée au début du traitement afin de déceler les affections susceptibles de compliquer l'utilisation de substances ou d'affecter les résultats du TAO.</p>
---	--

### C3. Femmes enceintes et en post-partum

Normes et cadres de soins	Un TAO est offert d'urgence à toutes les femmes enceintes ou en post-partum présentant un TUO.
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Comprendre les obligations à l'égard de la sécurité des enfants et de la confidentialité des renseignements sur la santé des patientes, sauf dans de rares cas.</p> <p>Connaître les services locaux pour l'enfance et la famille et établir des relations de travail avec eux si possible afin d'encourager les interventions qui optimisent le soutien permettant aux patientes de garder leurs enfants, dans la plupart des cas (pour les patientes qui choisissent de le faire).</p> <p>Tenir compte de la familiarité et des relations avec les services locaux pour l'enfance et la famille avant de décider d'encourager les patientes à révéler leur grossesse. L'intervention de certains services n'est pas bénéfique aux patientes ni à leurs enfants. Certains programmes préparent les patientes à la parentalité et les aident à s'orienter dans les soins prénataux et les prestations.</p> <p>Ne pas recommander le sevrage d'opioïdes pendant la grossesse.</p> <p>Déterminer le type de TAO à utiliser en fonction de la situation de la patiente, ainsi que de l'accès au traitement et de sa disponibilité.</p> <p>Proposer la méthadone ou la bup/nlx comme TAO de première intention pendant la grossesse.</p>

---

À moins que ce ne soit cliniquement indiqué ou demandé par la patiente, reconnaître que :

- le passage de la méthadone à la bup/nlx pendant la grossesse et le post-partum n'est pas recommandé chez les patientes dont l'état était stable avec l'un de ces médicaments avant la grossesse;
- le passage de la bup/nlx à la buprénorphine en monothérapie n'est pas nécessaire chez les patientes enceintes.

Prendre en charge les symptômes de sevrage des opioïdes en augmentant la dose de bup/nlx ou de méthadone et/ou en l'administrant en doses fractionnées jusqu'à la période du post-partum.

- Envisager des doses fractionnées de méthadone et de buprénorphine, surtout en fin de grossesse, en raison de l'induction enzymatique, de la réduction de la demi-vie d'élimination et de l'augmentation du volume de distribution. On peut éviter les augmentations de dose en divisant les doses (c.-à-d. deux, trois ou quatre fois par jour).
- Envisager des doses de méthadone à emporter pour les doses fractionnées, même chez les patientes enceintes à qui elles ne seraient pas proposées autrement, si l'amélioration des résultats néonataux et la réduction de l'utilisation de substances illicites pendant la grossesse justifient les risques potentiels des doses à emporter.
- Assurer une analgésie adéquate (administration d'opioïdes et de doses maximales de non-opioïdes) pendant l'accouchement, en plus de tout TAO prescrit pour les besoins de base.
- Surveiller étroitement les patientes en post-partum pour savoir s'il est nécessaire de réduire la dose de méthadone.

Encourager l'allaitement en général chez les femmes recevant un TAO, sauf en cas de contre-indication. Aider les femmes à tenir compte de tous les facteurs médicaux et sociaux pertinents pour évaluer les bienfaits et inconvénients potentiels de l'allaitement. Conseiller aux patientes qui allaitent et qui recommencent à utiliser des substances psychoactives de jeter le lait maternel pendant 24 heures (mesure rare), puis de reprendre l'allaitement.

Connaître l'excrétion de diverses substances dans le lait maternel. La quantité excrétée est insuffisante pour traiter le sevrage néonatal.

Encourager la cohabitation mère-enfant comme norme de soins pour les nourrissons exposés aux opioïdes. Évaluer et traiter les symptômes de sevrage néonatal des opioïdes dans le cadre de la cohabitation, lequel offre un milieu favorisant l'attachement mère-enfant.

---

## C4. Patients hospitalisés

---

### Normes et cadres de soins

Les patients ne sont jamais soumis à un sevrage inutile ou à une désintoxication forcée. Le TAO est toujours poursuivi pendant l'hospitalisation afin de prévenir la perte de tolérance et le sevrage inutile, sauf en cas de contre-indication.

Les prescripteurs de l'hôpital donnent la priorité au repérage et à l'intervention précoces chez les patients présentant une utilisation de substances à haut risque, y compris ceux qui répondent aux critères de TUO. On offre aux patients des options de traitement et de rétablissement tout au long du continuum de soins, y compris des ressources de réduction des méfaits et l'instauration immédiate du TAO.

Les prescripteurs de l'hôpital reconnaissent la nécessité de traiter le sevrage si le TAO n'est pas immédiatement disponible ou accepté par le patient. Un traitement symptomatique, qui peut comprendre de la bup/nlx, des non-opioïdes et des opioïdes à courte durée d'action comme le sulfate de morphine, est proposé pour atténuer le sevrage pendant que l'on détermine les évaluations et le traitement à long terme.

Les patients reçoivent des soins dans un environnement sans jugement qui favorise l'innocuité et l'observance du traitement et qui reconnaît que certains patients peuvent continuer à consommer des substances pendant leur hospitalisation.

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

*Remarque : Ces recommandations s'adressent aux prescripteurs travaillant en milieu hospitalier.*

Demander un ECG si cela est cliniquement indiqué (p. ex. si le patient prend plus de 120 mg de méthadone ou présente des facteurs de risque d'allongement du QTc).

Communiquer avec la pharmacie communautaire du patient pour :

- vérifier la dose actuelle du patient et la date de la dernière administration sous surveillance;
- déterminer si le patient reçoit des doses à emporter et la date de la dernière remise;
- discuter de l'évaluation par le pharmacien de la stabilité du patient;
- annuler toute ordonnance de TAO en cours afin de minimiser le risque de double dose pendant l'hospitalisation ou à la sortie de l'hôpital.

Informez le prescripteur habituel de TAO du patient au moment de l'admission et collaborez avec lui pour :

- annuler toute ordonnance de TAO active;
- s'assurer que les changements de traitement sont documentés afin de réduire le risque;
- discuter des augmentations et des diminutions de dose avant de les mettre en œuvre, lorsque cela est possible (consulter un autre prescripteur de TAO si la communication avec le prescripteur habituel n'est pas possible).

---

Surveiller l'apparition de facteurs aggravants pendant l'hospitalisation du patient (p. ex. interactions médicamenteuses, interactions médicament-maladie) et ajuster la dose de TAO en conséquence. Envisager une dose fractionnée en cas d'atteinte neurologique, respiratoire ou hépatique.

Collaborer avec le patient, les prescripteurs, l'équipe de la pharmacie et le réseau de soutien pour garantir l'accès à une gamme d'options de soins qui s'appuient sur l'expérience avec le traitement et qui tiennent compte des principaux déterminants sociaux de la santé favorisant un engagement continu dans le TAO.

Faciliter le transfert transparent et sûr des soins vers le prescripteur habituel et la pharmacie communautaire à la sortie de l'hôpital. Dans certains territoires et provinces, les cliniciens hospitaliers qui n'ont pas l'autorisation de prescrire un TAO ne peuvent pas rédiger l'ordonnance lors du congé. Une coordination précoce avec les prescripteurs communautaires ou une équipe de consultation en traitement des dépendances est donc importante, surtout si le congé est prématuré ou inattendu.

Instaurer le TAO à l'hôpital, dans la mesure du possible, pour les patients chez qui un diagnostic de TUO a été posé après leur admission. La collaboration avec l'équipe de soins qui poursuivra le TAO du patient dans la communauté est essentielle à la réussite du transfert de soins.

---

## C5. Patients incarcérés

---

### Normes et cadres de soins

Les patients ne sont jamais soumis à une désintoxication forcée. Le TAO est toujours continué pendant l'incarcération afin d'éviter la perte de tolérance et un sevrage inutile.

Les normes de soins en milieu correctionnel sont conformes aux normes de traitement dans la communauté.

La relation thérapeutique de confiance entre le prescripteur du TAO et le patient reste au centre du traitement, malgré les difficultés liées à la prestation de soins dans un milieu correctionnel.

Les ressources communautaires (p. ex. les programmes de TAO, les collègues chevronnés) sont facilement accessibles aux prescripteurs qui travaillent dans les établissements correctionnels.

Des ressources et des services de réduction des méfaits sont proposés dans les établissements correctionnels aux patients qui consomment des substances. Le TAO est proposé aux patients présentant un TUO qui utilisent ces ressources s'ils répondent aux critères de ce traitement.

---

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Le prescripteur habituel de TAO du patient doit faire ce qui suit, à la demande de l'établissement correctionnel :

- fournir tous les renseignements nécessaires à l'administration sûre et efficace du TAO;
- collaborer avec le prescripteur de l'établissement correctionnel et le pharmacien communautaire, le cas échéant, pour assurer la continuité des soins avant la libération et au moment de cette dernière.

Le prescripteur de l'établissement correctionnel doit faire ce qui suit :

- contacter la pharmacie communautaire du patient pour déterminer la dose actuelle du patient et la date de la dernière dose;
  - mettre tout en œuvre pour assurer la continuité des soins avec le prescripteur habituel de TAO du patient;
  - mettre tout en œuvre pour éduquer le patient sur le risque de rechute et les dangers de surdose, en particulier avant sa libération. Le patient doit recevoir une trousse de naloxone à emporter et une formation sur la prévention des surdoses avant sa libération;
  - encourager l'observance du traitement en appuyant le respect du calendrier d'administration et en surveillant les éventuelles doses oubliées (p. ex. lors d'événements comme une comparution en cour);
  - tenir à jour le dossier médical du patient (y compris les résultats du dépistage de drogues dans l'urine);
  - éviter d'interrompre le TAO simplement en raison des résultats non rassurants au dépistage de drogues dans l'urine;
  - collaborer avec le prescripteur habituel du TAO et l'équipe de la pharmacie avant la libération pour faire le point sur :
    - les plans de sortie de prison qui ont été établis avec le patient et ses réseaux de soutien (p. ex. stratégies de réduction des méfaits, remise d'une trousse de naloxone, orientation vers des organismes communautaires qui s'occupent des déterminants sociaux de la santé);
    - toute modification de la dose;
    - la prescription d'analgésiques opioïdes à court terme, de médicaments psychotropes ou de médicaments susceptibles d'interagir avec le TAO.
  - aider le patient à prendre des dispositions pour poursuivre le TAO à sa sortie :
    - communiquer avec le prescripteur habituel de TAO du patient et lui remettre une ordonnance valide à apporter à sa pharmacie jusqu'à ce qu'il puisse voir son prescripteur habituel;
    - s'assurer qu'un patient qui ne recevait pas de TAO ou qui n'avait pas de prescripteur régulier de TAO avant son incarcération soit mis en relation avec un prescripteur et une pharmacie avant sa libération.
-

## C6. Jeunes en transition vers l'âge adulte

---

Normes et cadres de soins

Des considérations sont prises en compte pour s'assurer que les patients naviguant entre les services de santé pour adolescents et pour adultes reçoivent un TAO adéquat et adapté à leur âge.

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Consulter un collègue chevronné pour obtenir de l'aide dans l'évaluation du rôle du TAO si les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour traiter les adolescents présentant un TUO font défaut. Dans la mesure du possible, les prescripteurs doivent avoir de l'expérience avec cette population et collaborer avec des conseillers auprès des jeunes.

Encourager et faciliter l'engagement envers un traitement non pharmacologique (p. ex. services axés sur le rétablissement) pour accompagner le TAO. Bien connaître les programmes vers lesquels les adolescents sont orientés et se sentir à l'aise avec le fait qu'ils proposent des traitements fondés sur des données probantes soutenant les patients recevant un TAO.

Envisager la bup/nlx comme traitement de première intention du TUO modéré à grave chez les jeunes.

---



# Partie D : Offrir un traitement par agonistes opioïdes aux patients ayant des troubles concomitants

## D1. Contexte général

Normes et cadres de soins	Les prescripteurs reconnaissent que les patients présentant un TAO ont souvent d'autres problèmes de santé. Un soutien est offert pour gérer ces problèmes de manière appropriée.
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	Encourager les patients à consulter un professionnel de la santé ou un prestataire de soins primaires pour obtenir des soins préventifs continus et prendre en charge les maladies chroniques.  Communiquer ouvertement et régulièrement avec le professionnel de soins primaires du patient.

## D2. Considérations relatives à la santé mentale et à la toxicomanie

Normes et cadres de soins	On propose un traitement concomitant aux patients présentant un TAO et un trouble de santé mentale ou un autre trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	Examiner et évaluer les patients présentant un TAO pour détecter les troubles de santé mentale (p. ex. anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique, troubles de la personnalité) et les idées suicidaires. S'ils ne répondent pas au traitement de première ligne ou s'ils ont besoin de soins spécialisés, les orienter vers un professionnel de la santé mentale et les réévaluer au cours du TAO.  Dépister les traumatismes et les abus (passés ou actuels) chez les patients et les orienter vers des services de conseil s'ils manifestent un intérêt.  Évaluer périodiquement la consommation d'alcool, de nicotine et d'autres substances chez les patients, et proposer une psychoéducation et un traitement appropriés. La consommation de cannabis, de stimulants ou d'autres substances créant une dépendance ne doit pas être une raison d'arrêter le TAO.

---

Éviter la prescription concomitante d'agonistes des récepteurs des benzodiazépines aux patients recevant un TAO en raison du risque accru de dépression respiratoire, d'hypersomnolence diurne, de troubles cognitifs et de décès par surdose. Si l'évaluation clinique, effectuée de préférence par un psychiatre spécialisé en toxicomanie, indique qu'un essai des agonistes des récepteurs des benzodiazépines est justifié, il faut être conscient de l'interaction entre les agonistes des récepteurs des benzodiazépines et le TAO, ajuster la dose et le moment de la prise en conséquence et ne délivrer que d'une petite quantité à la fois.

Évaluer l'indication pour les patients présentant un TAO qui prennent déjà des agonistes des récepteurs des benzodiazépines à long terme. La décision de continuer à prescrire les agonistes des récepteurs des benzodiazépines ou d'y mettre fin doit être prise en tenant compte des autres diagnostics aggravants, notamment le trouble d'utilisation de sédatifs et le trouble de stress post-traumatique.

- S'ils sont prescrits pour prendre en charge l'insomnie, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines ne sont indiqués que pour une utilisation intermittente de courte durée. On peut donc envisager une diminution lente et graduelle de la dose.
- S'ils sont prescrits pour prendre en charge l'anxiété, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines doivent être utilisés conformément aux lignes directrices sur le traitement des troubles anxieux. La prescription et la surveillance doivent se faire en collaboration avec des cliniciens qui connaissent bien les interactions entre les agonistes des récepteurs des benzodiazépines et le TAO, le risque de surdose et le trouble lié à l'utilisation d'agonistes des récepteurs des benzodiazépines.
- S'ils sont prescrits pour prendre en charge le trouble de stress post-traumatique, évaluer les risques et les bienfaits, car les benzodiazépines peuvent provoquer un trouble de stress post-traumatique chez les patients qui ont récemment subi un traumatisme et peuvent perpétuer les symptômes du trouble de stress post-traumatique chez ceux qui en sont atteints.
- Essayer de diminuer la dose d'agonistes des récepteurs des benzodiazépines ou de réduire progressivement la dose du patient, en particulier s'il souffre d'une maladie respiratoire ou de troubles respiratoires du sommeil, s'il présente des signes d'abus, s'il est une personne âgée ou s'il reçoit :
  - des doses quotidiennes multiples;
  - une dose élevée de TAO;
  - d'autres médicaments ou substances ayant des propriétés sédatives.

Collaborer avec les pharmaciens pour prévenir, surveiller et gérer les interactions médicamenteuses entre le TAO et les autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre que le patient peut prendre. Les interactions avec la méthadone nécessitent une attention particulière.

Connaître les ressources locales en matière de santé mentale et de traitement des dépendances, y compris les listes d'attente, les coûts ainsi que l'expertise et l'approche du praticien, afin de fournir des recommandations éclairées qui reflètent les besoins et les préférences des patients.

### D3. Considérations relatives aux maladies infectieuses

---

Normes et cadres de soins	Les soins aux patients comprennent des mesures de prévention, de dépistage et de traitement (selon les besoins) des infections sexuellement transmissibles et des maladies infectieuses, comme la grippe, l'hépatite et le VIH, ainsi que d'autres recommandations de santé publique.
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Effectuer un dépistage des maladies suivantes au début du TAO, puis une fois par an et plus souvent si le patient présente des facteurs de risque permanents :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ hépatite A et B; prévoir une vaccination;</li><li>▪ hépatite C et VIH; offrir une orientation et un traitement au besoin (l'utilisation continue de substances n'est plus une contre-indication au traitement de l'hépatite C);</li><li>▪ infections sexuellement transmissibles, selon l'indication; traiter en fonction des sensibilités antimicrobiennes dominantes.</li></ul> <p>Proposer une prophylaxie avant et après l'exposition au VIH aux patients qui répondent aux critères de cette mesure préventive.</p> <p>Accorder la priorité aux patients qui présentent des risques importants d'utilisation continue de substances illicites. Évaluer les risques pour la personne, la société et la santé publique si l'accès prioritaire au TAO est envisagé.</p> <p>Donner un accès prioritaire aux porteurs du VIH non traités chaque fois que c'est possible en raison des conséquences sur la santé personnelle et publique d'une infection par le VIH non traitée.</p> <p>Dispenser les traitements antirétroviraux et contre l'hépatite C avec le TAO pour améliorer l'observance du traitement.</p> <p>Collaborer avec les pharmaciens pour prévenir, surveiller et gérer les interactions médicamenteuses entre le TAO et les autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre que le patient prend. Les médicaments antimicrobiens peuvent interagir de manière significative avec le TAO.</p> <p>Consulter un médecin ou un pharmacien compétent avant d'administrer le TAO à des patients atteints du VIH/sida, car certains médicaments qui traitent ces problèmes de santé peuvent altérer les taux sériques de méthadone.</p> <p>Conseiller les patients sur la prévention des réinfections.</p>

---

### D4. Considérations sur la douleur aiguë et chronique

---

Normes et cadres de soins	<p>Les prescripteurs sont responsables de la prise en charge de la douleur aiguë et chronique chez leurs patients recevant un TAO, dans la mesure du possible.</p> <p>Les patients sont épaulés dans la recherche d'autres traitements de la douleur (y compris les traitements pharmacologiques sans opioïdes et les traitements non pharmacologiques) qui sont financièrement et géographiquement accessibles et culturellement appropriés.</p>
---------------------------	---

---

---

Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Explorer les traitements non pharmacologiques de la douleur chez les patients recevant un TAO. S'assurer que ces traitements sont conformes aux objectifs et aux valeurs du patient, qu'ils sont culturellement appropriés et financièrement et géographiquement accessibles.

Envisager les analgésiques non opioïdes avant les options opioïdes.

Éviter les gabapentinoïdes pour le traitement de la douleur chronique, car les données sur leur utilisation dans ce contexte sont limitées (sauf pour quelques cas particuliers). Le risque de surdose est plus élevé avec la prise de plusieurs dépresseurs du SNC en association avec des agonistes opioïdes.

Éviter de prescrire l'opioïde de choix précédemment utilisé par le patient pour le traitement d'une douleur aiguë. Délivrer l'opioïde en petites quantités (c.-à-d. une distribution contrôlée, de préférence quotidienne) et limiter la prescription au nombre de jours pendant lesquels les opioïdes sont généralement nécessaires pour soulager l'état douloureux aigu spécifique.

Envisager la prise d'opioïdes en plus de la bup/nlx ou de la méthadone chez les patients présentant des douleurs aiguës qui justifient un traitement opioïde à court terme et/ou diviser temporairement la dose de TAO et envisager une augmentation temporaire de la dose pour soulager la douleur.

Envisager la prescription de méthadone en doses fractionnées chez les patients présentant une douleur chronique grave qui ont besoin d'opioïdes. En général, cela ne se fait qu'après l'atteinte d'une dose stable prise une fois par jour, si le patient est admissible aux doses à emporter. Si l'état du patient est cliniquement stable, envisager l'administration de la deuxième dose à domicile.

Envisager la consultation formelle ou informelle d'un spécialiste de la douleur pour améliorer le plan de traitement du patient si la douleur chronique persiste après la stabilisation et l'optimisation des doses de TAO.

---

# Partie E : Arrêter le traitement par agonistes opioïdes

## E1. Transférer les soins

Normes et cadres de soins	Le maintien de la sécurité des patients est la première préoccupation lors du transfert des soins.
Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs	<p>Partager les notes chronologiques du traitement avec les autres professionnels de la santé participant aux soins du patient si le patient y consent.</p> <p>Discuter des plans de transfert des soins avec le patient et l'équipe de soins, y compris la pharmacie, et s'assurer que toutes les personnes concernées comprennent clairement les rôles, les responsabilités et les attentes.</p> <p>Aider le patient à trouver d'autres services de TAO en cas de fermeture du cabinet. S'y prendre d'avance pour permettre au patient de s'adapter. Déployer tous les efforts raisonnables pour aider à trouver un nouveau prescripteur si le patient déménage dans une autre localité.</p> <p>Fournir des renseignements cliniques permettant la poursuite sûre et efficace du TAO lors du transfert complet des soins du patient à un autre prescripteur. Ces renseignements doivent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ raison du transfert;</li><li>▪ dose du TAO;</li><li>▪ médicaments prescrits;</li><li>▪ pharmacie communautaire habituelle du patient;</li><li>▪ flexibilité des doses à emporter;</li><li>▪ résultats du dépistage de drogues dans l'urine;</li><li>▪ plan et objectifs de traitement;</li><li>▪ antécédents des ECG (pour les patients prenant de la méthadone);</li><li>▪ antécédents cliniques.</li></ul> <p>S'assurer que le nouveau prescripteur a accès aux renseignements du patient au moment du transfert et à tout moment par la suite.</p>

## E2. Prendre en charge la réduction graduelle de la dose et le sevrage

---

### Normes et cadres de soins

Le choix de diminuer la dose ou d'arrêter le TAO est fait par le patient et le professionnel de la santé après que le patient ait été pleinement informé des conséquences possibles.

Il n'est pas recommandé de prendre en charge seulement le sevrage (c.-à-d. la désintoxication sans transition immédiate vers un traitement à long terme de la dépendance).

---

### Recommandations cliniques à l'intention des prescripteurs

Plus la durée du TAO est longue, plus les résultats sont bons et moins il y aura de risque de décès. Il est recommandé de poursuivre le TAO pendant au moins un an avant d'amorcer une diminution progressive de la dose.

Discuter des risques possibles de l'arrêt du TAO. D'après les recherches, les taux de rechute et le risque de surdose mortelle d'opioïdes sont élevés, même si l'état du patient est stable depuis longtemps.

Envisager une approche progressive (c.-à-d. diminution graduelle pendant des mois, voire des années) chez les patients qui ont une réponse soutenue au TAO et qui souhaitent l'arrêter.

Augmenter la fréquence des contacts avec le patient afin d'assurer un soutien adéquat pendant la réduction graduelle de la dose et après celle-ci.

Soulager les symptômes du sevrage modéré ou grave des opioïdes en ralentissant la diminution ou en augmentant la dose de bup/nlx ou de méthadone ou en prescrivant des options non opioïdes (p. ex. clonidine, lopéramide, diménhydrinate).

Suggérer des diminutions périodiques chez les patients prenant des doses élevées de TAO (p. ex. plus de 24 mg de bup/nlx ou 120 mg de méthadone) si le risque de rechute est faible et si l'état du patient est stable depuis au moins un an.

Éviter de prendre en charge seulement le sevrage, car cette approche est associée à une perte de tolérance et à un risque élevé de surdose mortelle au congé de l'établissement. Cela comprend les réductions rapides de la dose de méthadone ou de bup/nlx en milieu hospitalier. Proposer aux patients en sevrage aigu un traitement pharmacologique pour prendre en charge les symptômes dans les deux heures suivant leur présentation (voir les options non opioïdes ci-dessus).

Documenter les discussions pour s'assurer que le patient a pris une décision éclairée relativement aux risques et aux bienfaits de l'arrêt du TAO. S'assurer de remettre une trousse de naloxone au patient et assurer un suivi pour un soutien psychosocial.

Maintenir une approche de porte ouverte dans les soins pour que le patient se sente accueilli en cas de rechute ou si un soutien supplémentaire est nécessaire.

---

# Principales lignes directrices sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

British Columbia Centre on Substance Use (2017). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. [www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OD-Guidelines\\_June2017.pdf](http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OD-Guidelines_June2017.pdf).

British Columbia Centre on Substance Use (2018). *Treatment of Opioid Use Disorder during Pregnancy: Guideline Supplement*. [www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OD-Pregnancy.pdf](http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OD-Pregnancy.pdf).

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018). *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. [www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf](http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf)

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (2018). *Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. [https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM\\_NationalGuideline\\_OUD-FRENCH.pdf](https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf).

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (2019). *Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. [https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM\\_National\\_IOAT\\_Clinical\\_Guideline-French-FINAL.pdf](https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Clinical_Guideline-French-FINAL.pdf).

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (2019). *Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes*. [https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM\\_National\\_IOAT\\_Operational\\_Guideline-French-FINAL.pdf](https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Operational_Guideline-French-FINAL.pdf).

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline*. Toronto, Ontario

College of Physicians and Surgeons of Alberta (2014). *Alberta Methadone Maintenance Treatment: Standards and Guidelines for Dependence*. Calgary, Alberta

College of Physicians and Surgeons of British Columbia (2014). *Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline*. [www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Publications/Epid/Other/02\\_CPSBC-Methadone\\_Maintenance\\_Program\\_Clinical%20Practice\\_Guideline.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Publications/Epid/Other/02_CPSBC-Methadone_Maintenance_Program_Clinical%20Practice_Guideline.pdf).

College of Physicians and Surgeons of Manitoba (2015). *Manitoba Methadone & Buprenorphine Maintenance : Recommended Practice*. <https://cpsm.mb.ca/assets/PrescribingPracticesProgram/Recommended%20Practice%20Book%20Methadone.pdf>.

College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador (2016). *Methadone Maintenance Treatment Standards and Guidelines*. [www.cpsnl.ca/web/files/Methadone%20Maintenance%20Treatment%20Standards%20and%20Guidelines%20-%20CPSNL%20-%20April%201%202016.pdf](http://www.cpsnl.ca/web/files/Methadone%20Maintenance%20Treatment%20Standards%20and%20Guidelines%20-%20CPSNL%20-%20April%201%202016.pdf).

College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia (2012). *Methadone Maintenance Treatment Handbook*. <http://drugslibrary.wordpress.stir.ac.uk/files/2017/07/guideline-methadone-maintenance.pdf>.

College of Physicians and Surgeons of Ontario (2011). *Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines*. Toronto, Ontario

College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan (2018). *Opioid Agonist Therapy Program: Standards and Guidelines for the Treatment of Opioid Use Disorder*. [www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/LegislationPolicies/OAT%20Standards%20and%20Guidelines.pdf](http://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/LegislationPolicies/OAT%20Standards%20and%20Guidelines.pdf).

Qualité des services de santé Ontario (2018). *Normes de qualité. Trouble de consommation d'opioïdes : Soins destinés aux personnes de 16 ans et plus*. [www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-fr.pdf](http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-fr.pdf).

Qualité des services de santé Ontario (2018). *Normes de qualité. Recommandations relatives à l'adoption : Trouble de consommation d'opioïdes*. [www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-recommendations-for-adoption-fr.pdf](http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-recommendations-for-adoption-fr.pdf).

McMaster University (2017). *Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*. <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/guidelines.html>.

PEER Clinical Guidelines Group (2019). *PEER Simplified Guideline: Managing Opioid Use Disorder in Primary Care*. [www.cfp.ca/content/65/5/321](http://www.cfp.ca/content/65/5/321).











ISBN : 978-1-77114-459-9 (HTML)  
ISBN : 978-1-77114-458-2 (PDF)  
ISBN : 978-1-77114-457-5 (couverture souple)

© 2021 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Il se peut que cette publication soit disponible sous d'autres formats.

Pour obtenir des renseignements sur les autres formats ou sur d'autres publications de CAMH ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au Service des publications de CAMH :

Sans frais : 1 800 661-1111

À Toronto : 416 595-6059

Courriel : [publications@camh.ca](mailto:publications@camh.ca)

Cyberboutique : <http://store.camh.ca>

Site Web : [www.camh.ca/fr](http://www.camh.ca/fr)

6502/11-2022/P6523

# camh

Un Centre collaborateur de l'Organisation  
panaméricaine de la Santé et de l'Organisation  
mondiale de la Santé