

Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Québec 

Le **Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)** est une production de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

DIRECTION – RESPONSABLES DU PROJET

Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur, École de travail social, UQAM
Marie-Ève Goyer, M.D. M. Sc., professeure adjointe de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

COORDINATION

Karine Hudon, B.A., chargée de projet, IUD

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Valérie Aubut, M. Sc., adjointe à la chargée de projet, IUD
Sarah Bell, B.T.S., professionnelle de recherche, IUD
Rosalie Genois, B. Sc., professionnelle de recherche, IUD
Yan Ferguson, M. Sc., professionnel de recherche, IUD
Shany Lavoie, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Yan McPhail, B. Sc., professionnel de recherche, IUD
Kettly Pinchinat Jean-Charles, Ph. D.(C) santé publique, professionnelle de recherche, IUD
Marie-Claude Plessis-Bélair, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Malaka Rached-D'Astous, M.A., professionnelle de recherche, IUD

RÉDACTION DU GUIDE

Sarah Bell, B.T.S., professionnelle de recherche, IUD
Yan Ferguson, M. Sc., professionnel de recherche, IUD
Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc., professeure adjointe de clinique, département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal
Karine Hudon, B.A., chargée de projet, IUD
Shany Lavoie, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Marie-Claude Plessis-Bélair, M.A., professionnelle de recherche, IUD

COLLABORATEURS

Marc-André Lavallée, M.D., consultant externe
Valérie Pelletier, B.T.S., collaboratrice à la recherche
Vincent Wagner, Ph. D., collaborateur à la recherche
Any Brouillette, Pht, M.A. bioéthique, conseillère en éthique, CIUSSS, Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Isabelle Fournier, B. Sc., DESS en éthique appliquée, conseillère en éthique, CIUSSS, Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

SOUTIEN ADMINISTRATIF

Marie-Josée Dion, technicienne en administration, IUD
Danielle Richer, technicienne en administration, IUD

COMITÉ CONSULTATIF DE PROJET :

La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : Documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dre Julie Bruneau, ICRAS-CHUM
Martin Camiré, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Dr Serge Dupont, Collège des médecins du Québec
Guylaine Dupuis, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Nathalie Gagné, CISSS l'Outaouais
Guy-Pierre Lévesque, Méta d'Âme
Vincent Marcoux, AQCID
Alexandre Ratté, AQCID
Dre Annie Talbot, ICRAS-CHUM
Kenneth Wong, Méta d'Âme

COMITÉ CONSULTATIF DE PROJET :

Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : Optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec

Geneviève Ashini, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dr Samuel Blain, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Christelle Dusablon-Pelletier, AQPSUD
Dr Olivier Farmer, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Annick Gill, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Dr Antoine Groulx, M. D., M. Sc., FCMF, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dre Shelley-Rose Hyppolite, Université Laval et DRSP de la Capitale-Nationale
Vanessa L. Constantineau, AQPSUD
Paul Morin, Université de Sherbrooke
Steve Richard, Regroupement des organismes communautaires québécois pour le travail de rue
Yves Séguin, CIPTO
Martin Tétreault, CISSS de la Montérégie-Ouest
Isabelle Têtu, Coopérative de solidarité SABSA

GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS DE PROJET :

Vers des meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : Optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec

Emilie Audet, CIUSSS de l'Estrie
Matthieu Davoine-Tousignant, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Amélie Desbiens-Tremblay, CIUSSS de l'Estrie
Mireille Forget, CISSS de la Montérégie-Ouest
Stéphanie Fouché-Laurent, Pharm. D
Lucie Hébert, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Francis Lacharité, Refuge La Piaule
Dre Andrée-Anne Moisan, M. D., CIUSSS de la Capitale-Nationale
Elaine Polfit, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Dre Annie-Claude Privé, M. D., CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Valérie Ramka, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Sophie Sanfaçon, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Félice Saulnier, Pharm. D
Simon Vermette, Coopérative de solidarité SABSA

CORRECTION LINGUISTIQUE

Stevenson - Maîtres traducteurs

MISE EN PAGE ET GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

Les responsables du projet remercient les 37 personnes utilisatrices d'opioïdes, les 26 intervenants communautaires, les 34 cliniciens et les 13 gestionnaires de différentes régions du Québec interviewées lors des collectes de données des deux projets de recherche puisqu'elles ont partagé leur expertise. Il faut également souligner la générosité des participants provenant de 16 régions différentes du Québec (11 médecins, 19 infirmières, 22 gestionnaires) lors de la journée provinciale du 29 mars 2019 : *État de situation sur la prise en charge médicale de la gestion du sevrage du T.U.O.*

FINANCEMENT

Les travaux ont été financés par l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada, dont les fonds sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

MISE EN GARDE

Le présent guide a été conçu au moyen d'une méthode transmise de manière transparente et décrite de façon détaillée à la section « Méthodologie » du document *La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des T.U.O. dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec* et *Vers des meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec*. Le contenu est fondé sur des données scientifiques, des guides cliniques, des entrevues effectuées dans différentes régions du Québec auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, des équipes cliniques, des gestionnaires et des groupes communautaires œuvrant auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes. Le contenu du guide est le résultat de travaux de réflexion réalisés auprès d'un groupe d'experts et de deux comités consultatifs composés de personnes ayant une expérience en T.U.O. Des vérifications auprès d'experts compétents ont été effectuées afin de s'assurer que le contenu du document soit le plus juste possible.

Toutefois, il est à noter que le guide n'est pas prescriptif et que les auteurs **ne peuvent être tenus responsables** de la pratique clinique des professionnels. Il est attendu que les cliniciens ont la responsabilité d'être qualifiés et formés adéquatement. Ils doivent offrir des soins et des services selon leur jugement clinique et dans le respect des normes professionnelles et du code de déontologie auxquels ils sont assujettis.

NOTES

Dans le présent document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. Par contre, le terme infirmière est utilisé par souci de cohérence avec les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
ISBN 978-2-550-86095-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-86096-9 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2022
ISSN 2816-2919 (PDF)

© Institut universitaire sur les dépendances, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition
que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document

*Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble
lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*. Guide rédigé par Goyer, M-E., Hudon, K. et al.
Montréal, QC : IUD; année 2020, 96 p.

Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)

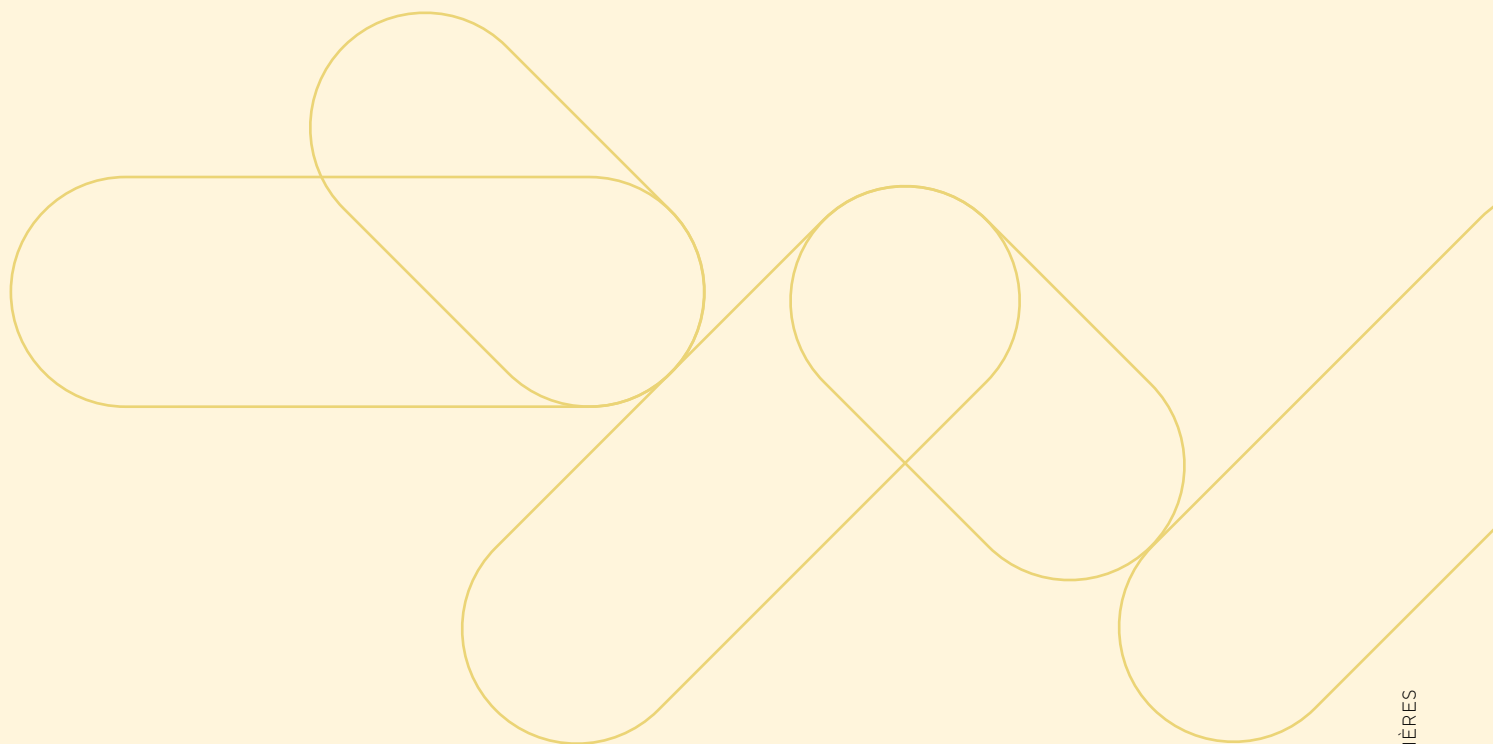
IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des sigles et acronymes</i>	8
<i>Liste des figures</i>	9
<i>Glossaire</i>	10
<i>Introduction</i>	16
<i>Principes et valeurs éthiques</i>	18
Résumé des 10 propositions	21
Proposition 1 – Ancrer la pratique auprès des personnes utilisatrices d’opioïdes dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique	24
Proposition 2 – Démocratiser l’accès au traitement du TUO	28
Proposition 3 – Assouplir le cadre réglementaire des ordres professionnels pour permettre la mise en place de modalités de traitement du TUO flexibles et adaptées	32
Proposition 4 – Accueillir la demande initiale de services et assurer la sécurité de la personne utilisatrice d’opioïdes	36
Proposition 5 – Effectuer une évaluation adaptée, débiter rapidement le TAO et choisir le meilleur contexte de soins	40
Proposition 6 – Favoriser des collaborations formelles avec les acteurs clés	44
Proposition 7 – Intégrer les demandes de sevrage d’opioïdes dans un plan de traitement et d’accompagnement à long terme de la personne	48
Proposition 8 – Offrir le suivi du traitement du TUO en continu et en fonction de la précarité de la situation de la personne	54
Proposition 9 – Promouvoir l’intervention par les pairs aidants au sein des équipes offrant le traitement du TUO	60
Proposition 10 – Soutenir la stabilité des équipes offrant le traitement du TUO	64
Résumé graphique des propositions	68
<i>Références sélectionnées</i>	70

ANNEXES	72
Annexe 1 : Demande d'adaptation du cadre réglementaire proposé pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO)	75
Annexe 2 : Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes	79
Annexe 3 : Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes	85
Annexe 4 : Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)	87
Annexe 5 : Conditions pour réduire les risques associés au sevrage	89
Annexe 6 : Résumé des données de la littérature sur les procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone	91



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
COWS	Abréviation de l'anglais: <i>Clinical Opiate Withdrawal Scale</i>
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
DSM	Abréviation de l'anglais : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GMF	Groupe de médecins de famille / Groupe de médecine familiale
ICRAS	Initiative canadienne de recherche en abus de substances
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NID-EM	Niveaux de désintoxication – Évaluation par les intervenants médicaux
NID-EP	Niveaux de désintoxication – Évaluation par les intervenants psychosociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PReP	Prophylaxie pré et post exposition au VIH
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TUO	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

LISTE DES FIGURES

Figure A : Matériel essentiel de réduction des méfaits	37
Figure B : Panier minimal de services pour les équipes offrant le traitement du TUO	55
Figure C : Niveau d'intégration des services	56
Figure D : Offre de services pour les équipes offrant le traitement du TUO pour les personnes en situation de précarité	57

GLOSSAIRE

Agonistes opioïdes

Toute substance qui, en se liant aux récepteurs opioïdes de type mu (μ) et en les activant, entraîne un soulagement des symptômes de sevrage et de l'état de manque chez les personnes atteintes de TUO. Ils soulagent aussi la douleur lorsqu'ils sont utilisés pour gérer les douleurs chroniques. Les agonistes opioïdes oraux utilisés pour traiter les TUO comprennent la méthadone, la buprénorphine et la morphine orale à libération lente.¹

Approche sensible aux traumatismes (*Trauma-informed care*)

Selon SAMHSA, « un programme, une organisation ou un système qui est *trauma-informed* : tient compte des répercussions généralisées des traumatismes et comprend les pistes potentielles pour le rétablissement; reconnaît les signes et les symptômes du traumatisme chez les clients, les familles, le personnel et autres personnes impliquées dans l'organisme; répond par l'intégration des connaissances sur le traumatisme dans les politiques, les procédures et les pratiques et cherche activement à éviter des pratiques qui peuvent causer un nouveau traumatisme chez une personne »². SAMHSA a déterminé 6 principes fondamentaux pour les pratiques sensibles aux traumatismes : 1) garantir un cadre physiquement et psychologiquement sécurisant; 2) promouvoir la transparence et l'honnêteté; 3) utiliser le soutien par les pairs; 4) établir des collaborations et de la réciprocité dans les relations; 5) se baser sur des pratiques qui favorisent l'autonomisation (*empowerment*) et l'autodétermination des personnes; 6) prendre en compte les spécificités de la personne (genre, culture, ethnicité, orientation sexuelle, etc.).

Bas seuil

L'expression bas seuil (*low threshold*) fait référence à la réduction des barrières et des critères relativement à l'accès auxquels un individu doit faire face afin d'accéder aux services de soins et pour en bénéficier en temps opportun^{3,4}.

Buprénorphine-naloxone

Une formulation de 4:1 de buprénorphine et de naloxone que l'on peut trouver au Canada en comprimés sublinguaux. La naloxone est un antagoniste opioïde à faible biodisponibilité lorsqu'elle est avalée ou prise sous la langue et elle est incluse pour décourager le détournement et les injections non médicales. Lorsque la buprénorphine-naloxone est prise directement sous la langue comme il est indiqué de le faire, la composante de naloxone a des effets négligeables, et l'effet thérapeutique de la buprénorphine prédomine. Cependant, si elle fait l'objet d'un détournement aux fins d'injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, une quantité suffisante de naloxone sera absorbée pour provoquer certains symptômes de sevrage chez les consommateurs d'opioïdes réguliers. La buprénorphine-naloxone est généralement prise une fois par jour, mais en raison de son profil d'innocuité favorable et de ses propriétés pharmacologiques, elle peut aussi être prescrite à des doses élevées en fonction d'un calendrier d'administration en alternance. Au Québec, tous les médecins peuvent prescrire la buprénorphine-naloxone. Il est recommandé de suivre la formation de l'Institut national de santé publique du Québec.¹

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

Échelle objective d'évaluation des symptômes de sevrage des opioïdes. Pointage : 5-12 = sevrage d'intensité faible; 13-24 = sevrage d'intensité modérée; 25-36 = sevrage modérément sévère; plus de 36 = sevrage sévère.⁵

Dose de stabilisation (ou dose de confort)

Dose d'agonistes opioïdes qui permet la disparition des symptômes de sevrage pendant 24 h.

Équipe de soins partenaire

Une équipe de soins qui mise sur la collaboration, la complémentarité et le partage des savoirs entre la personne en soins et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Cette relation favorise la co-construction et la mise en commun des savoirs afin de développer une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique et des solutions pouvant être envisagées.⁶

Hiérarchisation des soins en traitement du TUO (ou modèle des paliers/*stepped care*)

La hiérarchisation des soins, ou le modèle des paliers/*stepped care*, vise à adapter et à structurer l'intensité du traitement aux caractéristiques de la personne en traitement, évitant ainsi de diriger cette dernière au mauvais endroit et en utilisant au mieux les ressources disponibles⁷. « Le modèle des paliers [...] reprend la séparation entre les soins et services selon la gravité des concomitances, tout en les combinant avec d'autres aspects comme une intégration progressive des services et systèmes couplée à un engagement simultané ou séquentiel des paliers [Rush et Nadeau, 2012] »⁸.

Matériel essentiel de réduction des méfaits

Le matériel essentiel de réduction des méfaits comprend :

- La distribution de matériel de consommation (p. ex. seringue, garrots, pipe à crack, etc.) et de protection (p. ex. condoms, lubrifiant, etc.);
- La distribution et l'enseignement de l'utilisation de la naloxone à la personne et à son entourage;
- Une liste des ressources disponibles dans la communauté, dont les services d'injection supervisée lorsqu'existants.

Médicaments visant la gestion des symptômes de sevrage

Tout médicament qui peut être utilisé afin de réduire les symptômes du sevrage d'opioïdes, excluant les agonistes opioïdes (p. ex. benzodiazépines, anti-nauséux, anti-inflammatoires, relaxant musculaire, agoniste alpha₂-adrénergique, etc.).

Méthadone

Opioïde synthétique à effet prolongé qui agit comme un agoniste pur des récepteurs opioïdes de type mu (μ). Sa demi-vie est d'environ 24 à 36 heures, et elle est bien absorbée. Au Canada, elle est le plus souvent administrée comme une solution orale et généralement en une seule dose quotidienne. Les comprimés de méthadone sont également offerts dans des contextes limités (p. ex. pour les voyages ou en cas de douleur chronique). Au Canada, tous les médecins peuvent prescrire la méthadone, puisque depuis mai 2018, il n'est plus nécessaire d'obtenir une exemption de Santé Canada. Il revient désormais au médecin d'acquiescer les connaissances nécessaires s'il souhaite prescrire de la méthadone.^{1,9}

Modèle *One stop shop* (ou modèle intégré)

Proposer un large éventail d'interventions et de services au sein d'un même lieu^{10,11}.

Naloxone

La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.¹²

Opioïdes

Substances fréquemment prescrites pour soulager la douleur; elles se lient aux récepteurs opioïdes dans le cerveau et elles les activent pour diminuer la capacité de ressentir la douleur. Les opioïdes pris en fortes doses peuvent causer l'euphorie, la dysphorie et la dépression respiratoire. Les opioïdes peuvent être prescrits ou obtenus illégalement et se trouver sous forme synthétique (p. ex. le fentanyl, la méthadone), semi-synthétique (p. ex. l'héroïne, l'hydromorphone, l'oxycodone, la buprénorphine) et naturelle (p. ex. l'opium, la morphine, la codéine). Le terme « opiacé » signifie les composés dérivés naturellement du pavot. Selon le type d'opioïde, de formulation et les préférences personnelles, les opioïdes se consomment par ingestion, par inhalation, par voie transdermique, par la voie « sniffée », par voie intra-rectale, ou par injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.¹

Pairs aidants

Des personnes possédant un savoir expérientiel qui interviennent auprès d'individus ayant besoin d'aide et vivant une expérience semblable.¹³

Planification et accompagnement à long terme du traitement du TUO

L'équipe de soins partenaire planifie, en collaboration avec la personne, un traitement à long terme du TUO. Celui-ci peut comprendre un traitement pharmacologique, des évaluations et suivis par différents professionnels, des interventions psychosociales et peut être offert dans des services internes (en CRD ou en centre hospitalier) ou des services externes (p. ex. en ressources d'hébergement communautaire, en milieu de vie, etc.). Il s'agit ici de ne plus considérer le trouble lié à l'utilisation des opioïdes comme un processus linéaire ou une problématique circonscrite dans le temps, mais d'opter plutôt pour une vision à long terme.

Principe du *No wrong door* (ou toutes les portes d'entrée sont bonnes)

Principe visant à faciliter l'accès aux ressources dont une personne a besoin pour faire face aux problématiques qu'elle rencontre, et ce, peu importe à quel endroit elle s'adresse initialement. C'est donc dire que toutes les portes d'entrée sont bonnes et pertinentes pour accueillir une demande d'aide.¹⁴

Prise en charge médicale du sevrage

Emploi d'un traitement pharmacologique (p. ex. diminution des doses au moyen d'agonistes opioïdes ou d'agonistes α_2 -adrénergiques) pour atténuer les symptômes de sevrage et les effets indésirables qui y sont liés lorsqu'une personne cesse de consommer des opioïdes dans un but d'abstinence. Ce terme représente un éloignement volontaire des anciens termes « détox » et « désintoxication » pour parler d'un sevrage supervisé médicalement.

Diminution lente de la dose : Diminution progressive de la dose d'un traitement par agonistes opioïdes, habituellement dans un établissement ou en consultation externe au cours d'un mois ou plus.

Diminution rapide de la dose : Diminution progressive de la dose d'un traitement par agonistes opioïdes, habituellement dans un hôpital ou dans un établissement réservé à la prise en charge du sevrage au cours d'une semaine ou moins.¹

Prise en charge médicale du TUO

Désigne le volet médical de la prise en charge du TUO, qui comprend notamment le traitement pharmacologique, les évaluations de santé et du bien-être, le soutien et les conseils, l'évaluation de la motivation et des obstacles au changement, la création d'un plan de traitement, l'encouragement à adhérer à un traitement médicamenteux, l'optimisation des doses, le soutien pour suivre un traitement et éviter les rechutes ainsi que l'orientation vers les bons services sociaux et de santé.¹

Réduction des méfaits, philosophie et services

La réduction des méfaits désigne habituellement les politiques et programmes qui visent à diminuer les effets sociaux, économiques et pour la santé immédiats (p. ex. la transmission de maladies infectieuses, la mortalité en raison d'une surdose, l'activité criminelle) liés à la consommation de substances psychoactives, mais qui n'ont pas nécessairement pour objectif la diminution de la consommation de drogues ni l'abstinence¹⁵. Elle englobe une gamme de services, mais aussi divers principes regroupés ici sous le vocable philosophie de la réduction des méfaits.

La philosophie de la réduction des méfaits

La philosophie de la réduction des méfaits cherche à réduire et à prévenir les risques et les conséquences négatives associés à la consommation d'opioïdes et d'autres conduites à risques. Elle vise une amélioration de la qualité de vie des personnes en soins. Cette philosophie est mise en œuvre en offrant un accueil et une prise en charge basés sur le non-jugement, la souplesse, l'autonomisation (*empowerment*) et l'autodétermination des personnes. Cette philosophie influence fortement les valeurs et le savoir-être des intervenants ainsi que la manière de concevoir les services offerts. Une prise en charge fondée sur la réduction des méfaits implique un positionnement thérapeutique collaboratif ainsi que des conditions structurelles qui permettent une souplesse suffisante pour déployer les actions nécessaires. Les services en réduction des méfaits destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes ne peuvent être dissociés de la philosophie de la réduction des méfaits; cependant, ils ne devraient pas être considérés à tort comme des synonymes.

Les services en réduction des méfaits

Les exemples comprennent entre autres les programmes d'échange de matériel de consommation, les programmes de naloxone à emporter, les services d'injection supervisée, etc. Les services à offrir de façon systématique par les équipes proposant des TAO sont la distribution de matériel essentiel de réduction des méfaits (voir la définition de matériel essentiel de réduction des méfaits) et des activités de prévention et de promotion de la santé, y compris la formation aux pratiques de consommation à risque réduit et leur promotion. Cependant, il est important de souligner qu'il ne suffit pas de mettre en place des services en réduction des méfaits pour être en adéquation avec la philosophie qui y est associée.

Services de gestion du sevrage

Services internes ou externes qui offrent une prise en charge du sevrage, en réponse à une demande volontaire faite par une personne qui souhaite se sevrer d'une substance, dont les opioïdes.¹⁴

Sevrage

Le sevrage est le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme¹⁴. L'état du sevrage consiste en un ensemble de symptômes de sévérité variable qui se produit lors de la cessation ou la réduction de l'utilisation de substances psychoactives qui ont été consommées de manière répétitive habituellement sur une longue période de temps¹⁶.

Sevrage précipité

Symptômes de sevrage pouvant survenir lorsqu'un antagoniste opioïde ou un agoniste partiel, notamment la buprénorphine, est administré à un patient ayant récemment consommé un agoniste opioïde pur. En raison de la haute affinité de la buprénorphine et de sa faible activité intrinsèque auprès du récepteur de type mu (μ), l'agoniste partiel déloge les agonistes opioïdes purs des récepteurs mu (μ) sans activer le récepteur à une intensité équivalente, ce qui crée une diminution nette de l'effet. Le sevrage précipité est plus intense et il se déclenche beaucoup plus rapidement que le sevrage typique des opioïdes.¹

Télémédecine

L'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC). La notion de distance signifie ici que le médecin et le patient ne sont pas en présence l'un de l'autre. Cette définition inclut l'utilisation de la téléphonie mobile et d'Internet, mais exclut la télécopie. On comprendra que, selon la définition même, la communication postale ne fait pas partie de la télémédecine. La télémédecine comprend la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance.¹⁷

Traitement de maintien ou traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Médicaments agonistes opioïdes prescrits pour traiter un TUO. Dans le présent document, le TAO signifie les traitements de maintien à long terme (> 6 mois) au moyen d'un médicament agoniste opioïde dont l'utilisation pour traiter les TUO est bien documentée. Le TAO est le terme choisi : il représente un éloignement intentionnel par rapport aux termes *traitement de substitution aux opioïdes* (TSO), *traitement d'entretien aux opioïdes* (TEO) et *traitement de remplacement aux opioïdes* (TRO).¹ Le TAO est habituellement fourni en conjonction avec une consultation avec la personne, un suivi à long terme de la consommation de substances psychoactives, des soins primaires et préventifs exhaustifs et des orientations vers des services de traitement psychosocial, de soutien psychosocial et de soins spécialisés, au besoin.

Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

Consommation problématique d'opioïdes qui mène à de la détresse ou à une déficience importante sur le plan clinique et qui correspond aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles liés aux opiacés. Les TUO comprennent l'usage d'opioïdes synthétiques, semi-synthétiques ou naturels, qu'ils aient été prescrits ou obtenus de manière illicite.¹

Vision holistique

Cette vision implique de reconnaître la personne avant tout comme un être humain complexe, plutôt que de la réduire à sa consommation de substances psychoactives, à sa situation d'itinérance ou encore à ses problématiques de santé mentale^{11,18}. Autrement dit, il s'agit ici de s'appuyer sur une considération élargie de la personne, dans la complexité de ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

INTRODUCTION

Le présent document est le fruit des données recueillies dans le cadre de deux projets de recherche :

- *Vers des meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : Optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec*
- *La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : Documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services*

Cette démarche permet de formuler 10 propositions qui traitent de l'amélioration des pratiques liées à la prise en charge des personnes utilisatrices d'opioïdes, et plus particulièrement les pratiques liées au traitement du TUO au Québec.

En avant-propos, ce guide présente un chapitre sur les principes et valeurs qui sous-tendent les propositions. Ces éléments sont déterminants pour l'offre et pour le développement des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes. Par conséquent, il convient pour le lecteur d'apprécier les propositions à la lumière de ces principes et valeurs éthiques.

La nécessité de réduire la stigmatisation envers les personnes utilisatrices d'opioïdes, tant dans la communauté qu'au sein du réseau de la santé et des services sociaux, est au cœur de ces principes éthiques. En effet, les résultats des deux recherches menées soulignent l'importante influence des obstacles et de la stigmatisation relativement à l'accès et au parcours de soins des personnes utilisatrices d'opioïdes, dont celles en situation de précarité. L'objectif de ces propositions étant l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de ces personnes, il est primordial de tendre vers la disparition de la stigmatisation qu'elles subissent.

Les 10 propositions qui suivent sont élaborées dans l'objectif d'un continuum de services en adéquation avec les multiples réalités des personnes utilisatrices d'opioïdes. Elles permettront aux différents acteurs d'apporter des modifications dans la structuration des services afin d'appliquer les meilleures pratiques dans le domaine et d'assurer des services de qualité pour les personnes utilisatrices d'opioïdes. De même, les propositions visent une organisation fluide et individualisée de l'offre de services en TUO au Québec. Elles sont réfléchies de manière transversale et dans une vision large afin de permettre à chaque région de les appliquer en tenant compte de leurs caractéristiques propres et de leurs besoins populationnels spécifiques.

Chaque proposition est contextualisée et, par la suite, déclinée selon sa signification pour trois acteurs clés : 1) les équipes de soins partenaires; 2) les services de santé et les services sociaux; 3) les décideurs. Chacun des acteurs a un rôle précis à jouer dans l'amélioration des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes et il est essentiel que des changements s'opèrent à plusieurs niveaux afin de développer les meilleures pratiques sur l'ensemble du territoire.



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Cette appellation désigne l'équipe interdisciplinaire qui soutient de près la personne en traitement de son TUO, c'est-à-dire un médecin, une infirmière, un intervenant psychosocial, un pair aidant et un pharmacien communautaire. Les membres de l'équipe font partie du même service ou sont des collaborateurs grâce à des partenariats formels. En fonction de l'intensité du soutien requis et de la précarité de la situation de la personne, l'équipe peut être réduite ou augmentée.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Cette appellation désigne l'établissement qui offre des services de traitement du TUO, c'est-à-dire les gestionnaires des équipes de soins partenaires et la direction responsable de l'offre de services.



POUR LES DÉCIDEURS

Cette appellation désigne les personnes responsables de l'organisation des soins et des services au Québec, c'est-à-dire le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses différentes directions ainsi que ses partenaires interministériels. Les ordres professionnels de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire sont aussi inclus dans cette appellation.

PRINCIPES ET VALEURS ÉTHIQUES

par Any Brouillette et Isabelle Fournier

La justice, l'équité, la solidarité et la bienveillance sont les valeurs à la base des meilleures pratiques de prise en charge du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Dans le respect du principe éthique de vulnérabilité, elles sont également les conditions *sine qua non* qui permettront le respect de l'autonomie, de l'intégrité et de la dignité des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et, par conséquent, elles soutiennent chacune des propositions de ce guide.

La justice et l'équité

Indissociables, la justice et l'équité sont intimement liées et l'une ne peut être respectée sans l'autre. La justice s'intéresse à l'ensemble des individus touchés et précise l'obligation de répartir de manière équitable les ressources de même que les bienfaits de nos interventions en santé. Elle est intrinsèquement liée aux notions d'impartialité, d'équité et de non-discrimination en ce sens qu'elle exige une rectitude des rapports d'échange entre individus ou groupes, et donc de « rendre à chacun son dû »¹⁹.

Tournée vers le souci de l'individu, l'équité, quant à elle, se concentre sur les circonstances particulières et l'esprit de la loi. Elle cherche à corriger ce que la loi peut engendrer d'injustices concrètes¹⁹ afin de déterminer ce qui convient aux cas particuliers et ainsi assurer l'égalité des chances au bout du compte. Son but n'est pas d'éliminer les inégalités naturelles et la différence entre les humains, mais de corriger les injustices produites et exacerbées par les mécanismes sociaux, culturels et politiques. En adaptant la réponse avec souplesse et à la hauteur requise pour chacun, l'équité contribue à remédier aux inégalités sociales²⁰. L'égalité visée n'est pas dans l'offre, mais plutôt dans le résultat final escompté.

Dans le domaine de la santé²¹, l'équité et la justice font référence à notre responsabilité collective et sollicitent notre solidarité afin d'assurer une répartition juste entre les individus. L'équité permet de tendre vers un idéal plus égalitaire dans le respect de la justice et de la solidarité. Elle appelle à l'acceptation et à l'absence de jugement.

Intégrité et dignité

La dignité désigne la grandeur, et donc le droit au respect, de « tout homme » et de « toute femme », du simple fait d'être humain et d'appartenir à « l'humanité », cet ensemble tissé de multiples liens¹⁹. La dignité humaine implique qu'une personne puisse ressentir du respect, de l'estime de soi et un sentiment de prise en main personnelle²², ce qui lui permet de défendre son intégrité.

Éthiquement parlant, l'intégrité se définit comme une intégration cohérente des aspects d'une personne, y compris ses émotions, ses aspirations, ses savoirs et la compréhension qu'elle a de sa vie. C'est la cohabitation de ces éléments qui permet à la personne d'être fidèle à ses valeurs morales et de les défendre lorsqu'elles sont menacées. Une réelle autonomie est difficilement atteignable sans un minimum d'intégrité et de dignité.

Solidarité

La solidarité « résulte d'une réflexion adéquate sur ce que demande la justice sociale »²³. Dans son désir de promotion d'une vie meilleure pour tous, la solidarité s'en tient à des paramètres acceptables et raisonnables permettant à chacun d'y participer et qui ne tiennent ni du bien ni du mal. En ce sens, la société témoigne sa solidarité en luttant contre ce qui lui paraît inique ou qui est vécu comme une injustice par des gens inconnus ou qui ne font pas nécessairement partie de l'entourage immédiat. La force d'une société repose sur l'effort collectif visant le respect égal accordé par et à ses membres, mais aussi sur leur compréhension que la liberté individuelle, l'autonomie, la sécurité et le bien-être de chacun en dépend. L'interdépendance donne au groupe le pouvoir de changer les choses, de transformer son monde grâce à la capacité à interagir dans un but commun. La solidarité défend aussi l'importance des valeurs exprimées et des obligations mutuelles implicites requises par une société décente²⁴.

La solidarité est intimement liée au devoir de non-abandon²⁵, c'est-à-dire qu'elle pousse à la recherche de repères afin de résister à l'indifférence. Dans cette perspective, la responsabilité première de soignant se manifeste dans la solidarité témoignée au moment de la plus grande solitude d'autrui.

Autonomie

L'autonomie désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. Pour ce faire, elle implique une double capacité²⁶, soit celle d'avoir des désirs, mais aussi celle de les reconnaître et de savoir évaluer et organiser ses priorités. Il est évident qu'aucune autonomie réelle n'est possible sans des conditions minimales permettant le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne et un minimum de solidarité humaine qui permet certains choix. Respecter l'autonomie d'autrui consiste non seulement à faire appel à son autodétermination, mais aussi à l'aider à aller au bout de lui-même et ainsi l'encourager à découvrir et à choisir ce qui va dans le sens du respect de sa dignité. En aucun cas il ne s'agit d'un laisser-faire ou d'un laisser-aller, mais plutôt de la mise en place par les soignants de conditions d'un processus décisionnel en continu permettant l'obtention d'un consentement libre et éclairé en tout temps. En adaptant les services et les modalités du soin, les intervenants répondent aux exigences liées à cette responsabilité et aident la personne à s'assumer dans ce qu'elle est ou souhaite être. Ils sont plus à même de respecter les choix de la personne utilisatrice d'opioïdes, même lorsque la décision leur semble mauvaise.

Bienveillance et humilité du soignant ^{1, 9, 10}

La bienveillance est désintéressée et oriente nos actions dans une optique de bienfaisance. Elle évoque l'attention personnelle, le souci, l'empathie et trouve la réponse pertinente à l'action dans son association avec la sollicitude en s'attardant au concret de la situation, à sa dimension relationnelle, à la totalité de la personne en besoin de soins; elle tente de la retrouver dans sa souffrance, sa détresse, sa solitude. La combinaison de ces deux valeurs permet de déterminer les comportements justes et appropriés dans les situations où l'application de la règle entre en conflit avec le respect des personnes. Elles s'harmonisent ainsi à la notion d'équité en rappelant que c'est l'intérêt de l'utilisateur qui motive nos comportements bienveillants à son égard. L'humilité du soignant vient contrebalancer les risques de paternalisme associés à ces valeurs. Lorsque le soignant partage son expertise avec l'utilisateur dans une approche pragmatique et humaine, il reconnaît que la personne utilisatrice d'opioïdes est l'experte de sa situation.

Le principe éthique de vulnérabilité

Le principe éthique de vulnérabilité²⁹ prône le respect, le souci et l'assistance à autrui et appelle à voir la protection de la vie d'une manière qui va au-delà de la simple protection de l'autonomie. La vulnérabilité³⁰ pose un risque pour la personne en étouffant sa possibilité de développer une conscience de soi. La vulnérabilité se manifeste par la difficulté à se raconter, par l'impuissance à donner une cohérence à sa vie au moyen du récit. Le libre arbitre et la capacité décisionnelle de la personne sont alors menacés puisque la capacité d'une personne à prendre des décisions profitables pour sa santé et sa vie repose sur cette connaissance d'elle-même, de ses buts et de ce qu'elle veut défendre. Le principe du consentement libre et éclairé est un des moyens permettant de contrecarrer la vulnérabilité en santé.

Dans la prise en charge du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, la personne en traitement et le soignant sont tous deux traversés par cette vulnérabilité alors que la trajectoire de soins est rarement rectiligne et que chacun doit reconnaître que de recommencer plus d'une fois n'est pas un échec. Le principe éthique de vulnérabilité rappelle qu'il s'agit d'une dimension inévitable de la vie des individus et des relations entre humains. Tenir compte de la vulnérabilité, c'est accepter que chacun puisse un jour ne pas avoir suffisamment de moyens ou de capacité pour se protéger et préserver sa santé et son bien-être.



RÉSUMÉ DES 10 PROPOSITIONS



1

Proposition 1 – Ancrer la pratique auprès des personnes utilisatrices d’opioïdes dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique

Les personnes utilisatrices d’opioïdes sont accueillies avec respect et considération et des efforts sont constamment déployés afin de diminuer la stigmatisation dont elles font l’objet. La philosophie de la réduction des méfaits guide les interventions qui visent l’amélioration de la qualité de vie des personnes sans que l’abstinence soit un objectif absolu. Les personnes utilisatrices d’opioïdes sont perçues dans une vision holistique et les services sont adaptés en fonction de leurs besoins.

2

Proposition 2 – Démocratiser l’accès au traitement du TUO

Les personnes utilisatrices d’opioïdes ont facilement accès au traitement du TUO à proximité de leur domicile. Les obstacles à l’accès et à la rétention au traitement sont réduits au minimum. L’ensemble des équipes du Québec offrant le traitement du TUO vise à le rendre flexible et individualisé. Les molécules agonistes opioïdes sont initiées à divers endroits, dont les services spécialisés, mais aussi les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les GMF.

3

Proposition 3 – Assouplir le cadre réglementaire des ordres professionnels pour permettre la mise en place de modalités de traitement du TUO flexibles et adaptées

Chaque personne utilisatrice d’opioïdes bénéficie de modalités de traitement flexibles et adaptées à sa situation individuelle. Cette flexibilité et cette adaptabilité impliquent un assouplissement du cadre réglementaire entourant le traitement du TUO. L’objectif ultime de cet assouplissement est d’encourager le maximum de personnes ayant un TUO à commencer et à poursuivre un traitement ainsi que de soutenir les équipes cliniques dans la personnalisation des services.

4

Proposition 4 – Accueillir la demande initiale de services et assurer la sécurité de la personne utilisatrice d’opioïdes

La demande initiale de services effectuée par une personne utilisatrice d’opioïdes, peu importe l’endroit où elle est reçue dans le réseau de la santé et des services sociaux, est acheminée directement et rapidement à une équipe qui offre le traitement du TUO. Cette dernière procède à son évaluation spécialisée. Dès la demande initiale, la personne se voit systématiquement remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits, dont la naloxone.

5

Proposition 5 – Effectuer une évaluation adaptée, débiter rapidement le TAO et choisir le meilleur contexte de soins

Les personnes utilisatrices d’opioïdes sont évaluées directement par une équipe qui offre le traitement du TUO. Cette évaluation initiale est rapide, adaptée et mène à l’amorce d’un TAO dans les plus courts délais. Elle permet l’orientation de la personne vers des services internes ou externes en début comme en cours de traitement.

Proposition 6 – Favoriser des collaborations formelles avec les acteurs clés

Des collaborations formelles sont établies avec les principaux partenaires institutionnels et communautaires de la région, ce qui permet d’offrir un soutien optimal à la personne en traitement du TUO. Ces collaborations facilitent l’accès aux services et favorisent la continuité des soins.

Proposition 7 – Intégrer les demandes de sevrage d’opioïdes dans un plan de traitement et d’accompagnement à long terme de la personne

Il convient d’éviter le sevrage d’opioïdes chez une personne ayant un TUO. Dans cette optique, lors d’une demande de sevrage, l’équipe de soins entame une discussion complète avec la personne et l’informe que le sevrage d’opioïdes est fortement déconseillé en raison des risques qui y sont associés. Si la personne souhaite tout de même entamer un sevrage d’opioïdes malgré les contre-indications, l’équipe de soins met en place les conditions pour en réduire les risques et favoriser un transfert en tout temps et sans délai vers un traitement de maintien. La demande de sevrage doit constituer une porte d’entrée dans le RSSS et une occasion de permettre à la personne d’accéder aux ressources qui pourront l’accompagner à long terme.

Proposition 8 – Offrir le suivi du traitement du TUO en continu et en fonction de la précarité de la situation de la personne

Un panier minimal de services est offert par l’ensemble des équipes effectuant le suivi de toute personne en traitement du TUO. Ces services sont offerts de façon continue et permettent la reprise rapide du traitement chez une personne qui aurait cessé son TAO. La hiérarchisation des soins en traitement du TUO tient compte de la précarité de la situation de la personne pour établir l’intensité du soutien qu’elle requiert. Cette façon de faire implique que les personnes en situation de précarité aient accès à un soutien intensif et à une offre de services élargie intégrée au sein d’un même établissement, autant que possible (*one stop shop*).

Proposition 9 – Promouvoir l’intervention par les pairs aidants au sein des équipes offrant le traitement du TUO

Des personnes possédant un savoir expérientiel (pairs aidants) sont intégrées et interviennent au sein d’équipes offrant le traitement du TUO. L’ajout de pairs aidants dans les services destinés aux personnes en situation de précarité est à privilégier. Ces professionnels font partie intégrante des équipes de soins interdisciplinaires et travaillent en complémentarité avec les autres membres de ces équipes.

Proposition 10 – Soutenir la stabilité des équipes offrant le traitement du TUO

Pour offrir des services de qualité aux personnes utilisatrices d’opioïdes, les équipes offrant le traitement du TUO ont accès à de la formation, à un guide et à des outils cliniques à jour. Un programme de mentorat québécois en TUO, des réunions d’équipes interdisciplinaires ainsi que des espaces de soutien clinique sont mis en place et formalisés.



PROPOSITION

1

Ancrer la pratique auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique

Les personnes utilisatrices d'opioïdes sont accueillies avec respect et considération et des efforts sont constamment déployés afin de diminuer la stigmatisation dont elles font l'objet. La philosophie de la réduction des méfaits guide les interventions qui visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes sans que l'abstinence soit un objectif absolu. Les personnes utilisatrices d'opioïdes sont perçues dans une vision holistique et les services sont adaptés en fonction de leurs besoins.

CONTEXTE

L'ensemble des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes devrait s'intégrer dans la philosophie de la réduction des méfaits, c'est-à-dire viser à réduire et à prévenir les risques et les conséquences indésirables associés aux conduites à risque, sans que l'abstinence représente pour autant un objectif final et absolu³¹. Il s'agit ainsi d'améliorer la qualité de vie des personnes, tout en respectant leurs choix individuels.

Les personnes utilisatrices d'opioïdes étant fréquemment victimes de stigmatisation et de discrimination, les valeurs humanistes de la réduction des méfaits rappellent la nécessité de viser d'abord et avant tout l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Le savoir-être des professionnels devrait constituer une compétence incontournable au travail auprès de ces personnes, afin de proposer un environnement thérapeutique et physique calme, authentique, sans jugement et qui favorise le soutien. La personne devrait se sentir en confiance et acceptée, peu importe la situation ou l'état dans lequel elle se présente.

Les services offerts à la personne utilisatrice d'opioïdes devraient être proposés selon une vision holistique et une pleine considération de ses difficultés, ses ressources et ses besoins, mais aussi de ses forces et ses aspirations. La personne est reconnue avant tout comme un être humain complexe plutôt que comme quelqu'un qui se réduit à sa consommation de substances psychoactives. Ses multiples facettes sont prises en compte, qu'elles soient physiques, mentales, émotionnelles, spirituelles ou culturelles. De même, les services doivent être adaptés en fonction de ses diverses caractéristiques telles le genre, l'orientation sexuelle, la parentalité, le vieillissement, l'appartenance culturelle ou spirituelle. Finalement, des approches sensibles aux traumatismes (*trauma-informed care*) doivent être développées afin d'offrir des services reconnaissant le besoin de la personne de se sentir physiquement et émotionnellement en sécurité et de pouvoir choisir et contrôler son traitement³².

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Il apparaît essentiel d'offrir en tout temps un accueil chaleureux, respectueux, empreint de sensibilité et exempt de stigmatisation à la personne utilisatrice d'opioïdes. Cet accueil humaniste doit débuter dès la première rencontre et se poursuivre à toutes les occasions au cours du traitement pour favoriser l'établissement de l'alliance thérapeutique. Afin de respecter une vision où l'équipe est partenaire de la personne, assurez-vous de bien connaître ses volontés concernant son traitement

et de l'accompagner dans l'atteinte de ses objectifs, qu'ils comprennent l'abstinence ou non. En tout temps, la personne devrait pouvoir se sentir physiquement et émotionnellement en sécurité au sein de son équipe et pouvoir choisir et contrôler son traitement. Évaluez les dimensions physiques, mentales, émotionnelles, spirituelles et culturelles de la personne et tentez d'adapter autant que possible le plan de traitement, ainsi que les lieux physiques, à ses besoins.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Les établissements devraient veiller à ce que les équipes qui travaillent auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes respectent les principes et valeurs de la philosophie de réduction des méfaits et de la vision holistique. Pour ce faire, ces établissements doivent mettre à la disposition des équipes les outils permettant l'implantation et l'opérationnalisation concrète de la philosophie de la réduction des méfaits et de la vision holistique. Ces outils consisteraient d'abord en de la formation avec une attention particulière au savoir-être, mais pourraient aussi prendre la forme de moments de concertation et de soutien clinique pour les équipes (voir [proposition 10](#)). Les formations ne doivent pas viser uniquement des connaissances

théoriques, mais également les enjeux d'application au quotidien de la philosophie de la réduction des méfaits et de la vision holistique. Une attention spéciale doit être portée à l'aménagement physique des lieux afin que les personnes s'y sentent les bienvenues.

Les critères d'embauche du personnel des services de traitement du TUO doivent également être établis en fonction des valeurs mises de l'avant par la philosophie de la réduction des méfaits et la vision holistique. Ces critères doivent prendre en compte la capacité des professionnels à travailler dans une optique d'équipe partenaire et à prendre la personne dans sa globalité.



POUR LES DÉCIDEURS

Pour favoriser le développement de services de traitement du TUO s'inscrivant dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique de la personne, il apparaîtrait pertinent de procéder à une mise à jour des différents documents encadrant ces services (p. ex. le cadre réglementaire des ordres professionnels, le guide clinique en TUO et le cadre de référence ministériel). Ces mises à jour permettraient d'offrir des pistes concrètes aux équipes en proposant des balises claires sur la manière de mettre en application les principes de la réduction des méfaits et de la vision holistique.

De la même manière, une réflexion s'impose quant à l'intégration de la réduction des méfaits, de la vision holistique

et du savoir-être qui en découlent et à la formation initiale et continue des différents professionnels qui travaillent auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes. Également, la création et l'animation d'espaces permettant le dialogue et le partage d'expériences dans les différentes régions du Québec soutiendraient l'opérationnalisation de ces savoirs (voir [proposition 10](#)).

Finalement, les indicateurs de performance doivent être déterminés de façon à prendre en compte la complexité et le temps nécessaires à l'application de la vision holistique et à l'établissement de l'alliance thérapeutique avec des personnes utilisatrices d'opioïdes, particulièrement celles en situation de précarité.

L'application de la proposition 1 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Les services qui me sont offerts s'harmonisent avec mes objectifs, ma réalité et mes préférences et visent l'amélioration de ma qualité de vie.

L'abstinence n'est pas un objectif obligatoire de mon traitement, à moins que je le souhaite.

On m'accueille avec respect et sans jugement, peu importe l'endroit où je vais chercher des services.

Je me sens physiquement et émotionnellement en sécurité au sein de mon équipe et je sens que mes choix sont pris en compte.

Mon accompagnement tient compte des multiples facettes de ma personne.

Mes forces, mes aspirations, mes difficultés et mes besoins sont au cœur de mes interactions avec mon équipe partenaire.



PROPOSITION

2

Démocratiser l'accès
au traitement du TUO

Les personnes utilisatrices d'opioïdes ont facilement accès au traitement du TUO à proximité de leur domicile. Les obstacles à l'accès et à la rétention au traitement sont réduits au minimum. L'ensemble des équipes du Québec offrant le traitement du TUO vise à le rendre flexible et individualisé. Les molécules agonistes opioïdes sont initiées à divers endroits, dont les services spécialisés, mais aussi les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les GMF.

CONTEXTE

Pour limiter les obstacles à l'accès et à la rétention au traitement du TUO, il importe de toujours adapter les services aux personnes et non l'inverse. La différenciation entre les services dits à bas seuil et ceux dits réguliers destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes ne devrait plus être systématiquement effectuée dans les services en dépendances au Québec. Le terme bas seuil est perçu comme stigmatisant et infantilisant par les personnes qui ont recours à ce type de service. En ce sens, ce terme, fréquemment utilisé pour désigner une organisation de services adaptés, flexibles et individualisés aux besoins de la personne, devrait être délaissé afin que l'ensemble des équipes de traitement du TUO au Québec intègre ces caractéristiques. Par la suite, le panier de services et l'intensité du soutien offerts devraient être modulés en fonction de la précarité de la situation de la personne (voir [proposition 8](#)).

En effet, l'ensemble des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes devrait viser à réduire au minimum les obstacles à l'accès, être adaptés à la réalité des personnes et être offerts de façon chaleureuse, flexible et non stigmatisante (voir [proposition 1](#)). Les obstacles dont il faut tenir compte sont tant organisationnels, géographiques et administratifs que relationnels. Par exemple, tous les services en TUO devraient tenter de limiter les critères d'admission et d'expulsion ainsi que les délais d'attente.

Les obstacles géographiques devraient également être limités le plus possible. À cet égard, l'accès à des services

en lien avec le TUO devrait être possible à proximité du milieu de vie des personnes désirant obtenir un traitement. Dans les cas où des services ne pourraient être offerts sur l'ensemble du territoire, des modalités de soins à distance, comme la télémédecine, devraient être mises en place. De plus, des services de proximité (*outreach*) devraient être instaurés pour les personnes plus isolées ou éprouvant des difficultés à aller vers les établissements de soins. De plus, la personne devrait pouvoir avoir accès, à proximité de son lieu de résidence, à une pharmacie où elle peut se procurer les molécules agonistes opioïdes. À cet égard, ces molécules devraient être offertes dans l'ensemble des pharmacies communautaires du Québec, au même titre que la majorité des médicaments visant des traitements à long terme.

Toutes les occasions d'amorcer un TAO devraient être saisies par l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, tous les CRD du Québec devraient avoir la capacité d'amorcer et de suivre un TAO. De plus, certains milieux devraient prioritairement être formés et outillés pour amorcer le TAO, tels que les urgences^A, les services psychiatriques, les centres de détention et les groupes de médecine familiale. Une initiation rapide permettrait de limiter l'évolution des problématiques liées au TUO, dont les surdoses, et d'éviter la précarisation de la situation de la personne en demande de soins. Une fois le TAO amorcé, la personne devrait être suivie à long terme par une équipe en mesure de lui prodiguer des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir [proposition 8](#)).

A Voir résultats du projet *SuboxED* : Étude rétrospective sur dossier : évaluation de l'implantation de la dispensation de la naloxone et de la prescription Buprénorphine-Naloxone dans 3 départements d'urgence du Québec et questionnaires de satisfaction. Rapport au MSSS le 31 mars 2020.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

La pratique auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes devrait être flexible, chaleureuse et non stigmatisante de façon à permettre d'adapter les soins à sa réalité et non l'inverse. Dans le cadre de la pratique, il y a lieu de s'efforcer à comprendre et à limiter les obstacles à l'accès et à la rétention au traitement auxquels une personne utilisatrice d'opioïdes pourrait faire face.

Chez une personne utilisatrice d'opioïdes qui en émet le souhait et qui répond aux critères pour un TAO, veillez à saisir toutes les occasions d'amorcer rapidement le traitement au moyen de la molécule et transférez ensuite la personne vers l'endroit le plus adapté pour son suivi si vous n'êtes pas en mesure de l'effectuer. Il serait également important de mettre en place des façons d'aller vers les clientèles les plus vulnérables (*outreach*).



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Des services en TUO devraient être plus largement mis en place de façon à les rendre accessibles peu importe le lieu où réside la personne utilisatrice d'opioïdes. Il conviendrait notamment d'établir et d'entretenir des liens formels entre les équipes qui offrent le suivi du traitement du TUO et les équipes susceptibles d'amorcer un TAO, tels que les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les groupes de médecine familiale. Ces collaborations régionales permettraient d'offrir à chaque personne des services adaptés à l'intensité du soutien nécessaire à la réussite de son traitement. De plus, l'amorce rapide du TAO permettrait de limiter l'évolution des problématiques liées au TUO, dont les surdoses, tout en offrant des services à la personne utilisatrice d'opioïdes avant que sa situation ne se dégrade et ne se précarise.

Une réflexion quant à l'utilisation des technologies de l'information, notamment la télémédecine, devrait avoir lieu afin de permettre un accès aux services en TUO aux personnes vivant en régions éloignées ou dans le cas d'un manque de services sur un territoire donné. Des services de proximité (*outreach*) devraient également être mis en place afin de susciter l'intérêt des personnes les plus isolées ou éprouvant des difficultés à aller vers les établissements de soins et de leur donner accès au traitement.

Une évaluation locale des obstacles à l'accès et à la rétention au traitement devrait avoir lieu et être effectuée de façon périodique afin de s'assurer de l'harmonisation de l'organisation de services avec les besoins des personnes.



Afin de permettre une amorce rapide du TAO à la suite d'une demande, des ressources devraient être déployées de façon à augmenter le nombre de professionnels qualifiés en TUO, particulièrement en ce qui a trait au nombre de médecins prescripteurs. De même, des efforts devraient être consentis pour la promotion de l'amorce du TAO dans différents milieux de pratique, notamment dans les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les groupes de médecine familiale. De cette façon, on favoriserait l'accueil des demandes de soins et assurerait l'amorce et le suivi des traitements à différents endroits du réseau de la santé et des services sociaux. Afin de répondre de façon adéquate et efficiente aux différents besoins et objectifs des personnes utilisatrices d'opioïdes, il serait pertinent de réfléchir à l'établissement d'une hiérarchisation des soins en traitement du TUO qui permettrait d'offrir différentes intensités de soutien et de services en précisant le rôle des différents acteurs.

Des ressources devraient également être accordées afin de répertorier et d'élargir le réseau de pharmacies communautaires partenaires dans le cadre du TAO

de façon à permettre aux personnes en traitement d'effectuer leur suivi à proximité de leur milieu de vie. Des mesures devraient être mises en place, notamment de la formation et du soutien, pour que les différentes molécules disponibles pour le TAO au Québec soient offertes dans l'ensemble des pharmacies communautaires; ainsi, la personne en traitement, peu importe la région, aura un véritable choix.

Finalement, afin de garantir une couverture d'accès équitable aux services de traitement du TUO, l'exploration et l'établissement de diverses modalités de prestations de services misant sur les technologies de l'information, notamment la télémédecine, devraient être envisagées dans les régions qui ne disposent pas de personnel qualifié et où le territoire est vaste et moins bien desservi en matière de traitement du TUO.

L'application de la proposition 2 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Les services sont adaptés à mes besoins et à mes caractéristiques et non l'inverse.

Ces services sont offerts près de chez moi, y compris la pharmacie dans laquelle j'obtiens mon TAO.

Je peux commencer rapidement un traitement dans différents milieux. Ensuite, mon traitement de maintien est soutenu par l'équipe la plus adaptée à mes besoins.



PROPOSITION

3

Assouplir le cadre réglementaire
des ordres professionnels pour permettre
la mise en place de modalités
de traitement du TUO
flexibles et adaptées

Chaque personne utilisatrice d'opioïdes bénéficie de modalités de traitement flexibles et adaptées à sa situation individuelle. Cette flexibilité et cette adaptabilité impliquent un assouplissement du cadre réglementaire entourant le traitement du TUO. L'objectif ultime de cet assouplissement est d'encourager le maximum de personnes ayant un TUO à commencer et à poursuivre un traitement ainsi que de soutenir les équipes cliniques dans la personnalisation des services.

CONTEXTE

Traditionnellement, au Québec, le Collège des médecins (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens (OPQ) produisaient les lignes directrices qui encadraient non seulement la pratique clinique, mais aussi les normes professionnelles et les aspects juridiques de la pratique en matière de TAO. Les dernières lignes directrices, intitulées^B *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*, ont été rédigées en 1999 et modifiées en 2004^C, et les lignes directrices *La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes* ont quant à elles été publiées en 2009^D. À l'été 2019, le CMQ, l'OPQ et l'OIIQ ont présenté une version préliminaire de nouvelles lignes directrices à paraître portant sur le contexte réglementaire et les règles déontologiques (désigné ici sous le vocable cadre réglementaire) découlant de la pratique professionnelle au Québec en lien avec le traitement des personnes ayant un TUO. Ces nouvelles lignes directrices ne touchent désormais plus le volet clinique de la pratique.

La mise à jour de ce cadre réglementaire devrait être basée sur la philosophie de la réduction des méfaits et sur une vision holistique de la personne (voir proposition 1). Ce cadre réglementaire devrait permettre une certaine souplesse dans l'approche professionnelle permettant l'adaptabilité, la flexibilité et la personnalisation des traitements de façon à viser l'accès et la rétention au traitement (voir proposition 2). Ainsi, le jugement clinique devrait avoir préséance sur des normes professionnelles

appliquées de façon unilatérale. Les équipes devraient être invitées à adopter une approche où les risques et les bienfaits pour la personne en traitement sont constamment évalués et où la sécurité de celle-ci et d'autrui est au cœur des interventions. Un guide clinique à jour devrait accompagner la parution du cadre réglementaire afin de soutenir concrètement les professionnels et de s'assurer que leurs interventions et leurs interprétations du cadre réglementaire sont fondées sur les données les plus à jour. Plus particulièrement, le contrat thérapeutique, l'utilisation des tests urinaires, l'octroi de doses non supervisées et le rôle du pharmacien devraient être assouplis et réactualisés selon les données scientifiques et les guides cliniques les plus à jour (voir annexe 1).

B http://www.opq.org/doc/media/813_38_fr-ca_0_id_methadone.pdf

C http://www.opq.org/doc/media/811_38_fr-ca_0_id_methadone_modif.pdf

D http://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_id_buprenorphone.pdf

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Afin d'offrir des soins individualisés et adaptés à la réalité des personnes, il serait important que vous puissiez bénéficier d'outils à jour qui mettent de l'avant votre jugement clinique, tels qu'un cadre réglementaire des ordres professionnels assoupli et un guide clinique à jour. Au-delà du respect des normes de pratiques édictées

dans le cadre réglementaire des ordres professionnels, le jugement clinique et la sécurité de la personne et de son entourage devraient guider vos interventions. Ainsi, une approche risquée et bienfaite devrait être adoptée et constamment réévaluée dans la prise de vos décisions cliniques.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le travail des professionnels des équipes de soins partenaires est balisé par le cadre réglementaire des ordres professionnels. Ces équipes devraient donc être en mesure de le connaître et de le maîtriser, mais aussi de le mettre en œuvre de façon adaptée et flexible. À cet égard, l'offre de formation continue et les espaces de

soutien clinique permettront de favoriser l'application du jugement clinique dans une optique d'individualisation du traitement (voir [proposition 10](#)).



POUR LES DÉCIDEURS

Le cadre réglementaire des ordres professionnels provinciaux devrait être assoupli afin de rendre le traitement du TAO attrayant et ainsi favoriser l'accès et la rétention au TAO tout en visant la sécurité des personnes et de leur entourage. Le cadre réglementaire devrait être accompagné d'un guide clinique à jour visant à soutenir une approche basée sur le jugement

clinique des équipes. Le cadre réglementaire devrait notamment revoir le contrat thérapeutique, l'utilisation des tests urinaires, l'octroi de doses non supervisées et la surveillance de la prise du TAO par le pharmacien, qui sont jugés contraignants par les personnes en traitement diminuant ainsi l'accès et la rétention au TAO de ces dernières (voir [annexe 1](#)).

L'application de la proposition 3 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Mon équipe de soins m'offre un traitement adapté, flexible et individualisé
pour me permettre d'atteindre mes objectifs tout en assurant
ma sécurité et celle de mon entourage.



PROPOSITION

4

Accueillir la demande initiale
de services et assurer la sécurité
de la personne utilisatrice
d'opioïdes

La demande initiale de services effectuée par une personne utilisatrice d'opioïdes, peu importe l'endroit où elle est reçue dans le réseau de la santé et des services sociaux, est acheminée directement et rapidement à une équipe qui offre le traitement du TUO. Cette dernière procède à son évaluation spécialisée. Dès la demande initiale, la personne se voit systématiquement remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits, dont la naloxone.

CONTEXTE

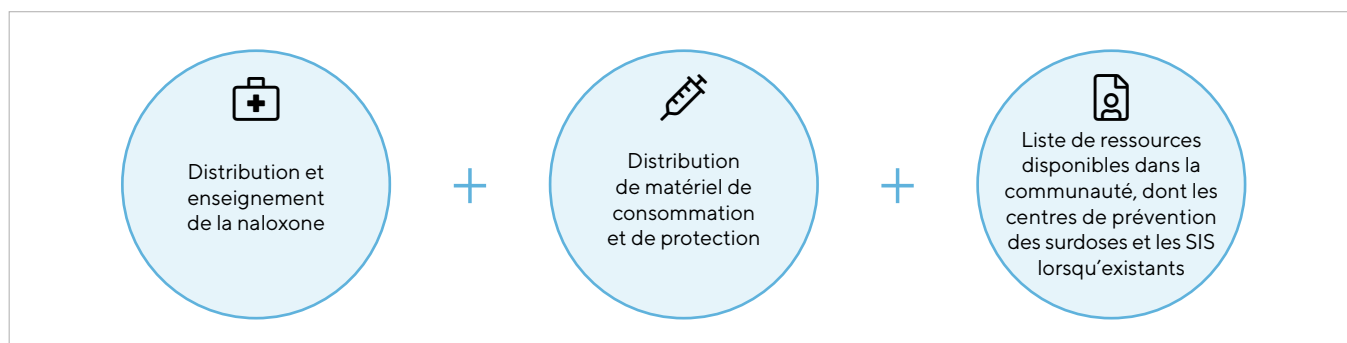
Il existe actuellement au Québec un enjeu de taille concernant l'accessibilité aux services de traitement du TUO. Selon le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, il est de la responsabilité de tous les services du réseau de la santé et des services sociaux d'appliquer le principe du *No wrong door* (toutes les portes d'entrée sont bonnes) afin de faciliter l'accueil et l'orientation d'une demande de services de traitement du TUO. De plus, des efforts devraient être faits pour encourager les demandes de personnes utilisatrices d'opioïdes isolées ou éprouvant des difficultés à aller vers les établissements de soins grâce à des équipes de proximité (*outreach*).

Une approche guidée par la philosophie de réduction des méfaits et la vision holistique de la personne serait nécessaire pour instaurer une relation de confiance entre les personnes utilisatrices d'opioïdes et l'ensemble des services de santé et des services sociaux du réseau (voir [proposition 1](#)). Dans le contexte actuel de la crise des surdoses, il serait primordial que le réseau de la santé et

des services sociaux saisisse chaque occasion de mettre rapidement en lien les personnes utilisatrices d'opioïdes pouvant bénéficier de services avec des équipes offrant le traitement du TUO. Il conviendrait donc de fournir une orientation immédiate, efficace et directe afin d'éviter une multiplication des démarches pour la personne. Les équipes qui offrent le traitement du TUO devraient être en mesure d'effectuer une évaluation spécialisée ciblée et adaptée pour ensuite proposer le meilleur contexte de soins à la personne (voir [proposition 5](#)).

Le service qui accueille la demande initiale de soins devrait s'assurer qu'un filet de sécurité est mis en place pour la personne en attente de son évaluation spécialisée. Ce filet consisterait en la remise de matériel essentiel de réduction des méfaits (Figure A) qui devrait désormais être incontournable et obligatoire pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux en contact avec les personnes utilisatrices d'opioïdes, y compris les acteurs qui procèdent à la détection du TUO.

Figure A: Matériel essentiel de réduction des méfaits



SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

En tant qu'équipe offrant le traitement du TUO, les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux seraient susceptibles de vous transmettre des demandes provenant de personnes utilisatrices d'opioïdes. Lors du contact avec le service ayant orienté la personne, il serait important de vérifier que celle-ci a reçu le matériel essentiel de réduction des méfaits et qu'elle est adéquatement soutenue d'ici votre évaluation.

Le rendez-vous d'évaluation devrait être fixé directement au moment de ce premier contact et avoir lieu dans les plus brefs délais possible. Pour les personnes en situation de précarité, il devrait idéalement se tenir le jour même. Il pourrait être bénéfique pour certaines personnes qu'on aille vers elle (*outreach*) pour leur exposer l'offre de services en matière de TUO et susciter leur intérêt à entreprendre un traitement.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Des corridors de services officiels et durables devraient exister entre les services non spécialisés en dépendance (en priorisant les services du 811, les urgences et les CLSC) et les équipes offrant le traitement du TUO, ce qui permettrait des orientations rapides et directes. De plus, des services de proximité (*outreach*) devraient être mis en place pour offrir l'accès au traitement pour les personnes utilisatrices d'opioïdes isolées ou éprouvant des difficultés à aller vers les établissements. Les équipes offrant le

traitement du TUO pourraient être mises à contribution afin de former et de soutenir les acteurs non spécialisés en dépendance qui sont en contact avec les personnes utilisatrices d'opioïdes. La coordination entre les différents acteurs et la connaissance de leurs services respectifs serait incontournable afin d'éviter une multiplication des démarches pour les personnes qui présenteraient une demande de services et pour appliquer le principe du *No wrong door*.



POUR LES DÉCIDEURS

Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les acteurs procédant à la détection des TUO, devrait être en mesure de transmettre les demandes de services provenant de personnes utilisatrices d'opioïdes directement aux équipes offrant le traitement du TUO. De plus, une consigne claire devrait être émise à ces différents acteurs, en commençant par les services du 811, les urgences et les CLSC, afin qu'ils soient en mesure d'offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits. De

même, ils devraient pouvoir compter sur des formations et des outils à jour qui évitent la répétition d'information au cours du processus d'accès au service et qui prennent en compte les spécificités des personnes utilisatrices d'opioïdes (ex. DÉBA).

De plus, il y aurait lieu d'assurer la mise sur pied ou le renforcement d'équipes de proximité (*outreach*).

L'application de la proposition 4 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Quand je fais une demande de services en lien avec ma consommation d'opioïdes, on me met rapidement en contact avec une équipe qui offre le traitement du TUO de ma région. Cette équipe me reçoit dans les délais les plus courts possible.

Dans certaines situations, ce sont des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux qui viennent à moi et m'aident à trouver les ressources dont j'ai besoin.

La personne qui reçoit ma demande de services me remet du matériel de consommation et de protection, de la naloxone et une liste de ressources auprès desquelles je peux obtenir du soutien.



PROPOSITION

5

Effectuer une évaluation adaptée,
débuter rapidement le TAO
et choisir le meilleur
contexte de soins

Les personnes utilisatrices d'opioïdes sont évaluées directement par une équipe qui offre le traitement du TUO. Cette évaluation initiale est rapide, adaptée et mène à l'amorce d'un TAO dans les plus courts délais. Elle permet l'orientation de la personne vers des services internes ou externes en début comme en cours de traitement.

CONTEXTE

Les personnes utilisatrices d'opioïdes devraient être évaluées par une équipe offrant le traitement du TUO afin de bénéficier d'un accès rapide et simplifié au TAO. L'évaluation devrait être adaptée à la réalité de la personne et fractionnée au besoin, en priorisant d'abord les éléments incontournables nécessaires pour débiter le TAO. Cette évaluation devrait être basée sur une approche sensible aux traumatismes, ce qui implique que la personne n'est pas obligée de raconter ses expériences traumatiques si elle ne le souhaite pas. Le délai entre l'évaluation et le début du TAO devrait être le plus court possible et la personne devrait idéalement pouvoir commencer le volet pharmacologique de son traitement le jour même de l'évaluation. Lorsqu'une prise en charge immédiate n'est pas possible, l'équipe s'assure que la personne est soutenue durant l'attente.

Cette évaluation devrait aussi permettre d'orienter la personne ayant un TUO vers des services internes ou externes selon ses besoins, sa demande et sa situation

(santé physique, santé psychologique, situation psychosociale, risque de sevrage, nature de la consommation, préférences personnelles, environnement de la personne, peur de la rechute, etc.). Les services internes, tant en centre hospitalier qu'en CRD, devraient être accessibles lorsqu'indiqués pour la personne, autant en début (amorçage) qu'en cours de traitement.

Une fois l'évaluation effectuée, la personne devrait être dirigée vers l'équipe en mesure de lui offrir des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir [proposition 8](#)). Dès la première rencontre d'évaluation et à chacune des rencontres subséquentes, le matériel essentiel de réduction des méfaits devrait lui être remis.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

L'évaluation de la personne dirigée vers vos services devrait être rapide et adaptée à sa réalité. Cette évaluation pourrait être fractionnée selon le désir de la personne ou selon votre jugement clinique. Les éléments incontournables au début du TAO devraient être priorités afin de ne pas en retarder l'amorce du traitement. Si l'évaluation est fractionnée, celle-ci devrait être effectuée de façon à limiter les redondances et la divulgation répétée du récit de la personne. De plus, l'évaluation devrait être basée sur une approche sensible aux traumatismes, ce qui implique que la personne n'est pas obligée de raconter ses expériences traumatiques si elle ne le souhaite pas. L'accueil et le bien-être de la personne devraient être priorités lors de ce premier contact.

Lors de l'évaluation, vous aurez à collaborer avec la personne pour choisir le contexte de soins qui répond le mieux à ses besoins et à sa situation. Afin de bien déterminer le meilleur contexte, vous devriez vous baser sur une évaluation spécialisée de la personne (santé

physique, santé psychologique, situation psychosociale, risque de sevrage, nature de la consommation, préférences personnelles, environnement de la personne, peur de la rechute, etc.). Les services internes devraient être accessibles à la personne, lorsqu'indiqués, autant en début (amorce) qu'en cours de traitement (stabilisation de la personne, gestion de la fin du traitement, etc.).

Le TAO devrait être amorcé le plus rapidement possible après l'évaluation, idéalement le jour même. Si votre équipe n'est pas en mesure de commencer le traitement immédiatement, vous devriez vous assurer que la personne est soutenue durant l'attente. Une fois l'évaluation terminée, vous devriez pouvoir orienter la personne vers l'équipe en mesure de lui offrir des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir [proposition 8](#)).

À la fin de chaque évaluation, vous devriez remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Les services devraient être organisés de façon à réduire le délai entre l'évaluation et le début du TAO. De plus, ils devraient permettre aux personnes en traitement de bénéficier des services externes ou internes selon leurs besoins, en début comme en cours de traitement. Ainsi, des trajectoires permettant les débuts de traitements en interne, tant en centre hospitalier qu'en CRD lorsque requis, devraient être mises en place. Des espaces de concertation et des corridors de services fluides devraient être instaurés entre les équipes des services internes et externes.

Une collaboration fluide entre les divers points de services de traitement ferait en sorte qu'une fois le TAO amorcé, la personne soit dirigée vers l'équipe en mesure de lui offrir des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir [proposition 8](#)). Les équipes de soins devraient être formées pour l'utilisation du matériel essentiel de réduction des méfaits et avoir ce matériel sur place en tout temps afin de le remettre aux personnes qui viennent chercher des services ainsi qu'à leur entourage.



POUR LES DÉCIDEURS

Les outils d'évaluation actuellement utilisés devraient être revus afin que ceux-ci reflètent davantage les réalités des personnes utilisatrices d'opioïdes et les spécificités des services en traitement du TUO. Il semble notamment important de modifier leur longueur et leur capacité à être fractionnés tout en précisant les éléments incontournables devant être évalués avant le début d'un traitement pharmacologique.

Les critères d'orientation et la fonction des services internes ou externes pour les personnes utilisatrices d'opioïdes devraient également être revus afin d'offrir un contexte de soins adapté aux besoins de chaque personne. Dans cette optique, une clarification des rôles et des services offerts par chacun des acteurs, notamment ceux des services internes des CRD et des centres hospitaliers, est à prévoir.

Si des efforts sont déployés pour que les personnes utilisatrices d'opioïdes soient évaluées directement par les équipes offrant le traitement du TUO, on peut s'attendre à une hausse des évaluations faites par ces équipes.

En ce qui concerne la prise en charge du TUO, les indicateurs de performance devraient être revus afin que ceux-ci évaluent désormais le délai entre la demande de service initiale et le début du TAO de façon à réduire ce délai au minimum. Idéalement, l'accès au TAO le jour même de la demande devrait être possible.

L'application de la proposition 5 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Lorsque je fais une demande de service relativement à ma consommation d'opioïdes, j'ai rapidement accès à une évaluation par une équipe qui offre le traitement du TUO.

Je peux rapidement commencer ma médication, lorsque celle-ci est indiquée, mon évaluation est courte et peut se faire sur plusieurs rendez-vous.

Je n'ai aucune obligation de révéler des éléments douloureux de mon histoire si je ne le souhaite pas.

À chaque rendez-vous, on me remet de la naloxone et des instructions relatives à son utilisation ainsi que du matériel de consommation et de protection. Je reçois aussi une liste de ressources qui peuvent me soutenir dans mes démarches.

La personne qui effectue mon évaluation m'aide à choisir le contexte de soins le mieux adapté à mes besoins. Je peux commencer mon traitement dans un contexte interne, c'est-à-dire avoir accès à une ressource avec hébergement pendant un certain temps. Sinon, je peux opter pour le contexte externe et entamer mon traitement dans mon milieu de vie.

On m'a informé qu'en cours de traitement, je peux faire une demande pour utiliser les services internes si j'en ressens le besoin.



PROPOSITION

6

Favoriser des
collaborations formelles
avec les acteurs clés

Des collaborations formelles sont établies avec les principaux partenaires institutionnels et communautaires de la région, ce qui permet d'offrir un soutien optimal à la personne en traitement du TUO. Ces collaborations facilitent l'accès aux services et favorisent la continuité des soins.

CONTEXTE

Des collaborations formelles sont importantes pour soutenir la personne utilisatrice d'opioïdes, pour limiter les obstacles à l'accès au traitement du TUO et pour favoriser la continuité des soins. Les caractéristiques et les besoins des personnes en traitement ainsi que les aspects régionaux pourraient influencer la nature des collaborations à établir. Cependant, dans tous les cas, il serait capital que des partenariats soient au moins officialisés entre les équipes de soins et les pharmacies, les organismes communautaires (OC), les ressources d'hébergement en dépendance (RHD), les hôpitaux et les services correctionnels et de psychiatrie de chaque région.

En ce qui concerne les partenariats avec les pharmacies communautaires, une sensibilisation et un soutien clinique devraient être proposés aux pharmaciens afin qu'ils puissent bénéficier d'informations à jour sur les pratiques exemplaires en matière de TUO, sur la philosophie de la réduction des méfaits et sur les molécules utilisées en TAO. De plus, puisque les pharmaciens ont un rôle essentiel au sein de l'équipe de soins partenaire, il serait important de les considérer comme membres de l'équipe et d'assurer les mécanismes nécessaires à la transmission d'informations, avec l'accord de la personne en traitement.

Les organismes communautaires sont également des acteurs importants qui facilitent l'accès aux soins pour les personnes utilisatrices d'opioïdes, particulièrement celles en situation de précarité. Ils offrent également un soutien à la personne dans l'atteinte de ses objectifs et pour la prise en compte de sa situation psychosociale. Au Québec, le précieux travail de terrain effectué par les organismes communautaires auprès des personnes en situation de précarité implique la mise en lien, le soutien, l'accompagnement, la prévention, la réduction des méfaits, la défense des droits ainsi que le renforcement du pouvoir d'agir des personnes. En outre, les intervenants communautaires possèdent des compétences, des connais-

sances et des avis qui peuvent appuyer ceux des équipes cliniques. En ce sens, il serait judicieux de mettre en place des accords de collaborations formelles et des espaces de concertation entre les équipes cliniques et les organismes communautaires, ce qui permettrait de clarifier les rôles, de renforcer les compétences et de faciliter l'accès aux soins et le suivi des personnes utilisatrices d'opioïdes.

Il serait bénéfique que ces mêmes liens soient officialisés avec les ressources d'hébergement en dépendance afin de faciliter l'accès à l'hébergement avant, pendant et après le traitement du TUO. Ces collaborations étroites permettraient d'offrir un cadre sécurisant pour la personne en traitement, qui pourrait ainsi connaître l'ensemble des ressources régionales à sa disposition pour la soutenir à améliorer sa qualité de vie et en bénéficier. À cet égard, une liste claire et régulièrement mise à jour des RHD en mesure d'accueillir les personnes qui ont entamé un TAO devrait être disponible pour l'ensemble des régions du Québec.

Puisque la démocratisation de l'accès au traitement des TUO s'articule grâce à la multiplication des acteurs en mesure d'amorcer le TAO (les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les groupes de médecine familiale), une coordination entre ces différents acteurs clés est primordiale afin d'offrir un soutien optimal, adapté et continu à la personne en traitement du TUO (voir [proposition 2](#)).

Différents milieux seraient également susceptibles d'être mis à profit afin de créer des collaborations formelles pour bien soutenir les personnes en traitement du TUO dans l'atteinte de leurs objectifs. Les services de police, le réseau d'aide à l'emploi, les services de première ligne, les services pour personnes en situation de précarité et les différentes ressources d'hébergement en sont quelques exemples.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Des collaborations positives avec les acteurs clés du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire, notamment les pharmacies communautaires qui offrent les TAO, les organismes communautaires, les RHD, les hôpitaux, les centres de détention et les services de psychiatrie, devraient être établies, renforcées, officialisées et maintenues. En ce sens, vous devriez vous assurer de bien connaître les ressources de votre région, déterminer leurs offres de services, leurs critères d'admission et leur philosophie d'intervention afin

de favoriser ces partenariats. Ces ressources devraient être perçues comme des partenaires qui permettent d'assurer le soutien de la personne en traitement en offrant des services complémentaires. En d'autres termes, l'expertise et les compétences de ces acteurs devraient être valorisées et prises en compte au sein de votre équipe. Des plans de services individualisés pourraient être élaborés, avec l'accord de la personne en traitement, dans certaines situations plus complexes.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Des collaborations formelles avec les différents acteurs susmentionnés devraient être encouragées, établies et entretenues de façon régulière. Ultimement, ces collaborations officialisées devraient permettre la mise en place de corridors de services efficaces et durables pour les personnes ayant un TUO, et même favoriser la co-intervention dans certains cas complexes et le partage des tâches dans le cadre d'un plan de services individualisés.

Des activités de transfert de connaissances et des espaces de concertation regroupant les différents organismes susceptibles d'être en lien avec des personnes utilisatrices d'opioïdes devraient être mises en place. Ces espaces permettraient aux différents professionnels de concerter leurs actions dans le but de faciliter l'accès aux traitements du TUO, d'assurer la continuité des soins et de renforcer le soutien aux personnes en traitement.



POUR LES DÉCIDEURS

Il conviendrait d'élaborer un modèle permettant de définir des trajectoires de soins hiérarchisés pour des personnes utilisatrices d'opioïdes afin de préciser les partenariats à établir ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires.

En outre, des espaces de diffusion de connaissances et de concertation devraient être mis en place pour permettre la concertation des différents partenaires, notamment les centres hospitaliers, les services de première ligne, les centres de détention, les organismes communautaires, les RHD et les services de police. Ces espaces permettraient également d'assurer de meilleurs liens et des collaborations étroites entre les acteurs.

Une liste régulièrement mise à jour des RHD en mesure d'accueillir les personnes en TAO devrait être disponible pour l'ensemble des régions du Québec.

L'apport non négligeable des organismes communautaires, particulièrement auprès des personnes en situation de précarité, devrait être reconnu et renforcé.

L'application de la proposition 6 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Mon équipe de soins travaille avec moi pour établir des liens avec les différents professionnels et organismes communautaires qui peuvent me soutenir dans mes démarches.



PROPOSITION

7

Intégrer les demandes
de sevrage d'opioïdes
dans un plan de traitement
et d'accompagnement à long
terme de la personne

Il convient d'éviter le sevrage d'opioïdes chez une personne ayant un TUO. Dans cette optique, lors d'une demande de sevrage, l'équipe de soins entame une discussion complète avec la personne et l'informe que le sevrage d'opioïdes est fortement déconseillé en raison des risques qui y sont associés. Si la personne souhaite tout de même entamer un sevrage d'opioïdes malgré les contre-indications, l'équipe de soins met en place les conditions pour en réduire les risques et favoriser un transfert en tout temps et sans délai vers un traitement de maintien. La demande de sevrage doit constituer une porte d'entrée dans le RSSS et une occasion de permettre à la personne d'accéder aux ressources qui pourront l'accompagner à long terme.

CONTEXTE

Le sevrage d'opioïdes ne devrait jamais être recommandé chez les personnes ayant un TUO en raison des risques d'abandon, de rechute, de surdose, de morbidité et de mortalité qui y sont associés. Lors d'une demande de sevrage d'opioïdes, l'équipe de soins devrait avoir une discussion complète et détaillée avec la personne (voir [annexe 2](#)). Lors de cette discussion, les risques associés au sevrage ainsi que le meilleur traitement pour le TUO, c'est-à-dire le traitement de maintien, lui sont clairement communiqués (voir [annexe 3](#)).

Si une personne souhaite entamer un sevrage d'opioïdes malgré les contre-indications, l'équipe de soins devrait respecter cette volonté (voir [annexe 4](#)) et faire en sorte que la personne puisse continuer à bénéficier d'un soutien et effectuer son sevrage dans les conditions les moins délétères possible (voir [annexe 5](#)). 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 le sevrage effectué avec une décroissance d'une molécule agoniste opioïde sur moins de 30 jours.

Lorsqu'une personne amorce un traitement au moyen d'une molécule agoniste opioïde dans un service interne (en vue d'un traitement de maintien ou avec une demande

persistante de sevrage), le suivi et la réévaluation de son traitement pharmacologique devraient impérativement être assurés jusqu'à ce que la personne soit mise en lien avec une équipe de suivi à long terme.

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 être perçue comme une porte d'entrée dans le RSSS et une occasion de mettre la personne en lien avec des ressources qui pourront l'accompagner à long terme.

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

Puisque le sevrage d'opioïdes n'est pas une pratique recommandée, les services internes de gestion du sevrage, traditionnellement utilisés à cet effet, pourraient servir de lieu d'amorce du traitement au moyen de la molécule agoniste opioïde (sans égard à la durée prévue du traitement). Les services internes pourraient aussi permettre l'intégration de personnes en traitement de maintien qui requièrent une période de stabilisation de leur situation.

Lorsqu'une personne déjà stabilisée sous TAO souhaite mettre fin à son traitement, une décroissance graduelle de plusieurs mois, voire plusieurs années, devrait être mise en place, accompagnée d'un suivi à long terme (interventions

psychosociales, séjour en hébergement, retour vers un TAO au besoin, etc.) et d'un accès au matériel essentiel de réduction des méfaits.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Il convient d'éviter les sevrages d'opioïdes et d'encourager le traitement de maintien en tout temps. Le sevrage à froid (*cold turkey*) et l'utilisation unique de médicaments de gestion des symptômes de sevrage sans agoniste opioïde sont considérés comme hautement à risque et sont à proscrire complètement. Il en va de même pour les sevrages effectués avec une décroissance d'une molécule agoniste opioïde sur moins de 30 jours. Lors d'une demande de sevrage d'opioïdes, une discussion complète et détaillée devrait avoir lieu avec la personne afin de lui donner l'information nécessaire pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée sur son traitement (p. ex. les risques associés au sevrage, le traitement à privilégier, les modalités de traitement, etc.) (voir annexes 2 et 3).

Lorsqu'une personne persiste dans sa demande de sevrage, votre équipe devrait remplir le formulaire de consentement (voir annexe 4) et accompagner la personne afin qu'elle puisse continuer à bénéficier d'un soutien, entamer son sevrage dans les conditions les moins délétères possible (voir annexe 5) et avoir la possibilité de passer à un traitement de maintien en tout temps.

Dans tous les cas, vous aurez la responsabilité d'assurer la continuité du suivi et les réévaluations du traitement pharmacologique jusqu'à ce que la personne soit mise en lien avec une équipe de suivi en mesure de lui offrir des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir proposition 8). Du matériel de réduction des méfaits, plus particulièrement la distribution et l'enseignement de l'utilisation de la naloxone, devrait être remis systématiquement à la personne et à son entourage étant donné le risque accru de surdose suite à un sevrage.

Les demandes de sevrage devraient être une occasion de faire connaître les différents services, de créer un lien avec une personne qui demande de l'aide et de tenter de voir avec cette dernière comment répondre à l'ensemble de ses besoins selon une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique. Ainsi, l'information recueillie lors de l'évaluation spécialisée (voir proposition 5) devrait servir à ce que toute demande de sevrage s'inscrive dans un plan de traitement et un accompagnement à long terme de la personne ayant un TAO.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Puisque le sevrage d'opioïdes n'est pas une pratique recommandée, il serait important de procéder à une réflexion concernant le nom et le mandat des services de gestion du sevrage, traditionnellement utilisés dans cet objectif. Ces services pourraient ainsi être utilisés comme un lieu d'induction du traitement au moyen de la molécule agoniste opioïde, sans égard à la durée prévue de ce traitement. Les services pourraient également permettre l'intégration de personnes en traitement de maintien qui requièrent une période de stabilisation de leur situation. En ce sens, une réévaluation des critères d'orientation vers les services internes devrait faire en sorte d'en garantir l'accès aux personnes ayant un TUO à divers moments de leur trajectoire, comme l'amorce ou la fin de leur traitement, ou en cas d'instabilité psychosociale.

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 devraient être proscrits complètement des services. De plus, les services internes ne devraient plus permettre de sevrage rapide (moins de 30 jours) chez une personne ayant un TUO, car cette pratique est dangereuse. À la lumière de ces changements, les équipes devraient maîtriser les outils joints à cette proposition afin de bien soutenir la prise de décision des personnes demandant un sevrage d'opioïdes et d'encourager le choix du meilleur traitement, c'est-à-dire le TAO.

Malgré les contre-indications, certaines personnes risquent de persévérer dans leur demande de sevrage d'opioïdes. Dans un tel cas, les équipes devraient suivre les recommandations cliniques pour entamer le sevrage dans les conditions les moins délétères possible (voir [annexe 5](#)) et encourager la personne à passer à un traitement de

maintien en tout temps. Peu importe la situation, les équipes devraient pouvoir assurer la continuité et les réévaluations du traitement pharmacologique tant et aussi longtemps que la personne n'aura pas été mise en lien avec l'équipe en mesure de lui offrir des services adaptés à ses besoins et à l'intensité de soutien qu'elle requiert (voir [proposition 8](#)). Ainsi, les services internes devraient être en mesure de coordonner la prolongation des soins à l'externe, en ressources d'hébergement en dépendance ou dans les services de réadaptation. En ce sens, des liens systématiques et étroits entre les équipes assurant les traitements de maintien et les équipes des services internes devraient être établis et maintenus afin de permettre une meilleure continuité des services en TUO.

Par ailleurs, les équipes des services internes devraient avoir des connaissances détaillées de l'offre de services des organismes partenaires de la région (voir [proposition 6](#)). Ainsi, une planification coordonnée avec les différents acteurs clés assurerait une prise en charge à long terme des besoins de la personne. Le matériel essentiel de réduction des méfaits devrait être disponible sur place pour les personnes demandant un sevrage d'opioïdes et leur entourage, y compris la distribution et l'enseignement de l'utilisation de la naloxone.



POUR LES DÉCIDEURS

Une consigne claire devrait être émise à l'ensemble des équipes du RSSS qui offrent des services aux personnes ayant un TUO, à savoir que le sevrage des opioïdes est à éviter. D'ailleurs, un accès démocratisé à un traitement de maintien adapté, flexible et individualisé (voir [proposition 2](#)) limiterait sans doute le nombre de demandes de sevrage. À la lumière de ce constat, la distinction traditionnelle entre les services de maintien et de gestion du sevrage devrait être abolie, puisqu'en présence d'un TUO, l'utilisation d'agonistes opioïdes est incontournable. Les services internes de gestion du sevrage pourraient être utilisés comme un lieu d'induction du traitement au moyen de la molécule agoniste opioïde (sans égard à la durée prévue du traitement). Ils pourraient également permettre l'intégration de personnes en traitement de maintien qui requièrent une période de stabilisation de leur situation.

Les outils spécialisés visant à déterminer l'intensité de soins et le contexte de soins requis lors d'une demande de sevrage (p. ex. le NID-EP et le NID-EM) devraient être

mis à jour afin de tenir compte des particularités du TUO et d'offrir un contexte de soins adaptés. Par ailleurs, les services de réadaptation et les ressources d'hébergement en dépendance devraient faire partie du continuum de services afin de permettre que les personnes qui persistent à vouloir entamer un sevrage puissent le faire avec une molécule agoniste opioïde en décroissance sur une période de plus de 30 jours.

Finalement, un guide clinique devrait être rédigé et aborder la prise en charge du sevrage d'opioïdes et ses multiples cas de figure (sevrage de fin de traitement chez les personnes stabilisées sous TAO, sevrage chez les personnes non stabilisées sous TAO, sevrage chez les personnes ne répondant pas aux critères diagnostiques du DSM-5, sevrage chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, etc.).

L'application de la proposition 7 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Lorsque je fais une demande de sevrage, on m'avise que le sevrage d'opioïdes est dangereux et comporte des risques pour ma santé. Mon équipe m'aide à prendre une décision éclairée en me remettant de l'information à jour.

Si je souhaite effectuer un sevrage malgré les risques qui y sont associés, mon équipe de soins respecte ma volonté et me propose les conditions les moins délétères possible pour le faire.

Mon équipe de soins assure mon suivi et ajuste ma médication si je me sens inconfortable.

En tout temps, je peux cesser mon sevrage et revenir à une dose de confort. J'ai la possibilité de changer d'idée à n'importe quel moment et d'opter pour un traitement de maintien.

En raison des risques importants de mortalité par surdose associés au sevrage, moi et mon entourage avons accès à de la naloxone et à des instructions relativement à son utilisation ainsi qu'à l'ensemble du matériel essentiel de réduction des méfaits.



PROPOSITION

8

Offrir le suivi du traitement
du TUO en continu et en fonction
de la précarité de la situation
de la personne

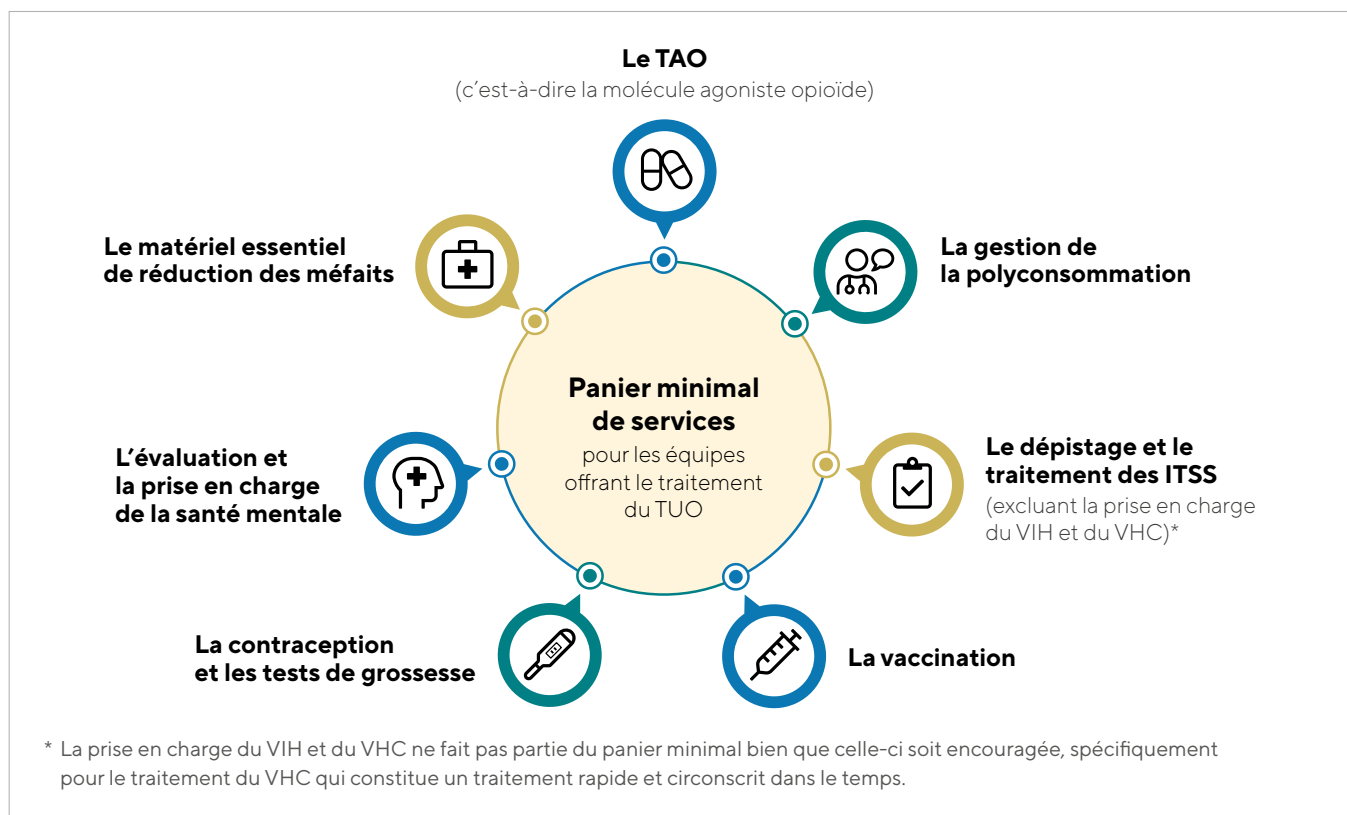
Un panier minimal de services est offert par l'ensemble des équipes effectuant le suivi de toute personne en traitement du TUO. Ces services sont offerts de façon continue et permettent la reprise rapide du traitement chez une personne qui aurait cessé son TAO. La hiérarchisation des soins en traitement du TUO tient compte de la précarité de la situation de la personne pour établir l'intensité du soutien qu'elle requiert. Cette façon de faire implique que les personnes en situation de précarité aient accès à un soutien intensif et à une offre de services élargie intégrée au sein d'un même établissement, autant que possible (*one stop shop*).

CONTEXTE

Certains éléments semblent incontournables pour assurer un suivi de qualité pour toute personne en traitement du TUO au Québec. Premièrement, l'équipe qui accompagne une personne en traitement devrait

offrir un panier minimal de services relativement au TUO. Ce panier de service devrait comprendre les éléments de la figure ci-dessous.

Figure B : Panier minimal de services pour les équipes offrant le traitement du TUO

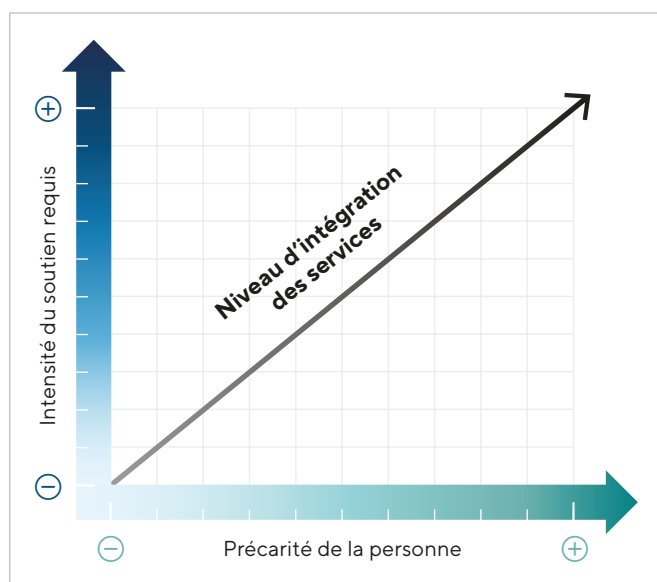


L'interdisciplinarité constitue aussi un élément garant de qualité et permet de mettre en œuvre la vision holistique de la personne, que ce soit grâce à des équipes travaillant au même endroit ou en partenariat.

Dans une optique de traitement et d'accompagnement à long terme de la personne ayant un TUO, il serait important de maintenir un lien avec la personne qui cesse son TAO et de ne pas retarder une reprise du traitement pharmacologique lorsque nécessaire, puisque des allers-retours en traitement font partie de la réalité de plusieurs personnes. Dans tous les cas, une personne en traitement du TUO ne devrait vivre à aucun moment une interruption involontaire des soins et services reçus, par exemple lors d'une hospitalisation ou d'une incarcération.

Cependant, il est important de reconnaître que les personnes utilisatrices d'opioïdes ne représentent aucunement un groupe homogène. Chaque personne possède une constellation de caractéristiques et de besoins qui devraient être pris en compte lors d'un suivi en TUO. Afin d'offrir un suivi du traitement en TUO adapté à la réalité de chaque personne, il serait important que l'intensité du soutien proposé soit établie en fonction du degré de précarité de la situation de la personne.

Figure C : Niveau d'intégration des services



Ainsi, les personnes en situation de précarité, soit celles qui cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité et des problématiques de santé physique et mentale complexes et souvent concomitantes, devraient pouvoir être soutenues de façon intensive par leurs équipes. Elles devraient aussi pouvoir bénéficier d'un panier de services élargi, intégré autant que possible sous un même toit (*one stop shop*). Ces services devraient comprendre systématiquement des services de proximité (*outreach*) et l'accompagnement dans les cas où il n'est pas possible d'offrir certains services sur place. Des collaborations formelles avec les principaux partenaires institutionnels et communautaires permettraient d'ailleurs de favoriser cette réponse élargie aux divers besoins de la personne (voir [proposition 6](#)). De plus, des pairs aidants devraient être intégrés systématiquement dans ces équipes (voir [proposition 9](#)) et une philosophie d'intervention basée sur la réduction des méfaits et sensible aux traumatismes (voir [proposition 1](#)) serait fondamentale. Les critères permettant à une personne d'avoir accès à ces équipes ou d'y demeurer devraient donc être basés sur le degré de précarité (le TUO n'étant qu'un critère parmi tant d'autres) et sur l'intensité du soutien dont elle a besoin et non pas sur la présence d'un diagnostic précis ou la volonté ou non de suivre un TAO. Ces personnes vont demander plus de temps et de soutien de la part d'une telle équipe ainsi qu'un degré élevé de flexibilité, d'adaptabilité et d'individualisation des services. Les barrières limitant l'accès et la rétention aux services devraient être réduites pour ces personnes; ces obstacles comprennent notamment la nécessité de posséder des documents d'identité ou d'assurance, l'obligation de se présenter à des rendez-vous à heures fixes, les délais d'attente, les procédures administratives complexes, de même que les plans et cadres d'intervention rigides et non divisés en étapes.

Figure D : Offre de services pour les équipes offrant le traitement du TUO pour les personnes en situation de précarité



Quant aux personnes vivant une situation de relative stabilité, elles pourraient avoir recours à des équipes offrant un soutien d'intensité faible à modérée en TUO, avec une orientation vers d'autres services lorsque ceux-ci ne sont pas offerts sur place. Des accompagnements devraient toutefois être envisagés au besoin. Par contre, le panier minimal de services (figure B) décrit précédemment devrait toujours être offert sur place.

Les personnes progressivement stabilisées devraient pouvoir cheminer vers un soutien moins intensif de façon fluide. Une coordination devrait également être

mise en place entre les équipes offrant différents degrés d'intensité de soutien pour permettre un accompagnement adéquat d'une personne vivant une situation d'instabilité ponctuelle sans la diriger immédiatement vers une autre équipe. Cette forme de souplesse entre les degrés d'intensité permettrait à la personne en traitement de poursuivre son suivi autant que possible auprès de l'équipe de soins avec laquelle elle a établi un lien de confiance et d'éviter le sentiment d'échec fréquemment vécu.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Vous devriez pouvoir compter sur une équipe interdisciplinaire, soit au sein même de votre établissement ou par la mise en place de partenariats forts. Conjointement au traitement du TUO, vous devriez être en mesure d'offrir un panier minimal de soins et services à toute personne en traitement (figure B). Vous pourriez aussi être amené à offrir plusieurs autres services en fonction de la précarité de la situation de la personne et de ses besoins. Si vous n'êtes pas en mesure d'offrir l'ensemble des services nécessaires sur place, des collaborations formelles avec vos partenaires et un accompagnement lorsque nécessaire permettraient de répondre aux différents besoins de la personne. Toutefois, les personnes en situation de précarité devraient pouvoir bénéficier d'un panier de services élargi et intégré autant que possible sous un même toit (*one stop shop*) (figure D). Rappelez-vous que ces personnes vont demander plus de

temps et de soutien de la part de votre équipe ainsi qu'un degré élevé de flexibilité, d'adaptabilité et d'individualisation des services afin de limiter les barrières autant que possible.

Lorsqu'une personne en traitement du TUO vit une situation d'instabilité ponctuelle du point de vue biopsychosocial, vous devriez être en mesure d'augmenter l'intensité du soutien offert afin d'éviter de diriger cette personne trop rapidement vers une autre équipe. Vous devriez alors pouvoir compter sur le soutien des équipes offrant un degré d'intensité de soutien supérieur pour vous appuyer au besoin.

Le TUO n'étant pas un processus linéaire, plusieurs personnes vont effectuer des allées et venues en traitement. Vous devriez être en mesure de permettre la reprise rapide du traitement chez une personne qui aurait cessé son TAO.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Il y aurait lieu de favoriser l'interdisciplinarité, soit directement ou par des partenariats solides, au sein de l'ensemble des équipes offrant le traitement du TUO. De plus, des collaborations avec les principaux partenaires institutionnels et communautaires régionaux devraient être officialisées et entretenues de façon à encourager une réponse élargie aux divers besoins des personnes. Les procédures administratives devraient être simplifiées au maximum afin de permettre une reprise rapide du traitement en cas d'arrêt.

Un panier minimal de soins et de services communs devrait être offert par toutes les équipes de traitement du TUO (figure B). Les équipes cliniques devraient avoir le matériel nécessaire pour prodiguer les soins et donner les services requis. Pour assurer la prestation de services à l'ensemble des personnes du territoire ayant un TUO, le degré d'intensité du soutien devrait être adapté à la situation de précarité et à la vulnérabilité des personnes servies.

En ce qui concerne l'organisation de services pour les personnes en situation de précarité, elle devrait pouvoir compter sur des équipes ayant la capacité de prodiguer un soutien d'intensité élevée (y compris les services de proximité (*outreach*)) et d'intégrer autant que possible un panier de services élargi sous un même toit (*one stop shop*) (figure D). S'il est impossible de fournir les soins et services sur place, il y a lieu d'établir des collaborations officialisées avec divers acteurs, dont les organismes communautaires, et d'offrir un accompagnement. Des pairs aidants devraient être intégrés systématiquement dans ces équipes et l'approche sensible aux traumatismes, bien qu'utile pour toute personne ayant un TUO, devrait y être incontournable. L'organisation de services pour ces personnes devrait porter une attention particulière aux différentes barrières à l'accès et à la rétention auxquels elles sont confrontées.



POUR LES DÉCIDEURS

La clarification du panier de services minimal devant être offert par toute équipe de traitement du TUO permettrait d'assurer une constance, une uniformité et une qualité dans l'ensemble des équipes, en plus de préciser les formations et le matériel nécessaire au déploiement de tels services.

La continuité du traitement du TUO devrait être assurée grâce à la participation de multiples acteurs, notamment les centres de détention et les hôpitaux.

L'élaboration d'un modèle de hiérarchisation des soins en traitement du TUO permettrait d'assurer la prestation de services à l'ensemble des personnes ayant un TUO en fonction de leurs besoins et de clarifier les rôles des différents acteurs. Cette hiérarchisation pourrait se faire selon le degré

d'intensité du soutien que requiert la situation de précarité des personnes servies.

Il conviendrait d'envisager de nouveaux modèles d'organisation de services décloisonnés pour les personnes en situation de précarité, que celles-ci aient une dépendance, un trouble de santé mentale ou se trouvent en situation d'itinérance, etc. Ces modèles ne devraient plus se baser sur la présence d'un diagnostic précis ou sur la volonté ou non de suivre un traitement spécifique, mais plutôt sur l'intensité du soutien qu'une personne requiert pour répondre à ses besoins. Ces modèles devraient comporter une offre de services intégrée (*one stop shop*) et interdisciplinaire au sein d'un même endroit, autant que possible.

L'application de la proposition 8 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Mon suivi se déroule de manière ininterrompue, même en cas d'hospitalisation ou d'incarcération.

Si je décide de mettre fin à mon traitement, je peux continuer à bénéficier d'un lien avec mon équipe. Dans le cas où je déciderais de le reprendre, mon retour en traitement se fait rapidement.

Mes caractéristiques et mes besoins sont pris en compte pour déterminer l'équipe qui pourra m'aider.

Si je vis une situation de précarité, j'ai accès à un soutien intensif de la part de mon équipe. Mon équipe peut répondre à la majorité de mes besoins au même endroit. Je n'ai pas à naviguer dans plusieurs services pour avoir l'aide dont j'ai besoin.

Si ma situation est plutôt stable, je peux bénéficier d'un soutien moins intensif. Au besoin, on me dirige vers d'autres professionnels et on m'offre de m'accompagner dans mes démarches si nécessaire.

Lorsque je vis une situation momentanément difficile, mon équipe se mobilise et se coordonne avec d'autres professionnels pour me soutenir. Je continue autant que possible mon suivi avec l'équipe qui me connaît et avec laquelle j'ai établi un lien de confiance.



PROPOSITION

9

Promouvoir l'intervention
par les pairs aidants
au sein des équipes offrant
le traitement du TGO

Des personnes possédant un savoir expérientiel (pairs aidants) sont intégrées et interviennent au sein d'équipes offrant le traitement du TUO. L'ajout de pairs aidants dans les services destinés aux personnes en situation de précarité est à privilégier. Ces professionnels font partie intégrante des équipes de soins interdisciplinaires et travaillent en complémentarité avec les autres membres de ces équipes.

CONTEXTE

L'intervention par les pairs aidants se base sur le principe que les personnes qui ont vécu une situation particulière, par exemple un TAO, pourraient offrir un soutien émotionnel et pratique à d'autres personnes vivant des situations semblables. Bien qu'un soutien informel puisse être offert entre personnes utilisatrices d'opioïdes, l'intervention par les pairs aidants formalise cette relation et confère une légitimité institutionnelle à ce type de soutien en misant sur les savoirs expérientiels.

Les pairs aidants devraient faire partie des équipes de soins partenaires, en priorisant les équipes qui accueillent les personnes en situation de précarité, et travailler en

collaboration avec les autres professionnels de ces équipes dans un esprit de complémentarité. Les pairs aidants pourraient ainsi offrir un accompagnement sécurisant et adapté qui aiderait les personnes ayant un TUO à mieux comprendre leurs traitements et à atteindre leurs objectifs de soins. Ces professionnels pairs aidants pourraient également contribuer à changer les attitudes, le langage et les habitudes des équipes et participer à la réduction de la stigmatisation des personnes dépendantes aux opioïdes.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

Il apparaît pertinent d'intégrer au sein de votre équipe une personne ayant un savoir expérientiel. Cette personne travaillerait en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe de soins partenaire afin d'apporter des compétences et des savoirs liés à ses expériences. Ce rôle devrait être reconnu et valorisé par tous les membres de l'équipe. L'équipe devrait veiller

à établir une bonne collaboration avec le pair aidant et à l'intégrer dans les différents aspects du travail de l'équipe. Tout comme les autres professionnels de l'équipe, le pair aidant devrait avoir voix au chapitre de la prise de décisions ainsi qu'au niveau des discussions cliniques et sur l'amélioration des services.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Des postes de pairs aidants devraient être créés au sein des équipes offrant le traitement du TUO dans les différentes régions du Québec, en priorité au sein des équipes accueillant des personnes en situation de précarité. Les pairs aidants engagés devraient avoir vécu une expérience de traitement du TUO et présenter un parcours semblable à celui des personnes qui ont recours aux services des équipes. De la formation continue et des espaces de supervision devraient être offerts aux pairs aidants dans

le cadre de leur mandat. De même, le rôle et la définition des tâches de ces professionnels devraient être définis de manière précise afin de favoriser une bonne collaboration avec l'équipe et d'offrir un cadre d'intervention précis. Les employeurs devraient également veiller à ce que ces postes soient rémunérés de manière équitable et que les pairs aidants bénéficient d'avantages sociaux et de droits syndicaux qui correspondent à ceux du reste de l'équipe.



POUR LES DÉCIDEURS

Des ressources devraient être accordées afin de soutenir l'implantation de postes de pairs aidants dans les équipes offrant le traitement du TUO, en priorisant celles qui accueillent des personnes en situation de précarité. Il conviendrait également d'établir des lignes directrices pour encadrer la pratique et la formation des pairs aidants dans le domaine des dépendances^E.

E Des lignes directrices relatives au soutien par les pairs en santé mentale étaient publiées en 2013 par la Commission de la santé mentale du Canada. Bien qu'elles soient très pertinentes pour la mise en place d'interventions par les pairs, elles ne donnent pas d'indications spécifiques sur l'intervention auprès de personnes dépendantes aux opioïdes³³.

L'application de la proposition 9 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

J'ai la possibilité de bénéficier du soutien et de l'accompagnement d'un pair aidant qui fait partie des membres de mon équipe de soins en TUO.

Le pair aidant m'aide à comprendre les traitements qui me sont proposés, m'écoute si j'ai besoin de parler avec une personne qui a un vécu semblable et m'accompagne dans les différentes démarches associées au traitement.

Le pair aidant peut m'aider à mieux comprendre mes droits et à veiller à ce qu'ils soient respectés tout au long de mon parcours de soins.



PROPOSITION

10

Soutenir la stabilité des équipes
offrant le traitement du TUO

Pour offrir des services de qualité aux personnes utilisatrices d'opioïdes, les équipes offrant le traitement du TUO ont accès à de la formation, à un guide et à des outils cliniques à jour. Un programme de mentorat québécois en TUO, des réunions d'équipes interdisciplinaires ainsi que des espaces de soutien clinique sont mis en place et formalisés.

CONTEXTE

Afin de garantir une offre de services de qualité en TUO, plusieurs formes de soutien à la pratique des équipes devraient être mises en place et encouragées. Ces différentes formes de soutien permettraient également d'améliorer la stabilité des équipes.

Tout d'abord, une offre de formation continue devrait être élaborée et mise à la disposition de tous les membres des équipes interdisciplinaires. Ces formations devraient être basées sur les dernières données scientifiques et porter sur des thématiques variées en lien avec les pratiques exemplaires en TUO. Il serait judicieux de créer rapidement des formations continues touchant à quelques thématiques importantes, notamment les compétences relationnelles et le savoir-être; l'approche sensible aux traumatismes (*trauma-informed care*); l'adaptabilité et l'individualisation en TUO; les pratiques exemplaires en cas de demande de sevrage d'opioïdes. Un guide et des outils cliniques devraient également être offerts aux équipes afin de soutenir un jugement clinique conforme à la philosophie de la réduction des méfaits et à la vision holistique. De plus, un programme de mentorat provincial devrait être mis sur pied pour aider les équipes à faire face aux situations complexes et à augmenter leurs connaissances et leur aisance. La création d'un programme de mentorat permettrait également d'officialiser un réseau interdisciplinaire d'experts en TUO au Québec^F.

Les équipes devraient avoir accès à des réunions interdisciplinaires régulières pour soutenir leurs décisions et la cohésion de l'équipe. Ces réunions permettraient aux membres de l'équipe d'aborder les cas complexes, les problématiques nouvelles, la gestion des situations de crise, l'amélioration des services, etc. Les échanges menés dans le cadre de ces réunions permettraient de préserver des pratiques flexibles, adaptées et individualisées.

Finalement, une attention particulière devrait être portée à la mise en place d'espaces de soutien clinique individuel et de groupe. L'objectif de ces espaces serait d'aider les équipes à préserver leur équilibre malgré les dures réalités auxquelles elles font face. Ces espaces seraient particulièrement importants pour les équipes offrant une intensité élevée de soutien auprès des populations en situation de grande précarité.

^F En dehors du présent projet, d'autres travaux ont été effectués pour déterminer les besoins de formation liée au TUO au Québec. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, le lecteur est invité à consulter le rapport suivant : Perreault, M., Archambault, L., Gabet, M., Ponsot, A.S., Cohen, J., Artunduaga, A. 2019. *Rapport sur les besoins de développement des compétences en matière de traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*, 69 p.

SIGNIFICATION DE CETTE PROPOSITION



POUR LES ÉQUIPES DE SOINS PARTENAIRES

La mise en place d'un ensemble de mesures de soutien dans votre pratique devrait vous permettre d'assurer des interventions flexibles, adaptées et individualisées auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes. Un guide et des outils cliniques à jour, un mentorat, de la formation continue, des réunions interdisciplinaires régulières et des espaces de soutien clinique individuel et de groupe

devraient être mis à votre disposition. Ces mesures devraient vous offrir le soutien nécessaire à l'exercice de votre pratique. Elles devraient également être actualisées régulièrement afin que votre pratique soit fondée sur les données les plus à jour.



POUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Étant donné la spécificité et la complexité du travail auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, les équipes devraient pouvoir compter sur un ensemble de mesures pour assurer des interventions de qualité dans les services en TUO. Par conséquent, tous les membres des équipes devraient se voir accorder du temps pour de la formation continue fondée sur des données à jour. De plus, des réunions interdisciplinaires régulières devraient être instaurées afin d'assurer une cohésion d'équipe et de renforcer la flexibilité, l'adaptabilité et l'individualisation du traitement.

Il serait également important d'encourager l'établissement d'un programme de mentorat québécois en TUO afin de miser sur le partage des savoirs. Un tel programme aurait une incidence sur le degré d'aisance de vos équipes dans les situations plus complexes. Des espaces de soutien clinique individuel et de groupe devraient aussi être offerts afin de soutenir les membres de l'équipe dans leur pratique.



POUR LES DÉCIDEURS

Il serait important de prioriser le développement d'outils cliniques adaptés aux spécificités du TUO, l'élaboration d'un guide clinique et la création de formations continues afin d'assurer une offre de services fondée sur les données à jour et les pratiques exemplaires. L'établissement d'un programme de mentorat interdisciplinaire officiel en TUO au Québec devrait également être envisagé. Les équipes

offrant le traitement du TUO, plus particulièrement celles qui apportent un soutien d'intensité élevée aux populations en situation de précarité, sont confrontées aux dures réalités vécues par les personnes en traitement. Il serait important de reconnaître qu'un soutien adapté est essentiel au bon fonctionnement et à la stabilité de ces équipes.

L'application de la proposition 10 permettrait à une personne utilisatrice d'opioïdes de dire :

Mon équipe de soins m'offre des traitements
selon les meilleures pratiques.

Si des situations complexes et particulières surviennent, il se pourrait que mon équipe soit
amenée à discuter de ma situation avec des experts afin de trouver les meilleures solutions.
Ce processus sera toujours effectué de façon anonyme et confidentielle.

RÉSUMÉ GRAPHIQUE DES PROPOSITIONS

Remise du matériel essentiel de réduction des méfaits à toutes les étapes de la démarche



Distribution et enseignement de la naloxone



Distribution de matériel de consommation et de protection



Liste de ressources disponibles dans la communauté, dont les services d'injection supervisée lorsqu'existants

Lieux possibles d'induction
CRD, services spécialisés, urgences, services de psychiatrie, centres de détention, GMF

PROPOSITION 2

Partenaires clés
Pharmacies, OC, RHD, services de première ligne, services de police, réseau de l'emploi, services pour personnes en situation de précarité, ressources d'hébergement

PROPOSITION 6

CRD Centres de réadaptation en dépendance

OC Organismes communautaires

RHD Ressources d'hébergement en dépendance

GMF Groupes de médecine familiale

Demande d'aide
dans un service spécialisé ou non spécialisé en dépendance

PROPOSITION 4

Le plus rapidement

Évaluation spécialisée
faite par un expert en TUO

PROPOSITION 5

Initier la molécule le plus rapidement, privilégier le jour même

**Si TUO :
Offrir un traitement par agonistes opioïdes (TAO)**

A

Initier le TAO le plus rapidement possible

Buprénorphine-naloxone (1^{er} choix), méthadone ou morphine à libération lente univoitidienne

PROPOSITION 2

B

Déterminer le contexte de soins

Services internes ou services externes

PROPOSITION 5

C

Déterminer la meilleure équipe à long terme

pour bien offrir l'intensité du soutien requis

PROPOSITION 5

Planifier le traitement et l'accompagnement à long terme

selon l'intensité du soutien requis et de la situation de précarité de la personne

PROPOSITION 8

En tout temps,
s'assurer de l'application de la **philosophie de réduction des méfaits** et avoir une **vision holistique**

PROPOSITION 1

L'offre de services est **flexible, adaptée et individualisée**

PROPOSITIONS 2 + 3

Interventions par les **pairs aidants**

PROPOSITION 9

Éviter les sevrages d'opioïdes

PROPOSITION 7

Si la personne souhaite faire un sevrage d'opioïdes :

- Explication détaillée sur les risques (annexes 2 + 3)
- Signature du formulaire de consentement (annexe 4)
- Réévaluation fréquente et transfert en tout temps vers un TAO

Après la consultation, si la personne persiste dans son choix de faire un sevrage d'opioïdes :

- Réduire les risques associés au sevrage (annexe 5)

S'il s'agit d'une fin de traitement de maintien :

- Effectuer une diminution lente des doses sur plusieurs mois, voire plusieurs années

Le traitement de maintien est à long terme et d'une durée indéfinie

Importance de maintenir le lien avec la personne puisque les allers-retours en traitement font partie de la réalité de plusieurs personnes

Soutenir la stabilité des équipes

PROPOSITION 10

RÉFÉRENCES SÉLECTIONNÉES

1. Initiative Canadienne de Recherche en Abus de Substance (ICRAS-CRISM). Lignes Directrices Nationales de L'Initiative Canadienne de Recherche sur L'Abus de Substances sur la Prise en Charge Clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes [Internet]. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM); 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf
2. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach | SAMHSA Publications [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884.html>
3. Edland-Gryt M, Skatvedt AH. Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *Int J Drug Policy*. 2013;24(3):257-64.
4. Islam M, Topp L, Conigrave KM, Day CA. Defining a service for people who use drugs as « low-threshold »: what should be the criteria? *Int J Drug Policy*. 2013;24(3):220-2.
5. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. 2018 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
7. Uchtenhagen A. Stepped Care Models in Addiction Treatment. *Textbook of addiction treatment: International perspectives*. 2015;
8. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépe [Internet]. 2016 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
9. Collège des médecins du Québec (CMQ). Retrait de l'exemption pour le traitement par la méthadone à compter du 19 mai [Internet]. 2018 juin [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/retrait-exemption-methadone.aspx>
10. Van Beek I. Case study: accessible primary health care—a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2007;18(4):329-32.
11. Wood S, Austin S. Building Bridges in Bridgeport for HIV-Positive Substance Abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2009;8(1):20-34.
12. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Avis_naloxone_RCR.pdf
13. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Value of Peers, 2017 [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA); 2017 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/value-of-peers-2017.pdf
14. 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>

15. International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction ? A position statement from the International Harm Reduction Association [Internet]. London; 2009 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: https://www.hri.global/files/2010/05/31/IHRA_HRStatement.pdf
16. World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Geneva; 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
17. Collège des médecins du Québec (CMQ). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication [Internet]. 2015 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1579444839879>
18. Sorsa MA, Kiikkala I, Åstedt-Kurki P. Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis*. 23 avr 2018;11(2):88-100.
19. Durand, Guy. Introduction générale à la bioéthique: Histoire, concepts et outils [Internet]. Paris: Fides-Cerf; 1999 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.editionsfides.com/fr/ouvrages-de-referenc.aspx?id2=143&id3=120&catalogue=false>
20. Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Valeurs phares en réadaptation [Internet]. 2006 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: http://aerdpq.reseaut.net/fichiers/publications/valeurs_phares.pdf
21. Tauber A. A philosophical approach to rationing. *The Medical journal of Australia*. 2003;178:454-6.
22. Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration) [Internet]. 1 RCS 497 1999. Disponible sur: https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1691/index.do?site_preference=normal
23. Nadeau, Christian. Liberté, égalité, solidarité [Internet]. Montréal (Québec): Éditions Boréal; 2013 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.editionsboreal.qc.ca/catalogue/livres/liberte-egalite-solidarite-2330.html>
24. ter Meulen R, Wright K. Family solidarity and informal care: the case of care for people with dementia. *Bioethics*. 2012;26(7):361-8.
25. Hirsch, Emmanuel. Le Devoir de non-abandon [Internet]. Paris: Les Editions du cerf; 2004 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.editionsducerf.fr/librairie/livre/8341/le-devoir-de-non-abandon>
26. Pelluchon, Corine. Du principe d'autonomie à une éthique de la vulnérabilité. In: Actes du colloque du 29 novembre 2009 [Internet]. Centre Sèvres, Paris; 2009 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <http://corine-pelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/article-pour-CS%C3%A8vres.pdf>
27. CSSS Pierre Boucher. Cadre de référence en éthique. 2013 mai.
28. Sautereau C. Répondre à la vulnérabilité: Paul Ricoeur et les éthiques du care en dialogue. *Journal of French and Francophone Philosophy*. 2015;23:1.
29. Duplantie A. Étude de cas. Éthique et responsabilité professionnelle face à la vulnérabilité d'autrui. Dossier soins à domicile. *Perspective infirmière, OIIQ*. 2009;6(5):47-51.
30. Straehle C. Vulnerability, Health Agency and Capability to Health. *Bioethics*. 2016;30(1):34-40.
31. Evans J. Exploring the (bio)political dimensions of voluntarism and care in the city: The case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place*. 2011;17(1):24-32.
32. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA). Trousse pour soin sensibles au traumatisme [Internet]. 2014 [cité 4 févr 2020]. (Série Les principes de base de...). Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/fr/trousse-pour-soin-sensibles-au-traumatisme-serie-les-principes-de-base-de>
33. Commission de la santé mentale du Canada. Lignes directrices relatives à la pratique du soutien par les pairs et à la formation de pairs aidants | Commission de la santé mentale du Canada [Internet]. 2013 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

ANNEXES

Annexe 1

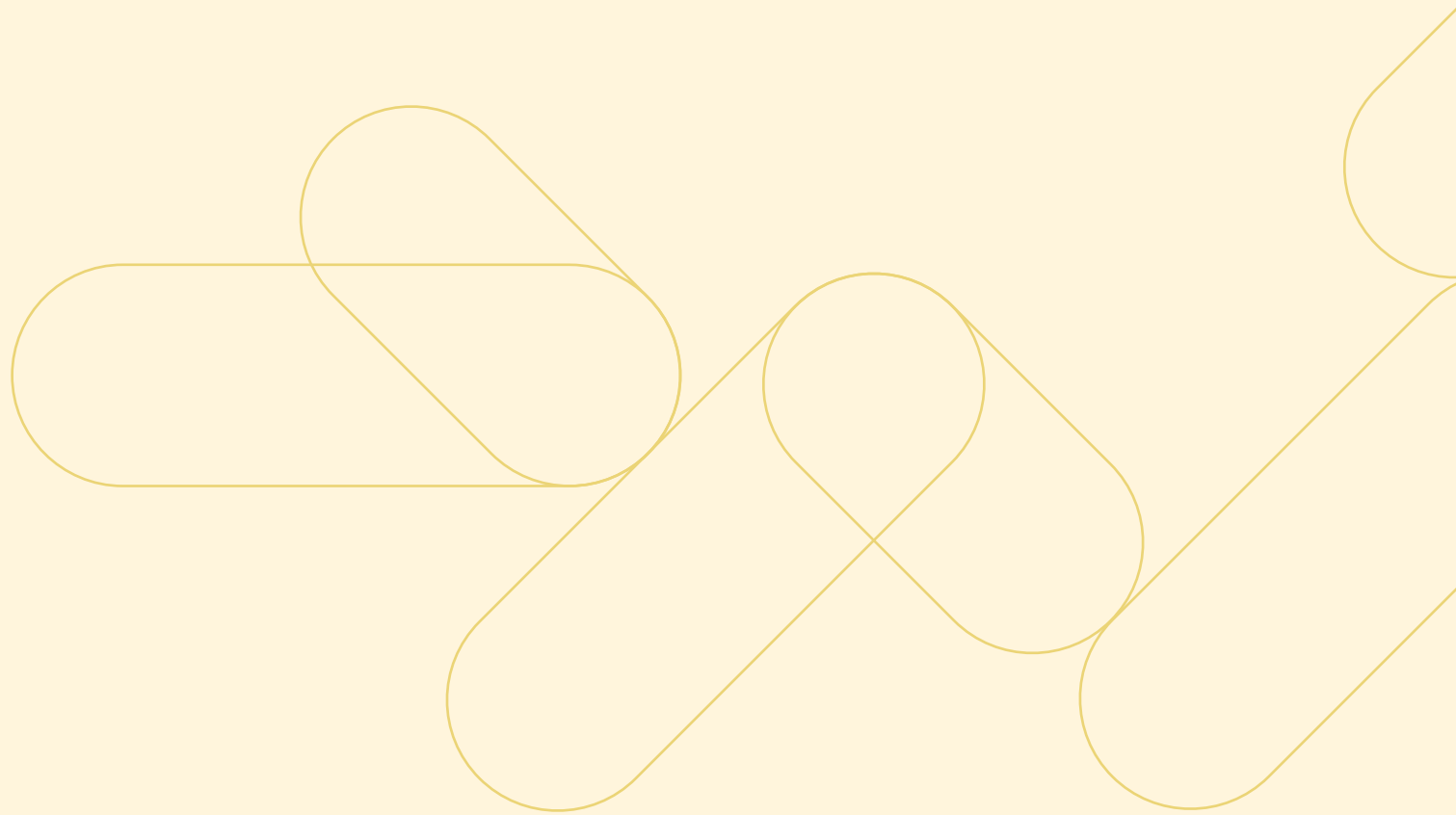
Demande d'adaptation du cadre réglementaire proposé pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO)

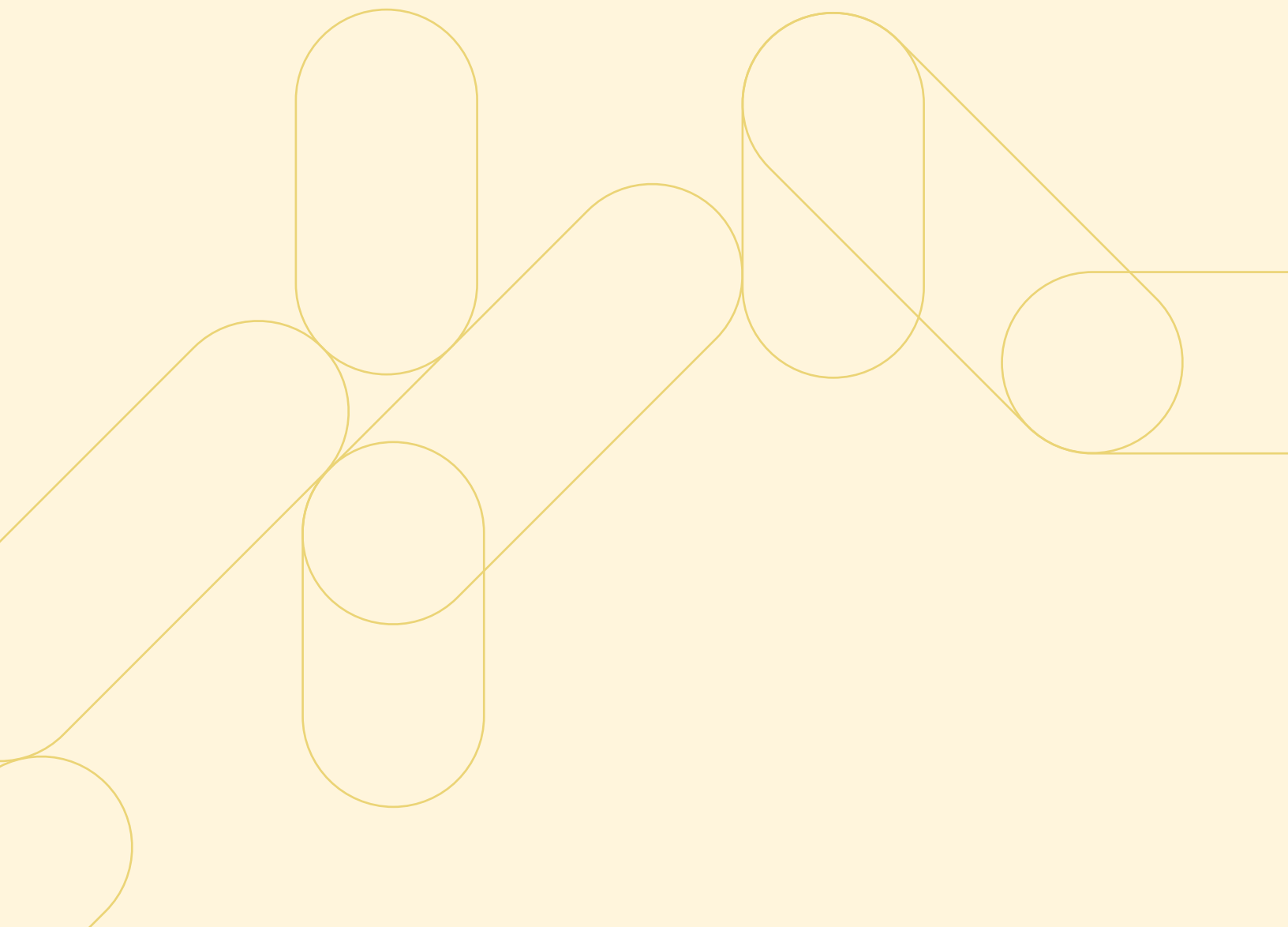
Annexe 2

Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes

Annexe 3

Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes





Annexe 4

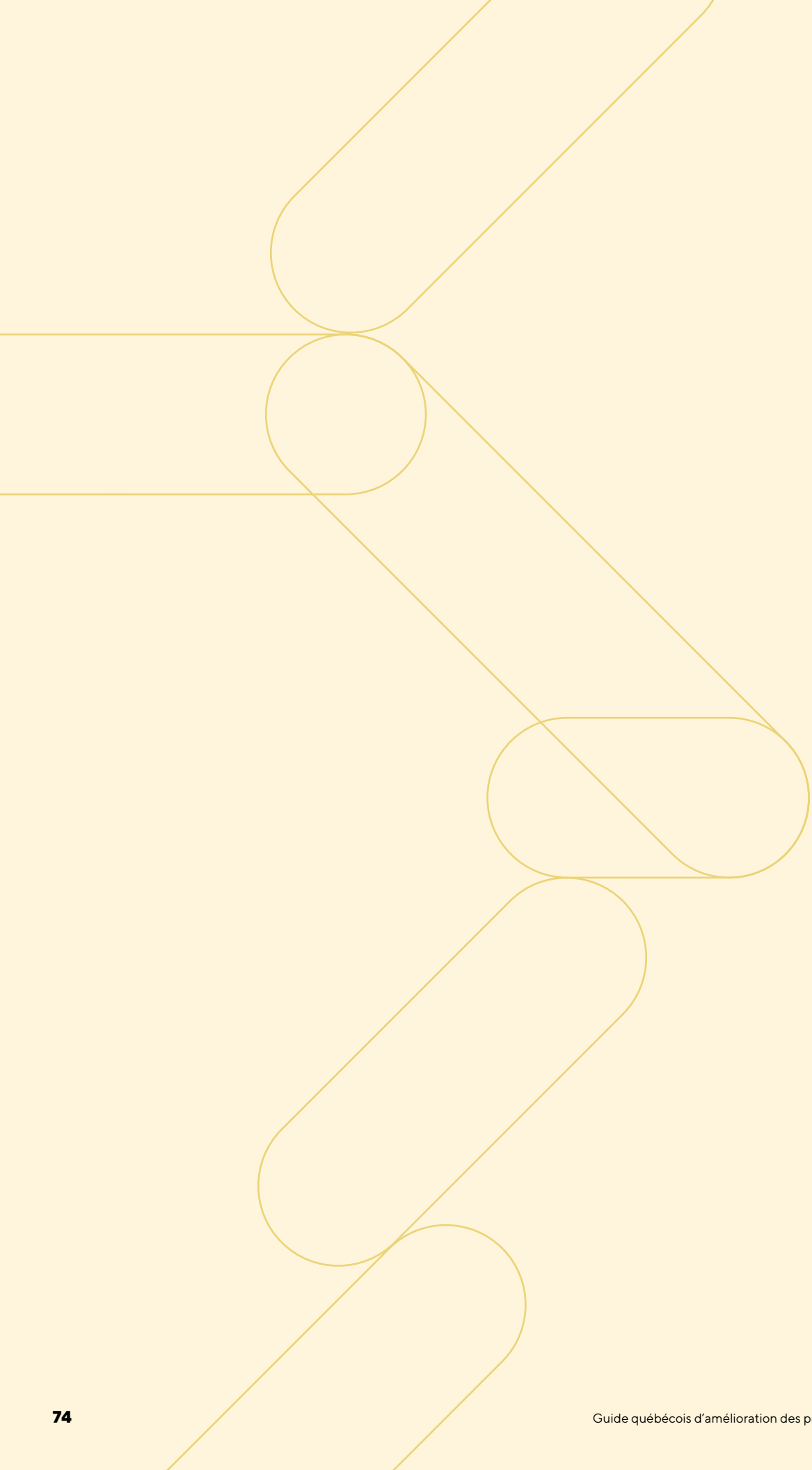
Formulaire de consentement
lors d'une demande de sevrage
pour un trouble lié à l'utilisation
d'opioïdes (TUO)

Annexe 5

Conditions pour réduire
les risques associés au sevrage

Annexe 6

Résumé des données de la littérature
sur les procédures d'induction avec
la buprénorphine-naloxone



ANNEXE 1

Demande d'adaptation du cadre réglementaire proposé pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO)

Extrait du document déposé au comité Inter Ordre (CMQ, OPQ, OIIQ) le 24 septembre 2019.

À l'été 2019, le CMQ, l'OPQ et l'OIIQ ont présenté une version préliminaire de nouvelles lignes directrices à paraître portant sur le contexte réglementaire et les règles déontologiques (cadre réglementaire) découlant de la pratique professionnelle au Québec relativement au traitement des personnes ayant un TUO. L'équipe de recherche a été appelée à commenter cette version préliminaire.

Les résultats préliminaires des projets de recherche « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec » et « La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec » ont été utilisés, de même que l'opinion du groupe de travail (composé d'experts en traitement du TUO au Québec) du premier projet. Ainsi, la présentation des résultats préliminaires au groupe de travail a permis d'élaborer des propositions visant à modifier certaines recommandations du cadre réglementaire. Ces propositions s'appuient sur des données à jour provenant d'articles scientifiques, de guides cliniques et des résultats des entretiens menés auprès des différentes populations rencontrées au cours des deux projets de recherche. Le 24 septembre 2019, l'équipe de recherche a été à la rencontre des représentants du comité inter-ordres afin de déposer et de présenter lesdites propositions.

1. Utilisation des tests urinaires

1.1. Libellé initial du cadre réglementaire

« Au même titre que le questionnaire effectué auprès des patients, le dépistage urinaire de drogues ou de substances doit être vu comme un outil visant à améliorer la sécurité du patient et à bonifier son plan de traitement. La fréquence du dosage urinaire varie selon la phase du

traitement et la progression clinique du patient. »

« Dans le cas où il y a suspicion de falsification des tests urinaires, les urines peuvent être prélevées sous surveillance directe. »

« Les dépistages urinaires, là où ils sont disponibles, sont faits de façon aléatoire. »

1.2. Proposition de modification

Le test urinaire est un outil clinique qui peut avoir son utilité comme complément à l'anamnèse ou même pour aider la personne consommatrice d'opioïdes à reconnaître une consommation incertaine lorsqu'il y a crainte de contamination. Il peut être utilisé si l'anamnèse ne correspond pas aux résultats cliniques ou s'il y a suspicion de mésusage. L'utilisation fréquente et systématique du test urinaire n'est pas recommandée. De plus, on ne doit pas y avoir recours de façon punitive, par exemple en l'associant directement au nombre de doses non supervisées. Pour favoriser la relation de confiance, la personne en traitement devrait également être informée que le test a une valeur informative et non coercitive. La fréquence des tests urinaires, si effectués, ne doit pas nuire à la réadaptation de la personne ou au maintien du traitement. La personne en traitement a le droit de refuser d'effectuer le test. Les tests urinaires directement supervisés vont à l'encontre du respect de l'intimité de la personne et il convient de les éviter. La personne en traitement a aussi le droit d'être avisée qu'un test sera demandé. La majorité des personnes ne devrait pas avoir besoin de subir des tests fréquents et réguliers en cours de traitement.

2. Doses non supervisées

2.1. Libellé initial du cadre réglementaire

« Aucune dose non supervisée sauf exception (justifiée au dossier) n'est accordée à un nouveau patient au cours des trois (3) premiers mois de traitement pour la méthadone. »

« Les doses non supervisées ne doivent pas être permises ou maintenues, si le patient traité présente : (...) – Rechute. (...) – Séjour récent d'un milieu carcéral. »

« L'octroi des doses non supervisées supplémentaires se fait graduellement pour les médicaments, selon le calendrier qui est proposé à l'annexe 5, jusqu'à un maximum de 6 doses (...) »

« En ce sens, il est à noter que les doses perdues, volées ou détruites ne sont pas remplacées. »

2.2. Proposition de modification

Les doses non supervisées requièrent plus de flexibilité en fonction du jugement du médecin et des exigences minimales arrimées aux pratiques exemplaires internationales.

Par exemple :

Dès le début du traitement, il est possible d'octroyer des doses non supervisées les fins de semaine, si cela est nécessaire, pour des raisons logistiques (pharmacies fermées les fins de semaine ou transport non disponible). Étant donné le profil de sécurité de la buprénorphine-naloxone, il est possible d'être plus flexible dans l'attribution des doses non supervisées, et ce, dès le début du traitement. Il est aussi possible d'octroyer jusqu'à 1 mois de doses non supervisées si la personne présente une stabilité clinique.

Pour les travailleurs présentant des horaires atypiques (travailleurs saisonniers, à contrat, sur appel, qui dépendent de la météo, etc.), les personnes ayant de la difficulté à se présenter au rendez-vous ou toute personne pouvant en bénéficier, il est aussi possible d'offrir une flexibilité dans la journée d'observance en pharmacie en demandant à la personne d'apporter les doses qui sont à la maison.

Une réévaluation des doses non supervisées devrait avoir lieu dans les cas suivants :

- Incapacité d'entreposer les doses dans un endroit sécuritaire;
- Risque de détournement;
- Idées suicidaires, atteinte cognitive, psychose ou risque de mauvaise utilisation;
- Instabilité psychosociale importante.

3. Amorce du traitement au moyen de la buprénorphine-naloxone

3.1. Libellé initial du cadre réglementaire

Aucune mention de la possibilité d'effectuer des amorces à domicile.

3.2. Proposition de modification

Il est aussi possible de laisser des doses de buprénorphine-naloxone supplémentaires au patient pour terminer l'amorce à la maison si des symptômes de sevrage surviennent avant la dose habituelle prévue le lendemain. Sinon, chaque dose supplémentaire nécessaire pour terminer l'amorce peut être remise par le pharmacien communautaire.

Les doses emportées à domicile dans le cadre d'une amorce sont distinctes des doses non supervisées octroyées au cours d'un traitement à long terme.

4. Contrat thérapeutique

4.1. Libellé initial du cadre réglementaire

« Il est recommandé de signer un contrat thérapeutique avec le patient dès son entrée en traitement. »

4.2. Proposition de modification

Il convient de discuter du plan de traitement avec la personne demandant des soins afin de bien comprendre ses objectifs et d'obtenir son consentement libre et éclairé. Le clinicien peut décider d'utiliser un document écrit comme support informatif pour le patient, sans que ce document ait une valeur juridique. Il ne devrait en aucun cas contenir des règles ou des menaces entravant l'accès aux soins de santé (p. ex. expulsion en cas de non-respect des règles), sauf en cas de danger, par exemple en présence de comportements violents ou de menaces envers l'équipe de soins.

5. Programme Alerte

5.1. Libellé initial du cadre réglementaire

« Il est donc fortement recommandé de présenter et d'offrir le programme au patient, obtenir son consentement afin de l'inscrire au programme dès que possible. »

5.2. Proposition de modification

L'application systématique de cette mesure de sécurité pour toutes les personnes en TAO est discriminante et restrictive.

Le programme Alerte devrait être utilisé seulement si le médecin a un doute important sur le mésusage de prescriptions de médicaments.

6. Rôle du pharmacien

6.1. Libellé initial du cadre réglementaire

« Le pharmacien qui choisit d'offrir ce service doit, en plus d'effectuer la surveillance de la thérapie médicamenteuse, organiser le service pharmaceutique et mettre en place des mesures raisonnables pour éviter les diversions. »

« (...) vérifier que les comprimés sont complètement dissous avant de donner congé au patient, incluant en observant sous la langue du patient. »

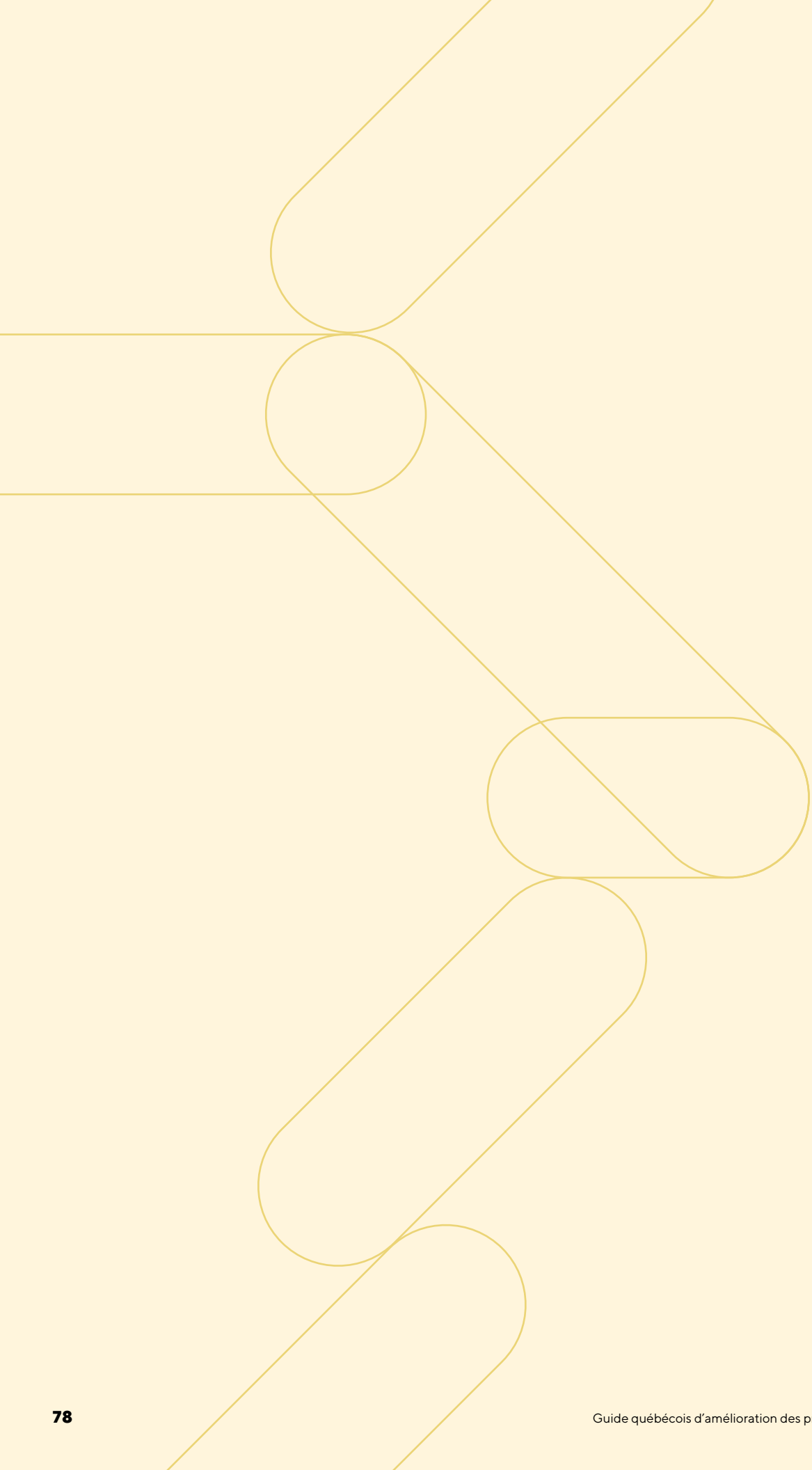
6.2. Proposition de modification

Le pharmacien est un professionnel de la santé et fait partie intégrante de l'équipe de soins qui travaille selon le principe du patient partenaire.

L'accent mis sur le rôle de surveillance du pharmacien devrait être revu et son rôle réorienté tout d'abord vers le bien-être de la personne en TAO.

Le pharmacien joue un rôle thérapeutique important en TAO. C'est le membre de l'équipe de soins qui voit le plus régulièrement la personne en TAO. Il a donc la possibilité d'avoir une influence positive dans l'atteinte d'une amélioration de la santé et de la qualité de vie de la personne.

La surveillance de la dissolution ou de la prise du TAO ne devrait être utilisée qu'en cas de doute sur un possible détournement.



ANNEXE 2

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.

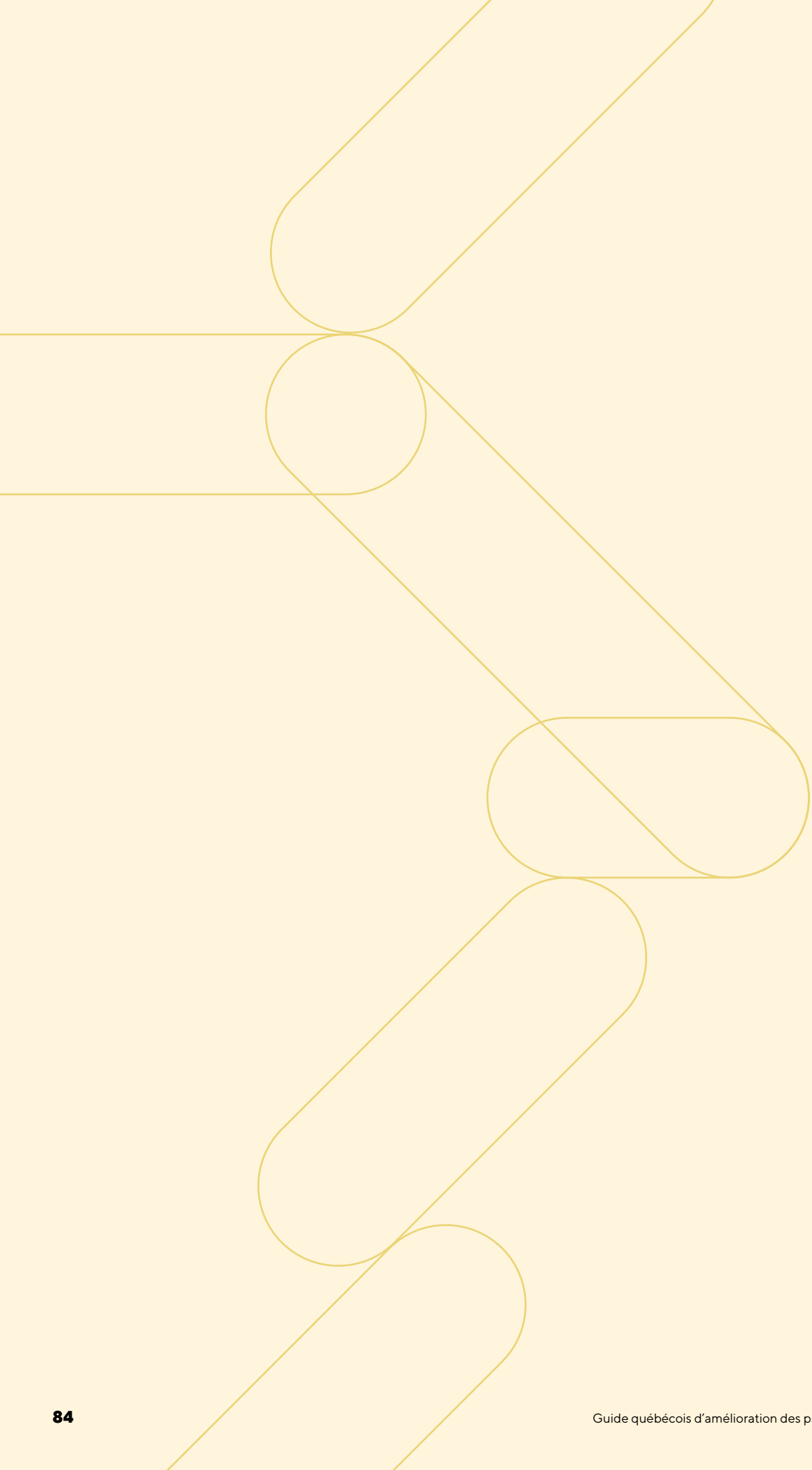
Pour trouver un endroit où se procurer de la naloxone, consultez le site : <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/naloxone/>

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>

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.



ANNEXE 3

Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes

Lorsqu'une personne utilisatrice d'opioïdes fait une demande de sevrage, vous devez vous assurer de transmettre l'ensemble des renseignements suivants. Il est de votre responsabilité, en tant que professionnel de la santé et des services sociaux, de vous assurer que la personne comprend les risques associés à un sevrage d'opioïdes.

- 1. Explorer les raisons qui motivent la demande de sevrage d'opioïdes.
- 2. Remettre le document : ***Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes.***
Lire le document *Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes* avec la personne et répondre à ses questions pour vous assurer de la compréhension des éléments suivants :
 - A) Que sont les opioïdes?**
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 l'usage.
 - B) Y a-t-il des traitements efficaces?**
Pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, le traitement au moyen d'agonistes opioïdes (TAO) est le traitement le plus efficace et sécuritaire (amélioration des conditions de vie des personnes, réduction de la consommation d'opioïdes, de la mortalité, de la morbidité et des infections).
 - C) Qu'est-ce qu'un sevrage d'opioïdes?**
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.
 - D) Est-ce qu'il est recommandé d'effectuer un sevrage d'opioïdes?**
Les sevrages d'opioïdes sont à éviter en raison des risques importants de rechutes, d'infections, de surdoses et de mortalité.
 - E) Le « moins pire » des sevrages : le sevrage lent à l'aide d'une dose décroissante d'agoniste opioïde.**
Si la personne désire toujours effectuer un sevrage d'opioïdes, abordez la gestion du sevrage au moyen d'une diminution graduelle des doses d'un agoniste opioïde (30 jours et plus), tout en favorisant un transfert en tout temps et sans délai vers un traitement de maintien. Le sevrage à froid (*cold turkey*) ou avec des médicaments visant à diminuer les symptômes est à proscrire.
 - F) Choisir le contexte de soins approprié**
La personne peut effectuer un sevrage d'opioïdes graduel en services externes ou le commencer en services internes, selon ses besoins et votre évaluation.

G) Prévenir et réagir aux surdoses d'opioïdes

Remettre de la naloxone et en faire l'enseignement avant que la personne ne quitte le bureau (si elle est accompagnée, inclure l'entourage).







Vérifier si la personne consomme de l'alcool, des benzodiazépines ou du GHB. Si oui, indiquez-lui les risques supplémentaires de surdoses associés à la consommation de ces substances avec les opioïdes.

H) L'importance du matériel de consommation et de protection afin de réduire les méfaits liés à la consommation

Assurez-vous d'offrir le matériel de consommation et de protection à la personne avant qu'elle ne quitte le bureau.

3. S'assurer d'avoir un **numéro de téléphone** pour joindre la personne. Si elle n'en a pas, demandez-lui les coordonnées d'une personne qui peut la joindre (p. ex. travailleur de rue, organisation communautaire, pharmacie, membre de l'entourage, etc.).

À retenir..

-  Vous devriez éviter d'effectuer un sevrage d'opioïdes et encourager le traitement de maintien au moyen d'agonistes opioïdes à toutes les étapes de la démarche.
-  Lors d'une demande de sevrage d'opioïdes, une discussion complète et documentée devrait avoir lieu avec la personne afin de lui donner les renseignements nécessaires pour qu'elle puisse consentir à des soins de manière libre et éclairée. Les risques associés au sevrage d'opioïdes et le meilleur traitement pour les TUO (c'est-à-dire le TAO) devraient être abordés lors de cette discussion.
-  Lorsqu'une personne persiste dans sa demande de sevrage, votre équipe devrait toujours procéder à l'amorce d'un traitement au moyen d'un agoniste opioïde dans un contexte de soins adapté à sa situation et de manière à favoriser le transfert en tout temps vers un traitement de maintien.
-  La buprénorphine-naloxone devrait être la molécule de première intention, car elle offre plusieurs avantages. Il est également possible d'utiliser la méthadone si la personne préfère cette option et qu'elle ne présente pas de contre-indications. Le sevrage devrait toujours se faire sur une période de plus de 30 jours, en diminuant lentement la dose et en prolongeant les périodes de stabilisation. Les modalités de traitement devraient être flexibles, c'est-à-dire adaptées aux besoins de la personne.
-  Un des principaux objectifs des services de gestion du sevrage est d'offrir des occasions de liaison avec des services à long terme de la dépendance et de stimuler l'engagement de la personne dans le traitement à long terme de la dépendance.
-  Vous devriez toujours offrir un accès au matériel essentiel de réduction des méfaits, du matériel de consommation et de protection, dont la naloxone et enseigner son utilisation.

ANNEXE 4

Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

ÉTIQUETTE
D'IDENTIFICATION

En cochant les cases ci-dessous et en apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme que je comprends que ce choix est fait en connaissance de cause et que je suis d'accord avec les énoncés suivants :

- Je comprends que j'ai un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (dépendance aux opioïdes).
- Je comprends que selon les preuves scientifiques actuelles, le traitement de maintien par agonistes opioïdes (TAO) constitue l'option thérapeutique la plus sécuritaire et celle qui optimise au maximum les chances de rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. La durée recommandée d'un TAO varie en fonction des circonstances et des besoins particuliers de chaque personne, mais est toujours sur le long terme.
- Je comprends que le sevrage d'opioïdes est à éviter, et que si je décide d'opter pour un sevrage, je m'expose à un risque élevé de rechute et de surdose. Une surdose peut causer des méfaits graves, notamment des lésions cérébrales, un coma ou même la mort.
- Je comprends que si je choisis un sevrage d'opioïdes, je devrais recevoir un agoniste opioïde sur plus de 30 jours et non pas effectuer un sevrage avec d'autres sortes de médicaments ou faire un sevrage à froid (*cold turkey*).
- Je comprends que la gestion du sevrage à titre d'option thérapeutique unique est contre-indiquée.
- Je comprends que si j'ai décidé d'opter pour un sevrage à décroissance lente par agoniste opioïde, je peux changer d'idée et on m'encourage à le faire pour recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.
- Je comprends que le sevrage ne réglera pas mon trouble lié à l'utilisation des opioïdes. Le TUO nécessite un traitement et un accompagnement à long terme.
- Je reconnais avoir disposé de suffisamment de temps et d'occasions pour poser des questions concernant les points évoqués précédemment et je reconnais également avoir reçu des précisions et des conseils satisfaisants à cet égard.

Voici la décision que je prends actuellement :

Je désire avoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes (TAO).
Je consens à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes prodigué par l'équipe partenaire de soins et j'ai décidé de ne pas faire un sevrage d'opioïdes.

Je désire entreprendre un sevrage lent à l'aide d'une dose décroissante d'agonistes opioïdes sur plus de 30 jours.
Je comprends que ce choix n'est pas la meilleure option thérapeutique. Je peux changer d'idée en tout temps et je suis encouragé à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.

Je désire faire un sevrage d'opioïdes autrement.
Veuillez préciser : _____
Je comprends que ce choix n'est pas une bonne option thérapeutique. Je peux changer d'idée en tout temps et je suis encouragé à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.

Signature de la personne : _____

Date : _____

Signature d'un professionnel de la santé comme témoin : _____

Date : _____

ANNEXE 5

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 TUD (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 (voir annexes 2 et 3). Il serait judicieux que l'équipe remplisse alors le formulaire de consentement à l'annexe 4 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, voir annexe 6). 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.

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](#)). 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

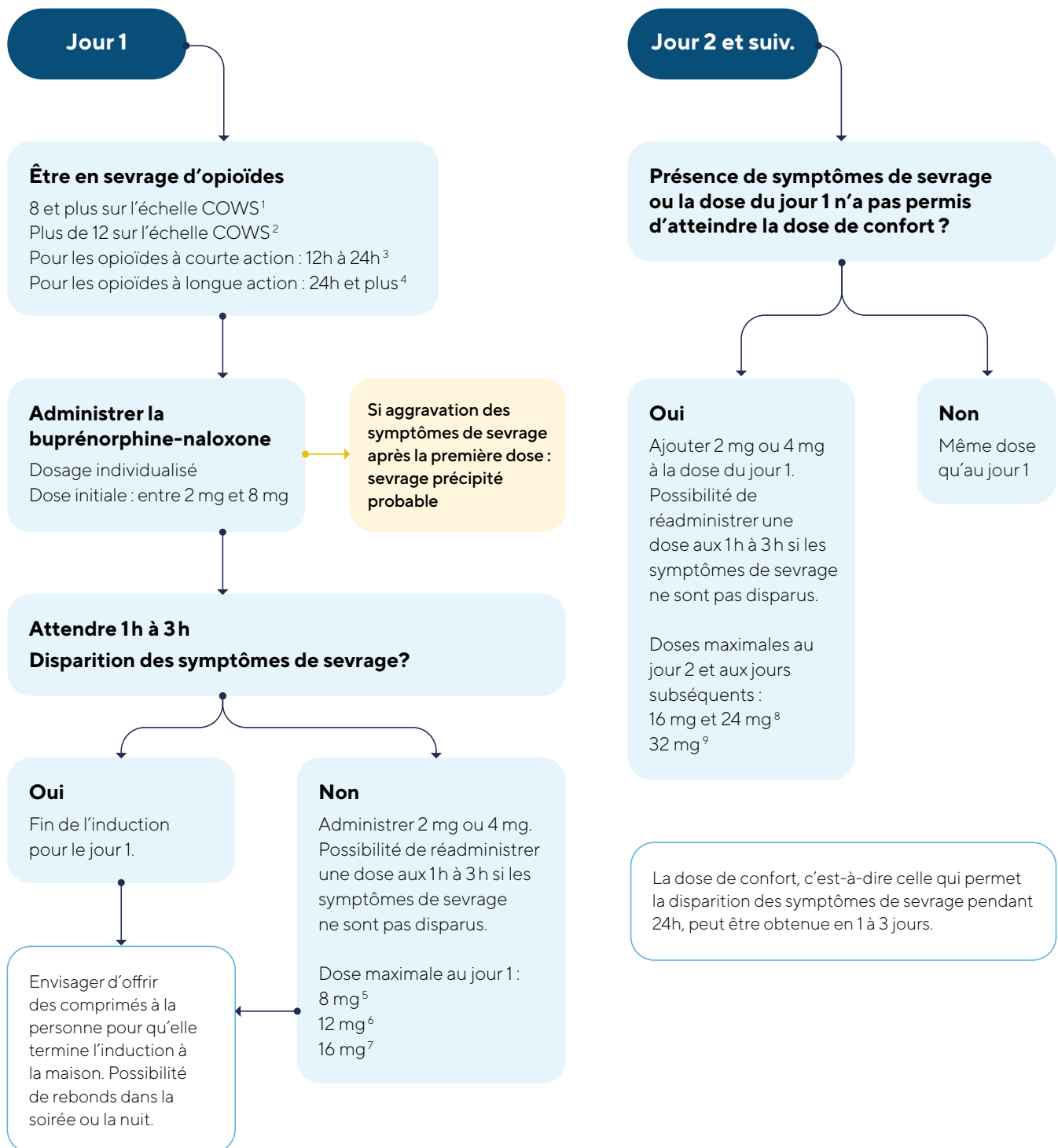
des sevrages d'opioïdes dans les services internes, elle permettrait de garder les personnes en observation, de garantir une gestion plus soutenue des symptômes, d'offrir un environnement sans consommation, d'expérimenter une période de stabilisation avec un agoniste opioïde et d'offrir un ensemble de 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](#)).

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.

ANNEXE 6

Résumé des données de la littérature sur les procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone



* Cette figure rapporte les données issues de la revue de la littérature du projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. Les doses sont exprimées en buprénorphine. Les auteurs ne peuvent offrir de garanties et ne peuvent être tenus responsables en lien avec la pratique clinique du TAO. Les prestataires de soins et de services ont la responsabilité d'être adéquatement formés et compétents pour offrir des soins et services dans le respect de leurs normes professionnelles et de leurs codes de déontologie.

Références

- Gunderson E, Wang X, Fiellin D, Bryan B, Levin F. Unobserved versus observed office buprenorphine/naloxone induction: A pilot randomized clinical trial. *Addict Behav.* 2010;35(5):537-40. Ci-après Gunderson.

Jacobs P, Ang A, Hillhouse MP, Saxon AJ, Nielsen S, Wakim PG, et al. Treatment outcomes in opioid dependent patients with different buprenorphine/naloxone induction dosing patterns and trajectories. *Am J Addict.* 2015;24(7):667-75. Ci-après Jacobs.

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. Ci-après Nielsen 2014.

Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs.* 2003;35(2):253-9. Ci-après Wesson.
- British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder [Internet]. Vancouver, BC; 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf. Ci-après BCCSU.

Center for Addiction and Mental Health (CAMH). Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=4345&langType=3084>. Ci-après CAMH.

Suboxone product monograph including patient medication information. Indivior UK Limited: Berkshire, UK. Control No. 195433. December 20, 2016. Disponible à: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00037755.PDF. Ci-après monographie Suboxone.

Wesson, op. cit.
- Pour l'héroïne, la morphine, l'hydrocodone et l'oxycodone à libération rapide, de 12 à 16 heures. Pour la morphine orale à libération lente, l'hydromorphone à libération contrôlée et l'oxycodone à libération prolongée, de 17 à 24 heures. (BCCSU, op. cit.)

American Society of Addictions Medicine (ASAM). The National Practice Guideline for the Use of Medication in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>. Ci-après ASAM.

Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction [Internet]. 2004 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514846>. Ci-après SAMHSA.

Gunderson, op. cit.
- Pour la méthadone, 24 heures et plus, mais préférablement de 30 à 72 heures (BCCSU, op. cit.).

Nielsen S, Hillhouse M, Mooney L, Fahey J, Ling W. Comparing buprenorphine induction experience with heroin and prescription opioid users. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(3):285-90. Ci-après Nielsen 2012.

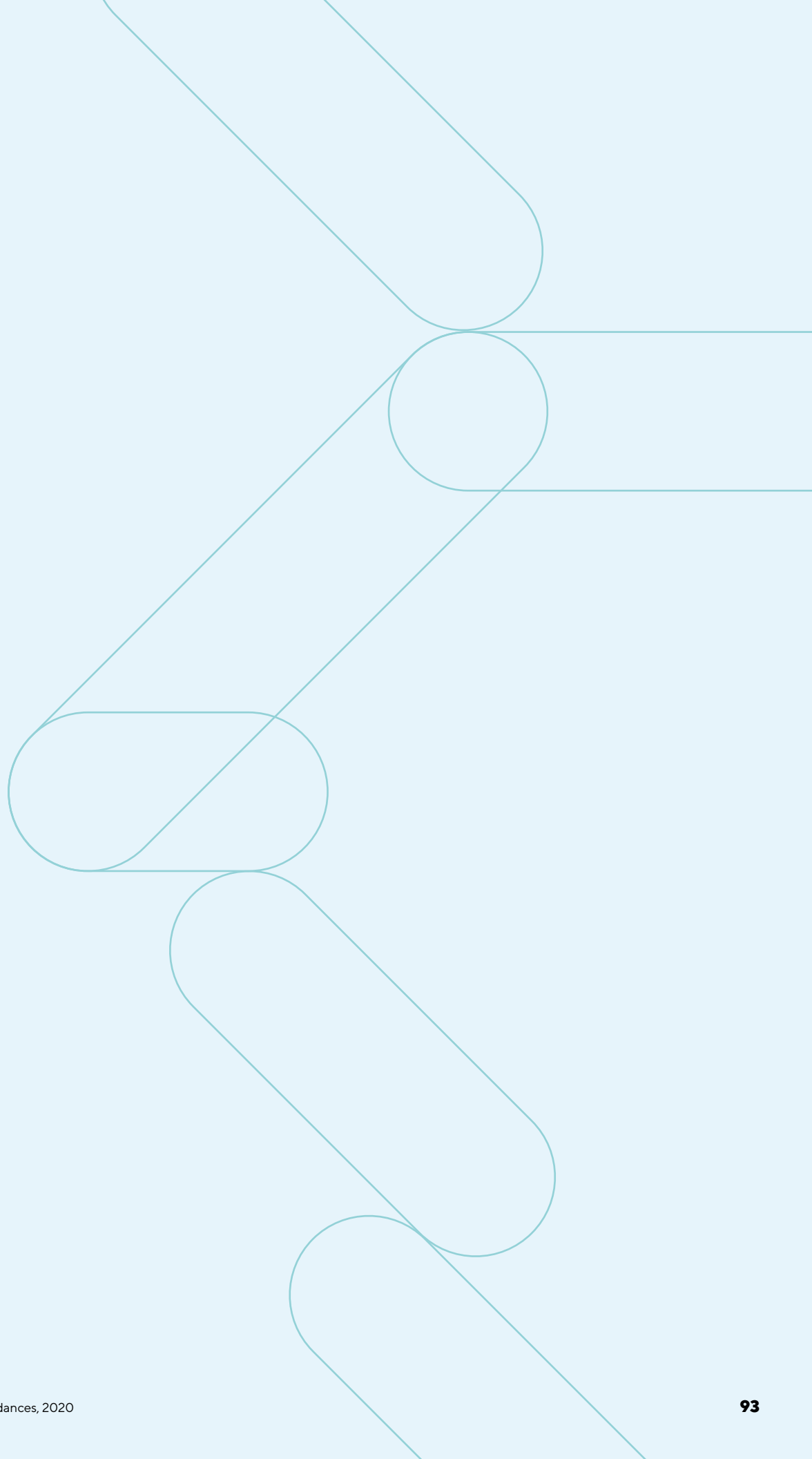
Breen CL, Harris SJ, Lintzeris N, Mattick RP, Hawken L, Bell J, et al. Cessation of methadone maintenance treatment using buprenorphine: transfer from methadone to buprenorphine and subsequent buprenorphine reductions. *Drug Alcohol Depend.* 2003;71(1):49-55. Ci-après Breen.

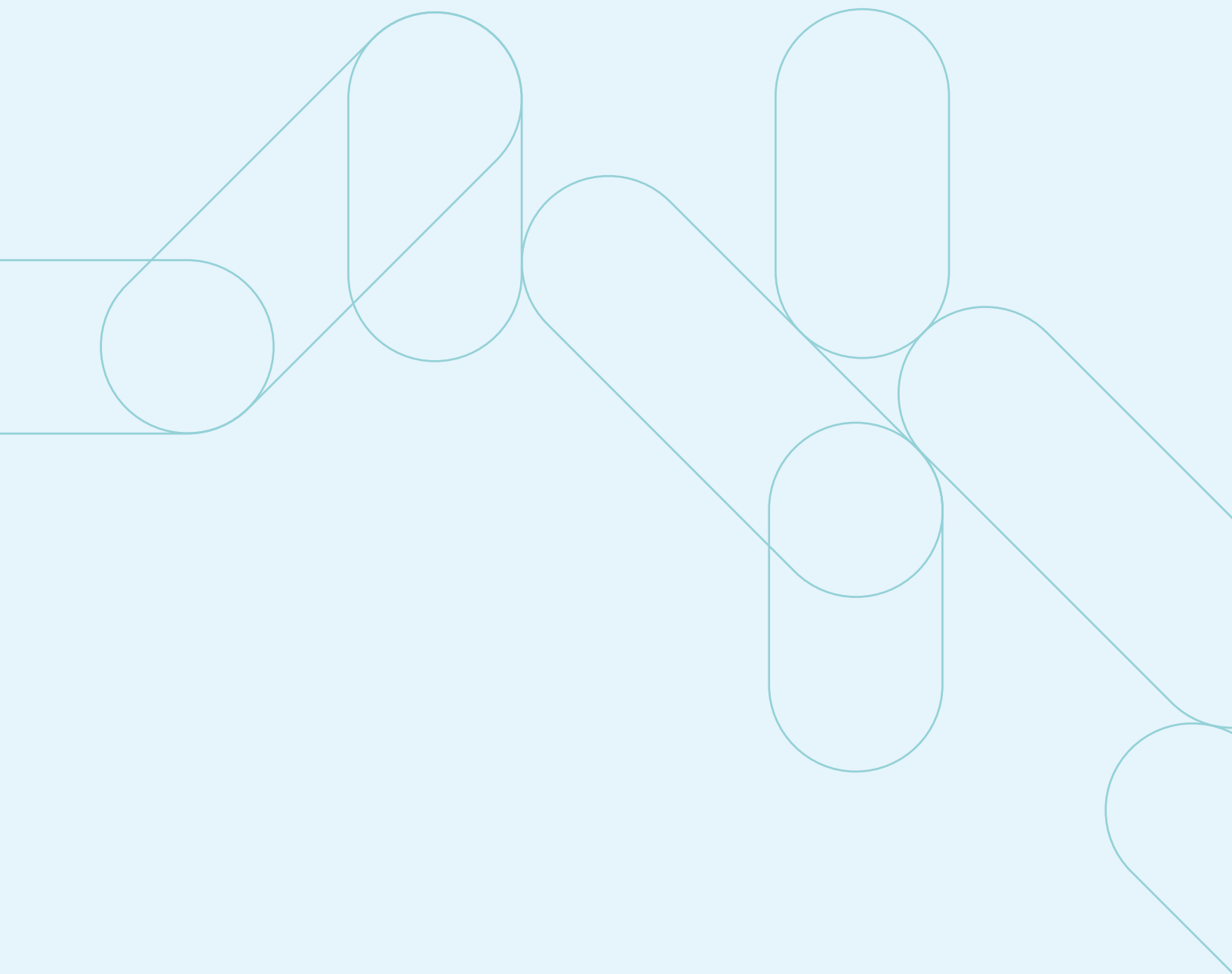
Gunderson, op. cit.; Nielsen 2014, op. cit.; ASAM, op. cit.; SAMHSA, op. cit.
- Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_Id_buprenorphine.pdf. Ci-après CMQ et OPQ

CAMH, op. cit.; SAMHSA, op. cit.
- Monographie Suboxone, op. cit.
- 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.

Gunderson, op. cit.; Nielsen 2012, op. cit.; Jacobs, op. cit.; BCCSU, op. cit.
- Plusieurs auteurs proposent une dose maximale de 16 mg au jour 2 et de 24 mg aux jours subséquents : Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Government of Australia; 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>

Monographie Suboxone, op. cit.; Nielsen 2012, op. cit.; BCCSU, op. cit.; CMQ et OPQ, op. cit.; CAMH, op. cit.; Nielsen 2014, op. cit.; Breen, op. cit.
- Certains énoncent qu'il est parfois possible de stabiliser une personne sur une dose de 32 mg de buprénorphine par jour, voire d'atteindre 32 mg au jour 2 : Jacobs, op. cit., BCCSU, op. cit., et World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Geneva; 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf







**Un projet de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD),
avec la précieuse collaboration de :**

Santé Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec le soutien de la Direction de l'enseignement
universitaire et de la recherche.

Mentions spéciales

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada. »

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal*

Québec 