

Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes

Ce document a été conçu pour démystifier la dépendance aux opioïdes et mettre en lumière les différents éléments à prendre en compte pour faire un choix sécuritaire et adapté à la réalité de chaque personne dans une planification à long terme du traitement de sa dépendance.

Que sont les opioïdes ?

Les opioïdes sont des substances de la catégorie des dépresseurs qui agissent sur le cerveau pour soulager la douleur et qui peuvent aussi créer de l'euphorie. Ils peuvent être prescrits ou obtenus sur le marché illicite. À l'heure actuelle au Canada, plusieurs substances psychoactives produites par le marché illicite, dont l'héroïne, sont contaminées par des opioïdes très puissants tels le fentanyl et

ses analogues. Cette contamination augmente considérablement les risques de surdose et de mortalité chez les personnes qui en font usage.

Les opioïdes ont la propriété d'amener rapidement une tolérance et des symptômes de sevrage s'ils sont pris régulièrement.

Y a-t-il des traitements efficaces ?

Lorsqu'une personne développe une dépendance aux opioïdes, maintenant appelée trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), et que sa consommation entraîne une altération de son fonctionnement ou une souffrance considérable, les données scientifiques démontrent que le traitement à long terme avec des agonistes opioïdes (TAO) est le traitement le plus efficace et sécuritaire.

Le TAO est un traitement dit « de maintien » soutenu par la prise d'un médicament qui atténue les symptômes de sevrage, diminue l'envie de consommer et cause peu de somnolence ou d'euphorie. Au Québec, les médicaments offerts à une personne en traitement sont habituellement la buprénorphine-naloxone (Suboxone^{MD}), la méthadone ou la morphine à libération lente unquotidienne (Kadian^{MD}). De plus, lorsqu'une personne entreprend un TAO, un soutien psychosocial est offert et encouragé. Ce soutien adapté permet d'avoir de l'aide pour réorganiser certaines facettes de la vie quotidienne qui peuvent demander des changements.

Le TAO a prouvé sa capacité à améliorer les conditions de vie des personnes qui ont une dépendance aux opioïdes. Le TAO a plusieurs effets bénéfiques, dont la réduction de :

- la consommation d'opioïdes;
- la criminalisation des personnes qui en font usage;
- la mortalité;
- les infections liées à la consommation d'opioïdes par injection (p. ex. VIH, VHC);
- les infections comme les endocardites, les abcès, etc.

Qu'est-ce qu'un sevrage d'opioïdes?

Le sevrage se définit comme « le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme »¹. Ici, ce terme fait référence à l'arrêt rapide et complet des opioïdes chez une personne ayant utilisé

ces substances de façon répétitive et habituellement sur une longue période. Ces opioïdes peuvent provenir d'une prescription ou être obtenus sur le marché illicite.

Est-ce qu'il est recommandé d'effectuer un sevrage d'opioïdes quand on a une dépendance?

Non! Il est important de noter que les données scientifiques à jour démontrent que le fait d'avoir recours au sevrage chez une personne ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes s'avère dangereux. Le sevrage expose la personne à un **risque élevé de rechute et de surdose** en raison de la diminution de sa tolérance aux opioïdes. Une surdose peut causer des méfaits graves, notamment des lésions cérébrales, un coma ou même la mort.

En effet, les études démontrent que le fait d'effectuer un sevrage sans autres interventions entraîne des risques importants pour la santé :

- **Taux élevé de rechute** – Un processus rapide de diminution de la prise d'opioïdes se traduit dans la grande majorité des cas par une rechute, c'est-à-dire une reprise rapide de la consommation²⁻¹².
- **Risque élevé de surdose et de mortalité** – Les personnes qui rechutent à la suite d'un sevrage présentent un risque accru de surdose étant donné la diminution rapide de leur tolérance aux opioïdes¹³⁻¹⁷.
- **Risque accru d'infections** – Les personnes qui consomment des drogues par injection et qui sont soumises à un sevrage sont plus susceptibles de contracter des virus comme le VIH ou l'hépatite C en raison de la hausse de comportements à risque à la suite d'une rechute^{18,19}.

De plus, il est démontré que les personnes qui désirent mettre fin à leur TAO, même celles qui sont sous traitement depuis longtemps, doivent le faire de façon planifiée et non précipitée avec le soutien d'une équipe compétente afin de diminuer les risques mentionnés précédemment.

Le « moins pire » des sevrages : le sevrage lent à l'aide d'une dose décroissante d'agoniste opioïde

Les évidences scientifiques indiquent que le sevrage à froid (*cold turkey*) et au moyen de médicaments visant à en atténuer les symptômes (p. ex. la clonidine, le Graval^{MC}, l'Immodium^{MC}, l'Ativan^{MC}, etc.) sont à proscrire. Ces mêmes données indiquent que si une personne insiste pour faire un sevrage, après avoir bien compris les risques, il faut plutôt procéder à l'utilisation d'agonistes opioïdes.

La buprénorphine-naloxone devrait être la molécule de premier choix, car elle offre plusieurs avantages sur le plan de la sécurité, de la rapidité de l'amorce et de la souplesse (p. ex. transfert facile vers la méthadone, doses à emporter plus rapides, etc.). Par contre, si une personne préfère la méthadone, cette option peut aussi être envisagée s'il n'y a pas de contre-indication.

Une fois le traitement au moyen de la molécule amorcé et la dose de confort atteinte avec l'agoniste opioïde choisi, la personne devrait pouvoir demeurer à cette dose aussi longtemps qu'elle le souhaite avant de procéder au sevrage. Cette période permet d'apprivoiser une dose de confort et de mieux saisir les bienfaits d'un agoniste opioïde. Si la personne décide tout de même de commencer un sevrage, **celui-ci devrait toujours se faire lentement, sur une période de plus de 30 jours et à l'aide d'une dose décroissante d'agoniste opioïde.** Lors

de la diminution, la personne devrait avoir la possibilité de changer d'idée et de retourner vers la dose de confort, de cesser le sevrage et de passer à un traitement de maintien.

Les personnes qui vont demander un sevrage et qui visent l'abstinence complète d'opioïdes vont souvent revoir leur choix devant l'intensité et la gravité des symptômes de sevrage. Il ne s'agit pas d'un échec, mais plutôt d'une occasion d'aller vers le traitement de maintien, qui est le plus sécuritaire et le plus efficace.

Des interventions psychosociales devraient aussi être jumelées à ce processus afin de bien soutenir la personne et permettre une prise en charge à long terme du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. En effet, il faut voir la dépendance aux opioïdes non pas comme une problématique ponctuelle qui serait réglée après un sevrage, mais bien sur le long terme. La personne ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes doit donc être suivie dans le temps, en tenant compte des risques de rechute et de l'évolution des besoins.

Choisir le contexte de soins approprié

Quand une personne a choisi de façon libre et éclairée le traitement pour son trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, il reste à définir le contexte de soins dans lequel elle sera traitée. Plusieurs options sont possibles, dont des services internes comme ceux d'un hôpital ou d'un centre de réadaptation en dépendances ou des services externes (dans son milieu de vie). Ce choix devrait être basé sur l'évaluation spécialisée de la personne (sa santé physique et psychologique, sa situation psychosociale, sa préférence, son environnement, sa peur de rechuter, etc.).

Pour les personnes qui décideront d'entreprendre un traitement de maintien, les services internes peuvent aussi être utilisés pour la période d'amorce du traitement.

Cette option permet d'offrir un lieu résidentiel sécuritaire où des personnes qualifiées sont présentes pour soutenir la personne en début de traitement. Cependant, la majorité des personnes peuvent vivre cette période dans un contexte externe. De plus, les services internes peuvent être offerts à une personne en traitement par agoniste opioïde après la période d'amorce, ce qui lui permettrait, par exemple, d'avoir le soutien nécessaire si elle vit des moments de vulnérabilité.

La naloxone et le matériel de consommation et de protection : partout, tout le temps, pour tout le monde!

Peu importe le choix de traitement que la personne fera, la remise de la naloxone et l'enseignement de son utilisation ainsi que la distribution de matériel de consommation et de protection devraient être proposés à la première évaluation et à chacune des rencontres qui suivront. La naloxone sauve des vies en permettant de renverser les effets d'une surdose d'opioïdes. C'est pourquoi il est important que l'entourage de la personne en traitement soit également inclus dans la remise de la naloxone et dans l'enseignement de son utilisation. De plus, la distribution de matériel de consommation et de protection permet de diminuer les risques d'infection accrus.

Les établissements de santé et de services sociaux peuvent désormais distribuer de la naloxone au sein même de leurs services à certaines populations spécifiques. Les personnes en traitement et leur entourage peuvent aussi s'en procurer en pharmacie et dans certains organismes communautaires.

Pour trouver un endroit où se procurer de la naloxone, consultez le site :

<http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/naloxone/>

Pour mieux comprendre la naloxone :

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/secourir-une-personne-en-possible-surdose-d-opioides/>

Pour mieux comprendre les risques liés à l'usage d'opioïdes :

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/risques-lies-a-l-usage-d-opioides/>

Pour de l'information sur les drogues :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-804-03F.pdf>

Document inspiré de:

British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder, [En ligne]. Vancouver, C.-B.; 2017 [cité le 9 janv. 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet [Internet]. Québec; 2018 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
2. Gowing L, Ali R, White J, Mbewe D. Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(2):CD002025.
3. Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, Moore BA, Barry DT, O'Connor PG. Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(12):1947-54.
4. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD003409.
5. Nielsen S, Hillhouse M, Weiss RD, Mooney L, Sharpe Potter J, Lee J, et al. The relationship between primary prescription opioid and buprenorphine-naloxone induction outcomes in a prescription opioid dependent sample. *Am J Addict*. 2014;23(4):343-8.
6. Hopper JA, Wu J, Martus W, Pierre JD. A randomized trial of one-day vs. three-day buprenorphine inpatient detoxification protocols for heroin dependence. *J Opioid Manag*. 2005;1(1):31-5.
7. Ling W, Hillhouse M, Domier C, Doraimani G, Hunter J, Thomas C, et al. Buprenorphine tapering schedule and illicit opioid use. *Addiction*. 2009;104(2):256-65.
8. Sigmon S, Dunn K, Saulsgiver K, Patrick M, Badger G, Heil S, et al. A randomized, double-blind evaluation of buprenorphine taper duration in primary prescription opioid abusers. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1347-54.
9. Sigmon SC, Dunn KE, Badger GJ, Heil SH, Higgins ST. Brief buprenorphine detoxification for the treatment of prescription opioid dependence: a pilot study. *Addict Behav*. 2009;34(3):304-11.
10. Marsch LA, Moore SK, Borodovsky JT, Solhkhah R, Badger GJ, Semino S, et al. A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults. *Addiction*. 2016;111(8):1406-15.
11. Breen CL, Harris SJ, Lintzeris N, Mattick RP, Hawken L, Bell J, et al. Cessation of methadone maintenance treatment using buprenorphine: transfer from methadone to buprenorphine and subsequent buprenorphine reductions. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(1):49-55.
12. Amass L, Ling W, Freese TE, Reiber C, Annon JJ, Cohen AJ, et al. Bringing buprenorphine-naloxone detoxification to community treatment providers: the NIDA Clinical Trials Network field experience. *Am J Addict*. 2004;13 Suppl 1:S42-66.
13. Strang J. Death matters: understanding heroin/opiate overdose risk and testing potential to prevent deaths. *Addiction*. 2015;110 Suppl 2:27-35.
14. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ*. 2003;326(7396):959-60.
15. Wines JD, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. Overdose after detoxification: a prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2-3):161-9.
16. Chang DC, Klimas J, Wood E, Fairbairn N. A Case of Opioid Overdose and Subsequent Death After Medically Supervised Withdrawal: The Problematic Role of Rapid Tapers for Opioid Use Disorder. *J Addict Med*. 2018;12(1):80-3.
17. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108(1-2):65-9.
18. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e5945.
19. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy*. 2014;25(1):34-52.