

Conditions pour réduire les risques associés au sevrage

Après avoir mené une discussion complète détaillant les risques associés au sevrage ainsi que le meilleur traitement pour le TUO (c'est-à-dire le traitement de maintien), il se peut qu'une personne souhaite tout de même entamer un sevrage d'opioïdes malgré les contre-indications^A. Il serait judicieux que l'équipe remplisse alors le formulaire de consentement^B et accompagne la personne afin qu'elle puisse continuer à bénéficier d'un soutien et entamer son sevrage dans les conditions les moins délétères possible.

La molécule agoniste opioïde et la durée de la décroissance

L'équipe de soins devrait alors introduire un agoniste opioïde selon les méthodes standards d'amorce (utiliser la buprénorphine-naloxone en première intention^C). La molécule agoniste opioïde devrait être introduite en vue d'atteindre une dose de confort et de permettre à la personne de vivre une période de stabilisation. Ensuite, si la personne désire toujours effectuer un sevrage, une décroissance graduelle de la molécule agoniste pourra être entamée. Cette décroissance devrait être d'au moins 30 jours, mais devrait idéalement s'étaler sur une plus longue période. À toutes ces étapes, la personne devrait être réévaluée fréquemment et transférée sans délai vers un traitement de maintien si elle le souhaite.

L'utilisation de la buprénorphine-naloxone dans le cadre d'un sevrage offre de nombreux avantages par rapport à la méthadone, notamment une amorce rapide (1-3 jours), une sécurité et une souplesse permettant

une amorce dans divers lieux et contextes, une dose de confort atteinte rapidement, une facilité de transfert vers un traitement de maintien ainsi qu'une sécurité supérieure à la méthadone, notamment en début de traitement (moins de risques de surdose). Le sevrage à froid (*cold turkey*) et l'utilisation unique de médicaments de gestion des symptômes de sevrage sans agoniste opioïde (p. ex. la clonidine, les benzodiazépines, le dimenhydrinate, le lopéramide, etc.) sont considérés comme hautement à risque et sont à proscrire complètement. Il en va de même pour les sevrages effectués avec la décroissance d'une molécule agoniste opioïde sur moins de 30 jours.

A Se référer aux documents [Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes](#) et [Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes](#).


B Se référer au document [Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes \(TUO\)](#).

C Se référer au document [Résumé des données de la littérature sur les procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone](#).

Plan de traitement et accompagnement à long terme

Les sevrages devraient toujours être accompagnés d'un accès immédiat à des interventions psychosociales ainsi qu'à une possibilité d'effectuer un séjour en hébergement. De plus, un sevrage d'opioïdes devrait être intégré dans un plan de traitement et d'accompagnement à long terme de la personne. Il serait donc

important de maintenir un lien avec la personne, même après la cessation de la molécule agoniste, et de ne pas retarder une reprise de la molécule lorsque nécessaire, puisque des allers-retours en traitement font partie de la réalité de plusieurs personnes.


 **De plus, le matériel essentiel de réduction des méfaits, plus particulièrement la distribution de la naloxone et l'enseignement de son utilisation, devrait être systématiquement remis à la personne et à son entourage étant donné le risque de surdose à la suite d'un sevrage.**

Le contexte de soins approprié

Le choix du contexte (interne ou externe) pour un sevrage devrait être fondé sur une évaluation spécialisée de la personne (santé physique et psychologique, situation psychosociale, risque de sevrage, nature de la consommation, préférence de la personne, environnement de la personne, peur de rechuter, etc.) (voir proposition 5^D). Un sevrage d'opioïdes ne devrait pas être directement associé à une prise en charge médicale à l'interne, mais pourrait être effectué tant à l'interne (centre hospitalier ou établissement ayant une mission CRD) qu'à l'externe (p. ex. milieu de vie, en ressource d'hébergement en dépendance, etc.). Les sevrages d'opioïdes effectués à l'externe présenteraient l'avantage de permettre une décroissance graduelle dans le cadre d'un protocole flexible et individualisé, ce qui offrirait la possibilité de multiplier les occasions de transfert vers un traitement de maintien, soit le traitement le plus sécuritaire. Quant à la prise en charge

des sevrages d'opioïdes dans les services internes, elle permettrait de garder les personnes en observation, de garantir une gestion plus soutenue des symptômes, d'offrir un environnement sans consommation, d'expérimenter une période de stabilisation avec un agoniste opioïde et d'offrir un ensemble de soins appropriés, selon les besoins de la personne.

Lorsqu'une personne amorce un traitement au moyen d'une molécule agoniste opioïde dans un service interne à la suite d'une demande de sevrage, le suivi et la réévaluation de son traitement pharmacologique, lorsque nécessaire, devraient impérativement être assurés jusqu'à ce que la personne soit mise en lien avec la meilleure équipe pour effectuer son suivi et répondre à ses besoins (voir proposition 8^D).

 **Il convient également de rappeler ici que le trouble lié à l'utilisation des opioïdes n'est pas un processus linéaire et qu'il constitue rarement une problématique circonscrite dans le temps. La demande de sevrage devrait donc constituer une porte d'entrée dans le RSSS et une occasion d'arrimer la personne aux ressources qui pourront l'accompagner à long terme.**

^D Se référer au [Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes \(TUO\)](#).