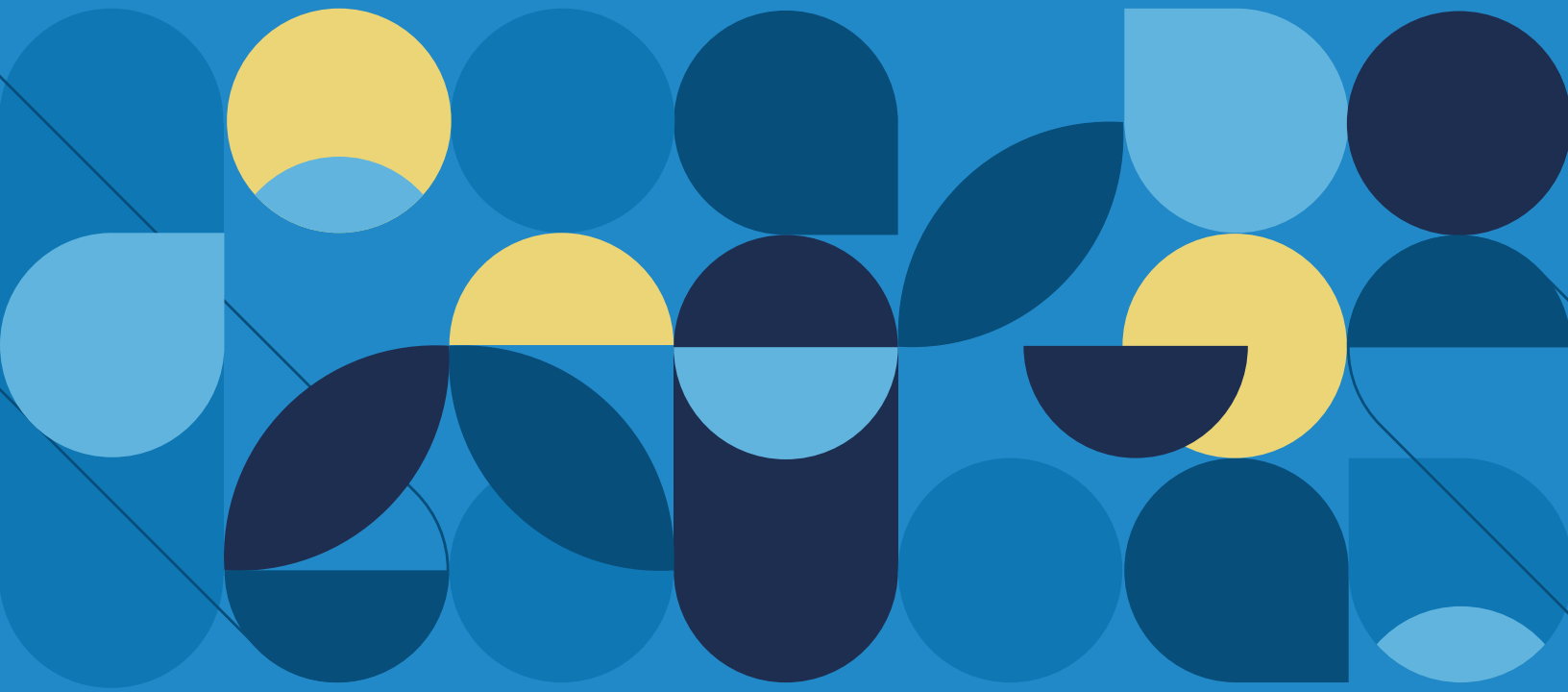
# Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

MISE À JOUR MAI 2026



**L'Équipe de soutien clinique et organisationnel** en dépendance et itinérance

Québec

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance

# Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

MISE À JOUR MAI 2026

Production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Télécharger ce guide en PDF :
bit.ly/guide-clinique-tuo

Québec

Le ***Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*** est une production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Hôpital Notre-Dame – Pavillon Deschamps
1560, rue Sherbrooke Est, Bureau H-3131
Montréal (Québec)  H2L 4M1
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

# CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

### SOUS LA DIRECTION DE

Dre Marie-Ève Goyer, directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### COORDINATION

Karine Hudon, coordonnatrice, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### RÉDACTION DU GUIDE

Léonie Archambault, professionnelle de recherche, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### COMITÉ D'ORIENTATION

Dre Julie Bruneau, chercheuse principale désignée, Pôle Québec-Atlantique et Laboratoire Bruneau, Initiative Canadienne de Recherche sur les Impacts des substances psychoactives

Léa-Frédérique Rainville, conseillère en dépendance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Vincent Wagner, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### COMITÉ D'EXPERTS

Philippe Arbour, pharmacien, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Sofiane Chougar, infirmier clinicien, Service de médecine et psychiatrie des Toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Caroline Fauteux, infirmière praticienne spécialisée, Soins de première ligne, Équipe proximité Accès/Détention SIDEP, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mireille Forget, infirmière clinicienne, Centre de réadaptation en dépendance le Virage, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

Éric Gascon, spécialiste en activités cliniques, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Dre Violaine Germain, co-cheffe de service - volet dépendances, Centre de réadaptation en dépendance de Québec, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Lucie Hébert, cheffe de programme, Centre de réadaptation en dépendance de Québec, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Rudy Hinh-Thai, pharmacien, Pharmacie Rudy Hinh-Thai

Lysiane Pednault, cheffe de l'administration des programmes en dépendance et itinérance, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Dre Annie-Claude Privé, co-responsable du centre de réadaptation en dépendance, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Claudia St-Jacques, psychoéducatrice, Équipe proximité Accès, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dre Anne-Sophie Thommeret-Carrière, médecin-conseil, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### AUTRES EXPERTS CONSULTÉS

Sarah Bell, professionnelle de recherche, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Any Brouillette, conseillère éthique, Direction adjointe Qualité, risque et éthique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Guylaine Dupuis, Directrice adjointe DSI - Volet qualité et évolution de la pratique, Direction des soins infirmiers – Pratiques professionnelles, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Dre Julie Horman, psychiatre, Installation Rivière-du-Loup, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Dre Valérie Jodoin, cheffe de service médical, médecine en milieu carcéral, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dre Maya Nader, cheffe médicale, Programme Rond-Point, Centre d'expertise en toxicomanie et périnatalité, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Dre Anne-Marie Pinard, anesthésiologiste en douleur, chef de service de douleur chronique, CHU de Québec - Université Laval

Frédéric Venne, Infirmier clinicien, CRAN, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction des programmes santé mentale et dépendance

### ORDRES PROFESSIONNELS ET REGROUPEMENTS CONSULTÉS

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Méta d'Âme

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

### RÉVISION LINGUISTIQUE

Denise Babin communication

Marie-Josée Dion, agente d'information, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### GRAPHISME

Annie St-Amant

### REMERCIEMENTS

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance remercie la contribution des personnes avec une expérience vécue face au traitement par agonistes opioïdes qui nous ont guidé dans la production de cet outil provincial. Un merci particulier à : Alexandra de Kiewit, Barbara Rivard, Christopher Kucyk, Jérôme Benedetti, Katerine Krow Couillard, Yannick Beaudoin, Jules Cloutier, Rémi Pelletier, Mathieu Rioux et les autres.

Nous souhaitons également remercier Marie-Christine Bellon Manzi, personne ayant un vécu de proche aidante auprès d'une personne traitée pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

### FINANCEMENT

Les travaux ont été financés grâce à un financement de la Direction des services en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada.


## 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 (OIIQ).

La rédaction de ce guide s'est déroulée en territoires autochtones, lesquels n'ont jamais été cédés. Nous tenons à prendre un moment pour reconnaitre la nation Kanien'kehá: ka comme gardienne des eaux et des terres sur lesquelles l'ESCODI se trouve physiquement. Tiohtiá:ke / Montréal est historiquement connu comme un lieu de rassemblement pour de nombreuses Premières Nations. Aujourd'hui, une population autochtone diversifiée, ainsi que d'autres peuples, y résident. L'ESCODI a aussi des membres habitant et travaillant partout au Québec. Dans ce contexte, il est important pour nous d'également reconnaitre le territoire des 11 Nations autochtones du Québec. Pour en apprendre plus, nous vous invitons à consulter cette carte avec les noms en langue autochtone de toutes les communautés autochtones du Québec.

Militant pour la justice sociale, l'ESCODI reconnaît les conséquences passées et actuelles du colonialisme. Dans le respect des liens avec le passé, le présent et l'avenir, nous reconnaissons les relations continues entre les Peuples Autochtones et autres personnes de la communauté québécoise, et nous encourageons tous et chacun à reconnaître le territoire non cédé qu'ils habitent. Nous vous invitons à en apprendre davantage sur l'histoire des territoires ancestraux partout au Canada en consultant notamment le site de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

## MISE EN GARDE

Le présent guide est complémentaire à l'outil réglementaire publié en 2020 par le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et intitulé Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO).

Ce guide s'appuie, entre autres, sur cet outil ainsi que sur la consultation d'experts, d'ordres professionnels et de groupes représentant les personnes utilisatrices d'opioïdes. Son contenu a aussi été validé par un comité scientifique. Il vise à soutenir les cliniciens dans leur pratique quotidienne.

Ce guide n'est toutefois pas prescriptif, et ses auteurs ne peuvent être tenus responsables de la pratique clinique des professionnels. 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.

## POUR NOUS JOINDRE

**L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance**
Courriel : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Site web : dependanceitinerance.ca

Dépôt légal — 2e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-555-03801-1 (Format PDF)

© Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026
La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

**Pour citer ce document**
Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Montréal, Qc : CCSMTL; 2026. 130 p.

# AUDITOIRE CIBLE

L'ensemble des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux peuvent être concernés à différents degrés par le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). Ce guide est destiné à tous les cliniciens et à tous les gestionnaires de l'ensemble du continuum de soins et de services en santé.

## En milieu de soins non spécialisés

Le traitement du TUO peut être amorcé dans tous les contextes cliniques (p. ex. : urgence hospitalière, groupe de médecine de famille, centre de détention, etc.) et poursuivi, une fois la personne stabilisée sous traitement, dans une multitude de milieux de soins généraux. Les cliniciens qui interviennent auprès d'une personne ayant un TUO dans un milieu de soins non spécialisés trouveront dans le présent guide des informations utiles à leur pratique.

## En milieu de soins spécialisés en dépendance

L'information contenue dans ce guide vise à soutenir les équipes de soins partenaires spécialisées en traitement du TUO (incluant la personne en traitement, le pharmacien communautaire et l'équipe interdisciplinaire) dans une démarche concertée s'échelonnant sur le long terme.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# PRÉFACE ÉDITORIALE

En cohérence avec l'approche du « *no wrong door* », l'ensemble des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) peuvent être concernés à différents degrés par le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). Que ce soit par le biais d'une référence, d'un diagnostic, d'une prescription ou d'un accompagnement à plus ou moins long terme, il existe plusieurs manières de contribuer à la continuité et à la qualité des soins et des services offerts aux personnes qui présentent un TUO.

Pour les professionnels qui accompagnent ces personnes à long terme, il est important de noter que la trajectoire de traitement d'une personne ayant un TUO est souvent comparée à celle d'une personne présentant une maladie chronique. L'application d'un modèle de soins chroniques implique un soutien longitudinal et un traitement proactif. Le modèle s'articule notamment autour d'interventions soutenues par des données probantes, de la mise en œuvre des conditions permettant à la personne en traitement d'être informée et compétente pour autogérer son TUO, et de la mise en relation de cette personne avec les autres ressources de la communauté susceptibles de l'aider dans la poursuite de ses objectifs[1]. La personne (tout comme les professionnels qui l'accompagnent) connaîtra des hauts et des bas, des périodes d'équilibre et des périodes de complexité, des pauses de traitement et des reprises, tout cela dans une perspective d'accompagnement à long terme.

Certains défis sont couramment rencontrés dans le cadre de l'accompagnement des personnes traitées pour un TUO, notamment les suivants :

- Le TUO se présente rarement seul, et les personnes en traitement peuvent avoir des problèmes complexes liés à l'utilisation de multiples substances, à des troubles de santé mentale, à des problèmes de santé physique ou à la précarité sociale.
- Les personnes traitées pour un TUO peuvent présenter des besoins particuliers liés à leur âge, à leur identité de genre, à leur orientation sexuelle, à leur origine ethnique ou culturelle, à leur statut socioéconomique ou à leurs expériences de vie, souvent empreintes de traumatismes.
- L'accompagnement des personnes traitées pour un TUO implique des prises de décision éthiques difficiles dans un contexte d'atténuation des risques (pour les personnes et les professionnels).
- Les pratiques et procédures standardisées propres au réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas toujours adaptées à la réalité des personnes qui présentent un TUO.
- Les personnes qui présentent un TUO sont souvent stigmatisées dans la société et dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Plusieurs défis propres à l'accompagnement des personnes présentant un TUO peuvent être surmontés (en tout ou en partie) grâce à une approche globale, flexible, individualisée, empathique et sans jugement, ainsi que grâce au travail de collaboration avec les autres professionnels et avec les personnes elles-mêmes.

Le présent guide reconnaît la nature intersectionnelle de la discrimination envers les personnes ayant un TUO ainsi que la stigmatisation structurelle, mais ne distingue pas d'approches propres aux différentes populations présentant des caractéristiques sociodémographiques et culturelles de marginalité. Les principes cliniques formulés dans le présent guide s'appliquent aux personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses; de toutes orientations sexuelles et de toutes identités de genre; de tous milieux socioéconomiques; de tous âges et de toutes conditions de santé; sans exception et sans discrimination.

Le présent guide propose des outils pour soutenir le jugement clinique et des stratégies pour mieux accompagner les personnes vivant avec un TUO.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# TABLE DES MATIÈRES

*Auditoire cible* ..... v
*Préface éditoriale* ..... vi
*Glossaire* ..... xii

Introduction ..... 1
Méthode utilisée pour concevoir le guide ..... 9

**Chapitre 1. Philosophie d'intervention ..... 11**
1.1 Principes et valeurs éthiques ..... 12
Justice et équité ..... 13
Autonomie ..... 14
Intégrité et dignité ..... 15
Solidarité ..... 15
Bienveillance et humilité du soignant ..... 15
Principe éthique de vulnérabilité ..... 16
1.2 Approches cliniques ..... 16
1.2.1 La prise en compte des inégalités sociales de santé ..... 16
1.2.2 La réduction des méfaits et la vision holistique ..... 18
1.2.3 L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence ..... 20
1.3 Philosophie d'intervention : aide-mémoire ..... 23

**Chapitre 2. Accueillir, assurer la sécurité et réaliser une évaluation adaptée ..... 24**
2.1 Accueillir, écouter et adapter le processus d'admission ..... 26
2.2 Documenter la consommation de substances psychoactives ..... 29
2.3 Établir le diagnostic du TUO ..... 30
2.4 Évaluer les besoins et les objectifs de la personne ..... 31
2.5 Accueillir, assurer la sécurité et réaliser une évaluation adaptée : aide-mémoire ..... 35

**Chapitre 3. Pharmacothérapie : choix concerté et prescription ..... 36**

3.1 Le choix concerté d'une pharmacothérapie ..... 37

3.2 La prescription d'une pharmacothérapie ..... 44

3.3 Outils de soutien à la prescription ..... 46

3.3.1 Buprénorphine-naloxone en comprimés sublinguaux et en film ..... 46

3.3.2 Méthadone ..... 47

3.3.3 Morphine orale à libération lente uniquotidienne ..... 47

3.3.4 Buprénorphine injectable à libération prolongée ..... 48

3.3.5 Hydromorphone et diacétylmorphine injectable ..... 48

3.3.6 Approvisionnement plus sécuritaire (pharmacothérapie de remplacement) ..... 49

3.3.7 Naloxone ..... 49

3.4 Adapter la pharmacothérapie aux besoins particuliers et aux problèmes complexes ..... 50

3.4.1 La douleur chez les personnes ayant un TUO ..... 50

3.4.2 Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits et le mésusage ..... 52

3.4.3 Le TAO en contexte de grossesse ou d'allaitement ..... 54

3.4.4 Le TAO chez les personnes traitées pour un trouble de santé mentale ..... 59

3.4.5 Le TAO chez les personnes âgées ..... 60

3.4.6 Le TAO chez les personnes en soins palliatifs ..... 60

3.5 Demandes de sevrage et fin de traitement ..... 61

3.6 Pharmacothérapie – choix concerté et prescription : aide-mémoire ..... 63

**Chapitre 4. Les services indispensables en TAO ..... 64**

4.1 Les paniers de services à offrir aux personnes ayant un TUO ..... 65

4.2 La collaboration avec les partenaires institutionnels et communautaires ..... 68



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Chapitre 5. Accompagnement, continuité et relation thérapeutique ..... 69**

5.1 Construire et préserver la relation thérapeutique ..... 70

5.2 Connaître les risques et les bienfaits liés au traitement du TUO ..... 71

5.2.1 Balancer les risques et les bienfaits des mesures de sécurité en TAO ..... 72

5.2.2 Les tests urinaires – précautions ..... 73

5.2.3 Le programme Alerte ..... 73

5.2.4 Les doses non supervisées ..... 74

5.2.5 Intervenir en cas d'intoxication sévère ou de surdose ..... 76

5.3 Composer avec les doses manquées et les absences aux rendez-vous ..... 76

5.4 Recourir à la téléconsultation ..... 78

5.5 Gérer les conflits entre les professionnels et la personne en traitement ..... 80

5.6 Mettre fin à la relation thérapeutique ou la suspendre ..... 80

5.7 Éviter les ruptures de traitement ..... 81

5.7.1 Hospitalisation, détention et incarcération ..... 81

5.7.2 Les voyages ..... 83

5.8 Réduire les barrières à l'accès et à la rétention dans les soins et services ..... 83

5.9 Reconnaître les besoins et la contribution de l'entourage de la personne en traitement ..... 84

5.10 Accompagnement, continuité et relation thérapeutique : aide-mémoire ..... 87

**Chapitre 6. Responsabilités professionnelles dans l'organisation de services** ..... **88**

6.1 L'équipe de soins partenaire ..... 89

6.2 Collaborer avec d'autres professionnels ..... 89

6.3 Partager les tâches en fonction des rôles et des responsabilités professionnels ..... 91

6.3.1 Les rôles du médecin dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 92

6.3.2 Les rôles de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale et de l'infirmière spécialisée en première ligne dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 94

6.3.3 Les rôles de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 96

6.3.4 Les rôles du professionnel psychosocial dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 98

6.3.5 Les rôles du pair (personne détenant un savoir expérientiel du TUO) dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 100

6.3.6 Les rôles du pharmacien communautaire dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO ..... 102

6.3.7 Les rôles propres aux professionnels qui assument des tâches de gestion et de coordination ..... 104

6.3.8 Les autres membres du personnel de soutien ..... 107

6.4 Se former et développer ses compétences ..... 108

6.5 Responsabilités professionnelles : aide-mémoire ..... 110

Conclusion ..... 112

*Références* ..... 114

Annexe 1 – Effets indésirables fréquents lors de traitement par agonistes opioïdes (TAO) ..... 122

Annexe 2 – Aide-mémoire pour organiser un transfert ..... 125



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# GLOSSAIRE

## Agonistes opioïdes

Il s'agit de « [t]oute 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 »[2].

## Équipe de soins partenaire

Il s'agit d'une équipe de soins qui mise sur la collaboration, la complémentarité et le partage des savoirs entre la personne traitée et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Cette relation favorise la construction conjointe et la mise en commun des savoirs en vue du développement d'une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique et des solutions pouvant être envisagées. L'équipe de soins partenaire peut être composée d'un prescripteur, d'une infirmière ou infirmière auxiliaire, d'un professionnel psychosocial, d'un pair aidant et d'un pharmacien communautaire. Elle peut être réduite ou augmentée selon l'intensité du soutien qui est nécessaire. Elle soutient étroitement la personne qui est traitée pour un TUO[3].

## Matériel essentiel de réduction des méfaits

Le matériel essentiel de réduction des méfaits comprend ce qui suit :

- La distribution de matériel de consommation (p. ex. : seringue, garrot, pipe à crack, etc.) et de santé sexuelle (p. ex. : condoms, lubrifiant, etc.) et l'enseignement lié à son utilisation.
- La distribution de naloxone et l'enseignement lié à son utilisation à la personne suivie et à son entourage.
- Une liste des ressources disponibles dans la communauté, dont les centres de prévention des surdoses et les services d'injection supervisée (SIS) lorsqu'ils existent.

## Mésusage

Il s'agit de l'« [u]tilisation de médicaments à des fins autres que celles pour lesquelles ils sont généralement prescrits. On inclut dans cette définition l'obtention de médicaments de sources illégitimes et les habitudes de consommation à risque (p. ex. : altération de la formulation, modification des voies d'administration ou du dosage, etc.) »[4].

## Modes de consommation des opioïdes

Les opioïdes sont consommés de différentes manières : ils peuvent être fumés, prisés, injectés et pris par la bouche, par la peau (timbre transdermique), par voie rectale et par voie vaginale.

## Naloxone

La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes[5].

## Opioïdes

Il s'agit de « [s]ubstances fréquemment prescrites pour soulager la douleur, les opioïdes se lient aux récepteurs opioïdes dans le cerveau et les activent pour diminuer la capacité à ressentir la douleur. Pris en fortes doses, ils peuvent causer l'euphorie, la dysphorie et la dépression respiratoire. Les opioïdes peuvent être prescrits ou obtenus illégalement. Ils se présentent 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 » désigne les dérivés naturels du pavot. Selon le type d'opioïde, de formulation et les préférences personnelles, les opioïdes se consomment par ingestion, par inhalation, par voie transdermique, « sniffés », par voie intra-rectale et par injection sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse »[2].

## Pairs

Il s'agit de personnes qui, possédant un savoir expérientiel, interviennent auprès d'individus ayant besoin d'aide et vivant des expériences similaires[6].

## Sevrage

Le sevrage est le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme[7]. L'état de sevrage consiste en un ensemble de symptômes de sévérité variable qui surviennent lors de la cessation ou de la réduction de l'utilisation de substances psychoactives qui ont été consommées de manière répétitive, habituellement sur une longue période[8]. Les signes et les symptômes de sevrage comprennent l'agitation, l'anxiété, l'irritabilité, les bâillements, la diarrhée, les crampes abdominales, les douleurs (articulaires, musculaires, osseuses), l'envie impérieuse de consommer des opioïdes, le larmoiement, la rhinorrhée, la mydriase, les nausées, les vomissements, la piloérection, la tachycardie, la transpiration, les tremblements[9]. L'échelle du sevrage clinique des opioïdes, la *Clinical Opiate Withdrawal Scale* (COWS), est disponible à l'annexe 2 du Guide d'usage optimal de l'INESSS consacré au TUO.

## Télémédecine

Il s'agit de l'« [e]xercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication. La télémédecine permet la réalisation d'actes médicaux tels que l'évaluation clinique, la pose de diagnostic, le traitement et l'interprétation d'examens complémentaires. Elle peut se dérouler de façon synchrone si les participants sont présents en temps réel (ex. : lors d'une vidéoconférence) ou asynchrone si les participants ne sont pas présents au même moment (ex. : lors d'un échange par courriel). »[10]



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Le TAO est réalisé à l'aide de médicaments agonistes opioïdes prescrits pour traiter un TUO. « Le TAO est habituellement fourni en conjonction avec une consultation avec le prestataire, un suivi à long terme de la consommation de drogues (p. ex., évaluations fréquentes, suivis et analyses d'urine pour déceler la présence de drogues), des soins primaires et préventifs exhaustifs et des orientations vers des services de traitement psychosocial, de soutien psychosocial et de soins spécialisés au besoin. Dans le présent document, le TAO signifie les traitements 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)". »[2]

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

Il s'agit d'une consommation problématique d'opioïdes menant à de la détresse ou à une déficience importante sur le plan clinique et correspondant aux critères diagnostiques du DSM-5 relatifs aux troubles liés aux opiacés. Les TUO comprennent l'usage d'opioïdes synthétiques, semi-synthétiques ou naturels, que ceux-ci aient été prescrits ou obtenus de manière illicite.[2]

# Introduction

Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec souligne que les dernières années ont été marquées par la hausse de la consommation d'opioïdes, tout en rappelant qu'il est difficile d'avoir un accès rapide au traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). En cohérence avec l'objectif 4.5 de ce Plan d'action interministériel en dépendance et en continuité avec la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025, le Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes vise à offrir un outil aux cliniciens et gestionnaires qui interviennent auprès de personnes ayant un TUO afin de favoriser l'accès à des services intégrés et adaptés. Ce guide s'inscrit dans les objectifs de prévention énoncés dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 en soutenant l'amélioration du continuum de services en dépendance pour les personnes en situation d'itinérance. Il est en outre complémentaire à l'outil réglementaire publié en 2020 par le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et intitulé Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) et dans la continuité du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO), publié par l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance en 2020.

## Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : mise en contexte

### La prévalence du TUO

La prévalence exacte du TUO au Québec est inconnue. Les données les plus récentes, celles de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues menée en 2019, montrent que « [u]n pour cent de tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir fait un usage problématique d'analgésiques opioïdes au cours de [cette] année »[11]. L'usage problématique concerne les « médicaments utilisés à des fins autres que l'usage thérapeutique prescrit »[11]. En appliquant ce taux de **1 %** à la population québécoise de **15 ans et plus,** on obtient une estimation de **73 407 personnes** qui auraient fait un usage problématique des opioïdes en 2019. En ce qui concerne plus précisément le TUO, de récentes analyses réalisées en Colombie-Britannique montrent que sa prévalence atteignait 1,92 % en 2017 chez les personnes de 12 ans et plus[12].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Les conséquences sur le système socio-sanitaire

Bien qu'une faible proportion de la population présente un TUO, les conséquences de cette condition exercent toutefois une pression importante sur les secteurs de la santé et des services sociaux, de la justice, de la protection de la jeunesse et du marché de l'emploi[13]. À titre d'exemple, de janvier 2016 à décembre 2022, **36 233 hospitalisations** pour **intoxication** aux opioïdes ont été recensées au Canada[A,14]. De plus, et seulement pour l'année 2022, **35 900 interventions** des services médicaux d'urgence (SMU) ont été répertoriées pour des **surdoses** potentiellement liées aux opioïdes[B,14].

## Les surdoses mortelles

Au Canada, le nombre total de **décès** liés à une intoxication aux opioïdes de janvier 2016 à juin 2023 s'élève à **40 642**[14]. Les décès accidentels liés à l'utilisation de substances ont ralenti la progression de l'espérance de vie, en particulier chez les hommes[15]. Des données canadiennes indiquent que le fentanyl et ses analogues se retrouvent très souvent dans les substances achetées sur le marché illicite, et ce, à l'insu des personnes qui les consomment. Des analyses de 2018-2019 montrent notamment que **62 % des échantillons** contenant un opioïde et près de **3 % des échantillons** contenant un stimulant contenaient aussi du **fentanyl** ou un de ses analogues[16]. Or, la présence de fentanyl, de ses analogues ou de benzodiazépines dans les opioïdes augmente le risque de surdose[16,17]. Au Québec, l'Institut national de santé publique (INSPQ) évoque une **tendance à la hausse** du taux de mortalité attribuable à une intoxication aux opioïdes de 2000 à 2015[18]. En 2018, 424 personnes sont décédées des suites d'une intoxication suspectée aux opioïdes ou à d'autres drogues. Ce nombre était de 414 en 2019, de 547 en 2020, de 450 en 2021 et de 541 en 2022[19].

## Le mode d'administration par injection et ses conséquences

Les personnes qui utilisent le mode d'administration par injection sont plus à risque de souffrir des conséquences graves de la consommation d'opioïdes, à savoir les infections transmises sexuellement et par le sang, les surdoses, les abcès, les troubles cardiovasculaires, les troubles de santé mentale, les risques suicidaires et les troubles de stress post-traumatique[20,21]. D'autres complications d'ordre pulmonaire, musculosquelettique, de la peau et des tissus mous sont aussi associées à l'injection[22]. Selon des échantillons provenant de différentes villes canadiennes, la prévalence de l'injection chez les personnes ayant un TUO varierait en moyenne de **57,5 %**[23] **à 66,9 %**[24]. Par ailleurs, l'injection est plus courante chez les personnes qui utilisent de l'héroïne que chez celles qui consomment des opioïdes de type pharmaceutique[23,24].

## Les infections transmises sexuellement et par le sang

Chez les personnes qui présentent un TUO, l'usage de matériel d'injection contaminé constitue une importante source de risque de contracter des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)[25]. La prévalence des infections transmises par le sang peut

A Données excluant le Québec.

B Données de neuf provinces et territoires.

atteindre des taux très élevés dans certains échantillons de personnes ayant un TUO. Dans une étude de Vajdic et al. (2015)[26], **52 % des patients** à l'admission en TAO avaient ainsi contracté le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Dans un vaste échantillon de personnes utilisant des drogues par injection, les données du réseau SurvUDI indiquent une prévalence du VIH de **11,3 %** et des anticorps anti-VHC de **66,6 %** pour l'année 2017[27]. Les infections transmises sexuellement, comme la chlamydia, la gonorrhée et la trichomonase, sont aussi plus élevées chez les personnes qui utilisent des drogues que dans la population générale[28].

## L'usage d'autres substances psychoactives

Plus de **90 %** des personnes ayant un TUO utilisent aussi d'autres substances[29], dont le cannabis, la cocaïne, l'alcool et les médicaments non prescrits[23,29].

## Les troubles de santé mentale

La prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes ayant un TUO est estimée à **64 %**[30], selon une enquête nationale américaine. Dans des échantillons de patients à l'admission en TAO, cette proportion peut s'élever à plus de **70 %**[31-33]. Plus précisément, une récente recension systématique des écrits met en lumière la **grande fréquence des diagnostics** suivants chez les personnes qui présentent un TUO : dépression, anxiété, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, trouble de stress post-traumatique, trouble bipolaire, trouble de la personnalité antisociale et trouble de la personnalité limite[34].

## La douleur chronique

De récentes études rapportent que de **48 % à 64 % des patients** provenant d'échantillons en traitement par agonistes opioïdes (TAO) souffrent de douleur chronique[35-39]. Chez certaines personnes, la douleur précède le TUO[40], et ce trouble peut notamment se développer dans un contexte de prescription médicale[41] ou d'automédication[42]. Dans d'autres cas, le problème de douleur chronique se développe après l'apparition du TUO[40,41]. La consommation de substances est associée à un risque d'accident[42,43] ainsi qu'à une moins bonne récupération en cas de blessure[43]. Dans tous les cas, les personnes qui souffrent d'un trouble concomitant d'utilisation d'opioïdes et de douleur chronique risquent d'être sous-diagnostiquées, sous-traitées[40,44-46] et stigmatisées[47].

## Les caractéristiques sociodémographiques courantes

Le TUO est souvent associé à la judiciarisation, à des difficultés relationnelles et à de l'instabilité professionnelle[48]. De nombreuses études estiment qu'à l'admission en traitement pour un TUO, la **majorité des patients** sont des **hommes** et l'âge moyen se situe dans la **trentaine.** L'instabilité résidentielle touche une proportion importante des personnes ayant un TUO[49]. À l'inverse, **plus de la moitié (57,6 %) des personnes** en situation **d'itinérance** visible qui ont été recensées en 2022 au Québec présentaient un trouble lié à la consommation de substances[50].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### Les multiples visages du TUO

Au cours des dernières années, plusieurs études ont montré **l'émergence de nouveaux profils** de personnes présentant un TUO. Plus particulièrement, les difficultés traditionnellement liées à l'usage d'héroïne par des populations marginalisées en milieu urbain s'étendent maintenant à l'usage d'opioïdes de type pharmaceutique chez les **classes moyennes en dehors des centres urbains**[51]. Au Québec, des travaux récents identifient différents besoins de services en fonction de différents profils de personnes. Ces travaux mettent notamment en lumière le fait que les personnes présentant de multiples comorbidités et vulnérabilités sociales considèrent qu'il est particulièrement important que les services de traitement du TUO soient assortis d'une réponse à leurs besoins de base (p. ex. : nourriture, hébergement). Par ailleurs, les personnes ayant développé un TUO dans un contexte de prescription médicale d'opioïdes pour la douleur soulignent qu'il est important de mieux faire connaître l'offre de services en dépendance afin d'éviter les ruptures de services[52].

## Le traitement par agonistes opioïdes : mise en contexte

### Historique du traitement du TUO au Québec

Au Canada, les premiers recours à la **méthadone** pour le traitement du TUO remontent à 1959. Le premier programme recensé de traitement à la méthadone date de 1964 et il fut mis en œuvre en Ontario. L'extension de l'offre de traitement à la méthadone s'est poursuivie au cours des décennies suivantes. En 1972, on comptait 23 programmes de traitement à la méthadone au Canada et, en 1999, on estimait que 12 000 personnes suivaient un TAO à base de méthadone[53]. Depuis, l'élargissement des options thérapeutiques pour le traitement du TUO s'est traduit par l'approbation de la **buprénorphine-naloxone** au Canada en 2007[54] ainsi que par l'introduction d'autres médicaments, dont la **morphine à libération lente uniquotidienne** (couverte par Santé Canada pour le TUO depuis 2014)[2], **l'hydromorphone injectable** (approuvée en 2019 pour les troubles graves liés à l'usage d'opioïdes) et la **diacétylmorphine** (ajoutée à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique du gouvernement fédéral)[55]. De plus, depuis 2018, il n'est plus nécessaire pour un praticien d'obtenir une exemption de Santé Canada pour prescrire de la méthadone[56].

Au Québec, le premier programme public de TAO avec la méthadone a été implanté au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) grâce au soutien du Dr Pierre Lauzon en 1986. Considéré comme un chef de file dans le domaine du TUO, le Cran a contribué à l'extension de l'offre de traitement, développé des partenariats avec d'autres institutions comme le CHUM et l'Hôpital général juif et appuyé les prescripteurs de la communauté[57].

Toutefois, malgré l'élargissement des options thérapeutiques et l'extension de l'offre de services en TAO, de nombreuses personnes ayant un TUO **ne reçoivent toujours pas de traitement**.

## Accès au traitement du TUO au Québec

Le taux de desserte en traitement du TUO au Québec est inconnu. En 2016, à **Montréal,** le taux de desserte était estimé à **44 %**[49]. Or, afin d'atteindre un seuil comparable à ceux de la France et de la Suisse[C], un taux de desserte de 80 % pourrait être visé. Pour **l'ensemble du Québec,** les données du Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances (SIC-SRD) indiquent que du 1er avril 2021 au 31 mars 2022, **699 personnes** ont reçu une première prescription de traitement par agonistes opioïdes (TAO) dans un Centre de réadaptation en dépendance (CRD). Au 31 mars 2022, la liste d'attente pour l'accès à une première prescription de TAO en CRD au Québec comptait 120 personnes. Au cours de cette même année, 927 personnes ont eu accès à un premier service professionnel (p. ex. : professionnel psychosocial ou infirmière) en CRD. À la fin de l'année, la liste d'attente pour l'accès à un premier service professionnel en CRD comptait 92 personnes. Le délai d'attente moyen pour accéder à une première prescription de TAO, au cours de l'année 2021-2022, était de **27 jours,** et le délai d'attente médian était de **14 jours.**

## Efficacité du TAO

Plusieurs études documentent **l'efficacité du TAO avec la méthadone et la buprénorphine/naloxone** en termes de rétention en traitement, d'arrêt ou de réduction de la consommation d'opioïdes illicites, de réduction de la mortalité et de la morbidité et de réduction des risques de contracter le VIH et l'hépatite C pour les personnes qui utilisent des opioïdes par injection[2]. Bien qu'il existe actuellement moins de données de grande qualité sur l'usage de la **morphine à libération lente uniquotidienne** pour le traitement du TUO, les données disponibles suggèrent que cette option procure des bénéfices similaires[2].

Plusieurs études documentent aussi l'efficacité du **TAO injectable** (avec la diacétylmorphine ou l'hydromorphone) en termes de rétention en traitement, de réduction de la consommation d'héroïne, de diminution de la criminalité et d'une possible réduction de la mortalité[58].

C La couverture du TAO était estimée à 87 % en France en 2019[59] et en Suisse en 2018[60].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime[61] rapporte que, pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, le traitement par agonistes opioïdes présente les bénéfices suivants :**

---

« réduit de moitié la mortalité, toutes causes confondues, et la mortalité liée à la drogue »

---

« réduit de moitié les risques d'infection par le VIH en réduisant la fréquence des injections et le partage de seringues »

---

« augmente le lien et la rétention en traitement antirétroviral du VIH et améliore la suppression virale »

---

« réduit de moitié le risque d'infection par l'hépatite C »

---

« améliore la santé physique et mentale globale ainsi que le bien-être »

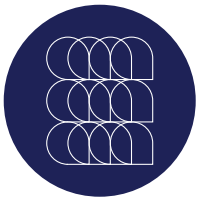
---

« réduit la criminalité et améliore l'intégration et le fonctionnement social »

*[Notre traduction]*

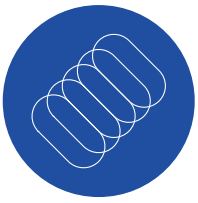
# STRUCTURE DU GUIDE CLINIQUE QUÉBÉCOIS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES

Le présent guide s'articule autour de six thèmes principaux :



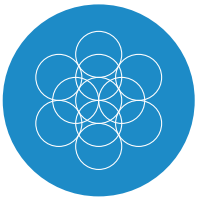
### Chapitre 1. La philosophie d'intervention privilégiée pour le traitement du TUO

La philosophie d'intervention proposée au chapitre 1 repose sur des principes et des valeurs éthiques comme la solidarité et la bienveillance, ainsi que sur des approches cliniques comme la réduction des méfaits et l'approche sensible aux traumatismes et à la violence. Elle s'applique aux personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses; de toutes orientations sexuelles et identités de genre; de tous milieux socioéconomiques; de tous âges et de toutes conditions de santé; sans exception et sans discrimination.



### Chapitre 2. L'accueil et l'évaluation de la personne ayant un TUO

Le processus d'évaluation proposé au chapitre 2 implique l'accueil de la personne, le diagnostic du TUO, l'évaluation globale et la remise du matériel essentiel de réduction des méfaits.



### Chapitre 3. La prescription d'un médicament pour le traitement du TUO

Le choix de la médication à prescrire repose sur un algorithme décisionnel fondé sur les données scientifiques les plus récentes ainsi que sur le dialogue avec la personne. Le chapitre 3 propose une série d'outils de réflexion visant à soutenir le choix éclairé d'un TAO. Ce chapitre couvre l'ensemble des médicaments qu'il est possible de prescrire pour le traitement du TUO, y compris les formulations orales et injectables ainsi que l'approvisionnement plus sécuritaire (APS).



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Chapitre 4. Les services indispensables en TUO

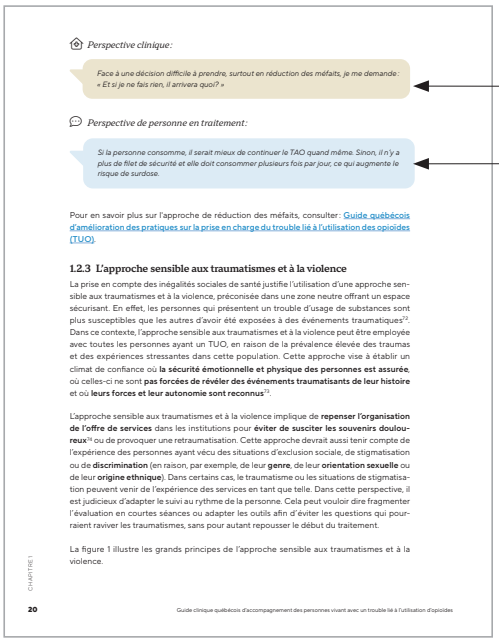
Le chapitre 4 présente les paniers de services qui peuvent être offerts afin de répondre aux besoins des personnes ayant un TUO, en fonction de l'intensité des services requis par leur situation individuelle.

## Chapitre 5. L'accompagnement, la continuité des soins et des services, la relation thérapeutique

Le suivi d'une personne traitée pour un TUO s'inscrit dans une relation thérapeutique à long terme, fondée sur le respect de l'autonomie de la personne ainsi que sur la flexibilité. Le chapitre 5 propose des outils pour favoriser un accompagnement souple et réflexif.

## Chapitre 6. Les rôles et les responsabilités professionnelles dans l'organisation des services

Le suivi d'une personne traitée pour un TUO implique de répondre à de multiples besoins et d'assurer la continuité des soins. Le chapitre 6 propose de miser sur la collaboration, sur un partage clair des rôles et des responsabilités professionnelles au sein de l'organisation des services, ainsi que sur le développement des compétences.



*Perspective clinique:*

*Face à une décision difficile à prendre, surtout en réduction des méfaits, je me demande: « Et si je ne fais rien, il arrivera quoi? »*

*Perspective de personne en traitement:*

*Si la personne consomme, il serait mieux de continuer le TAO quand même. Sinon, il n'y a plus de filet de sécurité et elle doit consommer plusieurs fois par jour, ce qui augmente le risque de surdose.*

Pour en savoir plus sur l'approche de réduction des méfaits, consulter: Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

**1.2.3 L'approche sensible aux traumatismes et à la violence**

La prise en compte des inégalités sociales de santé justifie l'utilisation d'une approche sensible aux traumatismes et à la violence, préconisée dans une zone neutre offrant un espace sécurisant. En effet, les personnes qui présentent un trouble d'usage de substances sont plus susceptibles que les autres d'avoir été exposées à des événements traumatiques[72]. Dans ce contexte, l'approche sensible aux traumatismes et à la violence peut être employée avec toutes les personnes ayant un TUO, en raison de la prévalence élevée des traumas et des expériences stressantes dans cette population. Cette approche vise à établir un climat de confiance où **la sécurité émotionnelle et physique des personnes est assurée**, où celles-ci ne sont **pas forcées de révéler des événements traumatisants de leur histoire** et où **leurs forces et leur autonomie sont reconnus**[73].

L'approche sensible aux traumatismes et à la violence implique de **repenser l'organisation de l'offre de services** dans les institutions pour **éviter de susciter les souvenirs douloureux**[74] ou de provoquer une retraumatisation. Cette approche devrait aussi tenir compte de l'expérience des personnes ayant vécu des situations d'exclusion sociale, de stigmatisation ou de **discrimination** (en raison, par exemple, de leur **genre**, de leur **orientation sexuelle** ou de leur **origine ethnique**). Dans certains cas, le traumatisme ou les situations de stigmatisation peuvent venir de l'expérience des services en tant que telle. Dans cette perspective, il est judicieux d'adapter le suivi au rythme de la personne. Cela peut vouloir dire fragmenter l'évaluation en courtes séances ou adapter les outils afin d'éviter les questions qui pourraient raviver les traumatismes, sans pour autant repousser le début du traitement.

La figure 1 illustre les grands principes de l'approche sensible aux traumatismes et à la violence.

CHAPITRE 1

20

Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

Le guide contient une série de bulles « Perspectives », provenant de la démarche de consultation d'experts. Celles-ci visent à mettre en relief l'expertise des acteurs impliqués dans le développement du guide.

# Méthode utilisée pour concevoir le guide

Le présent guide a été préparé grâce aux éléments suivants :

- Guides cliniques récents dans le domaine du traitement du TUO
- Consultation de cinq ordres professionnels et de trois regroupements de professionnels ou pairs
- Consultation de 12 experts expérientiels et de 17 experts cliniques
- Soutien d'un comité d'orientation

## Guides cliniques récents

Les renseignements contenus dans ce guide sont fondés sur les données de guides cliniques québécois et canadiens récents (publiés par le Collège des médecins du Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance et le British Columbia Center on Substance Use) ainsi que sur le contenu de la formation de l'Institut national de santé publique du Québec intitulée « Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire ». De la littérature grise et des articles ont aussi servi à soutenir la rédaction du guide.

## Ordres professionnels et regroupements de professionnels ou pairs

Le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Association des intervenants en dépendance du Québec, l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues et Méta d'Âme ont été consultés afin d'orienter le développement du présent guide, de le commenter et d'en confirmer la validité. Les organisations consultées ont validé les aspects relevant de leurs compétences.

## Consultation d'experts[D]

Nous avons consulté 11 personnes ayant un savoir expérientiel du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes ainsi qu'un membre de l'entourage afin de nous assurer de la représentation de leur point de vue et de leur expérience dans le guide. Les experts consultés proviennent de quatre régions du Québec.

D Les bulles « Perspectives », qui se trouvent dans le guide, proviennent de la démarche de consultation d'experts. Ces bulles représentent le point de vue de personnes ayant un vécu de TUO, d'un membre de l'entourage ou de cliniciens experts.



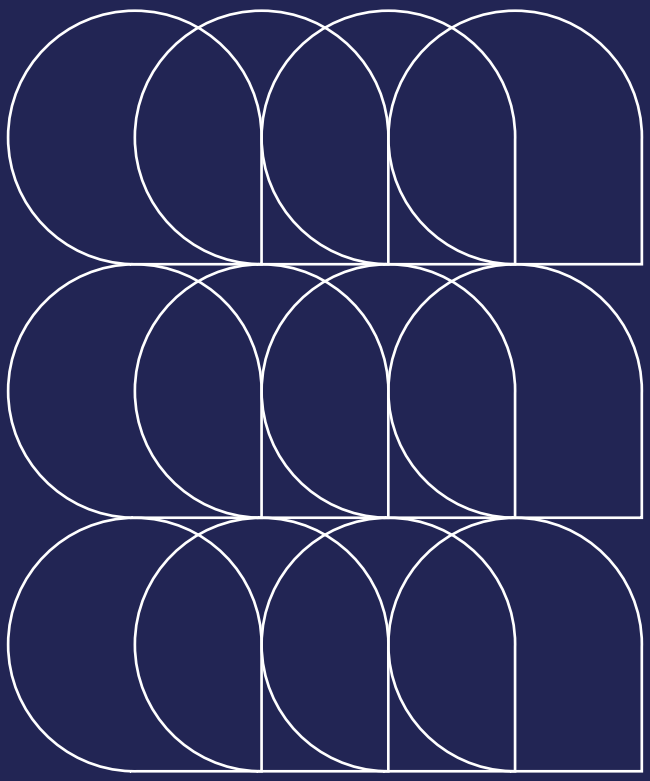
© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

Quatorze cliniciens experts en TAO (médecins, infirmières, intervenants sociaux et pharmaciens) provenant de plusieurs régions du Québec ont été consultés afin de conseiller et de soutenir l'équipe de rédaction dans le développement du guide, d'orienter l'équipe de rédaction vers les sources d'information pertinentes et de valider le contenu du guide. Une experte en éthique clinique a aussi été consultée.

## Comité d'orientation

Un comité d'orientation composé de l'équipe de rédaction, de chercheurs et d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux a accompagné l'ensemble de la démarche.

CHAPITRE 1



# Philosophie d'intervention

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# Chapitre 1. Philosophie d'intervention

Le présent guide repose sur une philosophie d'intervention qui s'adapte à tous les contextes, à tous les milieux de soins et à toutes les personnes. Les auteurs reconnaissent la nature intersectionnelle de la discrimination envers les personnes présentant un TUO ainsi que la stigmatisation structurelle dont elles font l'objet, mais proposent dans le présent guide des valeurs qui s'appliquent aux personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses; de toutes orientations sexuelles et identités de genre; de tous milieux socioéconomiques; de tous âges et de toutes conditions de santé; sans exception et sans discrimination. La philosophie proposée ici est particulièrement importante à considérer lorsqu'il s'agit d'offrir des soins et des services à des personnes qui ont vécu des situations de marginalisation, d'exclusion ou de précarité biopsychosociale, ce qui est souvent le cas pour les personnes ayant un TUO. Plusieurs personnes ont une histoire de traumatismes que l'offre de soins et de services doit éviter de raviver ou de perpétuer. La philosophie d'intervention proposée repose sur des principes, des valeurs éthiques, ainsi que sur des approches cliniques. Ceux-ci sont présentés aux pages suivantes et illustrés par des exemples proposés par des personnes ayant déjà suivi un TAO.

## 1.1 Principes et valeurs éthiques

L'administration de soins et de services aux personnes ayant un TUO est sous-tendue par des principes et des valeurs comme la justice et l'équité, l'intégrité et la dignité, la solidarité, l'autonomie, la bienveillance et l'humilité, ainsi que par le principe éthique de vulnérabilité. Ces principes et valeurs sont définis dans le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du TUO[3].

### *Que dit la Loi sur les services de santé et les services sociaux?*

L'accompagnement d'une personne vivant avec un TUO va bien au-delà de la prescription d'un TAO et constitue une occasion de créer un lien avec cette personne et de l'accueillir dans l'ensemble de ses besoins biopsychosociaux. Rappelons que l'offre de soins et de services est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À ce titre, les interventions doivent notamment permettre de réduire la mortalité et la morbidité, d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, de favoriser la santé et le bien-être des individus et de « diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ». La personne qui reçoit des services doit « être traitée avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité » et participer aux soins et aux services qui la concernent. L'offre doit permettre d'« atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions » et « rendre acces-

sibles des services continus ». « Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit. »[62]

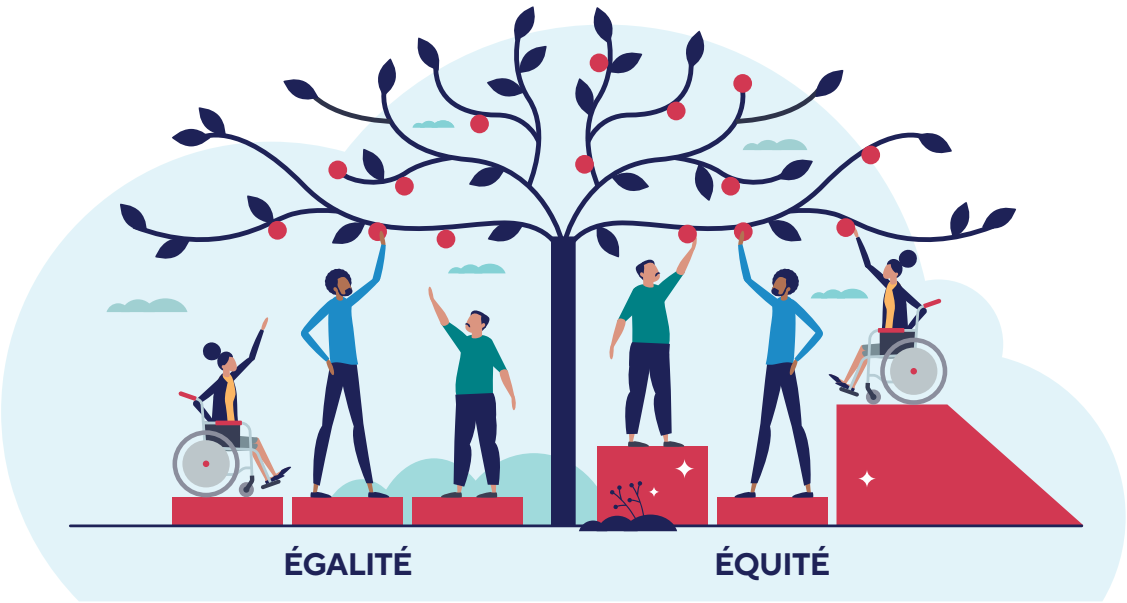
## Justice et équité

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

Une offre de services juste et équitable dans le TAO permet d'assurer la bonne intensité de services à chacune des personnes traitées afin que toutes puissent atteindre les mêmes résultats. Suivant les individus, l'atteinte des mêmes résultats peut nécessiter des moyens différents. Plus la précarité d'une personne est élevée, plus les services devront être soutenus et souples pour s'adapter aux besoins et aux objectifs de cette personne. Par exemple, certaines personnes sont en mesure de se présenter à un rendez-vous, alors que d'autres n'ont pas les ressources ou les capacités nécessaires pour le faire (p. ex.: transport, enfants à charge, capacités cognitives). De la même manière, certaines personnes disposent d'une stabilité résidentielle et d'un téléphone alors que d'autres vivent dans des conditions de grande précarité. Dans une perspective de service individualisé, ces personnes sont accueillies au moment où elles se présentent, sans rendez-vous. Des moyens sont ainsi mis en œuvre par les cliniciens pour permettre à des individus qui ne disposent pas des mêmes ressources que les autres d'atteindre néanmoins le même niveau de santé, de bien-être et de fonctionnement.

💬 *Perspective de personne en traitement :*

> *C'est dur d'accéder aux services, pour les personnes qui n'ont pas d'adresse.*






© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026




Le graphique de gauche illustre comment l'intensité du soutien proposé peut être modulée en fonction du degré de précarité de la situation de la personne dans une perspective d'équité. Dans cette perspective, les personnes qui cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité et des problématiques de santé physique et mentale complexes sont soutenues de façon intensive et intégrée par les équipes multidisciplinaires, avec l'appui de nombreux partenaires. Ces personnes peuvent demander plus de temps et de soutien, ainsi qu'un degré élevé de flexibilité, d'adaptabilité et d'individualisation des services.

## Autonomie

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

Le TAO devrait être amorcé dès que possible pour soulager les symptômes de sevrage et favoriser la prise de décision éclairée. Une offre de services favorisant l'autonomie dans le TAO implique de consulter la personne, de lui donner l'information pertinente, de s'assurer qu'elle a compris cette information et qu'elle connaît ses droits. À cet égard, les cliniciens peuvent utiliser et remettre à leurs patients le guide Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix. La conversation est primordiale pour permettre à la personne et à l'équipe de soins partenaire de nommer leurs enjeux et leurs contraintes, et ce, afin d'arriver à un cadre de soins qui convienne à chacun. L'autonomie implique aussi que la personne ait le droit de prendre des risques, en fonction de ses priorités, qui ne sont pas nécessairement les mêmes que celles de l'équipe soignante. Pour cette raison, l'équipe partenaire accompagne la personne avec un cadre flexible et soutient son autonomie en fonction de ses objectifs. Les personnes suivies n'ont pas toutes les mêmes objectifs, et toutes ne visent pas nécessairement l'abstinence. L'imposition d'un cadre rigide risquerait de forcer la personne à manquer de transparence par peur de perdre son accès aux soins.

*Perspectives de personnes en traitement :*

*Pour les personnes sous TAO, les doses à emporter peuvent contribuer à soutenir l'autonomie*

*Il arrive souvent que les personnes coupent les liens avec leurs proches, car elles ne peuvent pas être elles-mêmes. Il est important de ne pas reproduire cette situation avec les professionnels.*

*Il serait super d'enlever ou de modifier les mesures punitives, étant donné que nous sommes des adultes qui demandent de la médication, comme n'importe quel autre patient.*

## Intégrité et dignité

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

La personne a le droit de prendre des risques, et le rôle du soignant consiste à proposer des mesures d'atténuation en remettant notamment le matériel essentiel de réduction des méfaits et en transmettant une information pertinente, exacte et à jour. Une offre de services favorisant l'intégrité et la dignité dans le TAO implique d'accueillir la personne avec respect, sans jugement, afin qu'elle puisse être elle-même. Peu importe son statut social, son passé, ses valeurs, la personne est traitée avec respect. Dans ce contexte, le rôle du soignant consiste à proposer diverses avenues, cohérentes avec les réalités et les souhaits de la personne en s'assurant de leur faisabilité, et à respecter et accepter les décisions prises par la personne dans les limites déontologiques applicables.

💬 *Perspectives de personnes en traitement:*

*Les contrats de traitement que les gens doivent signer, et la manière dont ils sont formulés... Ça n'existe pas pour les autres maladies. Ça ne devrait plus exister. On devrait accueillir les gens comme on le fait avec n'importe qui d'autre.*

*J'ai déjà senti que les intervenants se disaient : « Pas encore elle. C'est sûr, elle prend des risques, alors elle devait s'attendre à se retrouver dans cette situation-là. »*

*La première fois qu'on rentre dans le cabinet d'un médecin, on marche sur des œufs, on se sent à la merci. On a l'impression qu'il a notre destin entre ses mains.*

## Solidarité

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

Une offre de services favorisant la solidarité dans le TAO implique d'offrir à la personne les mêmes soins et services que l'on souhaiterait pour soi-même. La relation thérapeutique est privilégiée, et le lien est entretenu grâce à un accueil inconditionnel.

💬 *Perspective de personne en traitement:*

*Il faut humaniser les patients. Pensez que ça pourrait être votre enfant, votre parent. Le rétablissement passe par le respect et la dignité. Évitez de réduire la personne à un statut de toxicomane.*

## Bienveillance et humilité du soignant

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

Une offre de services favorisant la bienveillance et l'humilité dans le TAO implique d'offrir à la personne les conditions pour qu'elle soit capable d'exercer son autonomie. Ces conditions s'articulent autour de l'écoute de la personne, de la reconnaissance de son expé-



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

rience et de ses capacités, d'un accompagnement respectant son rythme, du rejet de toute approche paternaliste et directive, de la reconnaissance de l'autre et de ses besoins, d'une approche douce, chaleureuse et humaine. L'approche sensible aux traumatismes et à la violence se caractérise par cette bienveillance et cette humilité.

### Principe éthique de vulnérabilité

*Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services aux personnes ayant un TUO?*

Une offre de services qui prend en compte le principe de vulnérabilité dans le TAO implique d'offrir à la personne les conditions nécessaires à l'exercice de son autonomie, tout en maintenant un filet de sécurité en cas de besoin. Dans le cas d'une personne qui serait inapte à consentir aux soins et qui refuserait un traitement sans comprendre les implications délétères de son choix sur son pronostic de survie, des interventions bienveillantes visant à la protéger pourraient être mises en place. Par ailleurs, les mesures de protection (p. ex. : Loi P-38) doivent être mises en œuvre avec discernement, car elles peuvent avoir de lourdes conséquences sur le lien de confiance. Des pistes de réflexion sur la vulnérabilité et l'aptitude sont proposées dans la fiche Protéger produite par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).

*Perspectives de personnes en traitement :*

> *Il faut reconnaître que la personne se connaît et connaît ses besoins.*

> *Il ne faut pas être condescendant et il faut prendre le temps avec la personne.*

## 1.2 Approches cliniques

### 1.2.1 La prise en compte des inégalités sociales de santé

La Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé précise que « [l]es inégalités en matière de santé sont le fruit des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des conditions sociétales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants englobent les expériences vécues dans les premières années de la vie, l'éducation, le statut économique, l'emploi, le travail décent, le logement et l'environnement, et l'efficacité des systèmes de prévention et de traitement des maladies »[63]. Il est à noter que, en matière de littératie en santé, 66 % des Québécois et Québécoises de 16 ans et plus présentent des niveaux de compétence inférieurs à ce qui est jugé souhaitable[64]. De plus, les conséquences négatives de l'utilisation d'opioïdes sont fortement associées au fait de vivre dans un secteur défavorisé sur le plan économique, où le stress ainsi que l'instabilité professionnelle et résidentielle sont concentrés[65].

**« Les inégalités en matières des santé sont le fruit des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des conditions sociétales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. »**



Ces déterminants englobent les expériences vécues dans les premières années de la vie, l'éducation, le statut économique, l'emploi, le travail décent, le logement et l'environnement, et l'efficacité des systémes de prévention et de traitement des maladies.
(Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, 2011)

Dans le même ordre d'idées, la stigmatisation structurelle dont font l'objet les personnes qui utilisent des substances reflètent les inégalités ancrées (souvent à notre insu) dans notre société et nos organisations[66]. De nombreuses personnes ayant un TUO vivent des situations de **marginalisation**. Cette notion de **marginalisation** s'inscrit à l'intérieur du **cadre d'analyse des déterminants sociaux de la santé** et peut influer sur l'accès aux soins de santé ainsi que sur l'issue des traitements obtenus. Dans la pratique clinique, le **principe d'équité** vise à **réduire les inégalités sociales et les obstacles au traitement** dans une perspective de répartition juste et solidaire entre les individus. Certains obstacles sont couramment rencontrés par les personnes qui souhaitent suivre un traitement du TUO, notamment les coûts associés au traitement, sa disponibilité et sa proximité, l'accès à l'information sur le traitement, les conditions de traitement (règles et restrictions) et la relation avec le personnel soignant[67].

## Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services en TAO?

- ★ Tenir compte de l'impact des déterminants sociaux et des inégalités sociales sur les plans économique ou relationnel, par exemple.
- ★ Réduire les obstacles à l'accès au traitement pour ces personnes (p. ex.: transport, revenu, cadre de traitement rigide). À cet égard, le Projet Barrières propose une démarche en six étapes pour réduire les barrières d'accès et de rétention dans les services offrant le TAO (voir section 5.7 pour en savoir plus sur les obstacles au traitement).
- ★ Établir un dialogue avec la personne pour évaluer avec elle les moyens qui pourraient faciliter l'accès et la rétention en traitement (p. ex.: rappels, démarches pour transport bénévole, démarches d'accès au logement, téléconsultations).
- ★ Transmettre une information pertinente, exacte, à jour et vulgarisée pour permettre à la personne de s'approprier les connaissances liées à son traitement et de faire des choix en fonction de ses valeurs et de ses priorités.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

*Perspective de personne en traitement :*

> *C'est important que les personnes puissent faire des choix libres et éclairés, mais il faut que chaque personne comprenne les avantages et les inconvénients en fonction de ses objectifs. Comment les options conviennent ou non à sa situation.*

L'application du **principe d'équité**, pour contribuer à la **réduction des inégalités sociales de santé**, implique la prise en compte du vécu de marginalisation des personnes. Dans cette perspective, la philosophie d'intervention privilégiée dans le présent guide reconnaît l'ensemble des vécus de marginalisation – liés, par exemple, au **genre**, à l'**orientation sexuelle** et à l'**origine ethnique** – dans le cadre d'analyse des déterminants sociaux de la santé[68].

Certaines personnes rencontrent des obstacles plus nombreux sur le plan des déterminants sociaux de la santé. Le principe d'équité implique de tenir compte des inégalités sociales de santé et de chercher à adapter la quantité, l'intensité et les lieux de services afin que toutes les personnes suivies puissent atteindre les mêmes résultats. À cet égard, la roue des privilèges et du pouvoir illustre les points de pouvoir intersectionnels et permet d'effectuer une sensibilisation aux structures qui perpétuent le déséquilibre du pouvoir.

*Perspective clinique :*

> *Pour être solidaires avec les personnes qui reçoivent nos services, nous devons reconnaître que la principale source des méfaits qu'elles expérimentent, c'est le contexte dans lequel nous vivons. Un contexte d'inégalités, de crise du logement, de stigmatisation, de crise des surdoses, de criminalisation des substances… Être solidaires, c'est aussi se sentir interpellés par ces enjeux sociaux et prendre en compte leurs impacts dans notre organisation de services et dans nos interventions.*

### 1.2.2 La réduction des méfaits et la vision holistique

L'approche de réduction des méfaits repose sur l'humanisme et le pragmatisme. En vertu de cette approche, l'intervention clinique est orientée par la **prise en compte des risques et des bienfaits** en réponse à une hiérarchie d'objectifs réalistes déterminés par la personne en traitement. Les interventions visent à favoriser le respect et la **participation de la personne au processus de traitement**[69,70].

L'approche de réduction des méfaits consiste à **contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la personne suivie**, à offrir des **services adaptés à ses besoins** dans une **perspective holistique, à réduire et à prévenir les risques sans exiger d'elle l'abstinence**[3]. En somme, cette approche vise à tendre vers le meilleur état biopsychosocial possible, pour une personne à un moment donné, en fonction de ses objectifs. La réduction des méfaits constitue un processus dynamique et continu vers une meilleure santé globale et un meilleur bien-être.

Au niveau clinique, la mise en œuvre de l'approche de réduction des méfaits peut s'articuler autour d'un **accueil chaleureux, respectueux et non stigmatisant**, de l'établissement d'une **alliance thérapeutique**, du **respect des objectifs de la personne** et de la mise en œuvre d'un **plan de traitement adapté aux différents besoins** (p. ex. : physiques, émotionnels, culturels) de la personne[3] et de l'approche sensible aux traumatismes et à la violence.

Les notions d'**autonomie** et de **dignité** se traduisent aussi par la **possibilité offerte à la personne de choisir de prendre certains risques individuels**. Ainsi, les cliniciens sont appelés à composer au quotidien avec la **gestion de certains risques** et à chercher l'**équilibre** entre différents enjeux (p. ex. : responsabilité professionnelle, autonomie et dignité de la personne, sécurité de la personne).

### Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services en TAO?

- ★ Entretenir une relation thérapeutique réciproque et égalitaire, basée sur le dialogue et la confiance, entre les membres de l'équipe et la personne en traitement.
- ★ Accepter que la personne suivie fasse des choix qui comportent des risques, favoriser les choix éclairés et offrir des mesures d'atténuation des risques (stratégies de réduction des méfaits).
- ★ Maintenir la relation thérapeutique et respecter l'autonomie par le biais de la discussion.
- ★ Éviter l'imposition d'un cadre rigide, qui risquerait de forcer la personne à manquer de transparence par peur de perdre son accès aux soins ou qui la pousserait à abandonner le traitement.
- ★ Offrir à la personne divers moyens pour réduire les risques et les conséquences et la laisser déterminer ce qu'elle appliquera en priorité.
- ★ Viser la réalisation de petites étapes à la fois.
- ★ Accueillir la personne comme elle est dans sa trajectoire de développement personnel.

Les propositions ci-dessus évoquent la notion de « dignité du risque ». La dignité d'un individu se manifeste par sa capacité à être autonome. Ainsi, le fait d'empêcher la prise de risque individuel affecte la dignité. La dignité du risque suppose de permettre à un individu de prendre un risque « ayant comme finalité une amélioration de sa croissance personnelle et de sa qualité de vie »[71]. Déontologiquement, cette approche valide la prise de risque et peut ainsi rallier les responsabilités professionnelles et humaines.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

*Perspective clinique :*

*Face à une décision difficile à prendre, surtout en réduction des méfaits, je me demande : « Et si je ne fais rien, il arrivera quoi? »*

*Perspective de personne en traitement :*

*Si la personne consomme, il serait mieux de continuer le TAO quand même. Sinon, il n'y a plus de filet de sécurité et elle doit consommer plusieurs fois par jour, ce qui augmente le risque de surdose.*

Pour en savoir plus sur l'approche de réduction des méfaits, consulter : Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

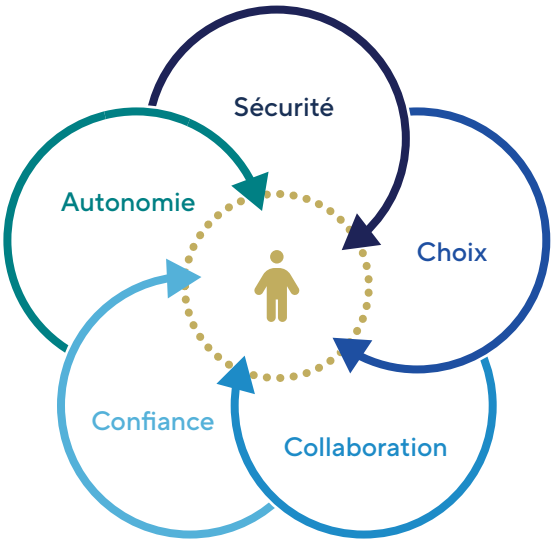
### 1.2.3 L'approche sensible aux traumatismes et à la violence

La prise en compte des inégalités sociales de santé justifie l'utilisation d'une approche sensible aux traumatismes et à la violence, préconisée dans une zone neutre offrant un espace sécurisant. En effet, les personnes qui présentent un trouble d'usage de substances sont plus susceptibles que les autres d'avoir été exposées à des événements traumatiques[72]. Dans ce contexte, l'approche sensible aux traumatismes et à la violence peut être employée avec toutes les personnes ayant un TUO, en raison de la prévalence élevée des traumas et des expériences stressantes dans cette population. Cette approche vise à établir un climat de confiance où **la sécurité émotionnelle et physique des personnes est assurée**, où celles-ci ne sont **pas forcées de révéler des événements traumatisants de leur histoire** et où **leurs forces et leur autonomie sont reconnus**[73].

L'approche sensible aux traumatismes et à la violence implique de **repenser l'organisation de l'offre de services** dans les institutions pour **éviter de susciter les souvenirs douloureux**[74] ou de provoquer une retraumatisation. Cette approche devrait aussi tenir compte de l'expérience des personnes ayant vécu des situations d'exclusion sociale, de stigmatisation ou de **discrimination** (en raison, par exemple, de leur **genre**, de leur **orientation sexuelle** ou de leur **origine ethnique**). Dans certains cas, le traumatisme ou les situations de stigmatisation peuvent venir de l'expérience des services en tant que telle. Dans cette perspective, il est judicieux d'adapter le suivi au rythme de la personne. Cela peut vouloir dire fragmenter l'évaluation en courtes séances ou adapter les outils afin d'éviter les questions qui pourraient raviver les traumatismes, sans pour autant repousser le début du traitement.

La figure 1 illustre les grands principes de l'approche sensible aux traumatismes et à la violence.

**Figure 1. L'approche sensible aux traumatismes et à la violence**




L'approche sensible aux traumatismes et à la violence vise à établir un climat de confiance où la personne se sent en sécurité, où elle n'est pas forcée de révéler son passé traumatique et où ses forces et son autonomie sont reconnus.[73]

## Qu'est-ce que ça veut dire pour l'offre de services en TAO?

- ★ **Sensibilisation :** Le personnel de l'équipe (p. ex. : commis, secrétaire, préposé, infirmière, intervenant social, pharmacien, médecin) comprend les diverses formes de traumatismes, leur prévalence et leurs répercussions sur les individus, les familles et les communautés.
- ★ **Sécurité émotionnelle, physique et culturelle :** Les professionnels rassurent la personne en lui disant qu'elle n'est pas tenue de révéler des informations personnelles qui la mettraient mal à l'aise. La sécurité émotionnelle et physique est primordiale. Cette sécurité est d'autant plus importante que les personnes ayant vécu des traumatismes ou vivant des violences peuvent se sentir rapidement ou en permanence en danger. Afin d'accéder aux services, et de participer pleinement à leur traitement, les personnes ont besoin de se sentir en grande sécurité et hors de danger.
- ★ **Choix, collaboration et confiance :** Les cliniciens et la personne travaillent conjointement afin d'atteindre les objectifs souhaités par cette dernière, sans imposer de services non désirés. Les cliniciens présentent leur rôle de façon simple et claire afin que la personne puisse orienter le suivi en fonction de ses besoins et objectifs.
- ★ **Forces et capacités :** Les cliniciens misent sur les forces de la personne pour la soutenir dans ses objectifs de traitement et contribuer à son estime de soi.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

Plus de détails sur les soins sensibles aux traumatismes et à la violence sont disponibles dans le feuillet du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

D'autres ressources peuvent être utiles aux cliniciens qui souhaitent en savoir plus sur l'approche sensible aux traumatismes et à la violence, dont les suivantes :

Le Guide **Trauma-Informed Practice & the Opioid Crisis – A Discussion Guide for Health Care and Social Service Providers** (en anglais seulement) du Centre of Excellence for Women's Health permet de mieux comprendre comment une pratique sensible aux traumatismes contribue à répondre à la crise des opioïdes, en particulier pour les personnes ayant vécu des violences liées à l'identité sexuelle.

La publication **SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach** (en anglais seulement) propose un cadre pour soutenir les organisations dans leur offre de services sensible aux traumatismes.

La formation en ligne **Trauma Informed Care** (en anglais seulement) permet de mieux comprendre les principes et fonctions de l'approche sensible aux traumatismes.

La formation **Traumas complexes et populations vulnérabilisées : redéfinir nos pratiques d'accompagnement** (CREMIS).

*Perspectives de personnes en traitement :*

*Permettre à la personne de s'exprimer sur son vécu, ça peut être thérapeutique lorsque le moment est opportun et que la relation de confiance est établie.*

*Il n'est pas nécessaire de tout dévoiler pour obtenir un traitement, ça ne devrait pas être un critère.*

*Les traumatismes, c'est difficile juste d'y penser, alors les raconter...*

*Une première rencontre n'est pas un bon moment pour aborder les traumatismes. La relation n'est pas développée, tu repars avec ta plaie ouverte.*

*La stabilité de l'équipe est un élément important pour créer le climat de confiance permettant de parler des traumatismes.*

*Lorsqu'on parle des traumatismes avec un patient, il faut s'assurer d'avoir du temps ou un filet de sécurité, comme un autre intervenant sur place, pour poursuivre la discussion.*

## 1.3 Philosophie d'intervention : aide-mémoire

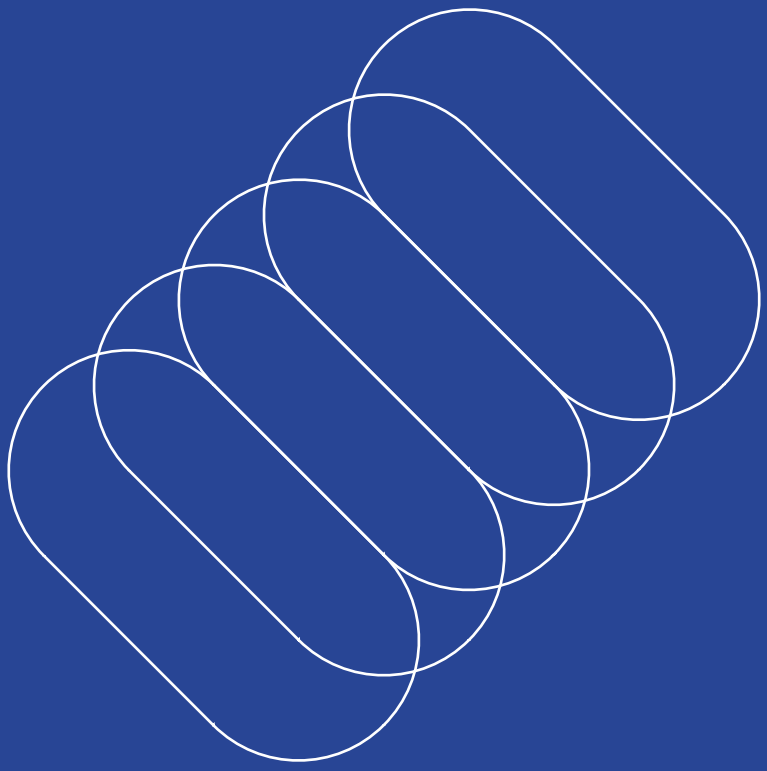
La philosophie d'intervention proposée pour accompagner les personnes ayant un TUO permet d'offrir des services appropriés et respectueux à toutes les personnes qui reçoivent des soins, peu importe leur origine ethnique ou culturelle, leur identité sexuelle ou de genre, leur statut social ou toutes autres particularités biopsychosociales qui les caractérisent, en fonction des dimensions suivantes :

- Des **services justes et équitables** permettent d'assurer la bonne intensité de services à chaque individu pour que tous puissent tendre vers les mêmes résultats.
- Le **respect de l'autonomie** consiste à soutenir la prise de décision éclairée, en mettant la personne et ses intérêts au centre, en lui donnant une information pertinente et en s'assurant qu'elle a compris cette information.
- Le **respect de l'intégrité et de la dignité** implique d'accueillir la personne avec respect et sans jugement afin qu'elle puisse être elle-même.
- La **solidarité** suppose d'offrir à la personne les mêmes soins et services que l'on souhaiterait pour soi-même.
- La **bienveillance et l'humilité** impliquent de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour que la personne puisse exercer son autonomie (p. ex. : écoute, reconnaissance de l'expérience et des capacités, respect du rythme de la personne, rejet de toute approche paternaliste et directive, douceur).
- La prise en compte du **principe de vulnérabilité** suppose d'offrir à la personne les conditions nécessaires à l'exercice de son autonomie, tout en maintenant un filet de sécurité en cas de besoin (p. ex. : dans le cas d'une personne qui serait inapte à consentir aux soins).
- La prise en compte des répercussions des **déterminants sociaux, des inégalités sociales** et de la stigmatisation structurelle contribue à **réduire les obstacles** à l'accès et à la rétention en traitement.
- L'approche de **réduction des méfaits** implique de prioriser la relation thérapeutique et d'accepter que la personne fasse des choix qui comportent des risques, tout en favorisant les choix éclairés et les mesures d'atténuation des risques.
- **L'approche sensible aux traumatismes et à la violence** permet à la personne d'orienter le suivi en fonction de ses besoins et de ses choix, dans un contexte caractérisé par la confiance, la sécurité et la collaboration.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

CHAPITRE 2



# Accueillir, assurer la sécurité et réaliser une évaluation adaptée

# Chapitre 2. Accueillir, assurer la sécurité et réaliser une évaluation adaptée

**La personne qui présente un TUO mais qui ne reçoit pas de TAO est à risque élevé de surdose**[75]. Pour assurer la sécurité des personnes ayant un TUO, une initiation rapide du traitement pharmacologique devrait être disponible. Ainsi, la séquence de prise de contact, d'évaluation et d'admission à un service offrant le TAO devrait être effectuée le plus rapidement possible, idéalement le jour même de l'évaluation[3]. En effet, des données portant sur l'initiation du TAO à l'urgence montrent que le taux d'engagement serait plus élevé lorsque le traitement est débuté le jour de l'évaluation initiale[76]. De plus, l'accès rapide au TAO est un facteur déterminant dans le processus de rétablissement des personnes qui souhaitent accéder à un traitement du TUO[52].

**Dès le premier contact, la personne devrait être accueillie chaleureusement par tout le personnel (professionnels et personnel de soutien). Un rendez-vous d'évaluation devrait être fixé et avoir lieu le plus rapidement possible, idéalement le jour même pour les personnes en situation de précarité**[3]. Des mécanismes d'accès rapide peuvent être nécessaires pour assurer le traitement prioritaire de certaines populations, notamment les personnes enceintes ou qui allaitent, ainsi que les parents de jeunes enfants[7]. Le jugement clinique demeure nécessaire pour accélérer l'accès d'autres populations, entre autres les personnes dont la vie est mise en danger par des comportements à risque (p. ex. : surdoses récentes) et celles ayant une condition physique ou psychiatrique instable[77].

> Les normes de qualité en Ontario recommandent que les personnes présentant un TUO aient accès à un traitement dans un délai maximal de trois jours[78]. Le respect d'un tel délai dépend en partie de la volonté des cliniciens, mais surtout d'une organisation des services qui permet une mise sous traitement aussi rapide. La responsabilité est ainsi partagée entre le pouvoir clinique et le pouvoir organisationnel, au niveau des cadres et des gestionnaires.

**L'accueil chaleureux et l'accès rapide au TAO sont primordiaux, non seulement lors du premier contact, mais à chaque fois qu'il y a une demande de services. En effet, les interruptions de traitement sont fréquentes au cours d'un TAO** en raison d'une multitude de circonstances (p. ex. : causes économiques, sociales, personnelles). Dans un modèle de soins chroniques ou de services au long cours[79], l'interruption du traitement par la personne suivie ne devrait jamais être considérée comme un échec ou mener à une rupture de la relation thérapeutique. À l'inverse, lorsqu'une personne cesse un traitement, les obstacles à la rétention (voir section 5.7) devraient être examinés et réduits le plus possible afin de favoriser la reprise du traitement. **Lorsqu'une personne souhaite reprendre son traitement, le délai entre la demande et la reprise du traitement devrait être le plus court possible.**



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

Le TAO est un traitement à long terme. Des allers-retours, à savoir la reprise et la cessation d'une consommation active ou occasionnelle, peuvent faire partie du parcours des personnes qui suivent un TAO. L'équipe de soins partenaire s'appliquera à adapter le suivi et le traitement afin de répondre aux besoins de chaque personne. L'équipe sera aussi là pour reprendre rapidement l'accompagnement après un abandon de traitement, à la demande de la personne.

## 2.1 Accueillir, écouter et adapter le processus d'admission

La Loi sur la santé et les services sociaux stipule que « la raison d'être des services est la personne qui les requiert » et que « l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité »[62]. Ainsi, lorsqu'elle fait une demande de service, la personne devrait se sentir accueillie et bienvenue. Une attitude chaleureuse et un sourire pourront lui donner envie de poursuivre sa démarche.

**Solidarité** **Bienveillance** **Humilité**

Le premier contact aura une incidence sur la poursuite de la relation et de la trajectoire de soins et de services. Pour cette raison, il convient d'accueillir, d'écouter et d'adapter le processus d'admission pour saisir toutes les occasions et éviter les lourdeurs administratives[77].

L'accès rapide et simplifié au TAO devrait être adapté à la réalité de la personne. Par exemple, l'évaluation peut être étalée sur plusieurs rencontres pour favoriser des rendez-vous brefs, où les éléments les plus importants pour débuter le TAO seront abordés en priorité[3].

La priorité consiste ainsi à réaliser les étapes décrites dans le tableau 1.

**Tableau 1. Étapes incontournables à réaliser pour prescrire un TAO**

| Étapes incontournables à réaliser | Éléments de réflexion clinique |
|---|---|
| ☑ Évaluer la consommation. | Le portrait de la consommation contribue à :<br>• poser le diagnostic de TUO;<br>• évaluer la dose de départ du TAO;<br>• déterminer les risques (p. ex. : surdoses, interactions, infections);<br>• proposer des stratégies de réduction des risques. |
| ☑ Poser le diagnostic de TUO. | Les critères diagnostiques du DSM-5 imposent qu'une personne présente des symptômes du TUO au cours d'une période continue d'au moins 12 mois. Or, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11e version (CIM-11), souligne que le diagnostic peut être posé si la consommation d'opioïdes est continue pendant au moins trois mois. En fin de compte, le jugement clinique est primordial pour analyser les notions d'urgence, de sévérité et de dangerosité et ainsi nuancer les critères. |
| ☑ Réaliser si possible le dépistage urinaire des opioïdes afin de s'assurer que la personne consomme actuellement des opioïdes. | Les tests urinaires sont particulièrement pertinents lorsque le prescripteur a un doute sur le fait que la personne consomme bel et bien des opioïdes. Or, l'obtention des résultats d'un test urinaire peut entraîner des délais d'initiation du TAO. Pour cette raison, il est important de garder en tête que tout report de l'initiation du TAO peut :<br>• nuire au lien de confiance avec la personne;<br>• augmenter le risque de précarité et de surdose de la personne.<br><br>De plus, les tests de dépistage standards comportent des limites et peuvent ne pas détecter le fentanyl et ses analogues (voir le rappel de Santé Canada). Les tests peuvent donner des faux positifs ou des faux négatifs[4]. |
| ☑ Réaliser un test de grossesse, s'il y a lieu. | Le test de grossesse ne devrait pas retarder le début du TAO. Celui-ci devrait être initié de toute manière, en particulier si la personne est enceinte. |
| ☑ Consulter le Dossier Santé Québec (DSQ) pour vérifier les interactions médicamenteuses. | Si la personne s'est retirée du DSQ, il est pertinent de discuter avec elle des raisons de ce retrait et des risques associés à cette décision. |
| ☑ Choisir un TAO en concertation avec la personne (en fonction de ses objectifs). | L'outil Faire un choix éclairé peut être utile pour alimenter la discussion sur les avantages et les inconvénients des différents TAO.<br><br>Le graphique sur le continuum des options thérapeutiques permet aux cliniciens de discuter avec la personne du processus et de la logistique liés à la période d'induction et à la molécule choisie.<br><br>Le tableau résumé Traitement pharmacologique du TUO permet aux cliniciens de comparer les molécules entre elles sur le plan de la pharmacologie, des contre-indications, des avantages, etc. |
| ☑ Prescrire le TAO. | Une discussion sur les modalités de traitement (p. ex. : doses supervisées ou non supervisées) permet de s'assurer que celles-ci correspondent au mode de vie de la personne et qu'elles ne nuisent pas à sa stabilité (p. ex. : emploi et responsabilités familiales). |
| ☑ Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits. | La naloxone et le matériel de consommation doivent être proposés à chaque rencontre et disponibles sur place. |



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Qui peut accueillir une demande de services?

Tous les professionnels de l'équipe de soins partenaire (incluant les pairs) devraient avoir les habiletés et les compétences pour :

- ★ Accueillir une personne qui vient chercher de l'aide et écouter sa demande;
- ★ Ajuster et adapter le processus d'évaluation et d'admission aux besoins de la personne;
- ★ Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits

## Que faire lorsqu'un délai d'attente force le report d'un TAO?

- ★ Prendre en considération que la personne sans TAO est à risque de surdose.
- ★ Traiter la demande en priorité s'il s'agit d'une personne enceinte, de parents de jeunes enfants ou de personnes en situation de grande précarité.
- ★ Vérifier les idéations suicidaires ou homicidaires.
- ★ Proposer un soutien psychosocial dès le début aux personnes volontaires.
- ★ Mettre en place des moyens concrets afin de maintenir un contact avec la personne jusqu'à l'amorce du TAO.
- ★ Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits :
  – Naloxone et enseignement
  – Matériel de consommation et de protection
- ★ Enseigner les techniques d'injection à moindre risque, s'il y a lieu.
- ★ Informer la personne sur l'usage des bandelettes de détection du fentanyl.
- ★ Informer la personne sur les services d'analyse de substances.
- ★ Remettre une liste des ressources disponibles dans la communauté, incluant les centres de prévention des surdoses, les services d'injection supervisée (SIS) et les services virtuels de prévention des surdoses (p. ex. : le NORS), le cas échéant.

*Perspective clinique :*

*L'hospitalité, c'est accueillir chez soi des gens qui n'ont nulle part où aller parce qu'ils sont ostracisés, discriminés, exclus, déracinés. Comment faisons-nous pour que les patients, souvent exclus des autres services, se sentent chez eux dans notre organisation? Offrir l'hospitalité, c'est plus que répondre aux besoins physiques et médicaux, c'est faire le don de l'espoir.*

## 2.2 Documenter la consommation de substances psychoactives

Au cours de l'évaluation, il est important de documenter la consommation de la personne (substances, quantité et modes d'administration) afin de déterminer les risques (p. ex. : interactions, infections) et de proposer des stratégies de réduction des risques. L'histoire détaillée de la consommation et des troubles liés à l'usage de différentes substances (p. ex. : alcool, tabac, médicaments), l'histoire de surdoses ainsi que les antécédents de traitement ou de sevrage permettront d'orienter les interventions et le traitement.

Le portrait de la consommation peut être réalisé grâce à la page 3 de l'Indice de gravité d'une toxicomanie ou grâce au tableau suivant :

| MODALITÉS / SUBSTANCES | Provenance (rue, pharmacie, autre) | Mode d'administration (oral, fumé, prisé, injecté, autre) | Fréquence d'utilisation (nb de jours sur 7 ou 30) | Quantité | Date ou heure de la dernière consommation | Nombre d'années de consommation régulière |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Héroïne | | | | | | |
| Hydromorphone | | | | | | |
| Fentanyl | | | | | | |
| Autres opioïdes : _____ | | | | | | |
| Alcool (verres standards[E]) | | | | | | |
| Benzodiazépines | | | | | | |
| Cannabis | | | | | | |
| Amphétamines | | | | | | |
| Méthamphétamines | | | | | | |
| Cocaïne, Crack | | | | | | |
| GHB | | | | | | |
| Autre | | | | | | |
| **Notes** (p. ex. : substances de choix) : | | | | | | |

Tableau inspiré des outils d'évaluation du Programme Relais (CRAN)

Version imprimable

E Pour convertir les boissons alcoolisées en format de verre standard : http://aodtool.cfar.uvic.ca/fr/index-stddt.html



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 2.3 Établir le diagnostic du TUO

Un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) peuvent poser un diagnostic de TUO. Celui-ci se caractérise par :

- un usage problématique conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance significative;
- une série de manifestations (au minimum deux) au cours d'une période de 12 mois[F].

### Qui peut poser un diagnostic de TUO?

**Médecin ou IPSSM :** Le diagnostic du TUO est réservé au médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale

Parmi les manifestations qui peuvent être associées au TUO, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de la Société américaine de psychiatrie (DSM-5)[48], on trouve par exemple :

- les opioïdes pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
- des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage d'opioïdes;
- un usage continu d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets des opioïdes.

Les critères diagnostiques du TUO peuvent être consultés à l'annexe 1 des Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4], aux pages 48 et 49.

### Que faire lorsqu'une personne présente des difficultés liées à l'utilisation d'opioïdes sans avoir de diagnostic de TUO?

Lorsqu'une personne présente des difficultés liées à l'usage d'opioïdes sans avoir de diagnostic de TUO, les cliniciens de la première ligne peuvent demander l'aide d'équipes expertes. Les équipes spécialisées peuvent alors établir une collaboration avec l'équipe traitante de première ligne.

En vertu de cette collaboration, les experts en TAO pourront outiller les cliniciens de la première ligne pour éviter l'exacerbation du problème lié à l'utilisation d'opioïdes et prévenir le TUO.

S'il s'agit de difficultés liées à l'utilisation d'opioïdes prescrits, on se reportera à la section 3.4.2

F Les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4] précisent que le médecin et l'IPSSM peuvent conclure à un TUO, même si les symptômes sont présents depuis moins de 12 mois.

## 2.4 Évaluer les besoins et les objectifs de la personne

Les éléments de l'évaluation peuvent être fractionnés afin d'adapter la durée des rencontres à la tolérance et aux besoins de la personne. Ces éléments peuvent aussi être hiérarchisés afin de répondre en priorité aux demandes les plus pressantes (p. ex. : sécurité alimentaire, hébergement, carte d'assurance maladie). « 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. »[3] Le cadre de pratique proposé dans les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4] recommande l'évaluation des éléments énumérés au tableau 1. Les Lignes directrices précisent que l'évaluation peut être réalisée en plusieurs séances et qu'un refus de se soumettre à des évaluations ne devrait pas empêcher le début du traitement[4].

**Tableau 2. Composantes d'évaluation proposées par les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

**Anamnèse**

- Antécédents médicaux personnels et familiaux
- Antécédents infectieux et immunisation
- En collaboration avec le pharmacien, histoire médicamenteuse complète des médicaments prescrits ou non, y compris une évaluation de l'adhésion, en considérant toutes les sources de renseignements disponibles
- Antécédents chirurgicaux complets
- Histoire psychiatrique, y compris l'évaluation du risque suicidaire
- Histoire détaillée de la consommation et de la dépendance aux différentes drogues, notamment l'alcool et le tabac, ou aux autres médicaments psychotropes, comme les benzodiazépines :
  - histoire de surdoses; histoire de sevrage antérieur ou de programmes de désintoxication et de résultats obtenus; quantité consommée de chacune des substances
- État de santé actuel
- Moyens de contraception utilisés
- Évaluation de la situation sociale
- Recherche de contre-indications au traitement
- Comportements potentiellement à risque, notamment
  - partage de matériel de consommation (récent ou ancien); comportements sexuels non protégés; évaluation du risque de surdose; consommation dans des situations à risque (p. ex. : conduite d'un véhicule automobile)



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Examen physique**

- Paramètres fondamentaux, notamment les signes vitaux, la taille, le poids et l'indice de masse corporelle
- Apparence générale, y compris les signes d'intoxication et de sevrage
- Sites d'injection sur les membres et autres
- Auscultation cardiaque (souffle) et pulmonaire
- Signes de maladie hépatique
- Santé dentaire
- Cloison nasale
- Lésions cutanées
- Examen gynécologique, s'il y a lieu

**Exemples de composantes de l'examen mental** (selon la pertinence)

- Attitude
- Activité psychomotrice
- Langage
- Affects et humeur (dépression, exaltation, labilité, anxiété, tristesse)
- Forme et contenu de la pensée (obsessions, phobies, agressivité, délire, idées suicidaires)
- Perceptions (illusions et hallucinations)
- Fonctions cognitives supérieures (attention, orientation, mémoire, jugement, concentration, autocritique)

**Examens paracliniques** (selon les facteurs de risque et l'état)

- Recherche de la présence d'opioïdes et d'autres substances dans les urines
- Test de grossesse chez la personne en âge de procréer
- Formule sanguine complète (FSC)
- Créatinine sérique
- Bilan hépatique
- AgHBs, anti-HBs, anti-hépatite A (IgG) – vaccination si les sérologies ne montrent pas de titre protecteur d'anticorps
- Anti-VHC, anti-VIH après counseling et obtention du consentement, si indiqué
- Dépistage des autres ITSS
- ECG lors de l'utilisation de méthadone, si indiqué

Les outils comme l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) ou le Niveau de désintoxication : évaluation par les intervenants psychosociaux (NiD-ÉP) peuvent aussi être utiles pour orienter l'évaluation. Toutefois, dans une approche sensible aux traumatismes et à la violence, les outils devraient être utilisés avec discernement afin d'assurer le sentiment de

sécurité de la personne, le climat de confiance et l'alliance thérapeutique. Dans cette perspective, l'évaluation peut être étalée sur plusieurs rencontres afin de respecter le rythme de la personne.

Par ailleurs, les personnes ayant un TUO peuvent avoir des objectifs de traitement qui leur sont propres, ainsi que des perspectives très variées sur le concept de rétablissement. Pour certaines, le rétablissement se traduit par l'accès à l'emploi, le retour aux études ou l'amélioration de la qualité des relations interpersonnelles. Il peut parfois être synonyme d'abstinence, et parfois s'inscrire en cohérence avec la poursuite de la consommation[52]. Dans tous les cas, l'INESSS suggère de documenter les objectifs de la personne en termes de consommation (p. ex. : réduction de la consommation illicite, arrêt de l'injection d'opioïdes, abstinence)[9]. Le TAO est un traitement efficace pour réduire la consommation d'opioïdes et retenir les personnes en traitement. Dans une perspective de santé publique, l'efficacité du TAO a aussi été démontrée en termes de réduction de la criminalité et d'abaissement des taux de mortalité[2]. Chaque personne qui amorce une démarche de TAO peut cependant poursuivre des objectifs personnels et être animée par des motivations qui lui sont propres.

Que les objectifs de la personne soient liés à la consommation (p. ex. : réduction des coûts associés à la consommation de substances provenant du marché illicite, diminution des épisodes de sevrage), à la santé physique (p. ex. : traitement du VHC, prévention des infections, gestion de la douleur) ou à la situation psychosociale (p. ex. : accès au logement, maintien en emploi, responsabilités parentales), différents professionnels seront impliqués à différents degrés pour l'accompagner dans une démarche en cohérence avec ses objectifs.

La prise en compte des objectifs de la personne et de ses besoins peut aider l'équipe partenaire à assurer un partage optimal des rôles professionnels et à identifier des leviers pour l'intervention, en plus de favoriser la rétention en traitement.

L'accompagnement des personnes ayant un TUO peut être conçu comme un exercice de réponse aux besoins fondamentaux[52]. Ceux-ci peuvent notamment être liés aux dimensions suivantes :

- Besoins physiologiques (p. ex. : manger, se reposer)
- Besoins de sécurité (p. ex. : absence de menace, droits, justice, soins)
- Appartenance (p. ex. : relations satisfaisantes)
- Estime de soi (p. ex. : identité, reconnaissance, participation, actualisation du potentiel)
- Liberté (p. ex. : autonomie, autodétermination)

Le processus d'évaluation constitue une occasion d'inviter la personne à nommer ses besoins, ses attentes ainsi qu'à définir les objectifs qui lui paraissent les plus urgents ou prioritaires. Cet exercice contribue au développement, en concertation avec la personne, d'un plan d'intervention individualisé.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Qui peut contribuer à l'évaluation?

**Le médecin et l'IPS peuvent :**

- ✓ procéder à l'examen physique (p. ex. : sites d'injection, signes d'intoxication ou de sevrage, cavités nasales, souffle cardiaque, stigmates de cirrhose, lésions cutanées, abcès ou cellulites, examen gynécologique);
- ✓ demander des investigations (p. ex. : bilan sanguin pour FSC, électrolytes, créatinine, ITSS; gonorrhée, chlamydia; examen gynécologique; dépistage de la tuberculose, ECG pour l'intervalle QT).
- ✓ évaluer la présence de troubles de santé mentale et effectuer le diagnostic du TUO*.

**Le médecin, l'IPS, l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire peuvent :**

- ✓ documenter les antécédents familiaux, médicaux et psychiatriques (p. ex. : maladies pulmonaires, cirrhose hépatique, ITSS, infections);
- ✓ documenter les besoins en termes de vaccination, de santé sexuelle (p. ex. : contraception), d'alimentation et de sommeil;
- ✓ obtenir un dépistage pour les opioïdes selon une ordonnance;
- ✓ Initier/réaliser un test de grossesse**;
- ✓ Initier/réaliser le dépistage des ITSS***;
- ✓ consulter le DSQ pour connaître les interactions médicamenteuses;
- ✓ évaluer le risque suicidaire.

**Le pharmacien peut :**

- ✓ évaluer la condition physique et mentale d'une personne afin de s'assurer de l'utilisation appropriée des médicaments;
- ✓ évaluer le risque suicidaire.

**Les professionnels psychosociaux peuvent :**

- ✓ procéder à l'évaluation du fonctionnement social (travailleurs sociaux);
- ✓ procéder à l'évaluation du fonctionnement psychologique (psychologues);
- ✓ procéder à l'évaluation de la capacité adaptative (psychoéducateurs);
- ✓ évaluer le risque suicidaire.

**Tous les professionnels de l'équipe traitante (incluant le pair) peuvent :**

- ✓ documenter la consommation et ses conséquences (p. ex. : fréquence, quantité et modes d'administration de chaque substance, signes et symptômes à l'arrêt);
- ✓ documenter les gestes à risque (p. ex. : technique d'injection, partage de matériel, surdoses);
- ✓ documenter le contexte social (p. ex. : réseau social, revenu, situation domiciliaire, RAMQ, violence, situation judiciaire);
- ✓ enseigner l'utilisation de la naloxone et la consommation à moindre risque.

* Depuis le 2 avril 2026, l'autorisation de diagnostiquer les troubles mentaux a été élargie aux IPSPL, IPSSA et IPSSP ayant satisfait aux exigences réglementaires de l'OIIQ. Source: OIIQ

** Les infirmières bachelières et techniciennes peuvent initier et réaliser les tests de grossesse. Les infirmières auxiliaires peuvent réaliser les tests de grossesse selon une ordonnance ou les initier dans certains milieux.

*** Les infirmières bachelières et techniciennes peuvent initier et réaliser le dépistage des ITSS. Les infirmières auxiliaires peuvent réaliser le dépistage des ITSS selon une ordonnance.

## 2.5 Accueillir, assurer la sécurité et réaliser une évaluation adaptée : aide-mémoire

Les étapes ci-dessous ont pour objectif de répondre aux besoins prioritaires de la personne qui demande des services ainsi qu'à initier un TAO le plus rapidement possible. Le processus d'évaluation globale peut s'échelonner sur plusieurs rencontres à la suite de la prescription du TAO afin de respecter le rythme de la personne au fil du développement d'une relation de confiance ancrée dans l'alliance thérapeutique.

### Accueil

Un professionnel de l'équipe accueille, écoute et adapte le processus d'admission au contexte et à la tolérance de la personne (p. ex. : la personne est-elle souffrante? Est-elle pressée? Est-elle effrayée?).

### Diagnostic

Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale diagnostique le TUO.

### Évaluation adaptée

Les besoins immédiats sont documentés. Si cela est possible, la situation globale et les objectifs de la personne sont aussi abordés.

### Enseignement et remise du matériel essentiel de réduction des méfaits

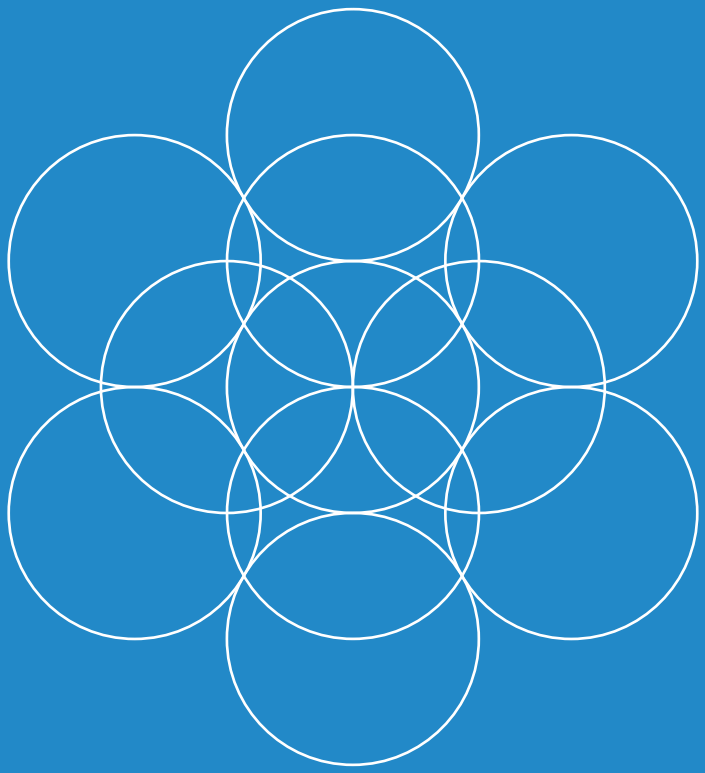
Matériel de consommation (et enseignement), naloxone (et enseignement), liste de ressources.

La prise de contact est suivie, le plus rapidement possible, par la prescription d'un TAO. Le chapitre suivant propose des pistes de réflexion et des algorithmes d'aide à la décision pour soutenir les personnes et les prescripteurs dans le choix éclairé d'une molécule de traitement.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

CHAPITRE 3



# Pharmacothérapie : choix concerté et prescription

# Chapitre 3. Pharmacothérapie : choix concerté et prescription

La pharmacothérapie fait partie des interventions offertes aux personnes ayant un TUO. Au cours des dernières années, l'élargissement des options thérapeutiques en matière de TAO a permis d'améliorer la personnalisation de la réponse aux besoins et aux objectifs des personnes qui souhaitent obtenir un traitement pour le TUO.

## 3.1 Le choix concerté d'une pharmacothérapie

Pour de nombreuses personnes ayant un TUO, l'autonomie décisionnelle en matière de traitement constitue un facteur important dans le processus de rétablissement[52]. À cet égard, plusieurs molécules et formulations peuvent être considérées en concertation avec la personne qui amorce ou qui poursuit un traitement. Les options thérapeutiques s'inscrivent dans un continuum fluide au fil duquel les personnes peuvent évoluer, au fur et à mesure que leurs besoins changent. Lorsqu'elles choisissent un traitement en concertation avec leur équipe de soins partenaire, les personnes suivies devraient être informées que les autres options thérapeutiques demeurent disponibles au besoin, et qu'un changement de molécule ou de formulation pourra être envisagé suivant l'évolution de leur condition et de leurs besoins.

- L'outil **Faire un choix éclairé** peut être utile pour alimenter la discussion sur les avantages et les inconvénients des différents TAO.
- Le **graphique sur le continuum des options thérapeutiques** permet aux cliniciens de discuter avec la personne du processus et de la logistique liés à la période d'induction et à la molécule choisie.
- Le tableau résumé des **Traitements pharmacologiques du TUO**, à la page suivante, permet aux cliniciens de comparer les molécules entre elles sur le plan de la pharmacologie, de la pharmacocinétique, des contre-indications, des avantages, etc.
- L'annexe 1 **Effets indésirables fréquents lors de traitement par agonistes opioïdes (TAO)** aide les cliniciens à trouver des solutions afin de diminuer les impacts des effets indésirables pouvant être vécus par les personnes en traitement.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO

| NOM GÉNÉRIQUE ET COMMERCIAL | **Buprénorphine-naloxone (BUP/NAL)**<br>*Suboxone*[MC] */ (Subutex*[G]*)*<br>Guide d'utilisation | **Méthadone**<br>Guide d'utilisation | **Morphine à libration lente uniquotidienne (MLLU)**<br>*Kadian*[MC]<br>Guide d'utilisation | **Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP)**<br>*Sublocade*[MC]<br>Guide d'utilisation |
|---|---|---|---|---|
| **PHARMACOLOGIE** | | | | |
| Voie d'utilisation | Sublinguale<br>Buccale (possible avec les films) | Orale | Orale | Injection sous-cutanée mensuelle |
| Formulations disponibles | <br>Comprimés sublinguaux sécables : 2/0.5 et 8/2 mg<br>Films oraux ou sublinguaux : 2/0.5, 4/1, 8/2, 12/3 mg | <br>Liquide : toutes les doses sont possibles par pallier de 1 mg<br>Comprimés : non utilisés en TUO sauf exception | <br>Capsules :<br>10, 20, 50, 100 mg | <br>Injection sous-cutanée :<br>100 et 300 mg |
| Effet agoniste *mu* | Agoniste *mu* partiel | Agoniste *mu* pur | Agoniste *mu* pur | Agoniste *mu* partiel |
| Affinité pour le récepteur mu | +++ | ++ | ++ | +++ |
| Couverture RAMQ | Oui | Oui | Oui<br>L'utilisation en TAO est hors monographie | Oui<br>Médicament d'exception codifié SN544[H] |
| Rapidité de l'atteinte de la dose de confort | Rapide<br>Dose de confort atteinte en 1-2j | Lente<br>Augmentation q 5-7j<br>Dose de confort atteinte en quelques semaines/mois | Moyenne<br>Augmentation q 2j<br>Dose de confort atteinte en quelques jours/semaines | Rapide<br>Induction standard: Après 7j de BUP/Nal oral à dose de confort<br>Induction rapide: 1h post-dose test, si tolérée, faire injection |
| Doses de départ maximales | 2-4 mg si COWS ≥ 8-12<br>Méthode de microdosage possible : voir guide | Entre 1-40 mg | 50-200 mg[I] | 300 mg q 28j X 2 doses<br>Puis 100 mg q 28j<br>Envisager de garder la personne sous 300 mg q 28j si symptômes de sevrage à 100 mg |
| Augmentations maximales | Augmentation q 2-4h de 4 mg possible ad 16 mg max jour 1<br>Et 24 mg max jour 2 | Augmentation max de 20 mg q 5-7j | Augmentation max de 200 mg q 2j | |
| Dose maximale | Dose max = 24 mg (exceptionnellement 32 mg) | Pas de dose max | Pas de dose max | 300 mg SC<br>Envisager de devancer les injections si symptômes de sevrage précoces ou de compléter avec BUP/NAL orale |
| Posologie | DIE, q 2j, q 3j<br>Peut être divisé en BID ou TID | DIE<br>Peut être divisé en BID ou TID | DIE | Q 28j<br>2e dose de charge : entre 7j et 1 mois après l'injection initiale<br>Par la suite, des intervalles de 26 à 42 jours entre les injections sont possibles |

G Le Subutex constitue de la buprénorphine seule, sans naloxone. Il doit faire l'objet d'une demande au programme d'accès spécial de Santé Canada.

H Pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les adultes dont l'état clinique est stabilisé par un traitement à base de buprénorphine administré par voie sublinguale.

I Certains guides canadiens débutent avec des plus hautes doses de départ allant de 300 mg (BCCSU) à 400 mg (MetaPhi) voire plus, en fonction de la tolérance de la personne en traitement, en précisant de bien documenter la rationnelle au dossier.

| NOM GÉNÉRIQUE ET COMMERCIAL | **Buprénorphine-naloxone (BUP/NAL)**<br>*Suboxone*[MC] */ (Subutex)* | **Méthadone** | **Morphine à libration lente uniquotidienne (MLLU)**<br>*Kadian*[MC] | **Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP)**<br>*Sublocade*[MC] |
|---|---|---|---|---|
| **PHARMACOLOGIE (suite)** | | | | |
| Réévaluation du dosage<br>cf section 5.3 | Après ≥ 3j consécutifs omis | Après ≥ 3j consécutifs omis | Après ≥ 2j consécutifs omis | Après plus de 42j après la dernière injection |
| Doses non supervisées<br>Voir l'outil d'aide à la réflexion pour l'octroi de doses non supervisées | Plus souple au niveau des doses non supervisées | Schéma posologique plus lent pour l'octroi de doses non supervisées<br>La stabilité générale de la méthadone diluée est de maximun 14 jours lorsque conservée au réfrigérateur (et 7 jours si diluée dans jus de pomme[J]) | Doses non supervisées accordées au cas par cas, en fonction des risques et bénéfices | Injection par un professionnel de la santé<br>Élimine l'enjeu des doses supervisées<br>Les personnes sous traitement ne sont pas autorisées à avoir la BILP en leur possession, elle doit être livrée directement en clinique pour administration |
| **PHARMACOCINÉTIQUE** | | | | |
| Pic d'action (Tmax) | **1 h** par voie sublinguale<br>**2.5 à 3 h** film par voie buccale | **2 à 4 h** (variabilité entre 1 à 7.5 h) | **8.5 à 10 h** | **24 h** post injection |
| Métabolisme | CYP450 3A4 (voie majeure)<br>Glucoroconjugaison UGT1A1, UGT1A3, UGT2B7 | CYP 450 2B6-3A4 > 2D6 >> 2C9, 2C19, 1A2 | Glucuronoconjugaison (majeur) et CYP2D6 (mineur) | Premier passage hépatique évité |
| Demi-vie | 24 à 42 h | 8 à 59 h (24 h en moyenne) | 11 à 13 h<br>(une fois absorbée, la demi-vie de la morphine est cependant de 2 à 4 h) | 43 à 60j |
| **PRÉFÉRENCES ET BESOINS DE LA PERSONNE EN TRAITEMENT** | | | | |
| Consommation concomitante d'opioïdes pendant le traitement | ⚠ Difficile, surtout si hauts dosages | ✓ Possible | ✓ Possible | ⚠ Difficile car saturation des récepteurs *mu* probable |
| Désir de ressentir l'effet sédatif (agoniste *mu*) | ✗ Pas un bon choix | ✓ Bon choix | ✓ Bon choix | ✗ Pas un bon choix |
| Consommation concomitante d'alcool (et autres sédatifs) | ✓ Meilleure sécurité | ⚠ Plus de danger | ⚠ Plus de danger | ✓ Meilleure sécurité |
| **PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS** | | | | |
| Impact QTc | + | +++ | ⊘ | + |
| Sécurité | ⚠ Effet plafond = faible risque de surdose | ⚠ Risque de sédation<br>⚠ Risque de surdose particulièrement en début et à l'arrêt de traitement | ⚠ Risque de sédation<br>⚠ Risque de surdose et de complications si injection des granules | ⚠ Effet plafond = faible risque de surdose |

J Se référer aux monographies de produit pour plus de détails sur les données de stabilité et des marques de diluants recommandés.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

| NOM GÉNÉRIQUE ET COMMERCIAL | **Buprénorphine-naloxone (BUP/NAL)**<br>*Suboxone*[MC] */ (Subutex)* | **Méthadone** | **Morphine à libration lente uniquotidienne (MLLU)**<br>*Kadian*[MC] | **Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP)**<br>*Sublocade*[MC] |
|---|---|---|---|---|
| **PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS (suite)** | | | | |
| Interactions médicamenteuses | Peu d'interactions cliniquement significatives<br>Voir tableau BCCSU | Multiples<br>Voir tableau BCCSU | Modérées<br>Voir annexe 5 | Peu d'interactions cliniquement significatives<br>Voir annexe 4 |
| Effets secondaires fréquents | ▸ Similaires à la méthadone mais moins fréquents<br>▸ Céphalées dans les premiers jours<br>▸ Risque de sevrage provoqué | ▸ Transpiration accrue<br>▸ Constipation<br>▸ Hypogonadisme et baisse de libido<br>▸ Gain pondéral<br>▸ Nausées<br>▸ Somnolence | Similaires aux opioïdes en général :<br>▸ Constipation<br>▸ Nausées, vomissements<br>▸ Dyspepsie, douleurs abdominales<br>▸ Rétention urinaire<br>▸ Somnolence, étoudissements<br>▸ Diaphorèse<br>▸ Etc. | ▸ Similaires aux comprimés de BUP/NAL en plus d'effets indésirables au site d'injection (douleur, prurit, induration, etc.) |
| Insuffisance hépatique | Voir tableau résumé | | | |
| ▸ Child A | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ▸ Child B | ⚠ | ✓ | ⚠ | ✗ |
| ▸ Child C | ✗ | ⚠ | ⚠ | ✗ |
| Insuffisance rénale (ClCr en ml/min) | < 30 ml/min : ⚠ | < 10 ml/min : ⚠ | 30-60 ml/min : ⚠<br>Administrer 50 % – 75 % de la dose initiale<br>15-30 ml/min : ⚠<br>Administrer 25 % – 50 % de la dose initiale<br>< 15 ml/min : ✗ | ✓ |
| Grossesse et allaitement | ✓ | ✓ | ⚠<br>Cf annexe 7 | ✗ |
| Allaitement | ✓ | ✓ | ⚠<br>Cf annexe 7 | ✗ |
| Contre-indications | Les contre-indications aux TAO sont globalement similaires entre les molécules :<br>▸ Hypersensibilité à un des ingrédients actifs ou à l'un des ingrédients non-médicinaux<br>▸ Dépression/insuffisance respiratoire, asthme avec bronchospasme sévère, MPOC sévère, cor pulmonale<br>▸ Obstruction gastro-intestinale (incluant l'iléus paralytique)<br>▸ Prise concomitante ou prise dans les 14 derniers jours d'un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO)<br>▸ Dépression du SNC ou intoxication aiguë significative à un dépresseur du système nerveux central (opioïde, alcool, benzodiazépine, etc.)<br>▸ Délirium tremens, trouble convulsif, hypertension intracrânienne, traumatisme crânien | | | |

**Légende :** ✓ Sécuritaire; ⚠ À utiliser avec précautions; ⚠ Risqué; ✗ Non recommandé.

Les principales molécules agonistes opioïdes disponibles au Québec sont la buprénorphine-naloxone (en film ou comprimé), la buprénorphine injectable à libération prolongée, la méthadone et la morphine orale à libération lente uniquotidienne.

Pour les personnes stabilisées sous buprénorphine-naloxone sublinguale, un transfert vers la buprénorphine injectable à libération prolongée peut être considéré pour réduire les déplacements à la pharmacie ou répondre aux préférences de la personne.

Pour les personnes qui poursuivent l'injection d'opioïdes, qui sont à risque élevé de surdoses et qui présentent une détérioration de leur condition mentale, physique ou psychosociale, le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) peut aussi être envisagé[58]. Ce traitement d'hydromorphone ou de diacétylmorphine injectable très structuré est auto-administré deux ou trois fois par jour par la personne, sous supervision clinique.[K]

Pour les personnes qui poursuivent leur consommation d'opioïdes, l'approvisionnement plus sécuritaire (pharmacothérapie de remplacement ou *safer supply*) vise à « remplacer les substances psychoactives (SPA) qui sont achetées sur le marché illicite par des substances pharmaceutiques dont le contenu est connu et stable. Cette pratique émergente au Canada est appliquée dans une optique de santé publique pour réduire les risques liés à la consommation de substances psychoactives contaminées et prévenir les surdoses, parfois mortelles, et n'a pas comme objectif premier de traiter un trouble lié à l'utilisation de substances »[80]. Dans ce contexte, une prescription d'opioïdes à courte durée d'action peut être proposée en complément ou en remplacement du TAO[80,81]. L'utilisation d'un approvisionnement plus sécuritaire peut aussi représenter l'occasion de développer une relation thérapeutique avec une personne désaffiliée du réseau de la santé et des services sociaux afin de lui proposer des soins.

Lorsqu'il s'agit de choisir une option thérapeutique, le respect de l'autonomie de la personne se traduit par le soutien de sa décision éclairée concernant son traitement. Toutes les options doivent être présentées et discutées avec la personne, et celle-ci doit recevoir l'information complète sur les avantages et les inconvénients de chacune des options.

> « Le prescripteur qui rédige une ordonnance doit respecter la législation et la réglementation fédérale ainsi que le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, découlant de la Loi médicale. Une attention particulière doit être accordée à la transmission des ordonnances de méthadone ou de buprénorphine-naloxone, encore plus spécifiquement en ce qui concerne les ordonnances de morphine à LLU. Lorsque ce dernier médicament est prescrit dans le cadre d'un TAO, il importe de le préciser sur l'ordonnance. »
>
> **Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

K Il est à noter qu'au moment de la publication de ce guide, ce type de traitement n'est pas disponible au Québec.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Questions proposées pour soutenir la réflexion concertée sur les options thérapeutiques :**

- Prévoyez-vous poursuivre votre consommation d'opioïdes durant le traitement?
- Quels sont vos autres conditions médicales ou antécédents médicaux?
- Comment la prise du médicament peut-elle être intégrée à votre routine quotidienne, en fonction de votre horaire de travail, de vos responsabilités familiales, de la proximité de la pharmacie, de votre capacité à vous déplacer?
- Quels sont les effets secondaires qui sont acceptables pour vous et ceux qui ne le sont pas?
- Est-ce que vous avez déjà essayé certains traitements?
- Avez-vous des craintes au sujet de certains traitements?

*Perspectives de personnes en traitement :*

*C'est important que les professionnels donnent une information complète et présentent les enjeux liés à toutes les options de traitement. Par exemple, même le « safer supply » peut avoir des côtés négatifs.*

*Il ne faut pas penser à la place de l'autre. Par exemple, en croyant qu'on incitera la personne à consommer si on lui propose certaines options de traitement qui sont compatibles avec la consommation parallèle.*

*C'est important qu'il y ait un choix, mais il faut que la personne comprenne les avantages et les inconvénients en fonction de ses objectifs. Comment les options conviennent ou non à la situation de la personne.*

*Je veux un médecin qui connaît son affaire et qui me présente mes options.*

**Questions proposées pour soutenir la réflexion de l'équipe de soins partenaire sur le choix et les modalités de prestation :**

- Quelles sont les caractéristiques cliniques qui pourraient avoir une influence sur la décision sur le plan de l'efficacité ou de la sécurité?
  - Grossesse, désir de grossesse ou allaitement
  - Douleur chronique ou aiguë
  - Insuffisance hépatique et rénale
  - Existence de contre-indications
  - Intervalle QTc
  - Autres médicaments prescrits
  - Autres substances consommées
  - Autres
- Quelles sont les caractéristiques psychosociales qui pourraient avoir une influence sur la décision sur le plan de la gestion du quotidien?
  - Emploi et horaire de travail
  - Responsabilités parentales
  - Mobilité et proximité
  - Déplacements et transport
  - Soutien social
  - Stabilité résidentielle
  - Troubles cognitifs
  - Incarcération prévisible
  - Couverture assurantielle
  - Autres



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 3.2 La prescription d'une pharmacothérapie

La prescription d'une pharmacothérapie en contexte de TUO s'inscrit dans un **processus flexible et itératif**. La **réévaluation régulière de la prescription** permet à la personne de **se déplacer sur le continuum des options pharmacologiques** afin de répondre à ses besoins au fur et à mesure que ceux-ci évoluent.

### Qui peut initier ou ajuster une prescription de TAO?

- ★ Les **médecins** et les **infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM)** habiletés peuvent initier un TAO[4].
- ★ Les **infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL)** peuvent prescrire et ajuster un TAO si le diagnostic et le plan de traitement sont établis par une IPSSM ou un médecin[L].
- ★ Les **pharmaciens**, les **IPSSM**, les **IPSPL** et les **médecins** peuvent ajuster la dose (à la hausse ou à la baisse) et **prolonger** une prescription de TAO déjà amorcée[M].
- ★ **Aucun permis spécial ou exemption ne sont requis pour prescrire un TAO**[4].

### Quand et où peut-on prescrire un TAO?

- ★ Toutes les occasions sont bonnes pour offrir et amorcer un TAO. Par exemple, il peut être débuté en clinique sans rendez-vous, dans une urgence hospitalière, pendant une hospitalisation ou en téléconsultation à certaines conditions.
- ★ Un seul moyen de transmission de la prescription doit être utilisé (p. ex. : télécopieur ou remise en mains propres)[4].
- ★ Les prescripteurs qui ne sont pas en mesure d'assurer le suivi du TAO après l'avoir amorcé doivent transférer la personne vers l'endroit le plus adapté pour son suivi dans sa région[3], en fonction de l'intensité de service requise par la personne (p. ex. : CRD). Les prescripteurs qui sont en mesure d'assurer le suivi en première ligne peuvent recevoir le soutien d'une équipe spécialisée, notamment sur le plan psychosocial. La concertation avec le nouveau milieu de soins est nécessaire pour éviter les ruptures de services.

L « Notez que le plan de traitement pharmacologique n'a pas à préciser en détail le nom de la molécule, la dose de départ et l'ajustement possible. Le prescripteur, soit le professionnel qui a établi le diagnostic, peut laisser une certaine latitude à l'IPS qui fera le suivi en incluant au plan de traitement les modalités choisies selon les guides de pratiques reconnues (par exemple, choix d'une molécule pour commencer, changement de molécule, ajustement selon un guide de pratiques en particulier, etc.). L'IPS pourra ensuite faire le suivi du patient en respectant les modalités du plan de traitement établi. Notons que l'IPS peut déterminer le plan de traitement non pharmacologique de façon autonome. »[82]

M La mesure permettant aux pharmaciens d'ajuster et de prolonger un TAO (Loi 31) est temporaire. L'exemption est prévue jusqu'au 30 septembre 2026. Certaines conditions s'appliquent pour les pharmaciens. À cet effet, voir le guide Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# Outil d'aide à la décision pour bien choisir son traitement

- Cet outil est destiné à accompagner les patients dans le choix de leur molécule de TAO. Il aborde principalement des aspects logistiques.
- Si vous êtes un prescripteur et désirez plus d'informations sur les TAO, merci de vous référer au Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO.
- Les doses indiquées sont seulement à titre d'exemple. Le dosage doit être fait selon une évaluation clinique individualisée.

## TAO

### Méthadone (à boire, mélangé avec du jus)

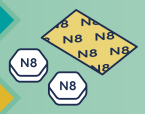


| Jour 1 | Jour 6 | Jour 11 | Jour... |
|---|---|---|---|
| 1 à 40 mg → | + 20 mg max → | + 20 mg max → | ... |

**Nombre de jour pour atteindre la dose de confort** : ?

Transfert : sevrage ou microdosage

### Buprénorphine-naloxone (comprimé SL ou film)




**Induction standard (avec sevrage)**

| Jour 1 | Jour 2 | Dose de confort |
|---|---|---|
| 4 mg + 4 mg + 4 mg + 4 mg → | 16 mg + 4 mg + ... → | atteinte en 24 à 48h |

**Microdosage (sans sevrage)**

| Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Dose de confort |
|---|---|---|---|
| 0.5 mg → | 0.5 mg (2X/jour) → | 1 mg (2X/jour) → | atteinte en 7 à 14 jours |

Transfert : sevrage ou microdosage

### (injection)



8 à 32 mg

Injection 1X par mois (abdomen, cuisse, fesse, arrière du bras)

### Morphine orale à libération lente uniquotidienne (billes dans eau ou compote)




| Jour 1 | Jour 3 et + | Jour 5 | Jour... |
|---|---|---|---|
| Entre 30 à 60 mg (jusqu'à 200 mg)* → | Augmentation dose 50-100 mg/48 heures en fonction des symptômes... → | Augmentation dose → | ... |

**Nombre de jour pour atteindre la dose de confort** : ?

### Hydromorphone ou diacétylmorphine (injection)




| Jour 1 | Jour 2 | Jour... |
|---|---|---|
| Dose 1 | Dose 1 + augmentation | ... |
| Dose 2 + augmentation → | Dose 2 + augmentation → | |
| Dose 3 + augmentation | Dose 3 + augmentation | |

**Nombre de jour pour atteindre la dose de confort** : ?

## Réduction des méfaits




## Approvisionnement plus sécuritaire *(safer supply)* →

Habituellement co-prescrit avec la méthadone ou la morphine orale à libération lente uniquotidienne

*Certains prescripteurs, basés sur leur expérience clinique, débutent parfois à 300mg et plus chez les patients avec très haute tolérance. Référence: British Columbia Centre on Substance Use, BC Ministry of Health, and BC Ministry of Mental Health and Addictions. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder. Published November 2023. Disponible à: https://www.bccsu.ca/opioid-use-disorder/

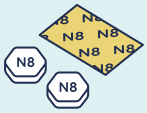
## 3.3 Outils de soutien à la prescription

Il existe plusieurs outils pour accompagner les cliniciens qui prescrivent un TAO. Le Guide d'usage optimal de l'INESSS consacré au TUO[9] propose des balises claires pour les aspects pharmacologiques liés à l'induction et au maintien avec la méthadone et la buprénorphine-naloxone. L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) propose des outils cliniques afin d'accompagner les prescripteurs pour les aspects pharmacologiques liés à la morphine orale à libération lente uniquotidienne[83], à la buprénorphine injectable à libération prolongée[84], à la technique d'induction par microdosage de buprénorphine-naloxone[85], ainsi qu'à l'offre d'approvisionnement plus sécuritaire (safer supply)[80]. Le Guide d'information et d'orientation pour une offre de TAO injectable au Québec[49] ainsi que les Lignes directrices de l'ICRAS sur le traitement par agonistes opioïdes injectables[2] présentent les protocoles d'induction et de maintien pour la prescription d'hydromorphone et de diacétylmorphine injectable. Enfin, les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4] présentent les cadres réglementaires et déontologiques propres aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmières dans le contexte du TAO.

### 3.3.1 Buprénorphine-naloxone en comprimés sublinguaux et en film

BOÎTE À OUTILS

**La buprénorphine-naloxone en comprimés sublinguaux et en film**
(couverte par la RAMQ)




**PRESCRIRE**

- Traitement par agonistes opioïdes (INESSS)
- Gabarit d'ordonnance pour la buprénorphine-naloxone (CCSMTL)
- Guide d'utilisation de la méthode d'induction par microdosage de buprénorphine-naloxone (ESCODI)
- Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix (ESCODI)

**SE FORMER**

- Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire (Formation INSPQ)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**

- Faire un choix éclairé (ESCODI)
- Questions courantes – Buprénorphine-naloxone (ESCODI)
- Questions courantes – Induction par microdosage de buprénorphine-naloxone (ESCODI)

## 3.3.2 Méthadone

BOÎTE À OUTILS

### La méthadone
(couverte par la RAMQ)



**PRESCRIRE**

- Traitement par agonistes opioïdes (INESSS)
- Gabarit d'ordonnance pour la méthadone (CCSMTL)
- Interactions médicamenteuses (BCCSU) (en anglais seulement)
- Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix (ESCODI)

**SE FORMER**

- Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire (Formation INSPQ)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**

- Faire un choix éclairé (ESCODI)
- Questions courantes (ESCODI)

Note : En contexte de TUO, la méthadone en comprimés n'est généralement pas utilisée, sauf dans de rares exceptions (p. ex. : voyage).

## 3.3.3 Morphine orale à libération lente uniquotidienne

BOÎTE À OUTILS

### La morphine orale à libération lente uniquotidienne
(couverte par la RAMQ)




**PRESCRIRE**

- Guide d'utilisation de la morphine à libération lente uniquotidienne dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) (ESCODI)
- Gabarit d'ordonnance pour la morphine orale à libération lente uniquotidienne (ESCODI)
- Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix (ESCODI)

**SE FORMER**

- Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire (Formation INSPQ)
- La morphine à libération lente uniquotidienne (Kadian) : Un incontournable dans le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (ESCODI et CPMD)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**

- Faire un choix éclairé (ESCODI)
- Questions courantes – Morphine orale à libération lente uniquotidienne (ESCODI)



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 3.3.4 Buprénorphine injectable à libération prolongée

BOÎTE À OUTILS

**La buprénorphine injectable à libération prolongée**
(code d'exception SN544)



**PRESCRIRE**

- Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) (ESCODI)
- Gabarit d'ordonnance pour la buprénorphine à libération prolongée (ESCODI)
- Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix (ESCODI)

**SE FORMER**

- Formation de la compagnie obligatoire
- Mise à jour sur les nouvelles formulations de buprénorphine (CPMD)
- Vidéo sur les étapes de l'injection de la buprénorphine à libération prolongée (ESCODI, en collaboration avec le CHUM)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**

- Faire un choix éclairé (ESCODI)
- Questions courantes – Buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade[MC]) (ESCODI)

## 3.3.5 Hydromorphone et diacétylmorphine injectable

BOÎTE À OUTILS

**Hydromorphone** (couverte par la RAMQ)
**et diacétylmorphine injectable**
(processus des besoins urgents en matière de santé publique)




**PRESCRIRE**

- Guide d'information et d'orientation pour une offre de TAOi au Québec (Perreault et al.)
- Lignes directrices sur le TAOi (ICRAS)
- Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment (BCCSU) (en anglais seulement)
- Outils cliniques (CCSMTL)

**SE FORMER**

- Un stage d'observation est conseillé.

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**

- Exemple de formulaire de fonctionnement et de consentement (CCSMTL)

### 3.3.6 Approvisionnement plus sécuritaire (pharmacothérapie de remplacement)

BOÎTE À OUTILS

**Approvisionnement plus sécuritaire**

**PRESCRIRE**
- La pharmacothérapie de remplacement (ESCODI)
- Crise des opioïdes – Approvisionnement plus sécuritaire (CMQ)

**SE FORMER**
- Approvisionnement plus sécuritaire – Fiche explicative pour les pharmaciens (ESCODI)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**
- Formulaires de consentement à l'approvisionnement plus sécuritaire (ESCODI)

### 3.3.7 Naloxone

BOÎTE À OUTILS

**Naloxone**




**PRESCRIRE**
- Trouver une ressource offrant de la naloxone (MSSS)

**SE FORMER**
- L'administration de la naloxone pour inverser les effets d'une surdose d'opioïdes (Formation de l'INSPQ sur l'ENA – ID 2388)

**INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT**
- Formation PROFAN pour faire face aux surdoses (profan@aidq.org; 514 910-1880)
- Possible surdose d'opioïdes : quoi faire – Administration de la naloxone par voie nasale (MSSS)
  - Vidéo : administrer de la naloxone par voie nasale (INSPQ)
- Possible surdose d'opioïdes : quoi faire – Administration de la naloxone par injection (MSSS)
  - Vidéo : administrer de la naloxone par injection (INSPQ)



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 3.4 Adapter la pharmacothérapie aux besoins particuliers et aux problèmes complexes

La douleur chronique ou aiguë, la grossesse, les comorbidités de santé mentale, la fin de vie et l'âge avancé sont des exemples de situations pouvant nécessiter une attention particulière sur le plan de la pharmacothérapie.

> Dans tous les cas, la collaboration interdisciplinaire est nécessaire à la prise en charge des besoins particuliers et des problèmes complexes.

### 3.4.1 La douleur chez les personnes ayant un TUO

Les défis que doivent relever les personnes traitées pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes lorsqu'elles font face à la douleur sont nombreux et comprennent, entre autres, la tolérance accrue aux opioïdes et les troubles concomitants de santé mentale. À ceux-ci s'ajoutent le manque de couverture assurantielle pour certaines options thérapeutiques comme la thérapie cognitive comportementale et la physiothérapie. De plus, il existe peu de consensus sur les meilleures approches thérapeutiques pour la prise en charge de la douleur chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes[86].

#### *3.4.1.1 La douleur chronique*

Le trouble concomitant de douleur chronique et d'utilisation d'opioïdes comporte de multiples dimensions physiques, psychologiques et sociales qui sont interreliées. Incidemment, une prise en charge optimale devrait permettre de traiter ces différentes dimensions par le biais d'une approche interdisciplinaire et multimodale pouvant impliquer :

- le traitement par agonistes opioïdes;
- la combinaison prudente d'autres médicaments, au besoin;
- la psychothérapie;
- d'autres interventions non pharmacologiques, comme la physiothérapie notamment[87].

Plus particulièrement, une récente recension systématique[88] souligne l'efficacité de :

- la méthadone et de la buprénorphine-naloxone en termes d'analgésie et de prévention de la rechute;
- la pleine conscience en termes de réduction du stress et des états de manque *(cravings)*;
- la thérapie cognitive-comportementale en termes de cessation de la consommation de substances non prescrites.

La morphine à libération lente uniquotidienne (MLLU) pourrait aussi contribuer à réduire l'intensité de la douleur chronique chez les personnes présentant un TUO et de la douleur chronique[89].

D'autres stratégies comme le fractionnement[N] des doses de TAO et la consultation d'un expert en douleur peuvent être envisagées[90].

*Perspective de personne en traitement :*

> *Ma vie a été marquée par la douleur physique. Lorsqu'un professionnel me dit que c'est impossible de m'aider à gérer ma douleur parce que je prends de la méthadone, je trouve ça humiliant et frustrant. Ça nuit vraiment à la relation thérapeutique.*

BOÎTE À OUTILS

**La douleur chronique chez les personnes sous TAO**

- **Formation Discutons douleur, parlons dépendance** (CMQ)
- **National Practice Guideline for the Use of Medications for the Treatment of Opioid Use Disorder** (ASAM, 2020) (en anglais seulement)
- **Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire** (INSPQ)
- **Opioid agonist therapy: A synthesis of Canadian Guidelines for treating OUD** (CAMH) (en anglais seulement)
- **Treatment considerations for co-occurring chronic pain and opioid use disorder** (en anglais seulement)
- Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUISSS de l'Université de Montréal :
  - **Avis d'expert** : Il est possible pour les médecins de famille de discuter avec un expert au sujet du traitement d'un patient spécifique et des différents modes de traitement.

**Travailler avec les partenaires**

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO et un spécialiste de la douleur (p. ex. : clinique de la douleur). Par ailleurs, plusieurs cliniques de la douleur offrent des conseils téléphoniques aux professionnels.

### *3.4.1.2 La douleur aiguë*

Pour les patients qui présentent un TUO et une douleur aiguë, « [l]es pharmacothérapies non opioïdes comme l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les anticonvulsivants pour la douleur neuropathique et les interventions spécialisées comme

N Les Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ (2020) suggèrent de fractionner les doses dans des situations exceptionnelles seulement, d'en documenter la raison et de la communiquer au pharmacien.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

les blocs nerveux, si disponibles, devraient toujours être essayées, mais en cas de douleur aiguë sévère ou de blessure traumatique significative, des analgésiques opioïdes risquent d'être nécessaires » [traduction libre][91].

Pour les patients sous buprénorphine-naloxone, la gestion de la douleur aiguë représente un défi en raison de la grande affinité de la buprénorphine au niveau des récepteurs mu (voir figure tirée de Gudin et Fudin, 2020)[92]. Dans un contexte de soulagement de la douleur, un autre opioïde ayant une grande affinité peut être ajouté (p. ex. : hydromorphone) et les doses de buprénorphine peuvent être fractionnées ou réduites[91]. La consultation d'un spécialiste peut être requise[91]. Il est aussi possible de consulter l'algorithme décisionnel de la clinique Mayo[93] pour soutenir la prise de décision thérapeutique.

Le traitement pour la douleur aiguë s'ajoute au TAO pour les patients sous méthadone ou MLLU. Toutefois, la méthadone ne devrait pas être combinée avec l'oxycodone en raison de l'interaction avec les CYP450[94].

BOÎTE À OUTILS

### La douleur aiguë chez les personnes sous TAO

- **Webinaire Buprénorphine – Prise en charge en période périopératoire et douleur aiguë** (CPMD, 2022)
- **Guide sur la gestion de l'usage de substances en soins de courte durée – en anglais** (CRISM Prairies, 2020, p. 38)

### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO et un spécialiste de la douleur (p. ex. : anesthésiste), en particulier pour les personnes sous buprénorphine-naloxone.

## 3.4.2 Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits et le mésusage

Les médicaments opioïdes prescrits pour gérer la douleur peuvent entraîner une dépendance iatrogène. De 8 % à 12 % des patients traités pour une douleur chronique auraient ainsi un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes[95]. Afin de prévenir le TUO, il est proposé de réévaluer régulièrement le traitement de la douleur (douleur, statut fonctionnel, qualité de vie, sommeil, humeur, effets secondaires, comportements inappropriés), de structurer la prescription d'opioïdes et d'encadrer la personne en traitement[77]. Une attention doit aussi être portée aux risques liés au sevrage chez une personne qui se retrouverait subitement sans prescription d'opioïdes, notamment aux risques d'usage d'opioïdes illicites et de surdoses.

Le tableau Facteurs et comportements évoquant un mésusage des opioïdes, proposé par l'INESSS[9], aide à repérer les manifestations indiquant un glissement vers un mésusage ou un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits. On y trouve notamment l'utilisation autre des médicaments opioïdes que celle qui est prescrite (p. ex. : injection de comprimés oraux ou augmentation des doses) ou l'obtention d'opioïdes de plusieurs sources (amis, revendeurs de rue, multiples prescripteurs). Dans tous les cas, de la naloxone devrait être remise à la personne et à ses proches afin de réduire les risques liés aux surdoses.

Les personnes qui développent un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits peuvent être peu familières avec l'offre de services en dépendance. Un accompagnement personnalisé visant à assurer la continuité des services entre les domaines de la douleur et de la dépendance peut être déterminant dans le processus de rétablissement[52].

### Que faire lorsqu'un patient glisse vers le mésusage ou la dépendance aux opioïdes prescrits?

- ★ Structurer la prescription : utiliser une seule molécule longue action (considérer un transfert vers la buprénorphine-naloxone lorsque pertinent), éviter autant que possible les posologies prescrites au besoin (PRN).
- ★ Établir un plan d'encadrement avec la personne : par exemple, prescrire pour de courtes périodes, faxer la prescription directement à la pharmacie, établir un plan clair avec la personne et le pharmacien à propos des comportements inappropriés, ne pas devancer la prescription, donner un rendez-vous la journée même où se termine la prescription pour réévaluer la personne.
- ★ Porter attention aux risques que comporte un sevrage et l'expliquer à la personne.
- ★ Remettre de la naloxone à emporter et expliquer son utilisation à la personne et à son entourage.
- ★ Proposer un suivi psychosocial.
- ★ Proposer le programme Alerte, au besoin.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

BOÎTE À OUTILS

### Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits

- Capsule : **Le sevrage difficile des opioïdes : Comment le dire?** (Cran)
- Capsule : **Le sevrage difficile des opioïdes : Comment aborder la demande non indiquée d'opioïdes?** (Cran)
- Formation **Discutons douleur, parlons dépendance** (CMQ)
- Tableau des **Facteurs et comportements évoquant un mésusage des opioïdes**
- **Utilisation appropriée des opioïdes contre la douleur chronique et quoi faire quand ça dérape** (FMOQ, 2021) – Accessible aux membres de la FMOQ seulement
- **Le bon usage des opioïdes** (Revue *Le Médecin du Québec,* 2016)

### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être élaboré de concert par le médecin prescripteur d'opioïdes, le pharmacien et un spécialiste de la douleur/spécialiste de la dépendance afin d'offrir des interventions coordonnées et d'éviter le développement d'un TUO.

*Perspectives de personnes en traitement :*

*Les professionnels doivent mettre un cadre clair, à l'intérieur duquel ils doivent favoriser l'autonomie et l'information, sans punir ou faire la morale.*

*C'est important pour moi qu'on m'explique les enjeux, sans être paternaliste – pour qu'on puisse tracer le cadre ensemble.*

## 3.4.3 Le TAO en contexte de grossesse ou d'allaitement

L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime[61] rappelle que « [t]outes les personnes ont droit à des soins périnataux de qualité. Cependant, les personnes enceintes ou les parents qui consomment des opioïdes sont confrontés à des niveaux élevés de stigmatisation, ce qui affecte négativement leur accès aux soins. Les prestataires de services de TAO doivent offrir un accueil inconditionnel à ces personnes. L'utilisation de méthadone ou de buprénorphine est sans danger pendant la grossesse [...], et les personnes enceintes dépendantes aux opioïdes devraient être encouragées à utiliser le TAO et soutenues dans cette démarche. Les personnes consommatrices de drogues qui sont enceintes devraient avoir accès à des services complets et intégrés pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, du VHB et de la syphilis [...] » [61] *[Notre traduction]*

**L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime[61] répertorie les éléments suivants à mettre en place afin d'assurer des services de traitement par agonistes opioïdes de qualité durant la grossesse et l'allaitement :**

---

« Aider les personnes enceintes à mobiliser les structures de soutien pertinentes et les services médicaux et sociaux adaptés à leur grossesse et au TAO. »

---

« Veiller à ce que les directives locales suivent les pratiques basées sur des données probantes. »

---

« S'assurer, en tant que clinicien, que les doses soient ajustées en fonction du confort de la personne enceinte pendant la grossesse, y compris en recourant à des doses fractionnées, au besoin. »

---

« Appliquer les principes de l'approche sensible aux traumatismes *(trauma-informed care)* aux services périnataux. »

---

« Renseigner les personnes qui allaitent au sujet de la sécurité de l'allaitement pendant le TAO et les soutenir dans cette pratique. »

---

« Informer les personnes enceintes que l'utilisation d'opioïdes illicites représente un risque accru de surdose pendant la grossesse. »

---

« Conseiller les personnes enceintes sur les risques associés à la désintoxication pendant la grossesse. »

---

« En cas de surdose d'opioïdes pendant la grossesse, les avantages de fournir de la naloxone dépassent les risques. »

---

« Assurer une gestion fondée sur des données probantes sur le syndrome de sevrage néonatal. »

*[Notre traduction]*

**Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2022)[61]**



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

*Grossesse*

La buprénorphine-naloxone et la méthadone sont recommandées pour le traitement du TUO chez la personne enceinte. Lorsqu'une personne est stable sous traitement, les changements de TAO en cours de grossesse sont déconseillés, car ils nuiraient à la stabilité clinique[9]. « [L]a poursuite du traitement avec la morphine à libération lente uniquotidienne (MLLU) est recommandée lorsque la personne est déjà dans une situation stable en prenant cette molécule avant la grossesse. [...] l'induction du traitement avec la MLLU durant la grossesse devrait être envisagée lorsque les traitements avec la méthadone ou la buprénorphine-naloxone [INESSS, 2021] sont inefficaces, contre-indiqués ou inacceptables » (voir détails dans le Guide d'utilisation de la morphine à libération lente uniquotidienne (Kadian[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes)[83]. Il n'est pas recommandé de procéder à l'induction de la buprénorphine injectable à libération prolongée durant la grossesse. La poursuite du traitement de buprénorphine injectable à libération prolongée à la découverte d'une grossesse doit quant à elle se faire après évaluation des bienfaits et des risques associés (voir détails dans le Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes)[84].

La consultation d'un collègue expérimenté devrait aussi être considérée[9], par exemple au Centre IMAGe du CHU Sainte-Justine, au regroupement Rond-Point ou au CHUM (514 890-8000, poste 27244).

« Une priorité d'accès au TAO doit être accordée aux femmes enceintes souffrant de TUO. Il est reconnu qu'une rechute entraîne une augmentation significative du risque de mortalité et de morbidité de la mère et du fœtus. [...] »

**Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

« Le choix de l'agoniste opioïde le plus approprié pendant la grossesse devrait se faire selon les circonstances et le patient, les conseils d'un spécialiste, en concertation avec le patient et inclure l'accompagnement et les suivis appropriés. »

**Lignes directrices du CRISM (2018)[2]**

« La buprénorphine/naloxone est un peu moins susceptible que la méthadone de nécessiter des changements de doses importants au cours de la grossesse, car sa demi-vie prolongée rend les modifications du volume sanguin maternel moins préoccupantes. Cependant, des études sur le traitement par la buprénorphine pendant la grossesse rapportent que, dans certains cas, une légère augmentation (de 0,5 à 3,3 mg) de la dose moyenne pendant la grossesse peut être nécessaire, suivant le jugement clinique. » *[Notre traduction]*

**British Columbia Centre on Substance Use (2018)[96]**

« Étant donné l'accélération du métabolisme maternel au cours de la grossesse, il peut être parfois nécessaire d'augmenter la dose quotidienne pour traiter les symptômes de sevrage émergents et prévenir le stress fœtal, en particulier au cours des deuxième et troisième trimestres. [...] Si nécessaire, des augmentations progressives de dose peuvent être effectuées par incréments de 5 mg à 10 mg. En raison de l'augmentation du métabolisme hépatique de la méthadone pendant la grossesse, des doses fractionnées peuvent être envisagées pour prévenir les symptômes de sevrage. » *[Notre traduction]*

**British Columbia Centre on Substance Use (2018)[96]**

### *Allaitement*

En général, l'allaitement est compatible avec le TAO, sauf en cas de contre-indication. Un soutien à la décision devrait être offert aux parents afin qu'ils puissent peser les risques et les bénéfices de l'allaitement dans leur situation[90]. Plus précisément, l'allaitement est encouragé chez les personnes traitées avec la méthadone ou la buprénorphine-naloxone lorsque celles-ci ne consomment pas de substances illicites. Pour en savoir plus sur les risques liés à l'allaitement pour les personnes traitées avec la buprénorphine injectable à libération prolongée ou la morphine à libération lente uniquotidienne, voir le Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes[84] et le Guide d'utilisation de la morphine à libération lente uniquotidienne (Kadian[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes[83].

Une consultation médicale immédiate est nécessaire si le bébé montre des signes de somnolence inhabituelle, de mollesse ou de difficulté à respirer[97,98]. En cas d'augmentation de la dose de TAO chez une personne qui allaite, il est recommandé de surveiller les signes de somnolence inhabituelle chez l'enfant. En cas de diminution de la dose de TAO (ou si l'allaitement est interrompu soudainement), il est conseillé de surveiller les signes d'irritabilité chez l'enfant ainsi que la perte de poids ou les diarrhées (symptômes de sevrage).

**Tableau résumé. Grossesse et allaitement sous TAO**

| | Grossesse | Allaitement |
|---|---|---|
| **Buprénorphine-naloxone en comprimés sublinguaux et en film**  | La **poursuite** ou **l'initiation** de la buprénorphine-naloxone sont **compatibles** avec la grossesse chez la personne présentant un TUO. | La **poursuite** ou **l'initiation** de la buprénorphine-naloxone sont **compatibles** avec l'allaitement chez la personne qui présente un TUO.<br>L'allaitement est **encouragé**. |
| **Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP)**  | L'initiation est déconseillée.<br>La **poursuite** de la BILP chez la personne enceinte doit être **évaluée en fonction** des risques et des bénéfices. | L'initiation est déconseillée.<br>La **poursuite** de la BILP chez la personne allaitante doit être **évaluée en fonction des risques** et des bénéfices. |
| **Méthadone**  | La **poursuite** ou **l'initiation** de la méthadone sont **compatibles** avec la grossesse chez la personne présentant un TUO. | La **poursuite** ou **l'initiation** de la méthadone sont **compatibles** avec l'allaitement chez la personne qui présente un TUO.<br>L'allaitement est **encouragé**. |
| **Morphine à libération lente uniquotidienne (MLLU)**  | **L'initiation** doit être **évaluée en fonction des risques** et des bénéfices.<br>La **poursuite** de la MLLU est **compatible** avec la grossesse chez la personne enceinte **déjà stabilisée sous MLLU.** | L'allaitement chez une personne stabilisée sous MLLU doit être **évalué en fonction des risques** et des bénéfices. |



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

BOÎTE À OUTILS

### Le TAO en contexte de grossesse ou d'allaitement

- **Centre IMAGe du CHU Sainte-Justine** (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) – Centre d'information réservé aux professionnels de la santé : 514 345-2333
- **Le Rond-Point** (Centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie) 2135, rue Alexandre-DeSève, Local KR-1203 Montréal (Québec) Téléphone : 438 386-4050
- CHUM, Service de néonatalogie, Département d'obstétrique-gynécologie 1051, rue Sanguinet, Montréal (Québec) H2X 0C1 Téléphone : 514 890-8000, poste 27244
- **Lignes Directrices Nationales sur la Prise en Charge Clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes** (ICRAS)
- **Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes** (ESCODI)
- **Guide d'utilisation de la morphine à libération lente uniquotidienne (Kadian[MC]) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes** (ESCODI)
- **Treatment of Opioid Use Disorder During pregnancy** (BCCSU) (en anglais seulement)

### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO et l'équipe de soins périnataux. Les pratiques collaboratives dans le domaine des services périnataux et des TUO contribuent à des grossesses plus saines, à des enfants plus en santé et à une meilleure probabilité de maintenir les familles unies et en sécurité[99].

*Perspectives cliniques :*

*Il est important d'informer la personne enceinte du risque de syndrome de sevrage néonatal, ou de la référer à un expert en néonatalogie pour du counseling.*

*Un TAO n'est pas synonyme de signalement à la DPJ. Comme dans n'importe quel contexte, il faut évaluer la stabilité et les risques pour l'enfant. Un TAO stable peut être un facteur de protection.*

### 3.4.4 Le TAO chez les personnes traitées pour un trouble de santé mentale

Plusieurs études portant sur des échantillons de personnes présentant un TUO suggèrent que la prévalence des troubles de santé mentale dans cette population pourrait atteindre des taux d'environ 75 %[49]. Il est important, pour les prescripteurs, d'évaluer les risques d'interactions possibles entre les médicaments utilisés pour traiter les troubles de santé mentale et le TAO[100].

> « Les troubles de santé mentale peuvent compliquer le TAO. Les patients qui présentent un TUO devraient avoir accès à des services de santé mentale ainsi qu'à des services de soutien psychosocial. Ceux qui présentent un trouble de santé mentale sévère pourraient avoir besoin des services d'un clinicien habilité à traiter à la fois le TUO et la comorbidité psychiatrique. »
>
> **SAMHSA (2021)[101]**

> « L'évaluation du trouble mental est donc essentielle et doit être effectuée par un professionnel habilité.
>
> L'utilisation de dépresseurs du SNC, par exemple les benzodiazépines chez les patients en TAO, est associée à des risques de surdose plus élevés. Ces risques doivent être évalués par le prescripteur afin de s'assurer que l'utilisation concomitante de ces médicaments est indiquée et sécuritaire. »
>
> **Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

BOÎTE À OUTILS

#### Le TAO chez les personnes traitées pour un trouble de santé mentale

- Programme ECHO® Troubles concomitants – CHUM
- ECHO TC ADULTE 2022-2023 | Capsules pédagogiques
- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants

#### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO et une équipe spécialisée en santé mentale. La collaboration entre les professionnels en santé mentale, en dépendance et en soins primaires contribue à la satisfaction des patients et à de meilleures issues de traitement[102].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 3.4.5 Le TAO chez les personnes âgées

La principale considération à avoir à l'esprit lors de la prescription d'un TAO à une personne âgée porte sur la dose sécuritaire. Les doses d'induction devraient être plus faibles que les doses de base proposées pour les adultes plus jeunes. Les lignes directrices du Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (2020) proposent de réduire les doses initiales de 25 à 50 %, de les augmenter ensuite lentement, d'utiliser la dose de maintien la plus faible possible et d'assurer un suivi régulier pour détecter les problèmes qui pourraient être liés à l'apnée du sommeil, à la sédation, aux troubles cognitifs et aux chutes[103]. Par ailleurs, il apparaît pertinent de porter une attention particulière aux comorbidités qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées, notamment les troubles hépatiques, respiratoires et cognitifs.

BOÎTE À OUTILS

**Le TAO chez les personnes âgées**

- Lignes directrices du Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (en anglais seulement)
- Treating Substance Use Disorder in Older Adults (SAMHSA) (en anglais seulement)
- Les TUS chez les personnes âgées (CPMD)

**Travailler avec les partenaires**

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par l'équipe de soins partenaire, le pharmacien et l'équipe de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS, incluant le gériatre.

### 3.4.6 Le TAO chez les personnes en soins palliatifs

Pour les personnes qui ont un TUO, le soulagement de la douleur en soins palliatifs implique notamment l'évaluation des risques et des bénéfices liés aux opioïdes, dans le cadre d'une approche individualisée et holistique[104]. Comme pour toute personne amorçant un TAO, le choix du traitement et des modalités associées repose sur une décision concertée et éclairée de l'équipe de soins partenaire, incluant la personne. Le document Palliative Care and OAT (2019)[105] répertorie les considérations qui devraient être prises en compte, notamment les doses plus élevées, les enjeux liés au passage à une voie parentérale lorsque la prise orale n'est plus possible, le besoin potentiel d'un transfert de la buprénorphine-naloxone vers un agoniste pur, la nécessité d'une approche multidisciplinaire et les risques de diversion.

BOÎTE À OUTILS

### Le TAO chez les personnes en soins palliatifs

- Palliative Care and OAT (Victorian Opioid Management ECHO, 2019) (en anglais seulement)
- Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19 (ICRAS)

### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO et l'équipe de soins palliatifs.

## 3.5 Demandes de sevrage et fin de traitement

« 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. »

« Il se peut qu'une personne souhaite tout de même entamer un sevrage d'opioïdes malgré les contre-indications [...] L'équipe de soins devrait alors introduire un agoniste opioïde selon les méthodes standards d'amorce [...]. 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. »

**Extraits du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (2020)[3]**

Le maintien à long terme du TAO est recommandé, et l'arrêt prématuré comporte des risques. Lorsqu'une personne souhaite entamer un sevrage du TAO, le clinicien doit lui transmettre toute l'information nécessaire pour prendre ses décisions et assurer la sécurité de la démarche. Le traitement peut être repris à tout moment si la personne en ressent le besoin[4]. À chacune des étapes de transition du traitement, un suivi psychosocial est proposé à la personne.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

En somme, avec les personnes qui désirent entreprendre un sevrage du TAO, il est recommandé ce qui suit :

- Discuter des risques avec le patient[90]
- Échelonner le sevrage sur plusieurs mois, voire années[2,90]
- Augmenter la fréquence des contacts durant le processus de sevrage[90]
- Gérer les symptômes de sevrage en ralentissant la diminution des doses d'opioïdes ou en utilisant de la clonidine, du loperamide ou du dimenhydrinate[90]
- Assurer un suivi à long terme[2] et envisager la possibilité d'une reprise du TAO, au besoin[90]

Le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)[3] propose une série d'outils destinés à accompagner les personnes qui font une demande de sevrage, afin de les aider à prendre une décision éclairée.

BOÎTE À OUTILS

### Les demandes de sevrage

- **Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes** (ESCODI)
- **Faire un choix éclairé face à sa dépendance aux opioïdes** (ESCODI)
- **Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes** (ESCODI)
- **Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes** (ESCODI)
- **Conditions pour réduire les risques associés au sevrage** (ESCODI)

### Travailler avec les partenaires

Un plan de traitement intégré peut être développé de concert par le prescripteur de TAO, le médecin de famille et le pharmacien afin d'offrir des services coordonnés répondant aux besoins de la personne.

## 3.6 Pharmacothérapie – choix concerté et prescription : aide-mémoire

Les étapes ci-dessous visent à organiser le travail de concertation avec la personne suivie afin de choisir et de prescrire une pharmacothérapie répondant à ses besoins.

### Choisir une pharmacothérapie en concertation avec la personne

Présenter les options thérapeutiques ainsi que leurs caractéristiques. Tenir compte des objectifs, besoins, caractéristiques et préférences de la personne.

### Prescrire une pharmacothérapie

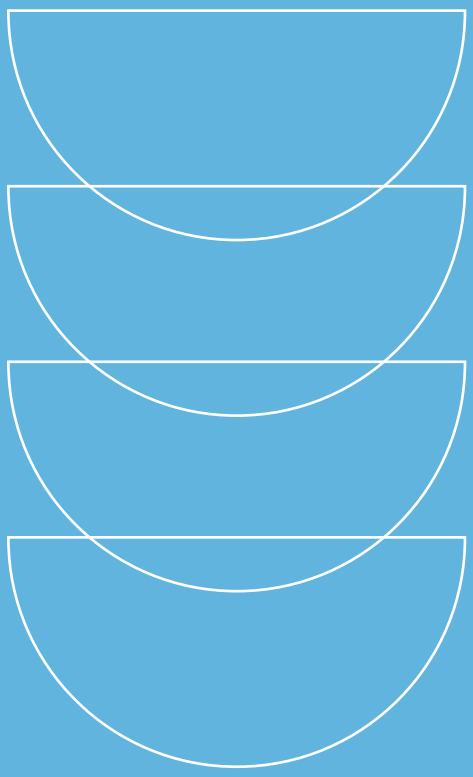
Si nécessaire, adapter la pharmacothérapie aux besoins particuliers et aux problèmes complexes de la personne.

### Au besoin, ajuster la pharmacopée en évoluant sur le continuum des possibilités thérapeutiques.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

CHAPITRE 4



# Les services indispensables en TAO

# Chapitre 4. Les services indispensables en TAO

Les personnes qui ont un TUO peuvent présenter plusieurs besoins liés notamment à la santé mentale, à la santé physique et au contexte psychosocial. Pour cette raison, l'accompagnement d'une personne vivant avec un TUO va bien au-delà de la prescription d'un TAO. Elle nécessite souvent une collaboration avec de nombreux partenaires institutionnels et communautaires.

## 4.1 Les paniers de services à offrir aux personnes ayant un TUO

Les personnes accueillies dans le cadre d'un traitement d'un TUO devraient avoir accès à un panier minimal de services (figure 2). Tous les éléments du panier ne sont pas systématiquement nécessaires pour toutes les personnes ayant un TUO, mais devraient être facilement accessibles sur place à celles qui le souhaitent.

**Tous les milieux de soins susceptibles d'intervenir auprès de personnes ayant un TUO devraient pouvoir offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits (p. ex. : le matériel de consommation et de protection, la naloxone et une liste de ressources disponibles dans la communauté) et l'enseignement permettant de l'utiliser.** Les milieux devraient aussi être en mesure de diriger les personnes, de façon personnalisée, vers des ressources, outils ou services pertinents liés à leurs besoins.

Afin de soutenir les cliniciens et les gestionnaires dans l'implantation de paniers de services destinés à répondre aux multiples besoins des personnes en traitement, une boîte à outils détaillée est disponible sur le site web de l'Équipe de soutien organisationnel en dépendance et itinérance.

### Qui offre le panier minimal de services?

★ Tous les éléments du panier minimal de services peuvent être offerts sur place par le prescripteur de TAO et son équipe.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Figure 2. Panier minimal de services pour les équipes qui accompagnent des personnes ayant un TUO***

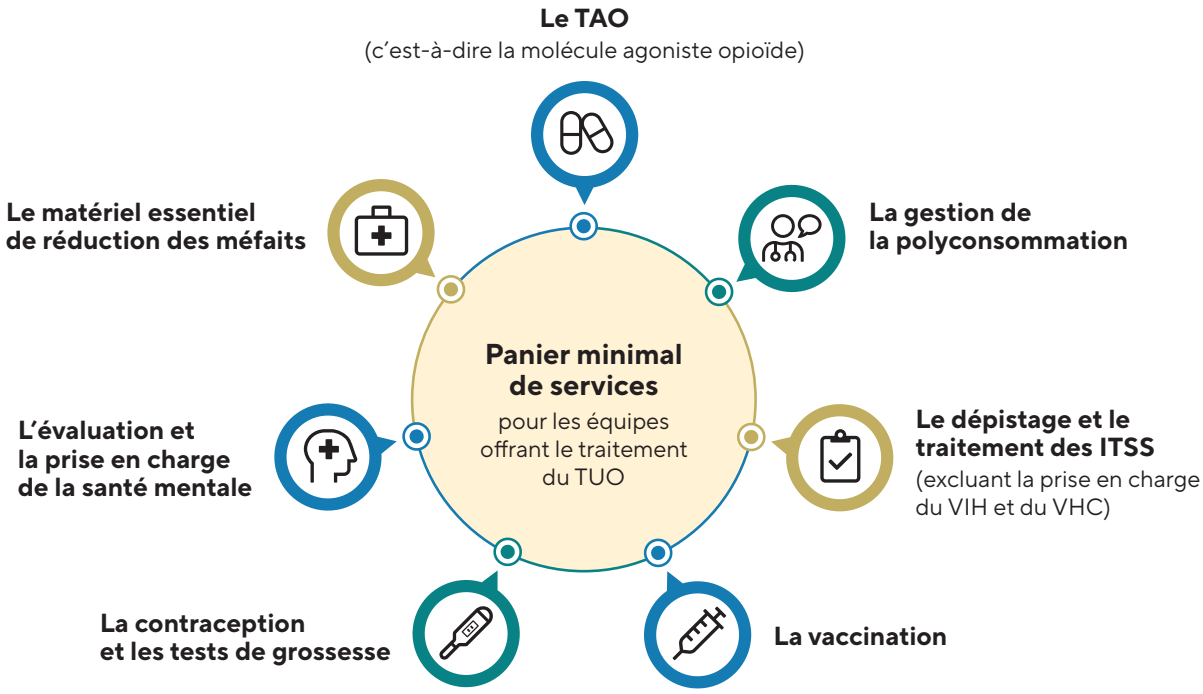



*Figure tirée du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes[3]

Le panier de services élargi (figure 3) est recommandé pour répondre aux autres besoins couramment rencontrés par les personnes vivant avec un TUO, en particulier celles qui sont dans une situation de précarité plus grande. L'accès facilité sur place, ou par le biais de collaborations formalisées, aux services suivants est recommandé : accompagnement, prises de sang, réponse aux besoins de base comme le logement et l'alimentation, enseignement lié à la consommation à risque réduit, traitement du VHC et du VIH ainsi que prophylaxie pré et post-exposition au VIH et services de proximité (c'est-à-dire services disponibles le plus près possible de la population, comme des services d'*outreach*).

## Qui offre le panier de services élargi?

- ★ Certains éléments du panier de services élargi peuvent être offerts sur place par l'équipe de soins partenaire.
- ★ Tous les autres services peuvent être obtenus par la personne suivie grâce à l'aide et à l'accompagnement de son équipe. Par exemple, un membre de l'équipe peut accompagner la personne ou la diriger vers les organismes communautaires du secteur, les sites de réduction des méfaits et les cliniques spécialisées en traitement du VHC et de VIH.

**Figure 3. Panier de services élargi pour les équipes qui accompagnent des personnes ayant un TUO***

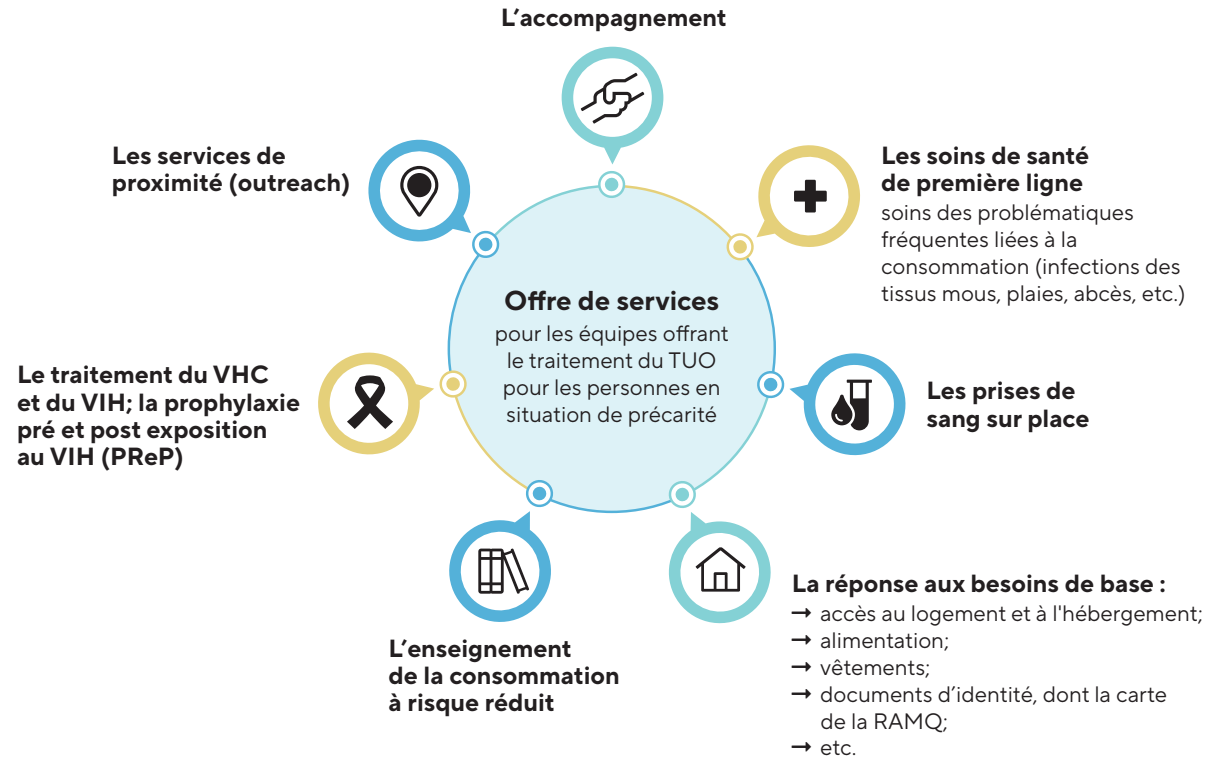


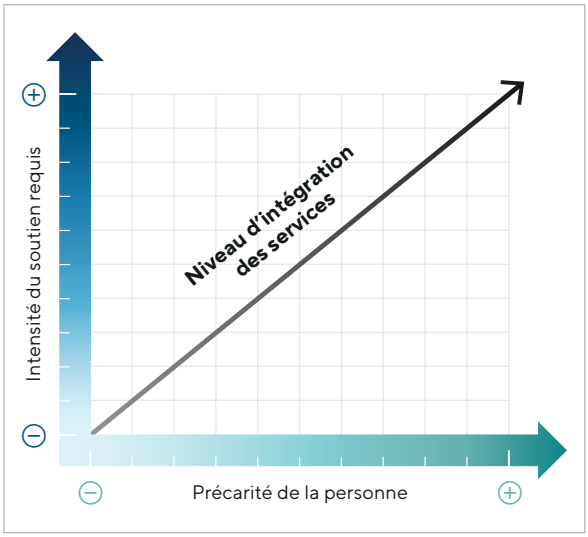

*Figure tirée du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes[3]

Par ailleurs, plus la situation biopsychosociale de la personne est considérée comme étant précaire, plus il importe d'offrir l'ensemble des soins et des services de manière intégrée, sous un même toit si possible (c'est-à-dire le panier minimal et le panier élargi).

Selon la nature et l'ampleur des soins et des services requis pour répondre aux besoins d'une personne, différentes offres de services pourront être plus ou moins appropriées (voir graphique 1). Tous les milieux de soins (incluant les urgences et les prisons) devraient être en mesure d'offrir un niveau de services adapté aux besoins de la personne.

En somme, les personnes qui ont un TUO peuvent aussi présenter de nombreuses comorbidités mentales, physiques et psychosociales. Afin de répondre

**Graphique 1. Niveau d'intégration des services**






© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

aux besoins liés à ces comorbidités, une offre de services variés et flexibles, administrés par une équipe de soins partenaire, est nécessaire.

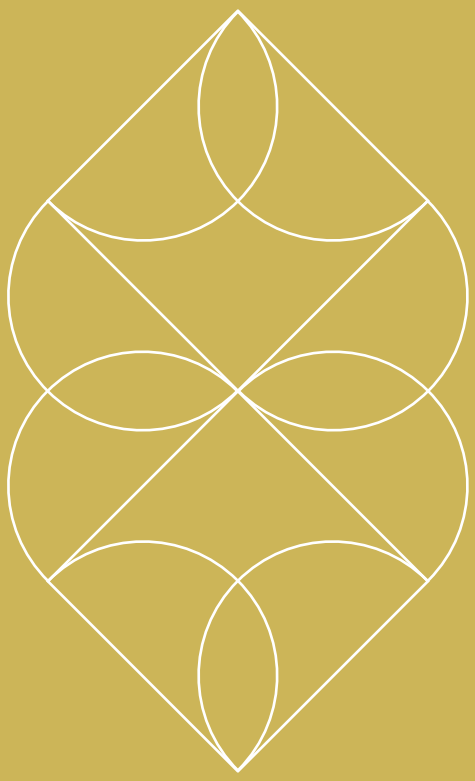
## 4.2 La collaboration avec les partenaires institutionnels et communautaires

Afin de proposer une offre de services complète et une approche globale aux personnes en traitement, il apparaît nécessaire de mettre en place des mécanismes et des habitudes de collaboration fluide entre les équipes de soins et les pharmacies, les organismes communautaires, les ressources d'hébergement en dépendance, les hôpitaux, les services de police, les services d'aide à l'emploi, les services de première ligne, les services en itinérance, les ressources d'hébergement, les services correctionnels et les équipes de psychiatrie de chaque région.

Avec l'accord des personnes en traitement, des plans de services individualisés peuvent être élaborés avec plusieurs partenaires pour répondre aux besoins complexes.

Afin de favoriser une meilleure connaissance des ressources et des partenaires susceptibles d'intervenir auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, des activités de transfert de connaissances (p. ex. : des formations croisées) et des espaces de concertation regroupant les différents organismes peuvent être déployés.

CHAPITRE 5



# Accompagnement, continuité et relation thérapeutique

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# Chapitre 5. Accompagnement, continuité et relation thérapeutique

## 5.1 Construire et préserver la relation thérapeutique

De nombreuses études ont montré que la qualité de la relation thérapeutique entre le clinicien et la personne en traitement influence l'efficacité des traitements physiques et psychologiques[106]. L'attitude des professionnels est considérée comme une variable déterminante dans le processus de rétablissement des personnes ayant un TUO. Ainsi, l'empathie, la gentillesse et la confiance sont perçues comme étant favorables au rétablissement, alors que le jugement et le manque de respect sont considérés comme étant défavorables au processus[52].

Les éléments qui soutiennent la qualité d'une relation thérapeutique par le biais de l'alliance thérapeutique s'articulent notamment autour d'une compréhension commune des objectifs du traitement et des actions à accomplir pour les atteindre, de la création du lien entre le clinicien et le patient et de l'empathie du clinicien envers la personne[106,107]. Les personnes en traitement soulignent l'importance de se sentir comprises, acceptées et soutenues[108].

Sur le plan clinique, certaines stratégies sont proposées pour renforcer l'alliance thérapeutique, notamment la communication ouverte et active, l'investissement de temps pour bâtir la confiance, le soutien offert à la personne pour atteindre ses objectifs, l'adoption d'une approche individualisée, la collaboration et la perspective holistique[108].

Les stratégies suivantes sont notamment proposées sur le site de l'American Psychological Association[109] :

- Favoriser la réciprocité (le professionnel et la personne en traitement sont des partenaires égaux) et la collaboration (p. ex. : travailler ensemble pour définir les objectifs de traitement)
- Être flexible et réceptif
- Offrir de la rétroaction
- Réparer les ruptures thérapeutiques (p. ex. : reconnaître les malentendus et en discuter)
- Composer avec les émotions négatives (p. ex. : pratiquer l'introspection et éviter les contretransferts)

*Perspective de personne en traitement :*

> *Quand je vois mon médecin, je sens qu'elle ne veut pas juste « régler le dossier ». Je sens qu'elle veut vraiment savoir comment je vais. Le traitement qu'elle me donne, c'est pas parfait. Mais c'est correct parce que je sens qu'elle fait le maximum qu'elle peut.*

*Perspective clinique :*

*Lorsqu'une personne va bien, c'est un bon moment pour développer l'alliance thérapeutique. On fait des blagues, on nourrit la relation. Après, si la personne revient en crise, la porte est ouverte pour intervenir, on a travaillé en amont.*

## 5.2 Connaître les risques et les bienfaits liés au traitement du TUO

Le TAO favorise la rétention en traitement, l'arrêt ou la réduction de la consommation d'opioïdes illicites, la réduction de la mortalité et de la morbidité ainsi que la diminution des risques de contracter le VIH et l'hépatite C pour les personnes qui utilisent des d'opioïdes par injection[2].

Le TAO comporte aussi certains risques, et la balance des risques et des bienfaits est au cœur du suivi thérapeutique des personnes qui ont un TUO. En général, les cliniciens doivent composer avec trois grandes catégories de risques :

- Les risques de surdose
- Les risques de détournement du TAO prescrit
- Les risques d'effets secondaires graves

Lorsqu'une personne amorce un TAO, certains facteurs peuvent contribuer au risque de surdose, notamment la prise non supervisée, la poursuite de la consommation d'opioïdes illicites ainsi que l'usage d'alcool et de benzodiazépines[110].

**Historiquement**, trois mesures ont été mises en place pour réduire les risques de surdose ou de détournement :

- Les tests urinaires, pour documenter les substances consommées par la personne
- La prise quotidienne supervisée du TAO prescrit, pour éviter le détournement ou le mésusage
- L'inscription au programme Alerte, pour éviter l'abus et le détournement d'opioïdes pharmaceutiques

Or, **ces pratiques peuvent engendrer des effets indésirables** pour certaines personnes sur le plan de la rétention en traitement, de l'insertion sociale[111] et de la qualité de la relation thérapeutique[112]. C'est pourquoi **ces mesures doivent être utilisées avec discernement, en fonction d'une évaluation individualisée des risques et des bienfaits pour chaque personne**.

De plus, il est à noter **qu'au moment d'écrire ce guide**, les tests urinaires ne détectent plus nécessairement toutes les nouvelles substances qui contaminent les produits vendus sur le



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

marché illicite[○]. Le programme Alerte est aussi devenu moins utile depuis l'implantation du Dossier Santé Québec.

> « Au total, il n'y a pas, et il n'y aura pas, de monde si bien quadrillé que le risque zéro sera atteint. Au contraire, [...] il y a des risques qu'il faut courir pour en conjurer d'autres. »
>
> **Couturier et Belzile (2018)[113]**

*Perspective de personne en traitement :*

*Moi je m'attends à ce que les intervenants soient intelligents, qu'ils aient du jugement, du discernement. Qu'ils ne traitent pas tous les patients avec une approche one-size-fits-all.*

### 5.2.1 Balancer les risques et les bienfaits des mesures de sécurité en TAO

Dans une perspective d'alliance thérapeutique, les risques de surdose sont discutés ouvertement avec la personne afin qu'elle soit en mesure de faire des choix éclairés par rapport à son traitement et à sa consommation de substances psychoactives, s'il y a lieu (voir section 1.2.2 sur la réduction des méfaits). Tant au niveau des tests urinaires que des doses non supervisées et du programme Alerte, le maintien de l'alliance thérapeutique entre la personne et les fournisseurs de soins apparaît fondamental pour la gestion des risques et des bienfaits.

*Perspective clinique :*

*Quand j'ai l'impression qu'on ne me dit pas la vérité, je me dis qu'il y a toujours du vrai derrière le mensonge : la peur, la honte, la souffrance. Cela me garde en position d'accueil.*

*Perspectives de personnes en traitement :*

*Pour que l'équipe m'aide à prévenir les risques de surdose, je dois pouvoir dire la vérité, sans avoir peur d'être puni ou qu'on me fasse la morale. Il faut que les professionnels soient capables d'entendre la vérité et de travailler avec.*

*Pour moi, les tests urinaires, c'est inutile parce que je suis transparent sur ma consommation. Mais je comprends que les professionnels se sont fait mentir souvent et ils sont inquiets. Mais ça ne contribue pas à la relation de confiance, surtout si c'est fait avec une visée punitive ou paternaliste.*

○ Rappel de Santé Canada

### 5.2.2 Les tests urinaires – précautions

La gestion des risques de surdoses s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits, laquelle vise à **réduire et prévenir les risques liés à la consommation de substances pendant le TAO**. Dans cette perspective, les tests de dépistage urinaire sont un outil pouvant être proposé à la personne pour lui fournir de l'information et pour l'aider à gérer les risques associés à la consommation de substances potentiellement contaminées.

Les Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ soulignent que le test urinaire ne doit pas être utilisé dans une perspective punitive, « par exemple en l'associant directement au nombre de doses non supervisées »[4]. Ces Lignes directrices, publiées en 2020, ne recommandent pas l'utilisation fréquente et régulière des tests urinaires. Elles proposent d'éviter les mesures dont l'utilisation recouvre une intention punitive. Elles précisent que :

- « La personne en traitement a le droit de refuser d'effectuer le test. »[4]
- « Les tests urinaires directement supervisés vont à l'encontre du respect de l'intimité du patient. »[4]
- « Le patient a aussi le droit d'être informé à l'avance lorsqu'un test sera demandé. »[4]
- « La majorité des personnes ne devraient pas avoir besoin de faire des tests fréquents et réguliers en cours de traitement. »[4]
- « La pharmacie communautaire n'est pas un lieu propice aux prélèvements ni à l'entreposage des échantillons d'urine. »[4]

Enfin, il est important de noter que cet outil a ses limites. En effet, les différents tests urinaires ne détectent pas systématiquement tous les types de substances. De plus, ils peuvent donner des faux positifs ou des faux négatifs[4].

### 5.2.3 Le programme Alerte

Le programme Alerte prévoit le jumelage des patients avec un seul prescripteur et l'envoi d'alertes en cas de détection d'ordonnances fausses ou falsifiées[114]. Le programme peut être utilisé pour prévenir les risques de surdose ou de détournement chez les personnes qui ont de multiples prescripteurs ou pharmacies[9].

Il est important de noter qu'afin de ne pas contribuer à la stigmatisation des personnes sous TAO, cette mesure de sécurité devrait être appliquée avec discernement, et seulement si le médecin a un doute important sur le mésusage de médicaments prescrits[3].

> « Le programme Alerte permet de jumeler le patient à une pharmacie afin de faciliter la surveillance de sa thérapie médicamenteuse. [...] Le refus du patient de s'inscrire au programme Alerte n'est pas un motif valable pour retarder l'instauration ou la poursuite du traitement. »
>
> **Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 5.2.4 Les doses non supervisées

Les doses non supervisées visent à améliorer l'autonomie, la qualité de vie, l'adhésion et la rétention en traitement. L'octroi des doses non supervisées représente cependant un dilemme pour de nombreux cliniciens. Les guides et lignes directrices de référence indiquent que le clinicien doit utiliser son jugement clinique pour évaluer les risques et les bienfaits liés aux doses non supervisées[4,90]. Les Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ[4] précisent que la décision portant sur les doses non supervisées doit être justifiée dans le dossier par le prescripteur et que, dans la foulée des assouplissements liés à la pandémie de COVID-19, les pharmaciens peuvent aussi remettre des doses non supervisées jusqu'à nouvel ordre (voir l'outil clinique Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité). Il leur est recommandé d'en informer le prescripteur.

En ce qui concerne la méthadone en bouteille, la stabilité de la solution doit aussi être prise en considération (en fonction du diluant utilisé pour préparer les bouteilles en général, la stabilité maximale est de 14 jours lorsque la solution est conservée au réfrigérateur, et de 7 jours si la méthadone a été diluée dans du jus de pomme[P]).

Parmi les bienfaits des doses non supervisées, on peut notamment citer l'amélioration de la qualité de vie et de l'engagement social[90].

Et parmi les risques liés aux doses non supervisées, on peut évoquer l'intoxication d'un membre de l'entourage qui aurait accès au médicament agoniste opioïde, le détournement vers le marché illicite, la non-adhésion au traitement ou la victimisation par l'environnement (p. ex. : vol de doses)[90].

*Perspectives de personnes en traitement :*

*La personne pourra être transparente si elle sent que l'information qu'elle transmet est accueillie dans une perspective constructive de collaboration pour gérer les risques.*

*Aller à la pharmacie tous les jours peut favoriser la consommation lorsque l'horaire de la pharmacie est incompatible avec les autres obligations. Pour d'autres, la routine quotidienne peut être bénéfique durant une certaine période. Au final, il faut évaluer avec la personne quels sont les enjeux pour elle.*

*Quand je vais à la pharmacie, mon pharmacien me donne plusieurs conseils sur les interactions des substances et des médicaments, sur les précautions à prendre. Je sens qu'il s'inquiète vraiment pour moi. Il ne me regarde jamais de haut, ou avec dédain, comme d'autres l'ont déjà fait.*

P Se référer aux monographies de produit pour plus de détails sur les données de stabilité et des marques de diluants recommandés.

« L'octroi de doses non supervisées fait partie du plan de traitement après l'analyse par le prescripteur des bénéfices et des risques associés à l'apport de doses à la maison. Le jugement clinique du prescripteur demeure central pour la prise de décision concernant les modalités reliées aux doses non supervisées. Le pharmacien peut aussi décider de ne pas remettre une ou des doses non supervisées, s'il estime qu'il y a danger pour son patient ou pour la communauté, et inviter le patient à revenir à la pharmacie pour les prendre. Il en informe le prescripteur dès que possible. L'obtention de doses non supervisées repose sur la capacité du patient à gérer sa médication, c'est-à-dire sur la stabilité qu'il démontre dans son fonctionnement. »

**Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

Afin de soutenir le jugement clinique des professionnels à propos de l'octroi de doses non supervisées, l'outil d'aide à la réflexion pour l'octroi de doses non supervisées propose un résumé des risques et des bienfaits liés aux doses non supervisées, ainsi qu'une série de questions à aborder en équipe de soins partenaire avec la personne en traitement.

### Quelques exemples de questions pour soutenir la réflexion clinique :

- **Quels sont les bénéfices escomptés lors de l'octroi de doses non supervisées?**
  Moins de déplacements et de frais, insertion socioprofessionnelle, adhésion au traitement, autonomie, estime de soi, sentiment de retour à la vie normale, etc.
- **Quels sont les risques anticipés?**
  Intoxication, surdose, diversion, etc.
- **De quelle façon cette personne est-elle capable d'assurer sa sécurité?**
  Compréhension des risques, stabilité sous traitement, état mental, etc.
- **De quelle façon cette personne est-elle capable d'assurer la sécurité de la communauté?**
  Entreposage sécuritaire, stabilité résidentielle, etc.

**Pour en savoir plus :** Outil d'aide à la réflexion pour l'octroi de doses non supervisées

*Perspective clinique :*

*Quand j'ai envie de dire non à un patient, j'aime me poser cette question : « Suis-je réellement en train d'aider la personne devant moi? Ou suis-je en train de prendre soin de mes propres peurs? »*



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 5.2.5 Intervenir en cas d'intoxication sévère ou de surdose

L'accompagnement des personnes ayant un TUO implique la possibilité de devoir intervenir en cas d'intoxication sévère ou de surdose d'opioïdes ou d'autres substances. Afin d'apprendre à reconnaître et à agir dans ce type de situations, tous les professionnels impliqués devraient consulter l'outil Savoir reconnaître et agir lors d'une intoxication sévère ou d'une surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou d'un sevrage d'alcool.

Les outils suivants peuvent aussi être utiles pour les professionnels :

- Ordonnance collective pour la naloxone (CCSMTL)
- Initier l'administration de naloxone (Narcan™) pour renverser la dépression respiratoire reliée aux opiacés en milieu institutionnel (CCSMTL)
- Ordonnances collectives : présentations vidéos (CCSMTL)
- Des outils pour faciliter l'accès et l'administration de la naloxone (INSPQ)

Les prélèvements urinaires des personnes victimes de surdose peuvent être acheminés au Centre de toxicologie du Québec (CTQ) afin de contribuer aux enquêtes épidémiologiques en matière de drogue. La procédure est disponible sur le site de l'INSPQ.

## 5.3 Composer avec les doses manquées et les absences aux rendez-vous

> « Il peut arriver, en cours de traitement, volontairement ou pas, qu'un patient manque un ou plusieurs jours de traitement. La tolérance aux opioïdes peut diminuer rapidement quand la médication est interrompue, surtout si le patient ne consomme pas d'autres opioïdes, ce qui le rend encore plus vulnérable aux intoxications. »
>
> **Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ (2020)[4]**

Des protocoles pour la gestion des doses manquées peuvent être consultés en annexe des Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ[4] afin de soutenir les prescripteurs qui doivent composer avec la possible diminution de la tolérance aux opioïdes des patients.

Depuis l'adoption de la Loi 31, le pharmacien peut lui aussi jouer un rôle important pour éviter les ruptures de traitement en cas de doses manquées. L'outil clinique Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité[115] précise la manière dont le pharmacien peut procéder à des ajustements du TAO.

### Questions pour soutenir la réflexion clinique sur le redosage du TAO à la suite de doses manquées :

- À quel point la tolérance aux opioïdes a-t-elle baissé depuis la dernière prise de TAO?
  - La personne a-t-elle consommé des opioïdes tous les jours?
  - La personne a-t-elle été incarcérée ou hospitalisée et a-t-elle ainsi eu moins accès à des opioïdes?
- À quel point la molécule utilisée pour le redosage du TAO comporte-t-elle un risque de surdosage?
  - La personne est-elle en redosage d'un agoniste mu pur comme la méthadone ou la morphine à libération lente uniquotidienne ou d'un agoniste partiel comme la buprénorphine-naloxone?

De nombreux obstacles peuvent nuire à l'adhésion au TAO, notamment les exigences de traitement rigides[111], l'instabilité résidentielle, l'absence de transport, les problèmes de santé mentale, l'usage d'autres substances[116] et l'absence de gardiennage pour les enfants[117]. Devant des absences répétées aux rendez-vous, il convient de procéder avec la personne en traitement à une analyse des barrières qui nuisent à son accès aux soins (voir l'outil d'aide à la réflexion et à l'identification des barrières d'accès et de rétention).

Un dialogue ouvert et sans jugement permet aux professionnels d'identifier, avec l'aide de la personne, les ressources qui pourraient favoriser l'adhésion aux composantes du traitement.

*Perspective de personne en traitement :*

*Le premier truc, c'est vraiment* ***d'écouter*** *les gens quand ils disent quelque chose. Si la personne te dit qu'elle n'a pas de transport, ou qu'elle n'a pas de gardienne, c'est probablement vrai!*

« 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. »

**Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du TUO (2020)[3]**



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Quelques exemples de questions à poser à un patient qui manque des doses ou des rendez-vous :**

- Est-ce qu'il y a des services qu'on pourrait mettre en place ou des ressources qu'on pourrait mobiliser pour faciliter votre présence aux rendez-vous?
- Est-ce qu'il y a des adaptations qu'on pourrait mettre en place à l'horaire des rendez-vous pour faciliter votre présence?
- Est-ce qu'il y a des obstacles au traitement dont vous aimeriez discuter?
- Comment peut-on travailler ensemble pour atteindre vos objectifs de traitement?

## 5.4 Recourir à la téléconsultation

Lorsque la distance à parcourir pour rencontrer l'équipe soignante constitue un obstacle, la télémédecine (plus précisément la téléconsultation) peut être envisagée. La téléconsultation peut aussi être utilisée pour faciliter la rétention en traitement des personnes qui ont des enjeux associés, notamment, aux responsabilités familiales ou socioprofessionnelles, qui n'ont pas de véhicule ou qui n'ont pas accès au transport en commun.

**TÉLÉMÉDECINE**

« Exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication. La télémédecine permet la réalisation d'actes médicaux tels que l'évaluation clinique, la pose de diagnostic, le traitement et l'interprétation d'examens complémentaires. Elle peut se dérouler de façon synchrone si les participants sont présents en temps réel (ex. : lors d'une vidéoconférence) ou asynchrone si les participants ne sont pas présents au même moment (ex. : lors d'un échange par courriel). »

**Définition du CMQ (2021)**[10]

**Important :** Des informations supplémentaires sur les conditions d'exercice de la télémédecine sont disponibles sur le site du Collège des médecins du Québec

En ce qui concerne la prescription de TAO en téléconsultation, le Collège des médecins du Québec[118] précise les éléments suivants[Q] :

**Prescription des agonistes opioïdes**

- « Le renouvellement d'une ordonnance ou la réinduction de la thérapie chez un patient dont le médecin peut confirmer l'histoire médicamenteuse via le dossier médical ou le DSQ est permis par téléconsultation, si le médecin juge que cela est justifié par l'état du patient et que la thérapie antérieure était bien tolérée »[118]
- « L'initiation d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) est autorisée en situation d'urgence lorsque le médecin juge qu'un retard dans le début de la thérapie entraînerait un risque pour le patient et que les conditions énumérées ci-dessous sont respectées »[118]

**Conditions nécessaires pour amorcer un TAO en téléconsultation**

- « Le patient a été dirigé vers le médecin par un intervenant expérimenté auprès de cette population (ex. : infirmière, psychologue, travailleur social, intervenant d'un centre de traitement ou de réduction de méfaits). Cet intervenant a communiqué avec le médecin effectuant la téléconsultation »[118]
- « Le médecin a obtenu toutes les informations [*] pertinentes à l'anamnèse, et un examen mental adapté à la situation a été réalisé [Par le médecin ou un autre professionnel habilité] »[118]
- « Le médecin juge qu'un examen physique n'est pas nécessaire ou qu'il pourrait être effectué ultérieurement, en temps opportun. Un examen réalisé par une infirmière pourrait remplacer celui du médecin si ce dernier croit que l'ensemble des tests qu'elle a effectués est suffisant pour le moment. Toutefois, dans les circonstances où un examen physique réalisé par un médecin est jugé nécessaire pour amorcer le TAO, la prescription d'un agoniste ne pourra se faire, et le médecin devra voir le patient en personne pour compléter son évaluation »[118]
- « Le médecin détient les éléments nécessaires pour poser un diagnostic ou un diagnostic différentiel pertinent »[118]
- « Le médecin choisit le traitement le plus sécuritaire dans les circonstances et évalue les risques de toxicité, de surdose et de détournement d'opioïdes, en lien avec le traitement lui-même »[118]
- « Le médecin s'assure d'offrir au patient le suivi nécessaire pour son état, soit par téléconsultation, soit en personne, tout en collaborant avec l'équipe multidisciplinaire en place. Il veille à ce que les examens de laboratoire requis, et le cas échéant un électrocardiogramme (ECG), soient réalisés en temps opportun. Comme mentionné dans les Lignes directrices récemment publiées à ce sujet : "Il appartient aux professionnels de convenir d'un plan de traitement adapté à la réalité et aux besoins du patient tout en cherchant le meilleur équilibre en matière de gestion des bénéfices et des risques." En cette période de pandémie, le médecin doit également mettre dans la balance le risque de contamination à la COVID-19. »[118]
- « La qualité de la prise en charge du patient par le médecin respecte les normes en la matière. »[118]

* « Selon les Lignes directrices portant sur le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), publiées en 2020 par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : "Une évaluation clinique complète doit être effectuée, si possible au début du traitement, et consignée au dossier, conformément aux règlements en vigueur. Il pourrait être indiqué, selon la situation, de compléter l'évaluation au cours des visites subséquentes et de prioriser un début rapide de traitement." »[118]

Q « Le CMQ rappelle que cet assouplissement des règles de téléconsultation n'est valide que durant la pandémie de COVID-19. La période de pandémie correspond à la durée de l'urgence sanitaire, décrétée par le gouvernement provincial depuis le 13 mars 2020. Elle prendra fin lorsque le décret sera levé. »[118]



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 5.5 Gérer les conflits entre les professionnels et la personne en traitement

Afin de faire face aux conflits, des stratégies d'écoute, de communication et de gestion des attentes des personnes en traitement sont proposées par l'Association canadienne de protection médicale.

En cas de conflit, les pairs peuvent assurer une médiation entre le patient et l'équipe traitante[119].

Par ailleurs, il importe de rappeler que la Loi sur la santé et les services sociaux stipule ce qui suit : « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. »[62] Elle prévoit également ce qui suit : « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. »[62]

*Perspectives de personnes en traitement :*

*Lorsqu'un clinicien et un patient ont des frictions, un accompagnement par un pair ou un travailleur de rue neutre peut être utile pour temporiser.*

*Lorsqu'un clinicien et un patient entretiennent une relation conflictuelle et difficile, pourquoi ne pas essayer un changement de clinicien?*

*Perspective clinique :*

*La supervision clinique et la co-intervention peuvent constituer des outils pour faire face aux conflits.*

## 5.6 Mettre fin à la relation thérapeutique ou la suspendre

Certains enjeux cliniques peuvent malheureusement se présenter pour les professionnels et les équipes qui travaillent dans le domaine du traitement du TUO. Des situations de violence physique ou verbale peuvent notamment conduire les professionnels à s'interroger sur les motifs raisonnables pour mettre fin, de façon temporaire ou permanente, au suivi d'un patient. Il n'existe pas de réponse simple à cette question, et chaque situation a ses particularités. Par ailleurs, plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre en amont pour prévenir les situations de crise qui pourraient mener à la suspension ou à l'expulsion d'un patient. L'article « Prévenir la violence dans le milieu médical – comment réagiriez-vous face à un patient violent? »[120], publié dans la revue *Le Médecin du Québec*, constitue un excellent soutien à la réflexion et à la mise en place de mesures préventives. Les Lignes

directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4] soulignent que l'interruption de traitement devrait être une solution de dernier recours. Les médecins qui songent à mettre fin à une relation thérapeutique peuvent avoir recours aux services de l'Association canadienne de protection médicale en amont du processus pour les accompagner. Ils peuvent aussi communiquer avec les services-conseils du CMQ.

Dans d'autres cas, il peut arriver que ce soit la personne en traitement qui demande à changer de médecin ou d'intervenant. À cet égard, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule ce qui suit : « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. »[62] Dans le cas où il est difficile de répondre à cette demande (p. ex. : manque d'effectifs professionnels spécialisés ou demandes répétées pour des changements fréquents), les professionnels peuvent se reporter aux sections 5.1 (sur la relation thérapeutique) et 5.5 (sur la gestion des conflits) du présent document pour accueillir la demande avec ouverture et soutenir la recherche de solutions.

*Perspective clinique :*

*Lorsqu'il est nécessaire d'imposer à un patient une limite d'accès à la clinique, l'équipe prend le temps de discuter de manière approfondie pour trouver des moyens d'assurer la continuité des soins médicaux pour cette personne.*

## 5.7 Éviter les ruptures de traitement

La continuité des soins entre les professionnels, les disciplines et les établissements constitue un facteur déterminant dans le processus de rétablissement des personnes en traitement[52].

### 5.7.1 Hospitalisation, détention et incarcération

Lorsqu'une personne est hospitalisée, détenue ou incarcérée, le TAO devrait être poursuivi sans interruption (il n'est plus nécessaire d'obtenir une exemption pour prescrire un TAO, y compris en milieu hospitalier). De la même manière, lorsqu'une personne reçoit son congé de l'hôpital ou qu'elle sort de prison, il est primordial d'assurer la continuité du TAO[9,78]. À cet égard, un aide-mémoire pour organiser un transfert est disponible en annexe 2. Les personnes qui sortent de prison présentent un risque accru de surdose[121].

**Attention :** il est important de garder en tête que les médicaments administrés à l'hôpital et dans certains milieux carcéraux n'apparaissent pas au DSQ.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

Pour les professionnels qui travaillent en milieu hospitalier ou carcéral, il est conseillé de prendre contact avec l'équipe traitante de la personne afin d'assurer la continuité du traitement. Lorsque cela est possible, les congés d'hospitalisation ou d'incarcération devraient être préparés conjointement par les équipes de soins partenaires, et ce, afin d'éviter les ruptures de services.

Les personnes qui ont amorcé un TAO à l'hôpital ou en prison devraient être référées vers le Centre de réadaptation en dépendance à leur sortie de l'établissement hospitalier ou carcéral afin de poursuivre leur traitement sans interruption.

La collaboration et la coordination entre les professionnels institutionnels et communautaires est proposée pour éviter les ruptures de continuité des soins[4,90]. La Loi sur la santé et les services sociaux précise ainsi que les établissements doivent « veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir »[62].

Les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4] précisent qu'au moment où les personnes sous TAO quittent le milieu carcéral, le prescripteur doit notamment communiquer avec le pharmacien communautaire choisi par le patient pour lui fournir la prescription, sensibiliser le patient aux risques de surdose, l'encourager à poursuivre le TAO, lui remettre de la naloxone et faire le pont avec les intervenants de la communauté pour assurer la couverture des médicaments.

*Perspective de personne en traitement :*

> *On pourrait avoir une carte, à conserver dans notre portefeuille, avec un ou deux numéros de téléphone **fonctionnels** pour rejoindre les membres de notre équipe traitante. Ça nous aiderait pour mettre nos différents professionnels en communication.*

### À retenir...

- Depuis 2018, les prescripteurs n'ont plus besoin d'exemption pour prescrire un TAO au Canada.
- Besoin de soutien pour prescrire un TAO? L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance est accessible pour répondre aux questions : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- Questions cliniques urgentes :
  Ligne téléphonique 24/7 du CHUM : 514 890-8316.
- L'outil Aide-mémoire pour organiser un transfert est disponible en annexe 2.

### 5.7.2 Les voyages

Les voyages peuvent faire partie du processus de rétablissement, mais ils peuvent aussi représenter un risque de rupture dans le TAO. La méthadone sous comprimés peut alors être offerte, pour la durée du déplacement uniquement, aux personnes qui sont en mesure de gérer leur médication de façon sécuritaire. En fonction des règles de Santé Canada, un approvisionnement de TAO pour une période de **30 jours maximum** peut être transporté à l'extérieur du pays[9,77,122]. Si la méthadone en comprimés est prescrite pour faciliter le voyage, les Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4] spécifient qu'une nouvelle prescription doit être délivrée (avec la raison et la durée), que les comprimés non utilisés doivent être retournés au pharmacien et que cette mesure doit être utilisée de façon exceptionnelle.

> « La continuité de la prise du TAO est primordiale afin d'éviter le sevrage et les rechutes. Lors de chaque visite, notamment lors des périodes de transition (p. ex. : congé de l'hôpital, entrée ou sortie de prison), le clinicien devrait s'assurer que la personne :
>
> - a une ordonnance valide et un rendez-vous de suivi ;
> - sera en mesure de se procurer ses médicaments [...]. »
>
> **Guide d'usage optimal de l'INESSS (2021)[9]**

L'outil Aide-mémoire pour organiser un transfert, disponible à l'annexe 2, comporte une section sur les voyages.

## 5.8 Réduire les barrières à l'accès et à la rétention dans les soins et services

Comme nous l'évoquions au chapitre 1, les inégalités sociales peuvent contribuer à générer des obstacles au traitement. Ainsi, les barrières à l'accès et à la rétention peuvent se situer à différents niveaux dans l'organisation des services : structurel, processus et individuel[123]. Parmi les barrières structurelles, on trouve notamment la stigmatisation structurelle, les vastes territoires où le transport est compliqué, l'accès à l'éducation et à l'information en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Parmi les barrières liées au processus, on peut citer, par exemple, les règlements et restrictions adoptés par les établissements de services ainsi que la relation entre les professionnels et la personne en traitement. Au niveau individuel, les personnes suivies peuvent avoir eu de mauvaises expériences de traitement ou avoir des croyances erronées au sujet des traitements[123].

Dans tous les cas, les professionnels et les gestionnaires peuvent travailler en collaboration afin d'assouplir les exigences du traitement et de fournir aux personnes les moyens d'accéder aux soins ou de poursuivre leur traitement. Par exemple, pour les personnes en situation de grande précarité, cela peut vouloir dire offrir les services sans rendez-vous et raccourcir les processus d'évaluation. Pour les personnes qui sont en emploi ou qui ont de jeunes enfants, cela peut vouloir dire miser sur des rendez-vous moins fréquents, des suivis



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

téléphoniques ou des heures d'ouverture en soirée et la fin de semaine afin de ne pas nuire aux responsabilités professionnelles ou parentales. Dans cette perspective, les professionnels et les gestionnaires peuvent identifier des moyens pour éviter d'aggraver la précarité des personnes, en s'assurant qu'elles ne seront pas appauvries par le traitement et qu'elles pourront continuer à assumer leurs autres responsabilités et à vaquer à leurs activités, dans une optique de rétablissement.

Pour obtenir de l'aide dans l'identification des barrières à l'accès et à la rétention dans les soins et services, il est possible de communiquer avec l'ESCODI en écrivant à : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

## 5.9 Reconnaitre les besoins et la contribution des membres de l'entourage de la personne en traitement

Les membres de l'entourage peuvent jouer plusieurs rôles liés notamment à l'intervention en cas de surdose[124], à l'accès aux services[125] et au soutien au processus de rétablissement[126]. Ils peuvent aussi offrir une importante contribution à l'analyse de la situation et à la planification du traitement[126-128]. De plus, un réseau de support social positif contribue à l'efficacité du traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes[129]. Toutefois, il peut parfois être difficile pour le membre de l'entourage d'être impliqué dans les services offerts à leur proche en traitement[128]. En effet, l'implication d'un tiers peut soulever des enjeux de confidentialité et d'autonomisation de la personne en traitement. Or, lorsque cette dernière souhaite impliquer un membre de son entourage dans son processus thérapeutique, elle peut donner son consentement au partage et à la communication de certains renseignements.

Par ailleurs, les membres de l'entourage peuvent parfois avoir besoin d'aide pour eux-mêmes, afin de composer avec leur statut d'aidant. Des besoins de formation et d'information sont aussi documentés pour les membres de l'entourage de personnes en traitement pour un TUO. Notamment, les membres de l'entourage apprécient recevoir de l'information sur les traitements et sur les modalités d'administration de la naloxone[130]. Certains proches cherchent aussi à obtenir de l'information pour mieux comprendre les troubles liés à l'usage de substances[131].

♡ *Perspective d'un membre de l'entourage :*

*On est prêt à tout pour aider. On peut accompagner au quotidien et intervenir en cas de surdose. Notre opinion devrait être prise en compte si le patient donne son consentement pour nous impliquer dans le suivi.*

*Les membres de l'entourage d'une personne qui a un TUO peuvent eux aussi ressentir le stigma. C'est important qu'ils reçoivent du soutien à titre de proches aidants.*

*Les membres de l'entourage pourraient grandement bénéficier de recevoir de l'information sur les différentes familles de drogues psychoactives. Ceci pourrait les aider à mieux comprendre la consommation et les risque de surdose.*

Dans le cadre de leur intervention auprès de la personne en traitement et des membres de son entourage, les professionnels de la santé ont la possibilité de sensibiliser les proches à la prévention, à l'identification et à l'intervention en cas de surdose. Ils peuvent aussi encourager les relations positives entre les personnes en traitement et les membres de l'entourage en incluant les proches dans la planification du processus thérapeutique et en soulignant l'importance des relations positives entre la personne en traitement et son entourage[101]. Ils peuvent aussi diriger les membres de l'entourage vers des ressources pertinentes.

Ressources utiles pour les membres de l'entourage :

- Services « Entourage » des Centres de réadaptation en dépendances.
- **Drogue, aide et référence** (soutien confidentiel 24/7) :
  Disponibilité de clavardage ou par téléphone au 1 800 265-2626
- Formation PROFAN pour faire face aux surdoses (514 910-1880; **profan@aidq.org**)



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 5.10 Accompagnement, continuité et relation thérapeutique : aide-mémoire

En somme, le chapitre 5 propose d'investir dans la relation thérapeutique afin de prévenir les ruptures de traitement. Grâce à la reconnaissance des risques et des bénéfices liés aux mesures de sécurité dans le cadre d'un TAO, ainsi qu'à l'utilisation de stratégies réflexives pour les balancer, les professionnels peuvent accompagner la personne dans une perspective de continuité.

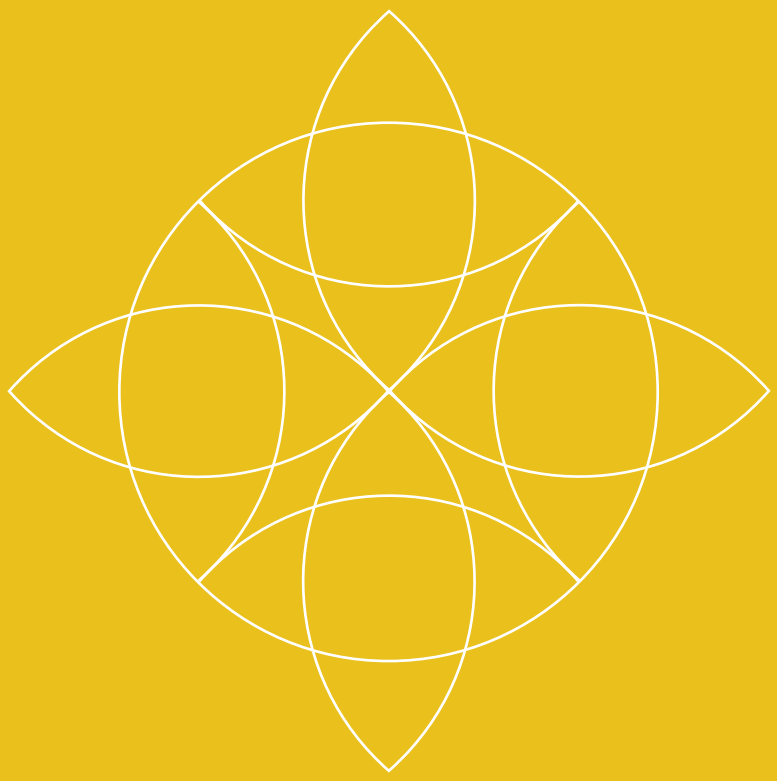
### Aide-mémoire

- ☑ Accorder la priorité à la relation thérapeutique
- ☑ Connaître les bienfaits et les risques liés au TAO
- ☑ Balancer les risques et les bienfaits
- ☑ Gérer les absences aux rendez-vous et les doses manquées
- ☑ Gérer les conflits entre les professionnels et les patients
- ☑ Éviter les ruptures de traitement
- ☑ Réduire les barrières à l'accès aux soins et à la rétention en traitement
- ☑ Reconnaître les besoins et la contribution des membres de l'entourage de la personne en traitement



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

CHAPITRE 6



# Responsabilités professionnelles dans l'organisation de services

# Chapitre 6. Responsabilités professionnelles dans l'organisation de services

L'accompagnement des personnes vivant avec un TUO peut être amorcé et poursuivi dans plusieurs milieux de soins. En fonction du niveau de précarité et des besoins de la personne en traitement, des soins et services peuvent lui être offerts, notamment en clinique de soins primaires, en clinique spécialisée, à l'hôpital, en milieu carcéral ou par des équipes de proximité. Lorsque les soins et services sont offerts en clinique spécialisée ou par des équipes de proximité, les professionnels qui accompagnent la personne en traitement sont désignés comme formant « l'équipe de soins partenaire ».

## 6.1 L'équipe de soins partenaire

Selon leur appartenance disciplinaire, différents professionnels ont la responsabilité d'assumer différentes activités dans le traitement du TUO. Afin d'assurer la coordination des services dans le respect des normes de pratique professionnelles, le présent chapitre décrit les rôles et responsabilités pouvant être assumés par les membres de l'équipe de soins partenaire, sous la coordination de gestionnaires ou de professionnels assumant des rôles de gestion.

Au-delà de cette équipe, des partenariats avec d'autres professionnels et équipes contribuent à assurer une réponse coordonnée à l'ensemble des besoins biopsychosociaux des personnes sous TAO.

Enfin, il est important de rappeler que la personne fait elle aussi partie de l'équipe de soins partenaire. « Tout patient est partenaire de ses propres soins. Chaque patient est amené à se prodiguer plusieurs soins à lui-même et à prendre des décisions médicales le concernant. Ainsi, il est lui-même un soignant avec des savoirs expérientiels spécifiques. Conséquemment, il est membre à part entière de l'équipe de soins. C'est pourquoi l'idée d'une relation soignant-soigné doit faire place à celle de soignant-soignant. »[132]

## 6.2 Collaborer avec d'autres professionnels

La collaboration interprofessionnelle (ou interdisciplinaire)[R] peut être définie comme un processus de « co-transformation de soi et de l'autre à la faveur de contacts soutenus »

R Les termes « interdisciplinaire » et « interprofessionnel » sont utilisés de façon interchangeable dans le présent guide. Si le premier renvoie plus spécifiquement au concept de discipline (ensemble de règles, de normes, de pratiques et de théories), le deuxième renvoie à la profession (ou à l'application de la discipline)[113]. En fin de compte, l'un et l'autre témoignent du rapport entre les acteurs[113].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

visant à coordonner les actions pour mieux répondre aux besoins complexes des usagers de services[113]. Elle vise à « mettre en œuvre la vision holistique de la personne, que ce soit grâce à des équipes travaillant au même endroit ou en partenariat »[3].

Les résultats d'une enquête menée auprès de directeurs, de gestionnaires et d'intervenants du domaine des TUO mettent en lumière l'importance de la collaboration interprofessionnelle et de la formation interdisciplinaire pour répondre aux besoins complexes des personnes qui demandent de l'aide[133].

> « L'OIIQ, le CMQ et l'OPQ sont d'avis que, dans tous les milieux de soins, la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge partagée dans un contexte de pratique collaborative contribuent à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilitent la coordination et la continuité des soins pour le patient. »
>
> **Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins de de l'OIIQ, du CMQ et de l'OPQ (2015)[134]**

Dans le cadre du suivi d'un TAO, une offre de services complémentaire peut être mise en œuvre par l'équipe de soins partenaire. Dans une perspective similaire à celle de l'équipe de soins partenaire, le *Montreal Model* « s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de la santé »[135]. Ainsi, le patient est considéré comme un soignant, un membre à part entière de l'équipe traitante. Il est impliqué tout au long du processus de soins, en particulier dans un contexte de maladie chronique, où sa compétence en matière de soins est mise à profit[135].

Parmi les facteurs qui favorisent une collaboration interprofessionnelle efficace, il faut notamment citer la structure de l'équipe (taille, membres, facilitateurs), les processus sociaux (conflits, communication, soutien entre collègues), les processus formalisés (vision d'équipe et objectifs, contrôle de la qualité, reconnaissance, résolution de problèmes, rencontres, prise de décision), les attitudes (appartenance et soutien à l'innovation) et la reconnaissance des bienfaits de la collaboration et de la flexibilité[136].

### *Perspective clinique :*

*On ne pourra jamais assez insister sur l'importance de s'allier entre nous, les soignants, aidants et personnes en traitement. De tenter de faire équipe, au-delà des professions et des statuts qui y sont associés, au-delà des barrières qui séparent trop souvent chacune des disciplines, chacune des organisations, au-delà des frontières invisibles qui séparent ceux qui aident et ceux qui sont aidés. Nous devons être guidés par la conscience aiguë que, face à des situations complexes, nous devons travailler ensemble et de façon coordonnée.*

Par ailleurs, les personnes qui ont un TUO peuvent aussi présenter de nombreuses comorbidités physiques et psychosociales. Afin de répondre aux besoins liés à ces comorbidités et de faciliter la trajectoire de soins de la personne en traitement, la collaboration avec des partenaires de soins et de services est nécessaire. À cet égard, une bonne connaissance des ressources locales et des professionnels qui y travaillent facilite la référence et le travail interdisciplinaire, inter-établissement et intersectoriel.

### Qui fait quoi pour mobiliser les partenaires de soins pertinents?

**Le médecin et l'IPS peuvent :**

- ✓ travailler en collaboration avec des médecins de diverses spécialités afin d'améliorer la prise en charge de comorbidités.

**Tous les professionnels (médecin, infirmière/infirmière auxiliaire, professionnel psychosocial, pair aidant, pharmacien communautaire) peuvent :**

- ✓ établir une collaboration avec le centre de réadaptation en dépendance régional afin d'obtenir un soutien clinique ou des interventions spécialisées pour une personne qui le souhaite;
- ✓ établir une collaboration avec les organismes communautaires pour contribuer au bien-être psychosocial des personnes qui en ressentent le besoin.

## 6.3 Partager les tâches en fonction des rôles et des responsabilités professionnels

L'accompagnement de la personne vivant avec un TUO s'articule non seulement autour de la prescription d'un TAO, mais aussi d'une offre de soins et de services complémentaires visant à répondre aux besoins de la personne. À cet égard, toutes les équipes qui accompagnent les personnes suivant un TAO devraient offrir systématiquement un panier minimal de services visant principalement à réduire les complications liées à la consommation. Un panier de services élargi, offert sur place si possible, devrait aussi être disponible pour les personnes qui présentent des besoins plus nombreux et complexes, afin de répondre notamment à leurs besoins en termes de soins de santé et de services psychosociaux[3]. Les paniers de services sont présentés au chapitre 4.

L'accompagnement de la personne vivant avec un TUO peut parfois comporter des zones d'ombre en ce qui concerne le partage des rôles professionnels. Afin de répondre aux besoins des personnes traitées, les activités spécifiques pouvant être attribuées à chaque discipline sont identifiées ci-après, en fonction des champs de compétences et des responsabilités.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.1 Les rôles du médecin dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

Le médecin est « apte à établir avec les patients, grâce au partage et à l'intégration des informations des autres membres de l'équipe de soins, une vision globale de leur état de santé, à coordonner leurs plans de soins et, si requis, à contribuer à les orienter dans le système de soins et de services de santé »[137]. Il assure l'évaluation, le traitement et le suivi de la santé globale du patient dans le respect : 1) de son code de déontologie; 2) du règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin; 3) du règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin[58].

Le médecin assure une surveillance clinique visant « à repérer les alertes cliniques, à anticiper les situations à risque et à déceler rapidement les complications et la détérioration de l'état de santé des patients sous opioïdes »[4]. Il consigne ses interventions dans le dossier de la personne, en fonction des aspects répertoriés à la page 26 des Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ[4].

Les Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ[4] soulignent par ailleurs que le médecin impliqué dans les soins et services de la personne en traitement du TUO doit aussi discuter avec la personne de l'entreposage et de la gestion sécuritaire des opioïdes, consigner les raisons cliniques lorsqu'il offre un traitement qui diffère des lignes directrices et respecter les lois et les règlements sur la prescription de stupéfiants. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les exemptions accordées par Santé Canada permettent, jusqu'à nouvel ordre, de transmettre verbalement une ordonnance[4].

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

## Le médecin

**PAR RAPPORT AU TAO**

- Poser un diagnostic de TUO
- Évaluer la condition de la personne
- Soutenir la prise de décision éclairée au sujet du choix du TAO et prescrire le TAO
- Assurer le suivi du TAO
- Discuter avec le patient de l'entreposage et de la gestion sécuritaire des opioïdes
- En TAOi : évaluer la condition avant et après l'injection, superviser l'injection, administrer au besoin l'injection intramusculaire, gérer toute complication immédiate

**PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO**

- Dépister et traiter les ITSS (incluant le VHC et le VIH)
- Vacciner
- Prescrire la contraception et les tests de grossesse
- Évaluer et prendre en charge la santé mentale
- Offrir les soins de santé de première ligne
- Prescrire la prophylaxie pré-exposition et post-exposition
- Offrir les soins de santé de première ligne (p. ex. : infection des tissus mous, plaies, abcès)
- Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI)
- Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue
- Offrir des interventions pour l'arrêt tabagique
- Assumer une prise en charge globale de la santé, au besoin



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.2 Les rôles de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale et de l'infirmière spécialisée en première ligne dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

L'infirmière praticienne évalue l'état de santé, prescrit et interprète des examens diagnostiques, prescrit des traitements médicaux et des médicaments[138]. L'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) peut améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins offerts aux personnes présentant un trouble mental, y compris un trouble d'utilisation de substances[139].

L'IPSSM peut traiter un problème de santé physique « si elle dispose des connaissances et des compétences pour le faire » et « si ce problème est lié au trouble mental ou encore à son traitement, ou si le problème de santé physique a un impact sur la raison de la consultation ou de l'hospitalisation »[139]. Par exemple, elle pourrait traiter une cellulite liée à un trouble de l'usage de substances. Pour en savoir plus sur le champ d'exercice des IPSSM, on consultera les lignes directrices L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique, tout particulièrement la page 17.

« Les autres classes de spécialité IPS, par exemple l'IPS en soins de première ligne et l'IPS en soins aux adultes, ne sont pas habilitées à évaluer le trouble mental, elles ne peuvent donc pas conclure à la présence ou non d'un TUO »[4]. Ainsi, l'IPS qui n'est pas spécialisée en santé mentale peut ajuster un TAO, mais ne peut pas l'initier.

Tout comme le médecin, l'infirmière praticienne doit discuter avec le patient de l'entreposage et de la gestion sécuritaire des opioïdes, consigner les raisons cliniques lorsqu'elle offre un traitement qui diffère des lignes directrices et respecter les lois et les règlements sur la prescription de stupéfiants[4].

Elle documente aussi ses interventions et les consigne dans le dossier de la personne, en fonction des aspects identifiés à la page 26 des Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4].

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

| L'infirmière spécialisée en santé mentale | L'infirmière spécialisée en première ligne |
|---|---|
| **PAR RAPPORT AU TAO** | |
| • Contribuer à l'évaluation, au choix éclairé de la pharmacothérapie et au plan de traitement | |
| • Poser un diagnostic de TUO | — |
| • Prescrire le TAO | • Prescrire le TAO si le diagnostic et le plan de traitement sont établis par une IPSSM ou un médecin |
| • Ajuster le TAO | • Ajuster le TAO si le diagnostic et le plan de traitement sont établis par une IPSSM ou un médecin |
| • En TAOi : évaluer la condition avant et après l'injection, superviser l'injection, administrer au besoin l'injection intramusculaire, gérer toute complication immédiate | |
| **PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO** | |
| • Diagnostiquer et prendre en charge la santé mentale | • Prendre en charge un patient qui a un trouble mental |
| • Dépister les ITSS | |
| • Vacciner | |
| • Prescrire la contraception | |
| • Administrer les tests de grossesse | |
| • Offrir les soins de santé physique (infection des tissus mous, plaies, abcès) | |
| • Faire des prises de sang | |
| • Offrir des services de proximité (disponibilité des services le plus près possible de la population, p. ex : *outreach*) | |
| • Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue | |
| • Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI) | |
| • Offrir des interventions pour l'arrêt tabagique | |



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.3 Les rôles de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »[140]

De plus, l'infirmière assure une surveillance clinique visant « à repérer les alertes cliniques, à anticiper les situations à risque et à déceler rapidement les complications et la détérioration de l'état de santé des patients sous opioïdes »[4]. Elle peut refuser de remettre une dose de TAO en présence de signes d'intoxication chez un patient. Elle documente aussi ses interventions et les consigne dans le dossier de la personne, en fonction des aspects identifiés à la page 26 des Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4].

Les principales distinctions entre la pratique de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire se situent sur le plan de la contribution à l'évaluation ainsi que sur celui de l'administration d'un médicament par intraveineuse. Plus précisément, l'infirmière auxiliaire peut « [c]ontribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs »[141]. L'infirmière auxiliaire n'administre pas de médicaments par voie intraveineuse. Elle peut « [a]dministrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance »[141]. L'infirmière auxiliaire peut participer activement à la thérapie intraveineuse lorsqu'il s'agit d'un cathéter intraveineux court de moins de 7,5 cm (installer le cathéter, administrer une solution intraveineuse sans additif, installer et irriguer une solution isotonique)[142].

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

| L'infirmière (technicienne ou bachelière) | L'infirmière auxiliaire |
|---|---|
| **PAR RAPPORT AU TAO** | |
| ▸ Contribuer au choix éclairé de la pharmacothérapie et au plan de traitement | |
| ▸ Contribuer au suivi d'un TAO | |
| ▸ Assurer la liaison (dans l'équipe et avec les autres services) | |
| ▸ Injecter la buprénorphine (Sublocade[MC]) si formée, se référer à la vidéo | |
| ▸ Superviser l'induction de Suboxone[MC] | – |
| ▸ En TAOi : évaluer la condition avant et après l'injection, superviser l'injection, administrer au besoin l'injection intramusculaire, gérer toute complication immédiate | ▸ En TAOi : contribuer à l'évaluation de la condition avant et après l'injection, superviser l'injection, administrer au besoin l'injection intramusculaire, gérer toute complication immédiate en milieu communautaire |
| **PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO** | |
| ▸ Faire des prises de sang | |
| ▸ Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue | |
| ▸ Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI) | |
| ▸ Assurer un rôle de pivot pour faciliter l'échange d'information entre les membres de l'équipe traitante, incluant la personne en traitement | |
| ▸ Initier et réaliser le dépistage des ITSS | ▸ Réaliser le dépistage des ITSS selon une ordonnance ou un protocole |
| ▸ Prescrire un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis* (si détient droit de prescrire) | ▸ Administrer par voie autre qu'intraveineuse des médicaments ou des substances pour traiter une ITSS lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance |
| ▸ Déterminer la vaccination | ▸ Vacciner à la demande et en présence d'une infirmière ou d'un médecin (ou sans leur présence à certaines conditions) |
| ▸ Initier et administrer les tests de grossesse | ▸ Effectuer des prélèvements (test de grossesse) selon une ordonnance et initier les tests de grossesse dans certains milieux |
| ▸ Prescrire la contraception (si détient droit de prescrire) | – |
| ▸ Prescrire un médicament pour le traitement de la pédiculose (si détient droit de prescrire) | – |
| ▸ Offrir les soins de première ligne (p. ex. : soins de plaies) | ▸ Offrir les soins de première ligne (p. ex. : soins de plaies) |
| ▸ Offrir des interventions pour l'arrêt tabagique et prescrire certains médicaments (si détient droit de prescrire) | – |



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.4 Les rôles du professionnel psychosocial dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

Les professionnels psychosociaux qui travaillent dans le domaine des troubles liés à l'utilisation de substances ne constituent pas un ensemble homogène. Ils sont issus de différents champs d'études (p. ex.: éducation spécialisée, travail social, criminologie, sexologie), détiennent différents diplômes et appartiennent à différents regroupements professionnels[58].

Pour les personnes qui présentent un diagnostic de trouble mental (notamment de trouble lié à l'utilisation d'opioïdes) ou neuropsychologique, l'évaluation du fonctionnement social, du fonctionnement psychologique et de la capacité adaptative est réservée, respectivement, aux travailleurs sociaux, aux psychologues et aux psychoéducateurs[141].

*Perspectives cliniques:*

*L'intervenant psychosocial agit sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui inclut notamment la réponse aux besoins de base, la réinsertion sociale, la santé mentale et physique, l'accès aux soins de santé, l'affiliation sociale, la réintégration socioprofessionnelle, la reconnaissance des diversités, les relations avec le système de justice, et l'action sur les enjeux macro-systémiques.*

*Répondre aux besoins de base d'une personne (nourriture, vêtements, etc.) peut aider à désamorcer une situation difficile. On ne peut pas parler de changement avec quelqu'un si cette personne a faim ou froid!*

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

## Le professionnel psychosocial

**PAR RAPPORT AU TAO**

- Contribuer à l'évaluation, au choix éclairé de la pharmacothérapie et au plan de traitement
- Avec l'autorisation de la personne en traitement, fournir à l'entourage des renseignements et de l'information sur les TAO et la prestation de services
- Favoriser la compréhension des informations et la prise de décision éclairée de la personne

**PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO**

- Faire l'évaluation du fonctionnement social (travailleurs sociaux seulement)
- Faire l'évaluation du fonctionnement psychologique (psychologues seulement)
- Faire l'évaluation de la capacité adaptative (psychoéducateurs seulement)
- Évaluer les besoins de la personne et élaborer un plan d'intervention
- Agir sur les déterminants sociaux de la santé (y compris la réponse aux besoins de base comme l'accès au logement et à l'hébergement, l'alimentation, les vêtements, les documents d'identité, le revenu, l'assurance maladie et l'assurance médicament)
- Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI)
- Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue
- Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de la santé mentale
- Offrir des services de proximité (p. ex. : *outreach*)
- Offrir de l'accompagnement pour toutes les démarches liées aux objectifs du traitement
- Favoriser l'adhésion au traitement et l'engagement envers celui-ci
- Aider la personne à composer avec les effets et les contraintes du traitement
- Intégrer les membres de l'entourage au traitement et leur offrir du soutien
- Assurer un rôle de pivot pour faciliter l'échange d'information entre les membres de l'équipe traitante, incluant la personne en traitement
- Accompagner les personnes dans leurs démarches judiciaires
- Accompagner les personnes à des rendez-vous médicaux (p. ex. : dentiste)
- Gestion des conflits, accueil, prise de contact et réponse aux besoins primaires dans la salle d'attente
- Mise en place de groupes d'aide mutuelle



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.5 Les rôles du pair (personne détenant un savoir expérientiel du TUO) dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

Les pairs possèdent un savoir expérientiel. Ils peuvent s'appuyer sur leur propre vécu pour comprendre des réalités subjectives, rejoindre des populations non rejointes, améliorer des services et réduire la stigmatisation. Le rôle des pairs dans le cadre d'un TAO peut s'articuler autour de diverses activités, dont les suivantes : l'éducation à la réduction des méfaits, l'intervention et l'orientation dans les services, la recherche scientifique, la gouvernance du programme. Les pairs peuvent aider les professionnels et les gestionnaires à identifier les obstacles au traitement et à la rétention. Ils peuvent aussi contribuer à désamorcer les situations de crise et agir comme médiateurs. Afin de soutenir l'intégration des pairs dans l'offre de services, il importe d'assurer, notamment, la clarté et la flexibilité des rôles, la formation, la supervision et le travail d'équipe[143].

Les ressources suivantes peuvent soutenir les équipes qui souhaitent intégrer des pairs :

- **Association québécoise pour la réadaptation psychosociale : Pair-aidance**
- **Pair-Aidance Québec**
- **Pairs-aidants en santé mentale : de quoi parle-t-on?**

*Perspectives de pairs :*

*Souvent, les personnes qui consomment des drogues ne se sentent pas comprises par les gens ayant une vie « normale ». Elles vont connecter davantage avec quelqu'un qui a un passé qui ressemble au leur, qui comprend leur réalité. Le lien de confiance sera donc plus fort dès le début. L'aide d'un pair peut être la porte d'entrée pour les cas les plus difficiles, les plus incompris. De plus, le pair agit comme une influence positive.*

*Les pairs peuvent jouer un rôle de traduction entre le langage des professionnels et celui des patients, ils peuvent accompagner, rassurer et contribuer à l'adhésion au traitement.*

*L'équipe traitante pourrait offrir l'accompagnement par un pair dès le début du traitement. Une liste des organismes de pairs de la région pourrait aussi être remise au patient.*

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

## Le pair

**PAR RAPPORT AU TAO**

- Contribuer à l'identification des besoins
- Favoriser la compréhension des informations et la prise de décision éclairée de la personne (vulgarisateur)

**PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO**

- Appuyer la réponse aux besoins de base grâce à des accompagnements
- Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI)
- Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue
- Aider la personne à naviguer dans les services du réseau public et communautaire
- Agir sur les déterminants sociaux de la santé (accompagner la personne dans certaines démarches pour répondre aux besoins de base)



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

### 6.3.6 Les rôles du pharmacien communautaire dans l'accompagnement de la personne vivant avec un TUO

Le pharmacien peut jouer plusieurs rôles dans le cadre d'un TAO. Il analyse notamment le dossier du patient et en fait le suivi afin de s'assurer que le TAO prescrit est adapté, adéquat, sécuritaire et efficace. Il conseille aussi les autres professionnels de la santé et les personnes en traitement sur l'usage optimal des médicaments. La communication verbale ou écrite entre lui et les autres membres de l'équipe de soins partenaire contribue à assurer la continuité des soins[4].

Le pharmacien peut ajuster ou prolonger une ordonnance de TAO selon les conditions prévues par la loi[S]. Il peut aussi recommander des modifications au prescripteur[4]. Par ailleurs, « s'il juge que les conditions sont réunies et qu'il a des motifs raisonnables de croire que l'intérêt de son patient l'exige, il doit refuser d'exécuter l'ordonnance, selon l'article 37 du Code de déontologie des pharmaciens, et prendre les mesures qui s'imposent à la suite de sa décision »[4].

Le pharmacien assure l'approvisionnement, la préparation et la gestion confidentielle de la thérapie médicamenteuse en fonction des normes de pratique précisées à la section 3.2 des Lignes directrices du CMQ, de l'OIIQ et de l'OPQ[4]. Il doit prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter la perte ou le vol des stupéfiants sous sa responsabilité et tenir un registre[4].

Tout comme le médecin et l'infirmière, le pharmacien impliqué dans les soins et services de la personne en traitement du TUO doit aussi discuter avec le patient de l'entreposage et de la gestion sécuritaire des opioïdes, consigner les raisons cliniques lorsqu'il offre un traitement qui diffère des lignes directrices et respecter les lois et les règlements sur la prescription de stupéfiants[4].

Enfin, le pharmacien assure une surveillance de la thérapie médicamenteuse. Lorsque la personne en traitement se présente à la pharmacie, il évalue son état physique et mental (p. ex. : signes de sevrage ou d'intoxication; indices de déstabilisation) pour s'assurer de la sécurité du traitement. Suivant son code de déontologie, il peut refuser d'exécuter une ordonnance s'il juge que l'intérêt de son patient l'exige, puis prendre les mesures qui s'imposent. En cas de doses manquées, il peut se reporter aux annexes III et IV des Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ[4].



S Exemption valide jusqu'en 2026.

*Les principaux rôles qui peuvent être assumés par…*

## Le pharmacien

### PAR RAPPORT AU TAO

- Contribuer à l'évaluation, au choix éclairé de la pharmacothérapie et au plan de traitement
- Surveiller la thérapie médicamenteuse (prise supervisée)
- Ajuster, prolonger, substituer un médicament à certaines conditions et faire le lien avec le prescripteur (détails ici)
- Administrer un médicament en situation d'urgence (p. ex. : naloxone)
- Transférer une ordonnance d'opioïdes partout au Canada
- Faire livrer un TAO à une personne ne pouvant se déplacer
- Prescrire une analyse de laboratoire ou une mesure clinique nécessaire et pertinente à l'usage approprié des médicaments
- En TAOi : évaluer la condition avant et après l'injection, superviser l'injection, gérer toute complication immédiate

### PAR RAPPORT AUX SERVICES CONNEXES AU TAO

- Vacciner
- Amorcer le traitement accéléré des partenaires (gonorrhée et chlamydia)
- Amorcer la prophylaxie post-exposition au VIH
- Amorcer la contraception orale d'urgence ou la contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas six mois
- Amorcer la cessation tabagique
- Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone (voir Outils sur l'enseignement à l'injection à risque réduit sur le site de l'ESCODI)
- Aider à gérer la polyconsommation (voir la Boîte à outils sur le site de l'ESCODI). Les fiches de sensibilisation aux drogues de la GRC et la Roue des drogues peuvent aussi être utiles pour en savoir plus sur les drogues de rue



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Comment le pharmacien peut-il optimiser son rôle auprès des personnes ayant un TUO?**

- Outil : **Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité**

*Perspectives cliniques :*

*Le pharmacien a le potentiel de jouer un rôle central dans le suivi de l'état social, physique et mental de la personne sous TAO, puisqu'il voit régulièrement la personne (dans certains cas, tous les jours). En faisant preuve d'écoute, d'empathie et d'observation, il peut jouer un rôle important dans l'adhésion au traitement et contribuer à maintenir un équilibre parfois fragile. Si nécessaire, il peut intervenir directement auprès du patient, sinon auprès de son équipe traitante.*

*Une part importante de la contribution du pharmacien repose sur l'appui des membres de son équipe (p. ex. : assistants techniques, caissiers, commis). Ceux-ci sont les premiers contacts de la personne qui vient chercher son TAO, et ils doivent être suffisamment formés pour l'accueillir et la servir dans un climat qui favorise la confiance et qui exclut tout préjugé. La personne peut ainsi trouver dans sa pharmacie une stabilité qui aura une incidence sur la stabilité de son traitement.*

### 6.3.7 Les rôles propres aux professionnels qui assument des tâches de gestion et de coordination

En matière de traitement du TUO, les rôles de gestion, de coordination et de supervision peuvent être assumés par des gestionnaires professionnels ou des gestionnaires cliniciens. Ces rôles se situent à différents niveaux dans l'organigramme, mais se caractérisent par un certain nombre de dénominateurs communs.

Quatre axes de gestion peuvent notamment être dégagés en ce qui concerne plus précisément le rôle des gestionnaires dans le domaine du traitement du TUO : 1) assurer la complémentarité des services et le continuum de soins; 2) soutenir la programmation clinique en fonction des meilleures pratiques connues; 3) soutenir les pratiques professionnelles fondées sur les meilleures pratiques connues; 4) mettre en œuvre des mécanismes d'imputabilité.

Ces quatre axes sont détaillés aux pages suivantes. Des exemples concrets, tirés d'une consultation menée auprès de gestionnaires, sont également proposés.

### *Assurer la complémentarité des services et le continuum de soins*

Assurer la complémentarité des services et le continuum de soins implique aussi d'assurer la bonne intensité des services offerts aux personnes qui souhaitent obtenir un traitement. Afin d'y parvenir, les personnes qui assument des rôles de gestion peuvent établir des collaborations avec les partenaires de la communauté, favoriser la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe partenaire, mettre en œuvre des processus et des procédures afin que chacun sache « qui fait quoi » dans le continuum, intégrer les pairs dans les équipes de soins et réaliser des activités de promotion et de sensibilisation au traitement du TUO dans la communauté (faire connaître les services et les pratiques soutenues par des données probantes). Afin d'identifier les barrières d'accès au traitement et de contribuer à les réduire, des **outils** sont disponibles sur le site de l'ESCODI.

*Perspectives de gestionnaires :*

*Comme gestionnaires, nous ne sommes pas nécessairement des experts cliniques, mais nous sommes des experts en matière de processus. Lorsqu'on connaît les meilleures pratiques, on travaille sur les trajectoires et sur les différents processus pour arriver à les implanter.*

*Il y a beaucoup de services qui sont disponibles, et souvent, les gens ne le savent pas. Il faut faire connaître ces services, qui existent et sont accessibles. C'est un enjeu sur lequel je travaille beaucoup avec mes équipes.*

*Le gestionnaire a la responsabilité d'influencer, de faire connaître, de promouvoir les services qui sont sous sa responsabilité, à même sa propre direction et avec l'ensemble des partenaires externes et internes.*

*On a implanté le rapport d'état. C'est une cascade d'informations du haut vers le bas, du bas vers le haut. Une fois par semaine, une courte rencontre entre l'assistante au supérieur immédiat (ASI), les infirmières et les intervenants qui sont dédiés au TAO. Ça permet, par exemple, de cibler les patients qui sont en difficulté, de vérifier la liste d'attente, de dénouer certaines impasses.*

### *Soutenir la programmation clinique en fonction des meilleures pratiques connues*

Soutenir la programmation clinique en fonction des meilleures pratiques connues peut notamment vouloir dire décloisonner les première, deuxième et troisième lignes de soins afin de favoriser une approche globale, dans une perspective de maladie chronique. De plus, la gestion stratégique des ressources humaines peut permettre de prioriser les services essentiels (p. ex. : les paniers de services – voir **chapitre 4**), d'octroyer les rôles et responsabilités en fonction des compétences et des expertises, et de fournir un soutien adapté aux équipes selon leur niveau d'expérience.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

*Perspectives de gestionnaires :*

*Le gestionnaire peut contribuer à élargir les portes d'entrée vers le traitement (p. ex. : à l'urgence).*

*Le gestionnaire peut soutenir le retour des patients stabilisés vers la première ligne, vers leur omnipraticien, pour libérer des places en CRD et amorcer un traitement plus compliqué.*

*Le gestionnaire peut désigner un professionnel répondant ou attribuer un rôle de coordination a un professionnel chevronné.*

### *Soutenir les pratiques professionnelles fondées sur les meilleures pratiques connues*

Lorsqu'il s'agit de soutenir les pratiques professionnelles fondées sur des données probantes et des expertises reconnues, le rôle du gestionnaire s'articule principalement autour du transfert de connaissances (c'est-à-dire : formation, mentorat, sensibilisation, rencontres interrégionales, rencontres interdisciplinaires et partage de connaissances informel).

Le soutien des pratiques professionnelles implique aussi de veiller à la santé et à la sécurité au travail des professionnels grâce à des formations comme Oméga. La formation Oméga permet aux travailleurs de faire face aux situations d'agressivité.

*Perspectives de gestionnaires :*

*On a la chance de pouvoir compter sur un pharmacien intéressé par le TUO qui a fait des contacts avec différents médecins afin de les convaincre de nous rejoindre au programme TAO. Il offre des séances de formation avec nos intervenants et des partenaires communautaires.*

*Quand on a des réunions consacrées au TAO, on se réserve un peu de temps pour faire de la mise en niveau. On regarde des capsules vidéo, puis on peut échanger sur notre compréhension. Souvent, le médecin peut bonifier le tout si on a des questions. C'est riche, ça nous permet d'échanger.*

*Dans le plan d'investissement, il y avait eu toute une liste de formations suggérées, dont plusieurs étaient en ligne. On a fait le tour de ces outils-là pour s'assurer qu'on était à niveau.*

*Comme gestionnaire, il faut avoir des plans d'intégration pour les nouveaux employés. Avoir une certaine forme de standardisation. La pandémie a amené quelque chose de bien : il y a beaucoup de choses qui sont disponibles en ligne actuellement, et ça, c'est drôlement aidant.*

*Certains médecins manquaient de connaissances, alors ils n'osaient pas prescrire. Donc, on a organisé des soupers-conférences. Les médecins de l'urgence et de la détention sont venus, et ils ont vraiment accroché. Après leur participation, ils étaient super motivés.*

*On fait du jumelage. Un employé d'expérience jumelé avec un nouvel employé.*

*Mettre en œuvre des mécanismes d'imputabilité*

Dans le cadre de leurs fonctions, les gestionnaires mettent en œuvre des activités de planification et d'évaluation. Ils évaluent les besoins de la clientèle qui présente un TUO, identifient les moyens pour y répondre, déploient les moyens retenus et documentent l'atteinte des cibles fixées.

Afin de soutenir la production d'un état de situation de l'organisation régionale des services en traitement du TUO, des **outils** sont disponibles sur le site de l'ESCODI.

*Perspectives de gestionnaires :*

*Ça peut être au niveau de l'accès. Je dois m'assurer que mon équipe offre le bon service au bon moment, en fonction des besoins du patient.*

*On évalue les besoins du territoire et on se fait un plan d'action, pour que ça mène à des actions concrètes, pas juste à des constats.*

*Il faut se doter d'indicateurs. Il faut aller assez loin dans l'évaluation pour vérifier si on a vraiment implanté un service X. Est-ce qu'il est utilisé? Est-ce qu'il est connu des partenaires?*

**Comment les gestionnaires peuvent-ils recruter des médecins pour traiter les personnes ayant un TUO?**

- Outil : **Stratégie de recrutement de médecins de famille et d'optimisation de l'interdisciplinarité auprès des populations ayant un trouble de l'usage de substances et en situation de précarité**

### 6.3.8 Les autres membres du personnel de soutien

Le bon fonctionnement d'une équipe de soins partenaire peut reposer sur la présence d'autres acteurs, comme des agents administratifs, des réceptionnistes ou des agents de sécurité, par exemple. Ceux-ci gagnent à être formés pour assurer un accueil chaleureux, désamorcer les situations de crise ou faciliter la gestion des horaires, et ce, afin de favoriser le bon déroulement des soins et des services. Il ne faut pas perdre de vue que, lorsqu'une personne se présente pour recevoir des services, les contacts avec tous les membres du personnel de la clinique sont importants et peuvent contribuer à son bien-être et à son sentiment de sécurité.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 6.4 Se former et développer ses compétences

« Les ordres professionnels recommandent fortement aux professionnels engagés dans le traitement des patients présentant un TUO de suivre une formation avant d'offrir ces soins et ces services. En plus des connaissances à acquérir sur le TUO, il leur est recommandé d'effectuer une période de préceptorat auprès d'un professionnel expérimenté ou encore d'avoir la possibilité de consulter, de façon formelle ou informelle, un professionnel expérimenté ayant acquis une expertise dans ce domaine. »

**Lignes directrices du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ (2020)[4]**

*Perspective de personne en traitement :*

*Les qualités les plus importantes pour travailler dans le domaine du traitement du TUO :*

- *Écoute*
- *Absence de jugement*
- *Accueil*
- *Ouverture d'esprit*
- *Humanisme*
- *Gentillesse*
- *Respect*

Une série de formations communes pour l'ensemble des membres du personnel est proposée dans l'encadré ci-dessous pour favoriser la cohérence des interventions et faciliter le partage des tâches. Les stages d'observation peuvent aussi être un outil de développement des compétences.

**Quelles sont les formations qui sont proposées à l'ensemble des professionnels de l'équipe de soins partenaire pour répondre aux besoins des personnes?**

- Réanimation cardio-respiratoire (RCR)
- Administration de la naloxone
- Gestion de crise, Formation Oméga
- Formation de l'INSPQ (**Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire**)
- Formation en réduction des méfaits

Des formations propres à certains domaines professionnels peuvent aussi contribuer au développement des expertises, notamment au sujet des comorbidités (p. ex. : santé mentale, douleur chronique ou aiguë, ITSS). Par ailleurs, l'offre de soins aux populations en situation de précarité et de marginalisation s'accompagne parfois de situations de crise. Pour les professionnels, la gestion des comportements agressifs ainsi que les difficultés de communication avec des personnes présentant de la confusion peuvent contribuer à la frustration, au stress, à l'évitement et à une faible satisfaction professionnelle[144].

En plus de la formation, le mentorat et les réunions interdisciplinaires régulières soutiennent la pratique des membres de l'équipe de soins partenaire[3].



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## 6.5 Responsabilités professionnelles : aide-mémoire

**Tableau 3. Résumé des principales responsabilités pouvant être assumées par les membres de l'équipe de soins partenaire**

| | MD | IPSSM | IPSPL | Pharm. | Inf (bach./ tech.) | Inf. aux. | Int. psyc. | Pairs | Gest. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Poser un diagnostic de TUO | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| Prescrire le TAO et aborder la gestion sécuritaire | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| Ajuster ou prolonger le TAO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| Transférer une ordonnance d'une pharmacie à une autre | | | | ✓ | | | | | |
| Injecter la buprénorphine (Sublocade[MC]) si formé, se référer à la vidéo | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Superviser l'induction de Suboxone[MC] | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | |
| Surveiller la thérapie médicamenteuse | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| En TAOi, évaluer l'état pré et post-injection, superviser l'injection et gérer toute complication immédiate | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓* | | | |
| En TAOi, administrer, au besoin (IM) | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Contribuer à l'évaluation et aux choix éclairés | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Soutenir l'entourage | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Dépister les ITSS | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓* | ✓* | | | |
| Traiter les ITSS | ✓ | ✓ | ✓ | ✓* | ✓* | ✓* | | | |
| Vacciner | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓* | | | |
| Administrer les tests de grossesse | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓* | | | |
| Prescrire la contraception | ✓ | ✓ | ✓ | ✓* | ✓* | | | | |
| Diagnostiquer la santé mentale | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| Prendre en charge la santé mentale | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| Offrir les soins de santé de première ligne | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓* | | | |
| Faire des prises de sang | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| Offrir le matériel essentiel de réduction des méfaits, enseigner son utilisation et effectuer un counseling sur la consommation à risque réduit et l'administration de la naloxone | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Aider à gérer la polyconsommation | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Prescrire des interventions pharmacologiques pour l'arrêt tabagique | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓* | | | | |
| Évaluer le fonctionnement social | | | | | | | ✓ | | |
| Agir sur les déterminants sociaux de la santé | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Offrir des soins et des services de proximité | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Accompagner les démarches liées au traitement | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Favoriser l'adhésion au traitement | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Aider à composer avec les effets du traitement | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Assumer un rôle de pivot | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Appuyer la réponse aux besoins de base | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Assurer le continuum de soins et de services | | | | | | | | | ✓ |
| Soutenir la programmation clinique | | | | | | | | | ✓ |
| Soutenir les meilleures pratiques connues | | | | | | | | | ✓ |
| Mettre en œuvre des mécanismes d'imputabilité | | | | | | | | | ✓ |

*Certaines restrictions s'appliquent.


© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# Conclusion

Ce guide a été conçu comme un outil clinique destiné à promouvoir l'accompagnement des personnes ayant un TUO, par le biais d'une approche souple, individualisée et collaborative. Les principes cliniques proposés dans le présent guide s'appliquent aux personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses; de toutes orientations sexuelles et identités de genre; de tous milieux socioéconomiques; de tous âges et de toutes conditions de santé; sans exception et sans discrimination, dans le respect des différences individuelles et des besoins qui peuvent en découler.

Ce guide n'est pas prescriptif. Il est fondé sur une philosophie et des approches cliniques visant à soutenir l'application des Lignes directrices canadiennes de l'ICRAS, du guide d'usage optimal de l'INESSS ainsi que des cadres réglementaires et professionnels en vigueur au Québec. Il a été conçu afin d'être complémentaire aux outils existants.

Les propositions contenues dans ce guide invitent les professionnels à travailler de concert avec les personnes dans une perspective de maladie chronique (trajectoire à long terme), à reconnaître leur vécu et leurs compétences et à contribuer à réduire la stigmatisation liée à l'usage de substances.

# Guide d'accompagnement : aide-mémoire

## Philosophie

- ☑ Prise en compte des inégalités sociales de santé
- ☑ Autonomie
- ☑ Bienveillance et humilité
- ☑ Approche sensible aux traumatismes et à la violence
- ☑ Solidarité
- ☑ Justice et équité
- ☑ Intégrité et dignité
- ☑ Principe éthique de vulnérabilité
- ☑ Réduction des méfaits et vision holistique

## Étapes

- ☑ Accueillir
- ☑ Poser le diagnostic de TUO
- ☑ Procéder à une évaluation adaptée à la situation
- ☑ Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits
- ☑ Soutenir le choix concerté de la pharmacothérapie
- ☑ Prescrire la pharmacothérapie
- ☑ Procéder à des changements ou des ajustements au besoin

## Stratégies

- ☑ Assurer la prestation des paniers de services
- ☑ Préserver la relation thérapeutique
- ☑ Balancer les risques et les bienfaits
- ☑ Gérer les absences aux rendez-vous et les doses manquées
- ☑ Gérer les conflits entre les professionnels et les patients
- ☑ Éviter les ruptures de traitement
- ☑ Réduire les barrières d'accès aux soins
- ☑ Travailler en collaboration avec l'équipe de soins partenaire
- ☑ Se former et partager ses connaissances

### *Perspective patient – Quelques mots-clés à retenir*

- ★ Humanisme
- ★ Respect
- ★ Partenaires
- ★ Objectifs
- ★ Confiance
- ★ Relation
- ★ Information
- ★ Transparence



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# RÉFÉRENCES


1. Watkins KE, Ober AJ, Lamp K, Lind M, Diamant A, Osilla KC, Heinzerling K, Hunter SB, Pincus HA. Implementing the Chronic Care Model for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care. Prog Community Health Partnersh. 2017; 11(4):397-407.

2. ICRAS - Initiative Canadienne de Recherche en Abus de Substance. 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]. 2018 [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf

3. Goyer et al. Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes. [Internet]. 2020 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2022/06/220214-GuideTUO-FR-fevrier2022.pdf

4. CMQ, OIIQ et OPQ - Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible : https://www.oiiq.org/documents/20147/1306027/lignes-directrices-TUO-20032020-vdef.pdf

5. 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/Naloxone_fiche-synthese_VF.pdf

6. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Peers Supporting Recovery from Substance Use Disorders. [Internet]. 2017. [cité le 6 mars 2024]. Disponible : Value of Peers Infographics: Peer Recovery (samhsa.gov)

7. 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]. 2018 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf

8. World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. 2009 [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf?sequence=1

9. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Guide d'usage optimal – traitement par agonistes opioïdes. [Internet]. 2021 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/GUO_TUO_FR.pdf

10. Collège des médecins du Québec. TÉLÉMÉDECINE – GLOSSAIRE. Concepts et définitions. [Internet]. 2021. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://cms.cmq.org/files/documents/Fiches/p-1-2021-12-13-fr-glossaire-concepts-et-definitions.pdf

11. Gouvernement du Canada. Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues.html

12. Min JE, Pearce LA, Homayra F, Dale LM, Barocas JA, Irvine MA, Slaunwhite AK, McGowan G, Torban M, Nosyk B. Estimates of opioid use disorder prevalence from a regression-based multi-sample stratified capture-recapture analysis. Drug Alcohol Depend. 2020 Dec 1;217:108337.

13. Kawasaki S, Francis E, Mills S, Buchberger G, Hogentogler R, Kraschnewski J. Multi-model implementation of evidence-based care in the treatment of opioid use disorder in Pennsylvania. J Subst Abuse Treat. 2019 Nov;106:58-64.

14. Gouvernement du Canada. Santé Infobase. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. [Internet]. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/

15. Gouvernement du Canada. Mesurer l'impact de l'épidémie de surdose d'opioïdes au Canada sur l'espérance de vie à la naissance. [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Mesurer l'impact de l'épidémie de surdose d'opioïdes au Canada sur l'espérance de vie à la naissance - Canada.ca

16. Payer, D.E., M.M. Young, B. Maloney-Hall, C. Mill, P. Leclerc, Buxton, J. Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies et Groupe de travail national sur la vérification de drogue. Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada : Une analyse des données provenant de saisies de drogues, de programmes de vérification des drogues et d'analyses d'urine. [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-CCENDU-Adulterants-Contaminants-Co-occurring-Substances-in-Drugs-Canada-2020-Report-fr.pdf

17. Santé Montréal. Prévention des surdoses liées aux drogues. [Internet]. 2022. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/surdoses/prevention-des-surdoses-liees-aux-drogues

18. Shemilt M, Langlois É, Dubé M, Gagné M, Perron P, Dubé P. Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016. [Internet]. 2017. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf

19. Institut national de santé publique du Québec. Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à décembre 2023. [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à septembre 2023 | Institut national de santé publique du Québec (inspq.qc.ca)

20. Brisson, P. Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI). [Internet]. 2011. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Microsoft Word - FicheUDI_VersionDetaillee_Vfinale2.doc (inspq.qc.ca)

21. Roy É, Arruda N, Bruneau J, Jutras-Aswad D. Epidemiology of Injection Drug Use: New Trends and Prominent Issues. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(3):136-144.

22. Visconti AJ, Sell J, Greenblatt AD. Primary Care for Persons Who Inject Drugs. Am Fam Physician. 2019 Jan 15;99(2):109-116.

23. Archambault L, Bertrand K, Jutras-Aswad D, Monson E, Touré EH, Perreault M. People with opioid use disorders: A taxonomy of treatment entrants to support the development of a profile-based approach to care. Drug Alcohol Rev. 2023;42(4):765-777.

24. Fisher, B., Patra, J., Firestone Cruz, M., Gittins, J., Rehm, J. Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multisite population of illicit opioid users. Drug and alcohol Review. 2008; 27: 625-632

25. Center for Disease Control and Prevention. Commonly Used Terms. [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/opioids/basics/terms.html

26. Vajdic CM, Marashi Pour S, Olivier J, Swart A, O'Connell DL, Falster MO, Meagher NS, Mao L, Grulich AE, Randall DA, Amin J, Burns L, Degenhardt L. 2015. The impact of blood-borne viruses on cause-specific mortality among opioid dependent people: An Australian population-based cohort study. Drug and Alcohol Dependency, 152 : 264-271.

27. Institut national de santé publique du Québec. Infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI. [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Réseau SurvUDI 1995-2018 | Institut national de santé publique du Québec (inspq.qc.ca)

28. Khan MR, Berger A, Hemberg J, O'Neill A, Dyer TP, Smyrk K. Non-injection and injection drug use and STI/HIV risk in the United States: the degree to which sexual risk behaviors versus sex with an STI-infected partner account for infection transmission among drug users. AIDS Behav. 2013 Mar;17(3):1185-94.

29. Hassan AN, Le Foll B. Polydrug use disorders in individuals with opioid use disorder. Drug Alcohol Dependence. Mai 2019; 198:28-33.

30. Jones CM, McCance-Katz EF. Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. Drug Alcohol Depend. 2019 Apr 1;197:78-82.

31. Vorma H, Sokero P, Aaltonen M, Turtiainen S, Hughes LA, Savolainen J. 2013. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: evidence from a community study. Addict Behav. 2013 Jul;38(7):2313-6.

32. Ries, Richard; Krupski, Antoinette; West, Imara I; Maynard, Charles; Bumgardner, Kristin; Donovan, Dennis; Dunn, Chris; Roy-Byrne, Peter. Correlates of opioid use in adults with self-reported drug use recruited from public safety-net primary care clinics. Journal of Addiction Medicine. 2015; 9(5), 417-426.

33. Seidenberg A, Rosemann T, Senn O. Patients receiving opioid maintenance treatment in primary care: successful chronic hepatitis C care in a real world setting. BMC Infect Dis. 2013; Jan 8;13:9

34. Santo T Jr, Campbell G, Gisev N, et al. Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2022;238:109551.

35. Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. Long-term course of opioid addiction. Harv Rev Psychiatry, 2015; 23(2), 76-89.

36. Voon P, Kerr T. "Nonmedical" prescription opioid use in North America: a call for priority action. Subst Abuse Treat Prev Policy. Dec 1 2013;8:39.

37. Dunn KE, Brooner RK, Clark MR. 2014. Severity and interference of chronic pain in methadone-maintained outpatients. Pain Med. 2014 Sep;15(9):1540-8.

38. Dhingra L, Perlman DC, Masson C, Chen J, McKnight C, Jordan AE, Wasser T, Portenoy RK, Cheatle MD. 2015. Longitudinal analysis of pain and illicit drug use behaviors in outpatients on methadone maintenance. Drug Alcohol Depend. 2015 Apr 1;149:285-9.

39. Stein, M.D., Herman, D.S., Bailey, G.L. et al. Chronic Pain and Depression Among Primary Care Patients Treated with Buprenorphine. J GEN INTERN MED 2015; 30, 935–941.

40. Heimer, R., Dasgupta, N., Irwin, K. S., Kinzly, M., Harvey, A. P., Givens, A., & Grau, L. E. Chronic pain, addiction severity, and misuse of opioids in Cumberland County, Maine. Addictive behaviors. 2012; 37(3), 346–349.

41. Wachholtz A, Foster S, Cheatle M. Psychophysiology of pain and opioid use : Implications for managing pain in patients with an opioid use disorder. Drug Alcohol Dependence. Jan 2015; 146:1-6.




© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

42. Wyse JJ, Lovejoy J, Holloway J, Morasco BJ, Dobscha SK, Hagedorn H, Lovejoy TI. Patients' perceptions of the pathways linking chronic pain with problematic substance use. Pain. 2021 Mar 1;162(3):787-793.

43. Edwards, S., Vendruscolo, L.F., Gilpin, N.W., Wojnar, M. and Witkiewitz, K. Alcohol and Pain: A Translational Review of Preclinical and Clinical Findings to Inform Future Treatment Strategies. Alcohol Clin Exp Res. 2020; 44: 368-383.

44. Speed, T. J., Parekh, V., Coe, W., & Antoine, D. Comorbid chronic pain and opioid use disorder: literature review and potential treatment innovations. International review of psychiatry (Abingdon, England). 2018; 30(5), 136–146.

45. Brensilver, M., Tariq, S., & Shoptaw, S. Optimizing pain management through collaborations with behavioral and addiction medicine in primary care. Primary care, 2012; 39(4), 661–669.

46. Clark, M. R., Stoller, K. B., & Brooner, R. K. Assessment and management of chronic pain in individuals seeking treatment for opioid dependence disorder. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 2008; 53(8), 496–508.

47. Voon, P., Hayashi, K., Milloy, M. J., Nguyen, P., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. Pain Among High-Risk Patients on Methadone Maintenance Treatment. The journal of pain. 2015; 16(9), 887–894.

48. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2015.

49. Perreault M, Archambault L. Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal. [Internet]. 2017. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'Île de Montréal – Étude de faisabilité sur le TAO injectable au Québec

50. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022. [Internet]. 2023. Disponible sur: 14-043-02F_gabarit_word.indd (gouv.qc.ca)

51. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP. The changing face of heroin use in the United States: a retrospective analysis of the past 50 years. JAMA Psychiatry. 2014;71(7):821-826.

52. Archambault, L. Troubles liés à l'usage d'opioïdes : analyse de différents profils pour soutenir une offre de services mieux adaptée. [Internet]. Thèse de doctorat. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Troubles liés à l'usage d'opioïdes : analyse de différents profils pour soutenir une offre de services mieux adaptée (usherbrooke.ca)

53. Fischer B. Prescriptions, power and politics: the turbulent history of methadone maintenance in Canada. J Public Health Policy. 2000;21(2):187-210.

54. Ducharme, S., Fraser, R., & Gill, K. Mise à jour sur l'utilisation clinique de la buprénorphine pour les troubles reliés aux opioïdes. Canadian Family Physician. 2012; 58, e9-e14

55. Santé Canada. Le gouvernement du Canada approuve de nouvelles options de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes et appuie des projets de recherche, de traitement et de réduction des méfaits en Ontario. [Internet]. 2019. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2019/05/le-gouvernement-du-canada-approuve-de-nouvelles-options-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage-dopioides-et-appuie-des-projets-de-recherche-de-tr.html

56. Gouvernement du Canada. Traitement d'entretien à la méthadone. [Internet]. 2017. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/exemptions/traitement-entretien-methadone.html

57. Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (Cran). Historique du cran et des TDO. [Internet]. 2016 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: http://www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/propos-du-programme-cran/historique-du-cran-et-des-tdo

58. Perreault M, et al. Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://taoinjectable.com/guide-dinformation-et-dorientation-pour-une-offre-de-traitement-par-agonistes-opioides-injectable-au-quebec/

59. Ndiaye A. Traitements de substitution aux opioïdes en France - bilan 2023. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. [Internet]. 2023 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.documentation-administrative.gouv.fr/adm-01859872

60. Labhart F, Kretschmann A, Maffli E. Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution - Résultats 2018. [Internet]. 2019. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/01/statistique-nationale-des-traitements-par-agonistes-opioides-de-substitution-resultats-2018.pdf

61. WHO, UN Office on Drugs and Crime. Establishing and delivering evidence-based, high-quality opioid agonist therapy services. An operational tool for low- and middle-income countries. [Internet]. 2022. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Establishing and delivering evidence-based, high-quality opioid agonist therapy services (unodc.org)

62. Loi sur les services de santé et les services sociaux. [Internet]. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: RLRQ c S-4.2 | Loi sur les services de santé et les services sociaux | CanLII

63. Organisation mondiale de la santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. [Internet]. 2011 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Microsoft Word - 111663F-Décl-RIO.docx (who.int)

64. Bernèche F, Traoré I, Perron B. Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003 [Internet]. 2012 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-35-litteratie-en-sante-competences-groupes-cibles-et-facteurs-favorables-resultats-quebecois-de-lenquete-internationale-sur-lalphabetisation-et-les-competences-des-adultes-2003.pdf

65. Alsabbagh MW, Cooke M, Elliott SJ, Chang F, Shah NU, Ghobrial M. Stepping up to the Canadian opioid crisis: a longitudinal analysis of the correlation between socioeconomic status and population rates of opioid-related mortality, hospitalization and emergency department visits (2000-2017). Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2022 Jun;42(6):229-237.

66. Commission de la santé mentale du Canada. Stigmatisation structurelle [Internet]. 2024 [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://commissionsantementale.ca/stigmatisation-structurelle/

67. Power, N., Archambault, L., Perreault, M. New challenges and opportunities for opioid agonist treatment access and retention: a scoping review. Submitted.

68. Baah FO, Teitelman AM, Riegel B. Marginalization: Conceptualizing patient vulnerabilities in the framework of social determinants of health-An integrative review. Nurs Inq. 2019;26(1):e12268.

69. Beauchemin, R., Brisson, P., Cloutier, R., Gagnon, H., Gendron, I. Usage de drogues et prévention des ITSS. Intervenir selon une approche de réduction des méfaits. Québec: 2014.

70. Brisson, P. Dans Beauchemin, R., Brisson, P., Cloutier, R., Gagnon, H., Gendron, I., éditeurs. Usage de drogues et prévention des ITSS. Intervenir selon une approche de réduction des méfaits. Chapitre 4. Prévention des toxicomanies. La réduction des méfaits : principes et pratiques. Québec : 2014.

71. Ibrahim JE, Davis MC. Impediments to applying the 'dignity of risk' principle in residential aged care services. Australas J Ageing. 2013;32(3):188-193.

72. Lawson KM, Back SE, Hartwell KJ, Moran-Santa Maria M, Brady KT. A comparison of trauma profiles among individuals with prescription opioid, nicotine, or cocaine dependence. Am J Addict. 2013 Mar-Apr;22(2):127-31.

73. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Les soins sensibles au traumatisme [Internet]. 2014. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf

74. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

75. Krawczyk N, Mojtabai R, Stuart EA, Fingerhood M, Agus D, Lyons BC, Weiner JP, Saloner B. Opioid agonist treatment and fatal overdose risk in a state-wide US population receiving opioid use disorder services. Addiction. 24 fev 2020;115(9):1683-94.

76. Manhapra A, Stefanovics E, Rosenheck R. Initiating Opioid Agonist Treatment for Opioid use Disorder Nationally in the Veterans Health Administration: Who Gets What? Substance Abuse. 2020;41(1):110-120.

77. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire. [Internet]. 2024. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire | Institut national de santé publique du Québec (inspq.qc.ca)

78. Qualité des services de santé Ontario. Trouble de consommation d'opioïdes Soins destinés aux personnes de 16 ans et plus. [Internet]. 2018. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-fr.pdf

79. Beaulieu M, Tremblay J. Toxicomanie : trouble chronique ou transitoire? Impact sur la prestation de services. Institut universitaire sur les dépendances. [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Trouble chronique ou transitoire? Impact sur la prestation de services. (iud.quebec)

80. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance (ESCODI). La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec : Capsules web à l'intention des prescripteurs [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/categorie-ressource/capsules-video/

81. Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Perspectives des ordres professionnels des médecins, infirmières et pharmaciens sur l'approvisionnement plus sécuritaire. [Internet] 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/avis-approv-opioides-20231017.pdf

82. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Optimiser l'intervention en santé mentale des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés [Internet] 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/chroniques-ips/optimiser-l-intervention-en-sante-mentale-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-et-infirmiers-praticiens-specialises?redirect≠pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/chroniques-ips



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

83. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance (ESCODI). Guide d'utilisation de la morphine à libération lente uniquotidienne (KadianMC ) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). [Internet] 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2023/03/230224-Outil-Kadian-FR.pdf

84. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance (ESCODI). Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (SublocadeMC ) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). [Internet] 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2023/03/230327-Outil-Sublocade-FR.pdf

85. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance (ESCODI). Guide d'utilisation de la méthode d'induction par microdosage de buprénorphine-naloxone (SuboxoneMC) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). [Internet] 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2023/08/230804-Outil-Microdosage-FR.pdf

86. Wilson M, Finlay M, Orr M, Barbosa-Leiker C, Sherazi N, Roberts MLA, Layton M, Roll JM. Engagement in online pain self-management improves pain in adults on medication-assisted behavioral treatment for opioid use disorders. Addict Behav. 2018 Nov;86:130-137.

87. Archambault, L., Bertrand, K., Martel, MO., Bérubé, M., Perreault, M. The current state of knowledge on care for co-occurring chronic pain and opioid use disorder: A scoping review. Journal of Clinical Nursing. 2024.

88. Jiménez-Fernández, B., Calomarde-Gómez, C., López-Lazcano, A., Lligoña, A., Gual, A., & López-Pelayo, H. Systematic review on the clinical management of chronic pain and comorbid opioid use disorder. Revisión sistemática sobre el manejo clínico del dolor crónico y el trastorno por uso de opioides simultáneo. Adicciones, 2022; 1680.

89. Pinard, A.M. et Arbour, P. Présentation réalisée au Congrès Dépendance et douleur, FMOQ. 2021

90. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder. [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.camh.ca/-/media/files/professionals/canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf

91. CRISM Prairies. Guidance document on the management of substance use in acute care [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://crismprairies.ca/wp-content/uploads/2020/02/Guidance-Document-FINAL.pdf

92. Gudin J, Fudin J. A Narrative Pharmacological Review of Buprenorphine: A Unique Opioid for the Treatment of Chronic Pain. Pain Ther. 2020;9(1):41-54.

93. Warner NS, Warner MA, Cunningham JL, Gazelka HM, Hooten WM, Kolla BP, Warner DO. A Practical Approach for the Management of the Mixed Opioid Agonist-Antagonist Buprenorphine During Acute Pain and Surgery. Mayo Clin Proc. Juin 2020;95(6):1253-67.

94. Arnet, I., Kenneth M. Dürsteler, Christine Jaiteh, Florian Grossmann, Kurt E. Hersberger; Rescue Analgesia for Opioid-Dependent Individuals on Opioid Agonist Treatment during Hospitalization: Adherence to Guideline Treatment. Eur Addict Res 21 August 2023; 29 (4): 253–263.

95. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. Pain. 2015 Apr;156(4):569-576.

96. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, & Perinatal Services BC. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Pregnancy Supplement. [Internet]. 2018. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: http://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/

97. NIH. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. 2006. Methadone. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501233/

98. NIH. Drugs and Lactation Database (LactMed®) [En ligne]. 2006. Buprenorphine. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501202/

99. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. A Collaborative Approach to the Treatment of Pregnant Women with Opioid Use Disorders. HHS Publication No. (SMA) 16-4978. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2016.

100. American Society of Addiction Medicine. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update [Internet]. 2020. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: npg-jam-supplement.pdf (asam.org)

101. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Medications for Opioid Use Disorder: For Healthcare and Addiction Professionals, Policymakers, Patients, and Families: Updated 2021 [Internet]. 2018. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574910/

102. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice. [Internet]. 2014. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice (Report in Short) (ccsa.ca)

103. Rieb LM, Samaan Z, Furlan AD, Rabheru K, Feldman S, Hung L, Budd G, Coleman D. Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. Can Geriatr J. 13 mars 2020;23(1):123-34.

104. Peters-Watral B. Opioid use disorder and chronic pain : challenges for palliative care practice. Int J Palliat Nurs. 2 sep 2019;25(9):453-7.

105. Victorian Opioid Management ECHO. Palliative Care and OAT. [Internet]. 2019. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://echo.pabn.org.au/wp-content/uploads/2019/09/palliative_care_and_oat_as_14-8-20.pdf

106. Jensen, K., & Kelley, J. M. The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 2016; 3(2), 132–145.

107. Bordin E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy (Chic.) 1979; 16, 252–260

108. Marchand K, Foreman J, MacDonald S, Harrison S, Schechter MT, Oviedo-Joekes E. Building healthcare provider relationships for patient-centered care: A qualitative study of the experiences of people receiving injectable opioid agonist treatment. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2020 Jan 20;15(1):7.

109. American Psychological Association. Better relationships with patients lead to better outcomes. [Internet]. 2019. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.apa.org/monitor/2019/11/ce-corner-relationships

110. British Columbia Centre on Substance Use, BC Ministry of Health, and BC Ministry of Mental Health and Addictions. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder. [Internet]. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.bccsu.ca/opioid-use-disorder/

111. Yarborough BJ, Stumbo SP, McCarty D, Mertens J, Weisner C, Green CA. Methadone, buprenorphine and preferences for opioid agonist treatment: A qualitative analysis. Drug Alcohol Depend. 2016;160:112-118.

112. Maina G, Tahir H, Docabo A, Kahia N, Brunelle C. Exploring health-care providers' experiences in the care of clients on opioid agonist treatment in two western Canadian clinics. Can J Nurs Res. 2020 Mar;52(1):15-24.

113. Couturier, Yves, and Louise Belzile. La Collaboration Interprofessionnelle En Santé et Services Sociaux. Presses de l'Université de Montréal, 2018.

114. Ordre des pharmaciens du Québec. [Internet]. Programme Alerte. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.opq.org/programme-alerte/

115. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance (ESCODI). Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité. [Internet]. 2022. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2023/02/230217-Outil-pharmacien.pdf

116. Godersky ME, Saxon AJ, Merrill JO, Samet JH, Simoni JM, Tsui JI. Provider and patient perspectives on barriers to buprenorphine adherence and the acceptability of video directly observed therapy to enhance adherence. Addict Sci Clin Pract. 2019 Mar 13;14(1):11.

117. Chatterjee A., Yu E.J., Tishberg L. Exploring opioid use disorder, its impact, and treatment among individuals experiencing homelessness as part of a family. Drug Alcohol Depend. 2018;188:161–168.

118. Collège des médecins du Québec. Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant la pandémie. [Internet]. S.d. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/informations-clinique/telemedecine/tuo-pandemie

119. Crawford S, Bath N. Peer Support Models for People With a History of Injecting Drug Use Undertaking Assessment and Treatment for Hepatitis C Virus Infection. Clin Infect Dis. 2013;57(suppl_2):S75—S79.

120. Hébert C. Prévenir la violence dans le milieu médical. Le Médecin du Québec. 1 jan 2020;55(1).

121. Kinner SA, Gan W, Slaunwhite A. Fatal overdoses after release from prison in British Columbia: a retrospective data linkage study. CMAJ Open. 2021 Sep 28;9(3):E907-E914.

122. Santé Canada. Exemption accordée en vertu de l'article 56 aux voyageurs qui importent ou exportent des produits pharmaceutiques d'ordonnance contenant un stupéfiant ou une drogue contrôlée. [Internet]. 2005. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/substancontrol/pol/pol-docs/s56-exemption_travel-voyageur-fra.pdf

123. Power, N., Archambault, L., Perreault, M. New challenges and opportunities for opioid agonist treatment access and retention: a scoping review. Submitted.

124. Bagley SM, Peterson J, Cheng DM, et al. 2015. Overdose education and naloxone rescue kits for family members of individuals who use opioids: characteristics, motivations, and naloxone use. Subst Abus 2015; 36:149–154.

125. Ventura, AS. MPH; Bagley, SM. 2017. To Improve Substance Use Disorder Prevention, Treatment and Recovery: Engage the Family. Journal of Addiction Medicine. September/October 2017 11(5): 339-341.

126. Haskell, R., Graham, K., Bernards, S. et al. Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. Int J Ment Health Syst. 2016; 10, 9.

127. Soklaridis S, McCann M, Waller-Vintar J, Johnson A, Wiljer D. Where is the family voice? Examining the relational dimensions of the family- healthcare professional and its perceived impact on patient care outcomes in mental health and addictions. PLoS ONE. 2019; 14(4).



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

128. Ness, O., Borg, M., Semb, R. and Topor, A. "Negotiating partnerships:" parents' experiences of collaboration in community mental health and substance use services, Advances in Dual Diagnosis, 2016; 9(4), 130-138.

129. Kumar N, Oles W, Howell BA, et al. The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: A systematic review. J Subst Abuse Treat. 2021;127:108367.

130. Kelly, J.F., Nilo Fallah-Sohy, Julie Cristello, Brandon Bergman, Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization, Journal of Substance Abuse Treatment. 2017; 77:193-200.

131. Maina, G., Ogenchuk, M., Phaneuf, T. et al. "I can't live like that": the experience of caregiver stress of caring for a relative with substance use disorder. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2021; 16, 11.

132. Collège des médecins du Québec. Patient, expert de sa vie avec la maladie et partenaire de ses soins [Internet]. S.d. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.cmq.org/fr/proteger-le-public/infocmq/patient-expert-partenaire

133. Perreault, M., Archambault, L., Gabet, M., Ponsot, AS., Cohen, J,. Artunduaga, A. Étude sur les besoins des cliniciens et des gestionnaires des directions des programmes santé mentale et dépendances en matière de traitement du trouble d'usage d'opioïdes. 2019. Rapport déposé au MSSS.

134. Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins. [Internet]. 2015. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: 2201_38_fr-ca_0_oiiq_cmq_opq_enonce_collaboration.pdf

135. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, Débarges B, Clavel N, Jouet É. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals]. Sante Publique. 2015 Jan-Feb;27(1 Suppl):S41-50.

136. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Fam Pract. 2016;17:83.

137. Collège des médecins du Québec. Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille. [Internet]. 2016. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-fr-premiere-ligne-forte-expertise-medecin-de-famille

138. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. [Internet]. 2023-2024. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (aipsq.com)

139. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. [Internet]. 2021. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf

140. Loi sur les infirmières et les infirmiers. [Internet]. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: I-8 - Loi sur les infirmières et les infirmiers (gouv.qc.ca)

141. Code des professions. Chapitre C-26. Québec. [Internet]. 2023. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26

142. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. L'infirmière auxiliaire et sa contribution à la thérapie intraveineuse. [Internet]. 2017. [cité le 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.oiiaq.org/activites-professionnelles/activites-autorisees/contribution-a-la-therapie-intraveineuse-1

143. Archambault L, Thibault-Lévesque J, Rivard B, Goyer MÈ, Perreault M. Recension des écrits sur l'intervention par les pairs pour soutenir leur intégration dans le traitement par agoniste opioïde injectable. Can J Community Ment Health. 1 jan 2022;41(1):62-89.

144. Amanda Griffiths, Alec Knight, Rowan Harwood, John R.F. Gladman, Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals, Age and Ageing. July 2014; 43 (4): 521–527.

# ANNEXES

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

# ANNEXE 1

## Effets indésirables fréquents lors de traitement par agonistes opioïdes (TAO)

### La constipation

La constipation est très fréquemment rapportée avec la prise d'opioïdes. Elle est provoquée par l'activation des récepteurs *μ* périphériques du tractus gastro-intestinal. Les symptômes incluent une diminution de la fréquence des selles, le passage de selles dures, une difficulté à évacuer ou une sensation d'évacuation incomplète. Sa prévalence varie de 40 à 90 % chez les utilisateurs d'opioïdes toute indication confondue.[1,2,3] La haute tolérance aux opioïdes ne protège pas contre la constipation. La prévention repose principalement sur le contrôle des habitudes de vie telles que l'alimentation et l'activité physique. Il est aussi généralement recommandé de donner un laxatif de façon préventive. L'usage d'un émollient comme le polyéthylène glycol ou d'un stimulant tel que le sennoside, en monothérapie ou en combinaison, est une stratégie adéquate. Bien qu'ils soient efficaces en prévention, les laxatifs traditionnels échouent cependant fréquemment à bien traiter la constipation induite par les opioïdes. La combinaison de plusieurs agents devient alors nécessaire. Dans les cas plus réfractaires, il est possible de donner un antagoniste des récepteurs *μ* périphériques tel que le naloxégol ou la méthylnaltrexone. Il faut toutefois noter que ces produits sont dispendieux et non remboursés par la RAMQ et la plupart des assureurs privés. Il est toutefois possible de faire une demande de patient d'exception pour les patients assurés avec la RAMQ.

### La transpiration

Bien que peu documentée dans la littérature scientifique, la transpiration ou hyperhidrose représente un effet indésirable possible avec tous les opioïdes. Elle semble toutefois nettement plus fréquente avec la prise de méthadone avec une prévalence de près de 45 %.[4,5] Dans les cas de sudation lors de l'initiation d'un TAO, il est primordial de bien différencier état d'hyperhidrose et sevrage aux opioïdes. Dans les cas où une hyperhidrose isolée et prolongée avec la méthadone provoque une diminution de la qualité de vie, il est possible de proposer au patient un passage vers un autre TAO. Il n'existe aucun traitement reconnu de la transpiration excessive liée aux opioïdes. Des solutions non pharmacologiques peuvent être proposées (diminution de l'exposition à la chaleur, port de vêtements légers, limiter à la consommation d'alcool et de caféine). Il existe quelques rapports de cas sur l'usage d'agents anticholinergiques, comme les antihistaminiques ou l'oxybutynine, pour le traitement de l'hyperhidrose liée à la méthadone.[5] Cette stratégie ne peut être recommandée systématiquement par manque de données. L'usage de ces agents comporte aussi un risque d'effets indésirables significatifs. Les risques et les bénéfices doivent alors être discutés avec le patient.

### L'hypogonadisme

Les opioïdes, perturbateurs connus de l'axe hypothalamo-hypophysaire, mènent fréquemment vers l'hypogonadisme par l'inhibition de la sécrétion de GnRH au niveau de l'hypothalamus. Une prise chronique augmente le risque de développer ce trouble endocrinien qui touche près de 74 % de ses usagers.[6,7] Celui-ci peut toutefois s'installer aussi rapidement qu'une semaine après le début du traitement. Ce phénomène est généralement réversible à l'arrêt de la consommation de la substance. Il n'est pas recommandé de dépister systématiquement tous les patients masculins sous TAO pour de l'hypogonadisme. Sur présentation de signes et symptômes suggestifs

(fatigue, diminution de la libido, dysfonction érectile, perte de masse musculaire, atrophie testiculaire, gynécomastie, perte de poils, etc.), il est possible de demander un dosage de testostérone totale le matin à au moins deux reprises afin d'établir le diagnostic. Avec la présence d'un dosage inférieur à la normale ou en présence d'une forte suspicion clinique d'hypogonadisme malgré un résultat normal, un dosage de testostérone biodisponible ou libre pourrait être demandé afin de clarifier le diagnostic.[8] Un dosage de LH et FSH devrait ensuite être demandé afin de mieux préciser la nature de l'hypogonadisme diagnostiqué. Une recherche des autres causes pouvant potentiellement contribuer à l'hypogonadisme devrait être effectuée et ces causes devraient être prises en charge selon les cas (p. ex. : diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale ou hépatique, obésité, etc.). Une fois le diagnostic émis, il est envisageable d'amorcer une supplémentation en testostérone avec comme objectif de traitement, le soulagement des symptômes rapportés par le patient et le retour à des niveaux sériques normaux de cette hormone. Il existe différentes formes commercialisées de testostérone. Les formes injectables, orales et topiques sont remboursées par la RAMQ ainsi que les assureurs privés. Le gel nasal n'est quant à lui pas couvert.

## Allongement du QT

L'allongement du segment QT à l'ECG peut s'avérer un facteur déterminant pour le choix ou la poursuite d'un TAO. Alors qu'il est peu ou pas rapporté avec les différentes formulations de buprénorphine ou la morphine à libération lente uniquotidienne (MLLU), il représente un enjeu avec l'usage de la méthadone. La prévalence d'un allongement considérable au-delà des mesures jugées normales varie grandement d'une référence à l'autre, mais on peut penser qu'elle serait de l'ordre d'environ 15 % avec la méthadone.[9] Environ 5 % des patients sous méthadone pour un TUO pourraient se retrouver avec un QTc > 500 ms, seuil où l'on considère le risque cardiaque comme étant élevé.[10] Ce phénomène semble être dose-dépendant, mais est possible même avec de petites doses de méthadone. Lors de l'initiation de la méthadone, un ECG de base est recommandé chez les patients jugés à risque (p. ex. : antécédents personnels ou familiaux d'arythmie cardiaque, prise de plusieurs médicaments ou substances pouvant prolonger l'onde QT, bradycardie, troubles électrolytiques, patients déjà connus pour QT allongé, etc.). À moins d'un risque jugé trop élevé, l'initiation de la méthadone ne devrait pas être retardée par le délai d'attente d'un résultat d'ECG. Le QT pourra ensuite être suivi périodiquement, par exemple lors de l'augmentation de dose ou l'ajout d'un médicament connu pour prolonger le QT. En présence d'un QT entre 450 et 500 ms, la prudence est de mise. Si le patient nécessite une augmentation de dose, une discussion avec celui-ci sur les risques et bénéfices d'une poursuite de la titration de la dose devrait être considérée. Avec un QT allongé au-dessus de 500 ms sous méthadone, le passage vers un autre TAO devrait être envisagé. Les médicaments connus pour allonger le QT devraient toujours être ajoutés avec prudence chez les personnes sous méthadone et une alternative devrait être envisagée si possible. Des références spécialisées peuvent être consultées pour identifier les médicaments pouvant prolonger le QT.[11]

Il n'existe pas de corrélation claire entre la buprénorphine et l'allongement de QT. Certaines études suggèrent qu'un léger prolongement est possible, alors que plusieurs autres ne rapportent aucun effet significatif de la molécule sur le QT.[12,13,14] La prudence est tout de même de mise avec la buprénorphine chez les patients déjà connus pour QT long. Le risque est toutefois jugé faible et peu significatif. Aucun suivi particulier n'est recommandé chez les patients sous buprénorphine.



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

## Références (annexe 1)


1. Sizar O, Genova R, Gupta M. Opioid-Induced Constipation. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493184/

2. Kumar L, Barker C, Emmanuel A. Opioid-induced constipation: pathophysiology, clinical consequences, and management. Gastroenterol Res Pract 2014; 2014: 141737. DOI: 10.1155/2014/141737

3. Bergeron-Parent C, Nobert M. La constipation provoquée par les opioïdes : naloxegol pour rétablir le flux. Info-comprimée. Le Médecin du Québec. 2021.

4. Cheshire, W.P., Fealey, R.D. Drug-Induced Hyperhidrosis and Hypohidrosis. *Drug-Safety* 31, 109–126 (2008). https://doi.org/10.2165/00002018-200831020-00002

5. Hong J, Lee J, Totouom-Tangho H, Dunn NR, Swift RG. Methadone-Induced Hyperhidrosis Treated With Oxybutynin. J Addict Med. 2017 May/Jun;11(3):237-238. doi: 10.1097/ADM.0000000000000300. PMID: 28244893; PMCID: PMC5457832.

6. David, J. and Kirby, M. (2022), Testosterone deficiency, the unrecognised consequence of the opioid epidemic in men. Trends Urology & Men Health, 13: 22-27. https://doi.org/10.1002/tre.846

7. Avery F. McGuirt & Christina A. Brezing (2024) Opioid-induced hypogonadism in opioid use disorder, its role in negative reinforcement, and implications for treatment and retention, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, DOI: 10.1080/00952990.2023.2292012

8. Lajeunesse-Viens G. Andropause: vérités et conséquences. Le Médecin du Québec. 2020.

9. Titus-Lay, E.N., Jaynes, H.A., Tomaselli Muensterman, E., Walroth, T.A., Ott, C.A., Desta, Z., Williams, G., Moe, P.R., Wilbrandt, M. and Tisdale, J.E. (2021), Methadone-associated QT interval prolongation in patients undergoing maintenance therapy in an urban opioid treatment program. Pharmacotherapy, 41: 238-246. https://doi.org/10.1002/phar.2498

10. Cornish R, Macleod J, Strang J, Vickerman P, Hickman M. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. BMJ (Clinical research ed). 2010;341:c5475. doi:10.1136/bmj.c5475

11. Woosley RL, Heise CW , Gallo T, Woosley D and Romero KA, www.CredibleMeds.org, QTdrugs List, [Accession Date], AZCERT, Inc. 1457 E. Desert Garden Dr., Tucson, AZ 85718

12. Fareed A, Patil D, Scheinberg K, Blackinton Gale R, Vayalapalli S, Casarella J, Drexler K. Comparison of QTc interval prolongation for patients in methadone versus buprenorphine maintenance treatment: a 5-year follow-up. J Addict Dis. 2013;32(3):244-51. doi: 10.1080/10550887.2013.824333. PMID: 24074190.

13. Wedam EF, Bigelow GE, Johnson RE, Nuzzo PA, Haigney MC. QT-interval effects of methadone, levomethadyl, and buprenorphine in a randomized trial. Arch Intern Med. 2007 Dec 10;167(22):2469-75. doi: 10.1001/archinte.167.22.2469. PMID: 18071169.

14. Sublocade, monographie. Indivior. 2025. Disponible sur : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082978.PDF

15. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder: 2023 update. British Columbia Ministry of Health. 2023. https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2023/12/BC-OUD-Treatment-Guideline_2023-Update.pdf

# ANNEXE 2 Aide-mémoire pour organiser un transfert

## Vous transférez un patient stabilisé vers les soins primaires :

- Faites parvenir une lettre de transfert au médecin de famille (modèle ici).
- Acheminez le lien vers le Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un TUO (disponible ici).
- Si possible, et avec l'accord du patient, acheminez le formulaire de transfert permanent (modèle ici) ainsi que les notes évolutives et les évaluations pertinentes.
- Demeurez disponible pour appuyer le médecin de famille.

## Vous transférez un patient vers une autre région du Québec :

- Communiquez avec le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de la région afin d'identifier les services de TAO locaux.
- Complétez le formulaire de transfert permanent (disponible ici).
- Acheminez le formulaire de transfert et vérifiez le délai d'attente.
- Prévoyez une prescription permettant au patient de continuer à recevoir son traitement jusqu'à la nouvelle prise en charge (afin d'éviter une rupture de traitement).
- Confirmez la prise en charge du patient par sa nouvelle équipe soignante afin d'éviter une rupture de traitement.

## Vous transférez un patient vers une autre région hors du Québec :

- Identifiez les services de TAO de la ville de destination.
- Astuce : Un pharmacien communautaire de la ville de destination peut vous aider!
- Communiquez avec la clinique identifiée dans la ville de destination.
- Acheminez le formulaire de transfert permanent (disponible ici).
- Prévoyez une prescription permettant au patient de continuer à recevoir son traitement jusqu'à la nouvelle prise en charge (afin d'éviter une rupture de traitement).
- Confirmez la prise en charge du patient par sa nouvelle équipe soignante afin d'éviter une rupture de traitement.
- Discutez des modalités de paiement des médicaments.

## Votre patient part en voyage (moins d'un mois) au Canada :

### Option 1 : Le patient peut apporter sa médication avec lui.

- Donnez des consignes pour l'entreposage sécuritaire de la médication.
- Assurez-vous que le patient a aussi de la naloxone.

### Option 2 : Le patient peut recevoir ses doses en pharmacie dans les autres provinces.

- Vos prescriptions de TAO sont valides dans toutes les pharmacies au Canada, sauf en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. (Vous pouvez commander des carnets d'ordonnances grâce aux formulaires en ligne suivants : Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Note : N'oubliez pas que la démarche peut prendre jusqu'à deux semaines).
- Discutez des modalités de paiement des médicaments.

## Votre patient part en voyage (moins d'un mois) à l'étranger :

### Option 1 : Le patient peut apporter sa médication avec lui.

- Donnez des consignes pour l'entreposage sécuritaire de la médication.
- Assurez-vous que le patient a aussi de la naloxone.
- Remettez au patient une lettre précisant que ce dernier est sous traitement afin de faciliter son passage aux douanes (modèle anglais/français) (modèle anglais/espagnol).
- Les comprimés de méthadone doivent être prescrits à part (nouvelle prescription), avec la raison et la durée de la prescription.

### Option 2 : Un transfert temporaire peut parfois être réalisé dans certains pays.

- Consultez le site international INDRO pour en savoir plus sur les destinations.
- Le TAO est interdit dans certains pays : discutez des risques avec le patient.
- Acheminez le formulaire de transfert temporaire (disponible ici).



© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Votre patient part en voyage (plus d'un mois) au Canada :**

**Option 1 : Vous pouvez assurer le suivi à distance.**

- Vos prescriptions de TAO sont valides dans toutes les pharmacies au Canada, sauf en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. (Vous pouvez commander des carnets d'ordonnances grâce aux formulaires en ligne suivants : Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Note : N'oubliez pas que la démarche peut prendre jusqu'à deux semaines).

**Option 2 : Vous pouvez procéder à un transfert permanent.**

- Acheminez le formulaire de transfert permanent (disponible ici).

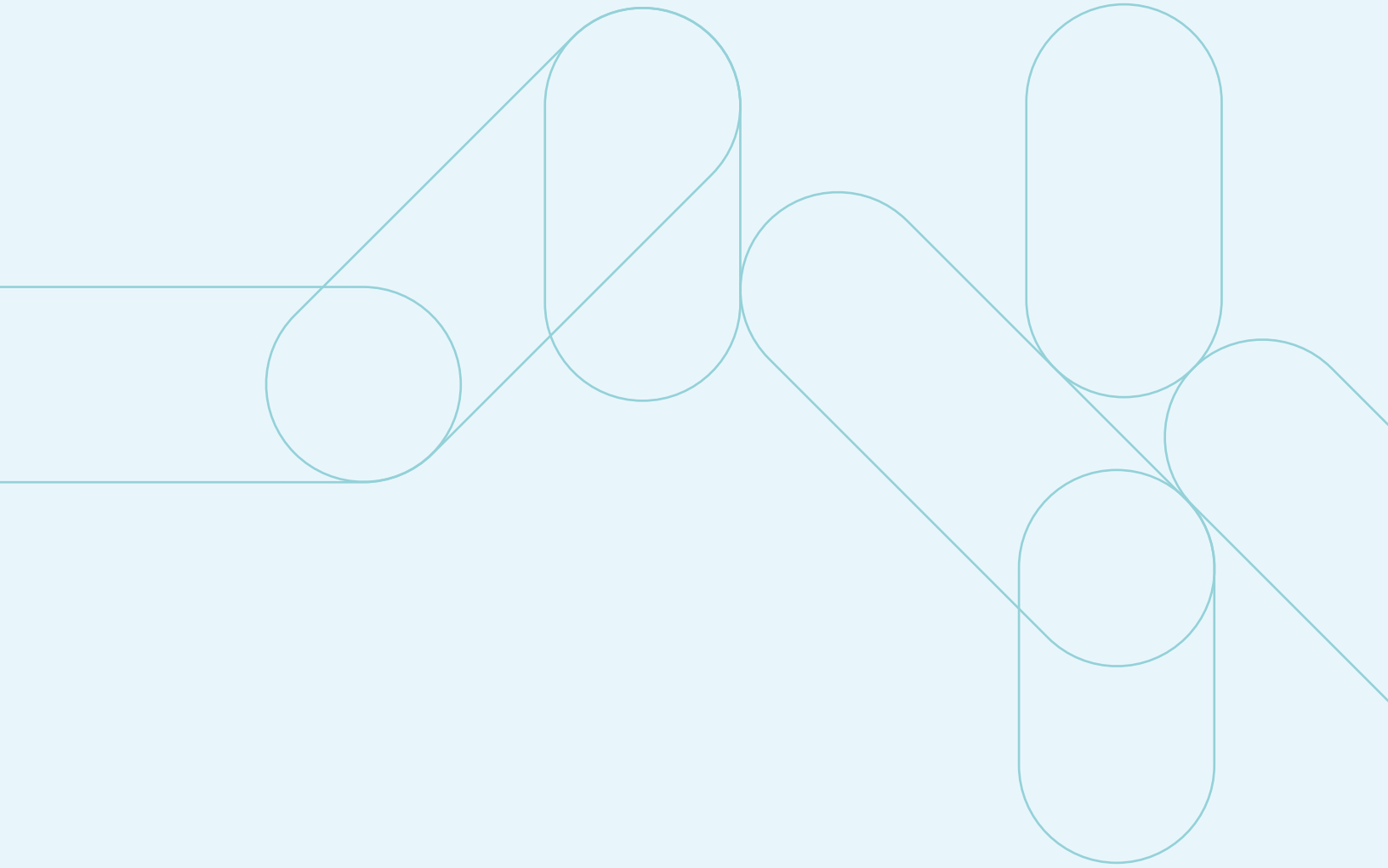
**Votre patient part en voyage (plus d'un mois) à l'étranger :**

- Un transfert permanent peut être réalisé dans certains pays.
- Le site web INDRO peut vous aider à trouver des prescripteurs à l'étranger.
- Acheminez le formulaire de transfert permanent (disponible ici).

**Vous congédiez un patient dans la communauté après une hospitalisation, une incarcération ou une thérapie :**

- Attention! Évitez les ruptures de services pour réduire les risques de surdose.
- Un patient sous TAO doit **absolument** quitter votre service avec une prescription.
- Vous pouvez acheminer un formulaire de transfert permanent (disponible ici) au médecin de famille ou au médecin spécialisé en dépendance pour le suivi.
- Vous pouvez assurer l'arrimage entre la pharmacie du centre de détention/hôpital/thérapie et la pharmacie communautaire en communiquant avec le pharmacien communautaire.
- Prévoyez une prescription permettant au patient de continuer à recevoir son traitement jusqu'à la nouvelle prise en charge (afin d'éviter une rupture de traitement).
- Pensez à fournir une trousse de naloxone au patient.

© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026





© L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026

**Une production de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 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. »

Télécharger ce guide en PDF :
bit.ly/guide-clinique-tuo



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

Québec