

**PROGRAMME DE FORMATION**

**TRAITEMENT DU TROUBLE LIÉ À  
L'UTILISATION D'OPIOÏDES (TUO) :**

**UNE APPROCHE DE COLLABORATION  
INTERDISCIPLINAIRE**

**VOLET PERSONNEL INFIRMIER**

**Mars 2019**

# Horaire de l'après-midi

- **Module 1 : Plan de traitement et pharmacologie**
  - Évaluation et application des soins infirmiers appropriés
    - Mises en situation
  - Buprénorphine/naloxone
  - Méthadone
  - Morphine à libération lente unique quotidienne
- **Module 2 : Suivi et modalités particulières de traitement**
  - Perceptions des médicaments
  - Types de suivi
  - Considérations particulières



# Module 1

# PLAN DE TRAITEMENT

# Objectif général

Évaluer de façon systématique la clientèle afin d'élaborer et d'exécuter un plan de traitement en soins infirmiers dans le cadre du traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

# Objectifs spécifiques

- Appliquer les éléments importants d'une évaluation systématique en soins infirmiers pour les patients dépendants des opioïdes
- Appliquer les soins infirmiers appropriés selon des problématiques bio-psycho-sociales fréquemment rencontrées
- Décrire les éléments de pharmacologie de la buprénorphine/naloxone, de la méthadone et de la morphine à libération lente (Kadian<sup>MD</sup>) pertinents à la pratique des soins infirmiers
- Initier un traitement avec chacune des molécules

# Présentation

## 1.1 Évaluation et application des soins infirmiers appropriés

1.1.1 Collecte de données

## 1.2 Mises en situation

1.2.1 Histoires de cas (3)

## 1.3 Buprénorphine/naloxone

1.3.1 Pharmacologie

1.3.2 Initiation au traitement avec la buprénorphine/naloxone

Modalités d'induction

1.3.3 Induction externe

Instructions pour le patient et le pharmacien

1.3.4 Induction en observation directe

1.3.5 Sevrage précipité

1.3.6 Transfert de molécule méthadone → buprénorphine/naloxone

1.3.7 Histoire de cas (mises en situation)

- Mme Ferland
- Mme Tremblay

# Présentation

## 1.4 Méthadone

### 1.4.1 Pharmacologie

### 1.4.2 Initiation au traitement avec méthadone

Dose initiale

Dose de maintien et fréquence du suivi

### 1.4.3 Histoires de cas (mises en situation)

- M. Morin

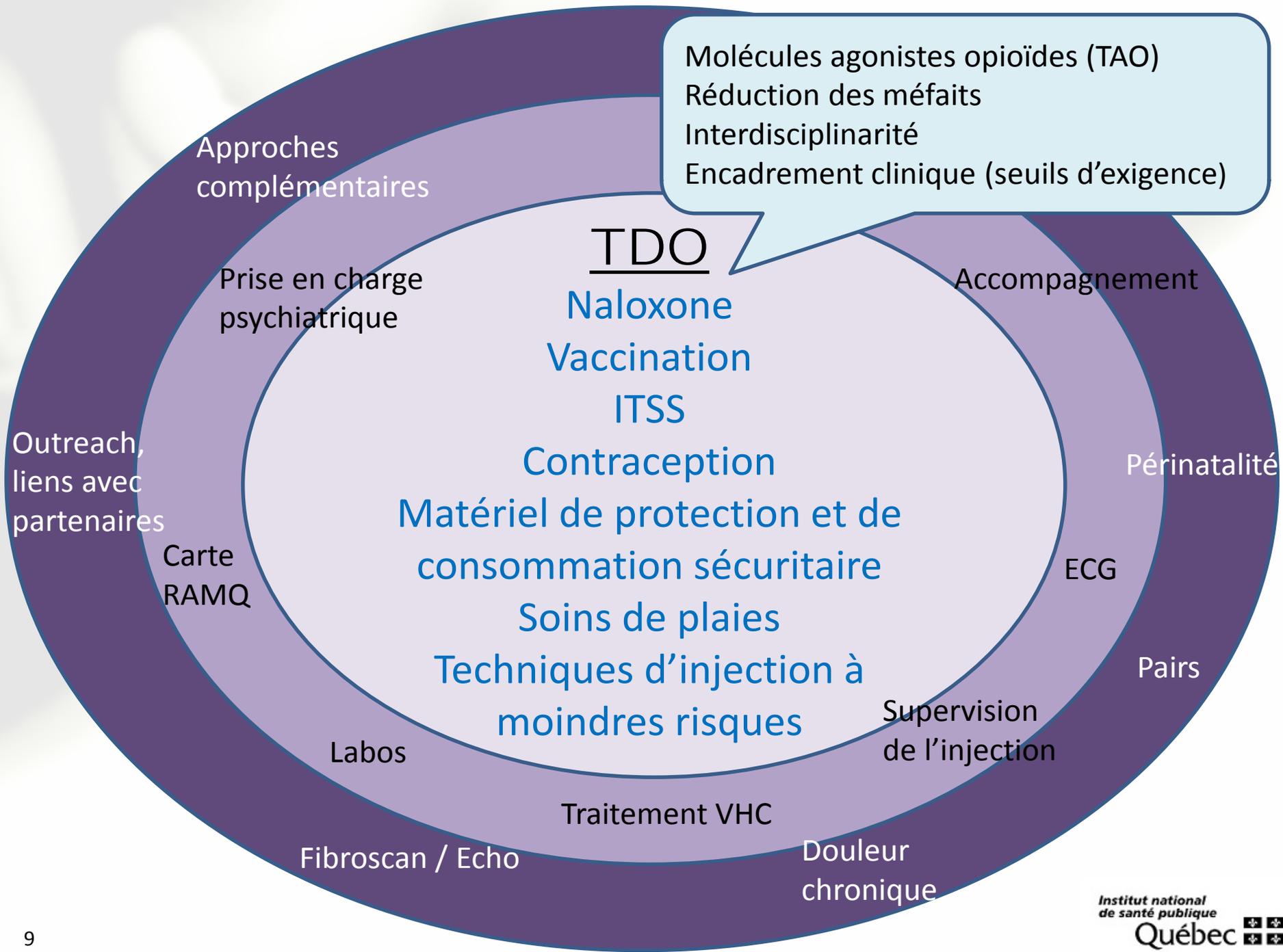
## 1.5 Morphine orale à libération lente uniquotidienne

### 1.5.1 Pharmacologie

### 1.5.2 Initiation au traitement avec morphine orale

# Retour sur les modules du matin

## Questions ?



# Rôle autonome de l'infirmière: Vaccination et ITSS

- Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*
  - Vaccination selon critères: hépatite A et B, tétanos, influenza, pneumovax
- En vertu du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, l'infirmière peut exercer des activités de prescription dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. (numéro de prescripteur)
  - Dépistage ITSS
  - Contraception
  - Soutien arrêt tabagique

Source: <https://www.oiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/prescription-infirmiere>

# 1.1 Évaluation et application des soins infirmiers

## 1.1.1 Collecte de données

- Utilisation d'une méthode de collecte de données appropriée à votre réalité clinique (NI-DEM, document maison)
- Habituellement utilisée lors de l'admission du patient
- Éviter la duplication des informations
- Favoriser l'accueil et poursuivre l'évaluation lors de rendez-vous ultérieurs

## 1.2 Mises en situation

## 1.2.1 Histoires de cas

- **Première étapes : (5 minutes)**
  - Une histoire de cas différente par sous-groupe
  - Lecture individuelle de la situation de cas
  - Identifier les interventions à proposer aux membres de votre sous-groupe
    - Cas no 1 Mme Ferland
    - **Cas no 2 Mme Tremblay**
    - **Cas no 3 M. Morin**
- **Deuxième étape (40 minutes)**
  - Se réunir en sous-groupe au moment convenu
  - Identifier les éléments pertinents à inclure dans un plan de traitement
  - Désigner un responsable en guise de rapporteur
  - Discussion en plénière

# 1.2.1 Histoire de cas: Mme Ferland

## Mise en situation:

- Vous travaillez dans un centre de réadaptation en dépendance et vous recevez Mme Céline Ferland, 48 ans.
- Référée par son médecin de famille qui est inquiet du comportement problématique à l'égard de sa prescription d'opioïdes .
- Rx débutée dans un contexte de douleur chronique.
- Elle est atteinte de fibromyalgie et de lombalgie chronique depuis 10 ans.
- Diagnostic de dépression majeure il y a 9 ans et d'anxiété généralisée il y a 3 ans.

## Motif de la consultation:

- Son médecin de famille a tenté plusieurs avenues pour la soulager de ses douleurs et à débuté finalement une Rx d'opioïdes: Supeudol<sup>MD</sup> 5 mg QID.
- Doses augmenté avec les années jusqu'à Oxynéo<sup>MD</sup> 80 mg BID et Supeudol<sup>MD</sup> 5 mg QID qu'elle reçoit au mois.
- Depuis que son médecin lui a refusé une autre augmentation, elle a commencé à doubler, puis tripler, ses doses de Supeudol<sup>MD</sup>.
- Elle a demandé à plusieurs reprises des renouvellements à l'avance à la pharmacie.

## Consommation:

- Depuis 2 mois, prend ses comprimés de façon prisee, car elle a constaté que c'était plus efficace et plus rapide que par la bouche.
- Prends ses Supeudol<sup>MD</sup> sur 2 à 3 jours de façon prisee et il lui arrive 3 à 4 fois par semaine de compléter sa semaine avec les comprimés de sa tante (dilaudid 4 mg QID) I/N
- Elle aime bien également ajouter des Ativans<sup>MD</sup> qu'elle achète d'une amie pour aider à diminuer son anxiété. Elle prend entre 4 et 6 mg PO d'Ativan<sup>MD</sup> 2 à 3 fois par semaine.

## Social:

- Elle ne peut plus travailler parce qu'elle ressent trop de douleur
- Elle reçoit comme revenu des prestations d'aide sociale.

## Orientation:

Mme Ferland vous explique que son médecin de famille lui a suggéré de prendre de la méthadone étant donné le portrait de douleur chronique.

# 1.2.1 Histoire de cas: Mme Tremblay

## Mise en situation:

- Vous recevez Madame Tremblay, 28 ans, dans un CRD une semaine après qu'elle ait fait sa demande.

## Motif de la consultation:

- Demande d'être rencontrée le plus rapidement possible, car elle est presque certaine d'être enceinte.
- Elle ne sait pas si elle veut garder son bébé; historique de deux avortements.
- Traitement pour TUO il y a 4 ans, dans un CRD d'une autre région.
- Elle raconte avoir abandonné le traitement après quelques semaines.
- Elle est catégorique, elle ne veut pas de méthadone.

## Santé :

- Lors de son premier traitement TAO, elle dit avoir reçu un vaccin et eu des prises de sang.
- Elle n'a pas de médecin de famille et aucune médication prescrite.

## Consommation:

- Perte le contrôle de sa consommation au cours des derniers mois. Passée de la pilule à l'injection, et d'une consommation occasionnelle à quotidienne.
- Dilaudid, 2 comprimés de 4 mg trois par jours I/V.
- Elle prend un 1/2 gramme de cannabis par jour.
- Rivotril<sup>MD</sup> occasionnel pour dormir (au noir).
- Dit ne pas avoir de problème avec l'alcool, mais consomme régulièrement avec ses clients.
- Elle aime bien le café, entre 3-6 cafés par jour.
- Elle fume 1 paquet par jour depuis l'âge de 16 ans.

## Social:

- Peu de contact avec sa famille qui demeure en région.
- Demeure seule dans son 1 ½, mais son conjoint est toujours chez elle.

## Orientation:

**Avec l'ensemble des informations que vous avez sur Madame Tremblay, quelles interventions allez-vous entreprendre et pourquoi ?**

# 1.2.1 Histoire de cas: M. Morin

## Mise en situation :

- Vous recevez Patrick Morin au SRV du GMF où vous travaillez un samedi matin de février. Il a un suivi dans votre clinique depuis un an.
- ♂ 43 ans

## Motif de consultation :

- Demande de prescription de Sildénafil<sup>MD</sup>
- Vous explique qu'il désire rencontrer un md pour obtenir une nouvelle ordonnance. A ce soir un 1<sup>er</sup> RV amoureux depuis plusieurs années et anticipe troubles érectiles. Plusieurs mauvaises expériences qui ont eu des impacts, entre autre sur son estime personnelle.

## Liste de problèmes

- TUO sévère en rémission soutenue
- Maintien de l'arrêt tabagique x 3 ans

## Rx

Méthadone 100 mg die  
Épipen<sup>MD</sup> 0,3 IM prn

Allergies: arachides

## 1.3 Buprénorphine/naloxone

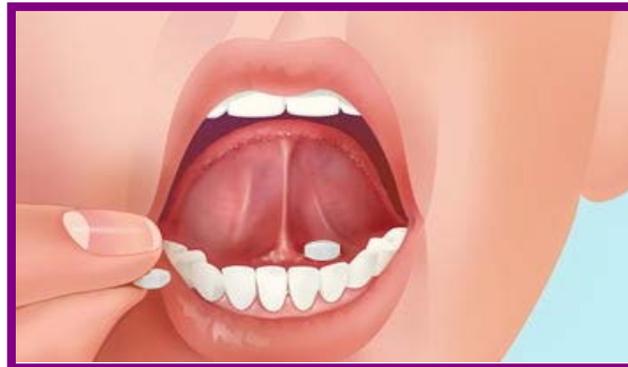
# 1.3.1 Pharmacologie de la buprénorphine/naloxone

## Comprimés sublinguaux

- **Faible biodisponibilité orale**
  - Inactivée lors du premier passage hépatique
  - Moins de 20 % passe dans la circulation systémique
- **Bonne biodisponibilité sublinguale**
  - L'administration sublinguale permet d'éviter ce premier passage hépatique
  - En 8 minutes, 81 % est absorbé

# 1.3.1 Pharmacologie de la buprénorphine/naloxone (suite)

- **Bonne biodisponibilité sublinguale (suite)**
  - S'humecter la bouche préalablement avec de l'eau
  - Le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution (5 minutes environ)
  - Ne pas croquer les comprimés ou les avaler
  - Éviter d'avaler sa salive pendant toute la durée de la dissolution



# 1.3.1 Pharmacologie de la buprénorphine/naloxone (suite)

- Dose optimale de buprénorphine/naloxone : 8 à 16 mg/jour
- Dose quotidienne maximale
  - 24 mg/jour (approuvée par Santé Canada)
  - 32 mg/jour (lignes directrices : autres pays)
- Administration
  - **Quotidienne:** buprénorphine/naloxone tous les jours
  - **Aux deux jours:** prends le double de sa dose quotidienne tous les deux jours, jusqu'à un maximum de 32 mg par prise
  - **Administration 3 fois par semaine:** reçoit le double de sa dose quotidienne 2 jours (ex: lundi et mercredi) et le triple de sa dose quotidienne le vendredi
    - Maximum de 32 mg par prise

# 1.3.1 Pharmacologie de la buprénorphine /naloxone (suite)

## Effets indésirables :

- Le plus fréquent: céphalée transitoire
- Effets indésirables opioïdes habituels mais d'intensité moindre
- Si dose d'induction trop élevée:
  - Subtile euphorie
  - Nausée
  - Myosis
  - Léger ralentissement
  - Rétention urinaire
- Rares cas d'hépatite médicamenteuse décrits dans la littérature
- Mauvais goût du comprimé selon certains
- Anxiété davantage ressentie (expérience clinique)

## **1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone : Procédure**

## 1.3.2 Initiation à la Buprénorphine/naloxone

### Induction à la buprénorphine/naloxone:

- Admission : induction nouveaux patients
- Transfert de la méthadone à la buprénorphine/naloxone
- Modalités d'induction
  - Pharmacie ou domicile
  - Observation directe

## 1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

- La dose initiale doit être individualisée en fonction de la consommation antérieure d'opioïdes
  - L'opioïde consommé
  - La durée d'action des opioïdes
  - Le mode d'administration
  - Condition hépatique (accumulation)
  - Les habitudes de consommation
    - Quantité des opioïdes
    - Nombre de prises dans la journée
    - L'historique du patient quant aux effets de manque d'opioïdes
    - Autres substances

# 1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

## Instructions pour les patients

- Il n'est pas sécuritaire de mélanger la buprénorphine/naloxone avec les benzodiazépines, l'alcool, le GHB, etc. Veuillez ne pas débiter la buprénorphine/naloxone si vous venez d'utiliser ce genre de médicament.
- Pour commencer le traitement, il faut être dans **un état de manque de léger à modéré d'opioïdes**. Sinon, il y a un risque de vous rendre malade (sevrage)
- **Il faut avoir cessé la consommation d'opioïdes depuis un certain temps.**  
Voici un guide en fonction des opioïdes consommés :
  - Opioides à courte durée d'action : **au moins 8-12 h** sans avoir consommé
    - p. ex : Dilaudid<sup>MD</sup>, Supeudol<sup>MD</sup>, morphine instantanée, héroïne, etc.
  - Opioides à longue durée d'action: **au moins 18-24 h** sans avoir consommé
    - p. ex : Hydromorph Contin<sup>MD</sup>, Oxy Contin<sup>MD</sup>, OxyNeo<sup>MD</sup>, M=Eslon<sup>MD</sup>, etc.
  - Méthadone : **48-72 h** sans avoir consommé
  - Kadian<sup>MD</sup> : **36 h**

# 1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

## Instructions pour les patients (suite)

- Voici les signes\*\*\* qui indiquent que vous êtes prêt à commencer la buprénorphine/naloxone:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ PUPILLES AGRANDIES</li><li>▪ SUEURS</li><li>▪ POULS AUGMENTÉ</li><li>▪ ANXIÉTÉ OU IRRITABILITÉ</li><li>▪ DIFFICULTÉ À RESTER EN PLACE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ FRISSONS OU CHAIR DE POULE</li><li>▪ NAUSÉES OU SELLES MOLLES</li><li>▪ TREMBLEMENTS,</li><li>▪ BÂILLEMENTS</li><li>▪ DOULEURS MUSCULAIRES/ARTICULAIRES</li><li>▪ NEZ QUI COULE</li><li>▪ LARMOIEMENT</li></ul>
---	---

- \*\*\*Il suffit de présenter quelques-uns de ces signes pour débiter le traitement
- Si vous n'êtes pas certain d'être prêt à commencer, attendez encore quelques heures

# 1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

## Doses d'induction – jour 1

- **Dose initiale recommandée :**
  - 2 ou 4 mg (dans des situations particulières : 8 mg).
  - La dose peut être augmentée **2 à 4 heures après la première prise** et de **2 à 4 mg** et encore une fois 2 à 4 heures plus tard si le patient présente encore des symptômes de sevrage et si le contexte le permet.
- **Dose totale recommandée le jour 1**
  - **8 mg** (dose recommandée au Canada), mais peut aller jusqu'à **16 mg** (la dose maximale au premier jour peut varier selon les différents guides consultés en Amérique et en Europe).
  - Le patient doit être avisé que la consommation concomitante d'alcool ou de benzodiazépine potentialise les effets de la buprénorphine/naloxone.

## 1.3.2 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

### Doses d'ajustement – jour 2

- La dose initiale du jour-1 est ajustée le lendemain matin ou selon les disponibilités de l'équipe, selon les symptômes de sevrage ou de surdosage.
- Le titrage se fait par paliers de **2 à 4 mg** aux 2 à 4 heures, jusqu'à un **maximum de 24 mg** par jour (dans des situations particulières et justifiées au dossier, 32 mg), selon les symptômes et la consommation antérieure.

# 1.3.3 Induction à l'externe:

## Particularités

# 1.3.3 Initiation à la buprénorphine/naloxone

## Instructions pour les patients pour commencer à la pharmacie

- Quand vous jugez que c'est le temps de commencer, voici ce que vous devez faire :
  - Il est recommandé d'être accompagné et de ne pas conduire de véhicule.
  - Le pharmacien vous fera prendre la première dose sous sa supervision.
  - Si vous vous sentez mieux ou pareil après la première dose, vous retournez en pharmacie deux heures après la première dose pour prendre une 2<sup>e</sup> dose sur place.
  - Une troisième visite deux heures après la 2<sup>e</sup> dose peut être indiquée, selon la prescription du médecin.
    - Toutefois, selon la prescription du médecin, le pharmacien peut vous laisser emporter une 3<sup>e</sup> dose à la maison.

## 1.3.3 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

### Instructions à donner aux pharmaciens (jour 1)

- Évaluation des symptômes d'intoxication avant de donner la première dose
  - Signes d'intoxication aux opioïdes: somnolence (*nodding*), ralentissement psychomoteur, confusion, difficulté d'élocution, myosis, etc.
  - Signes d'intoxication à vérifier pour autres dépresseurs du SNC: haleine éthylique, somnolence, difficulté d'élocution, confusion, etc.

**Retarder l'induction si le patient présente des signes d'intoxication et référer à l'équipe de traitement**

## 1.3.3 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

### Instructions à donner aux pharmaciens

- Le contexte d'induction
  - S'assurer avec la collaboration du patient qu'il est bien est en sevrage des opioïdes au moment de recevoir sa première dose
  - S'assurer que le patient respecte les consignes d'induction suggérer par son équipe de traitement (heures)
  - Si le patient ne présente pas de signes de sevrage suffisants, proposer de retarder le moment de l'induction
- Inconfort du patient
  - Référer le patient à l'équipe de traitement
  - Si inconfort important, référence à l'urgence

## 1.3.3 Initiation à la buprénorphine/naloxone (suite)

### Modèle de prescription:

- Par exemple:
  - **Jour 1:** prendre 4 mg S/L devant le pharmacien, puis 4 mg 2 heures après devant le pharmacien pour un total de 8 mg
  - **Jour 1:** prendre 4 mg S/L devant le pharmacien puis 4 mg pour emporter pour un total de 8 mg
    - **Jour 2 et jours suivants :** 8 mg die devant le pharmacien
  - **Jour 1:** prendre 4 mg S/L devant le pharmacien, puis 4mg q 1-2 heures PRN pour 2 doses devant le pharmacien (total maximum 12 mg)
    - **Jour 2 et jours suivants:** prendre dose égale au total reçu le jour 1 devant le pharmacien

# 1.3.4 Induction en observation directe

## Particularités

# 1.3.4 Induction en observation directe

## Organisation et planification

- **Organisation des services**
  - Disponibilité en soins infirmiers et présence médicale
- **Planification**
  - Enseignement sur les conditions de l'induction (jour 1)
  - Disponibilité de la médication
    - Pharmacie du secteur (livraison)
    - Patient apporte médication d'induction

# 1.3.4 Induction en observation directe (suite)

## Évaluation de l'infirmière

- Évaluer le moment de la dernière prise d'opioïdes
- Compléter la grille d'évaluation de sevrage (COWS)
  - Selon échelle COWS  $8 > 12$
- Administrer, selon ordonnance, la première dose de buprénorphine/naloxone si présence des signes et symptômes de sevrage (modéré)
- Faire participer le patient au processus décisionnel

# Échelle d'évaluation du sevrage (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS)

<p><b>1. Fréquence cardiaque au repos:</b> _____ /min. Mesurer après plus d'une minute assis ou couché</p> <p>0 pouls 80 ou moins 1 pouls 81-100 2 pouls 101-120 4 pouls 121 ou plus</p>	<p><b>7. Inconfort gastro-intestinal:</b> depuis les 30 dernières minutes</p> <p>0 absent 1 crampes abdominales 2 nausée ou selles molles 3 vomissements ou diarrhée 5 plusieurs épisodes de vomissements ou diarrhée</p>
<p><b>2. Sudation:</b> évaluer depuis les 30 dernières minutes</p> <p>0 aucun frisson ou rougeur («flushing») 1 se plaint de frissons ou rougeurs 2 rougeur ou sudation évidente au visage 3 diaphorèse qui perle sur le front 4 sueurs qui coulent du visage</p>	<p><b>8. Tremblements:</b> observer avec les bras étendus, doigts écartés</p> <p>0 absent 1 tremblements non visibles mais ressentis lors d'une pression sur le bout des doigts 2 tremblements légers 4 tremblements sévères ou spasmes musculaires</p>
<p><b>3. Agitation:</b> observer durant l'évaluation</p> <p>0 capable de rester en place 1 activité normale quelque peu augmentée 3 un peu de difficulté à rester en place, agité, impatient 5 se balance d'avant en arrière durant l'entrevue ou fait sautiller ses jambes constamment</p>	<p><b>9. Bâillements:</b> observer durant l'évaluation</p> <p>0 absent 1 1-2 bâillements durant l'évaluation 2 plus de 3 bâillements durant l'évaluation 4 plusieurs bâillements/minute</p>
<p><b>4. Pupilles</b></p> <p>0 grosseur normale à la lumière de la salle 1 possiblement plus grandes que la normale 2 dilatation modérée 5 dilatation sévère (l'iris n'est presque plus visible)</p>	<p><b>10. Angoisse ou irritabilité</b></p> <p>0 absent 1 se plaint d'angoisse ou d'irritabilité 2 angoisse ou irritabilité objectivable 4 patient si angoissé ou irritable que sa participation à l'évaluation est difficile</p>
<p><b>5. Douleur osseuse, arthralgie en tenant compte des douleurs liées au sevrage</b></p> <p>0 absent 1 inconfort diffus 2 se plaint de douleur diffuse sévère des muscles/ articulations 4 patient se frotte les articulations/muscles et est incapable de rester tranquille à cause de la douleur</p>	<p><b>11. Chair de poule</b></p> <p>0 peau lisse 3 piloérection est ressentie, on voit les poils des bras redressés 5 piloérection proéminente</p>
<p><b>6. Rhinorrhée ou larmolement:</b> non causé par le rhume ou les allergies</p> <p>0 absent 1 congestion nasale, yeux humides 2 rhinorrhée ou larmolement 4 rhinorrhée constante ou larmes qui coulent sur les joues</p>	<p>Total: _____</p> <p>(somme des 11 points) Initiales de l'évaluateur: _____</p>

Échelle: 5-12=Faible; 13-24=Modéré; 25-36=Modérément sévère; >36= Sevrage sévère

Source: Traduit de l'anglais de Wesson, DR et Ling. Dans Journal of Psychoactive Drugs, 2003 Apr-Jun;35(2):253-9



## 1.3.4 Induction en observation directe (suite)

### Instructions pour les patients pour commencer la buprénorphine/naloxone en **observation directe**

- Le jour du rendez-vous médical, présentez-vous à l'heure convenue peu importe votre état. Le personnel infirmier et le médecin évalueront votre état afin de déterminer si la buprénorphine/naloxone peut être débutée.
- Il est fortement recommandé de vous faire accompagner par un membre de votre entourage et de ne pas conduire de véhicule lors de cette première journée de traitement.
- Attendez-vous à rester sur les lieux pour une période prolongée d'observation pouvant aller jusqu'à toute la journée.

# 1.3.5 Sevrage précipité : Procédure

## 1.3.5 Sevrage précipité

- **Syndrome de sevrage**

- Susceptible de survenir de 30 à 90 minutes après la première dose et aggravation des symptômes jusqu'à 3 heures après la première dose
- Les symptômes courants sont:
  - l'inconfort général
  - la transpiration
  - les crampes abdominales
  - les douleurs et spasmes musculaires
  - la diarrhée
  - les nausées
  - la tachycardie
  - l'état de manque et l'anxiété

## 1.3.5 Sevrage précipité (suite)

- **Prise en charge d'un sevrage précipité**
  - Rassurer le patient
  - Souligner que l'usage d'opioïdes peut entraver l'induction
  - Augmenter de la dose (à prioriser)
  - Administrer un traitement symptomatique à court terme n'appartenant pas à la famille des opioïdes :
    - clonidine (0,1 à 0,2 mg aux 4 heures au besoin pendant < 12 heures)
    - antiémétique, anti-diarrhéique, AINS
    - médication pour le sommeil
  - Fixer un rendez-vous 24 heures après l'induction

## **1.3.6 Scénario (transfert de molécule)**

**Induction en observation directe**

# 1.3.6 Transfert de molécule

## Transfert méthadone vers buprénorphine/naloxone

### Préparation à l'induction

- Planification de la disponibilité du personnel
- Dosage de méthadone maximum de +/- 40 mg
- Cesser la méthadone 48-96 heures avant l'induction jour 1
  - Déterminé par le niveau de confort sous méthadone
  - Ajout d'un opioïde à courte durée d'action
  - Fractionner la prise de la médication en PRN
- S'assurer que la médication est disponible
- Prescription de buprénorphine/naloxone
  - 8 mg (2 comprimés)
  - 2 mg (2 comprimés)

# Suivi : mises en situation

## 1.3.7 HISTOIRE DE CAS: MME FERLAND

- Êtes-vous d'accord avec la suggestion de débiter avec la méthadone?
- Que suggériez-vous à Mme Ferland?

## 1.3.7 Histoire de cas: Mme Ferland (suite)

- Mme a accepté d'essayer la buprénorphine/naloxone. Vous devez la préparer à sa journée d'induction.
- Quels sont les éléments que vous devez explorer et les conseils que vous lui donneriez?

## 1.3.7 Histoire de cas: Mme Ferland (suite)

- Mme a débuté le traitement depuis un mois. Elle reçoit buprénorphine/naloxone 16 mg SL die . Elle prend sa dose à 9h. Elle se dit confortable jusqu'à 16-17 h. Elle commence par la suite à avoir une douleur au niveau du dos et se sent anxieuse. Elle prend alors 2 comprimés d'Ativan 1 mg et se sent soulagée partiellement. Elle se réveille vers 7 h et ressent des douleurs au dos et anxiété et prend à nouveau 2 comprimés d'Ativan<sup>MD</sup> 1 mg. Elle se demande si elle ne devrait pas prendre de la méthadone.
- Que suggérez-vous?

## 1.3.7 Histoire de cas: Mme Tremblay

- Quelles sont les particularités que vous devez prendre en considération pour une femme enceinte qui va entreprendre le traitement avec la buprénorphine/naloxone?

## 1.3.7 Histoire de cas: Mme Tremblay (suite)

- Mme Tremblay se questionne sur la possibilité d'interrompre sa grossesse, car sa relation avec son conjoint est difficile. De plus, elle voudrait consommer une fois à l'occasion, mais elle craint de tomber en sevrage avec la buprénorphine/naloxone.
- Quelles seront vos interventions?

# 1.4 Méthadone

## 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone

- Opiïde synthétique
- Agoniste  $\mu$  pur
- Haute affinité pour récepteur  $\mu$
- Tolérance croisée avec les autres opioïdes
- Conjugaison hépatique et système enzymatique microsomal (CYP-450)
- Possibilité de devoir ajuster le dosage en présence d'insuffisance hépatique

## 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

- Liquide administrable par voie orale: palier de 1 mg/ml et 10 mg/ml
  - Un excipient (jus) doit être ajouté avant l'administration dans TOUS les cas
- Dose maximale : théoriquement aucune
  - Dose moyenne efficace\* : 80 mg
- Formulations disponibles
  - Méthadone
  - Métadose
  - Métadol
    - Comprimés (1-5-10-25 mg)

## 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

- Début d'action : 30 minutes
- Taux plasmatique maximal : 2 à 4 heures post-dose
- La durée d'action : viser 24 heures
- Demi-vie d'élimination : ~ 24 à 36 heures
- État d'équilibre atteint après : 5 à 7 jours
- Index thérapeutique bas avec risque d'intoxication lors de l'induction du traitement

# 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

- **Variabilité interindividuelle**
  - Des variations interindividuelles importantes ont été mesurées, allant de 5 à 130 heures
  - Des cytochromes et des isoenzymes sont responsables de variations interindividuelles
  - Individualiser la dose de méthadone pour chaque client

# 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

## Effets indésirables

- Constipation
  - Peut diminuer ou persister avec le temps
  - Même traitement que constipation associée aux opioïdes
  - Code de remboursement de la médication pour la RAMQ= Gi28
  
- Diaphorèse
  - Rapportée avec des doses faibles et élevées
  - Peut persister durant tout le traitement
  - Très incommodant

## 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

- Hypogonadisme
  - ↓ testostérone plasmatique
    - testostérone biodisponible à mesurer
  - ↓ libido – dysfonction sexuelle, changements humeur, changements morphologiques, troubles du sommeil, etc.
  - Toujours évaluer le risque de comportement agressif lié au traitement
  - Supplémentation androgénique à considérer
    - FSC et PSA préalable
- ↑ prolactinémie : gynécomastie, galactorrhée
- Oligoménorrhée – aménorrhée
  - risque de grossesse non planifiée (recommander contraception)
- ↑ QT<sub>c</sub>

## 1.4.1 Pharmacologie de la méthadone (suite)

- Gain de poids (E.I. et modifications des habitudes de vie)
- Oedème périphérique, prurit
- Euphorie, dysphorie, état dépressif
- Somnolence

## 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone

**Dose d'attaque:** 40 mg die (maximum)

### Indicateurs

- Mode d'administration
- Tolérance aux psychotropes
- Historique de consommation
- Historique de traitement (TUO)
- Condition de santé

# 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone (suite)

## Enseignement induction sécuritaire

- Éviter consommation avant prise méthadone
- Éviter consommation +/- 4hrs post dose
- Gestion de la consommation de façon sécuritaire en début de traitement
- Vigilance (conduite automobile)

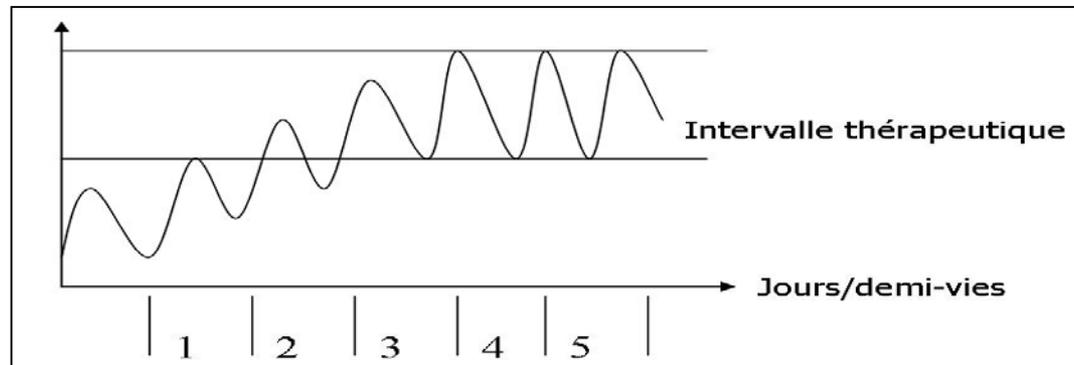
## Surdose

- Reprise des opioïdes après arrêt augmente le risque
- Prise concomitante d'autres substances
  - Sédation avec autres dépresseurs

# 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone (suite)

## Augmentations subséquentes

- Augmenter après au moins 5 jours d'administration continue de la même dose



- Valider la prise quotidienne auprès du pharmacien
- Prise quotidienne obligatoire pour augmentation du dosage

## 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone (suite)

### Augmenter d'un maximum de 20 mg si

- Confortable < 12 heures
- Usage quasi quotidien d'opioïdes
- Observation des symptômes de sevrage
- Aucun problème de vigilance post-dose

### Évaluation

- Temps de confort sur une période de 24 heures
- Consommation: diminution ou maintien
- Impact de la crainte des symptômes de manque

# 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone (suite)

## Dose de maintien adéquate si

- Absence de symptômes de sevrage pour 24 heures
- Blocage de l'effet des opioïdes
- Minimisation des effets indésirables
- Aucun problème de vigilance, y compris 2 à 4 heures après l'administration

# 1.4.2 Initiation du traitement à la méthadone (suite)

## Persistance de la consommation

- Évaluer si le patient est sous-dosé
- Explorer les modifications aux habitudes de consommation depuis l'induction
- Valider la présence d'effet euphorisant
- Évaluer la présence d'éléments pouvant influencer la perception du niveau de confort (anxiété)
- Éviter l'escalade trop rapide du dosage si la sécurité du patient est un enjeu

## 1.4.3 Histoire de cas: M. Morin

En colligeant les informations au dossier, vous notez

- Une tenue vestimentaire inappropriée pour la saison (tenue estivale en février)
- ↓ libido rapportée datant de plusieurs années
- Difficulté à conserver son érection
- Plainte de gynécomastie
- Plainte d'↑ poids
- SV hors cibles

- Qu'est-ce qui peut expliquer ces problèmes érectiles à cet âge?
- Qu'est-ce qui peut expliquer cette fatigue?
- Est-ce qu'une condition de santé mentale pourrait expliquer cette fatigue et cette diminution de libido accompagnée de troubles érectiles?

## 1.4.3 Histoire de cas: M. Morin (suite)

- C'est votre 2<sup>e</sup> contact avec M. Morin. Vous le rencontrez à la demande du md traitant pour :
  - 1) un enseignement sur les habitudes de vie en raison du pré-diabète et
  - 2) un dépistage ITSS
- Il se décrit comme une « bébête à sucre » depuis qu'il est sous traitement avec méthadone et dit ne pas être surpris de développer un jour un diabète
- IMC=35,6. Gain de poids au cours des 10 dernières années
- Lorsque vous discutez des habitudes alimentaires, il vous demande si les changements recommandés auront aussi un impact sur son élimination intestinale
  - Rapporte fréquence de petites selles dures tous les 4-5 jours
  - Hydratation et aliments riches en fibres apportent peu de changements



**Que pourrions-nous faire?**

# 1.5 Morphine orale à libération lente (Kadian<sup>MD</sup>)

# 1.5.1 Pharmacologie de la morphine à libération lente

- **Généralités**
  - Encore peu de données
  - Indication: 3<sup>e</sup> ligne de traitement
    - Si échec, intolérance ou contre-indication aux première et 2<sup>e</sup> lignes de traitement
- **Pharmacologie**
  - Agoniste pur des récepteurs  $\mu$  des opioïdes
  - Libération lente sur 24 heures
  - Capsules/microbilles doivent être avalées entières: ne pas écraser, croquer ou dissoudre
    - Sinon risque d'augmentation de la rapidité d'absorption; potentiellement mortelle
  - Moins soluble que l'héroïne
    - Risque accru de complication si injection

# 1.5.1 Pharmacologie de la morphine à libération lente (suite)

## Effets indésirables fréquents

- GI: crampes et douleurs abdominales, constipation, nausée, vomissement
- Céphalée
- Étourdissements
- Hyperhydrose (sudation)
- Xérostomie
- Insomnie

## Autres effets indésirables

- Hyperalgésie induite
- Possiblement moins de sudation vs méthadone
- Risque prolongation QTc favorable vs méthadone
- Possiblement plus de risque de tolérance vs méthadone-buprénorphine/naloxone

# 1.5.2 Initiation au traitement avec la morphine à libération lente

- **Posologie (selon lignes directrices canadiennes TUO)**
  - Dose de départ: 30 à 60 mg/jour
  - Augmentation par paliers de 20 à 60mg
  - Dose moyenne entre 235 et 791 mg/jour
  - Ajustement de la dose aux 48 hrs minimum
- **Doses omises: peu de données**
  - T1/2 court, donc perte rapide de tolérance
- **Transfert de la méthadone vers la morphine**
  - Ne pas attendre les symptômes de sevrage
  - Débuter la morphine le lendemain de la dernière dose de méthadone
  - Ratio 1:6 ad 1:8 méthadone : morphine
    - **Débuter avec un ratio 1:4** puis titrer

**Pause!!!**

# Module 2

## SUIVI ET MODALITÉS PARTICULIÈRES DU TRAITEMENT

# Objectif général

- Assurer le suivi de la clientèle selon les modalités particulières rencontrées en cours de traitement

# Objectifs spécifiques

- Informer les clients sur les perceptions et les attentes réalistes du traitement
- Moduler la fréquence des suivis aux besoins et à la stabilité de la clientèle
- Ajuster le traitement en fonction des considérations particulières

# Objectifs spécifiques (suite)

- Utiliser les recommandations contenues dans les lignes directrices de l'utilisation de la buprénorphine/naloxone, de la méthadone, et la morphine à libération lente univoquotidienne dans le traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes

# Présentation

## 2.1 Perceptions des médicaments

## 2.2 Types de suivi

### 2.2.1 Histoire de cas

Mme Tremblay

## 2.3 Considérations particulières

### 2.3.1 Histoires de cas

M. Ferland

Mme Morin

Mme Tremblay

## 2.1 Perception des médicaments

## 2.1 Perception des médicaments



## 2.1 Perception des médicaments (suite)

### Les impacts cliniques engendrés par la perception des médicaments :

- Vouloir expliquer tous ses malaises par trop ou pas assez de substance
- Confondre souvent malaise et mal-être
- Croire que plus il y en a, plus c'est efficace

### **Gestion du vide/ gestion de la consommation**

- A vécu la dépendance aux opioïdes comme une prison et, par la suite, tolère à regret l'encadrement relié à la médication

## 2.2 Types de suivis

## 2.2 Types de suivi

- **Début de traitement**
  - Suivis plus fréquents
  - Prise quotidienne devant le pharmacien
  - Régularité dans l'heure de la prise de médication
  - Évaluation du niveau de confort avec la médication
  - Évaluation du maintien des habitudes de consommation
  - Gestion de la consommation sécuritaire
  
- **Suivi régulier - patient stabilisé**
  - Favoriser l'alternance du suivi
  - Définir une offre de service en fonction des besoins du patient (PI)
  - Auto-sevrage
  - Détournement de la médication

## 2.2 Types de suivi (suite)

- **Évaluation 2 à 4 heures post-ingestion**
  - Observation clinique des effets maximaux de la médication
  
- **Doses fractionnées**
  - Métabolisateur rapide
  - Grossesse
  - Douleur chronique
  - Effet indésirable (céphalée sous buprenorphine/naloxone)

## 2.2 Types de suivi (suite)

- **Dose minimale efficace**
  - Dosage de la médication avec le minimum d'effets indésirables
  - Diminution de la médication de façon progressive

## 2.2 Types de suivi (suite)

### Redosage de la médication (TAO)

- La tolérance aux opioïdes peut décroître rapidement
- Risque de surdose moindre avec la buprénorphine/naloxone

### Buprénorphine/naloxone et méthadone

< 3 doses journalières consécutives omises

- Le patient peut prendre sa dose usuelle

≥ 3 doses journalières consécutives omises

- Le patient doit être évalué et le processus d'induction repris

### Morphine à libération lente uniquotidienne

≥ 2 doses journalières consécutives omises

- Perte rapide de tolérance

## 2.2 Types de suivi (suite)

### Traitement de la douleur

- Le phénomène de la tolérance aux opioïdes peut nécessiter une dose plus grande d'analgésique
- Aider à accepter une douleur résiduelle inévitable dans les situations de douleur chronique
- Douleur aiguë ou chronique
  - Co-analgésie
  - Ajuster la dose
  - Diviser la dose

## 2.2 Types de suivi (suite)

### Grossesse

- Priorité d'accès
- Favoriser le maintien du traitement plutôt que le sevrage
- Risque de sevrage du nourrisson
- Buprénorphine monoproduit
- Programme Accès Spécial de Santé Canada (PAS)

## 2.2 Types de suivi (suite)

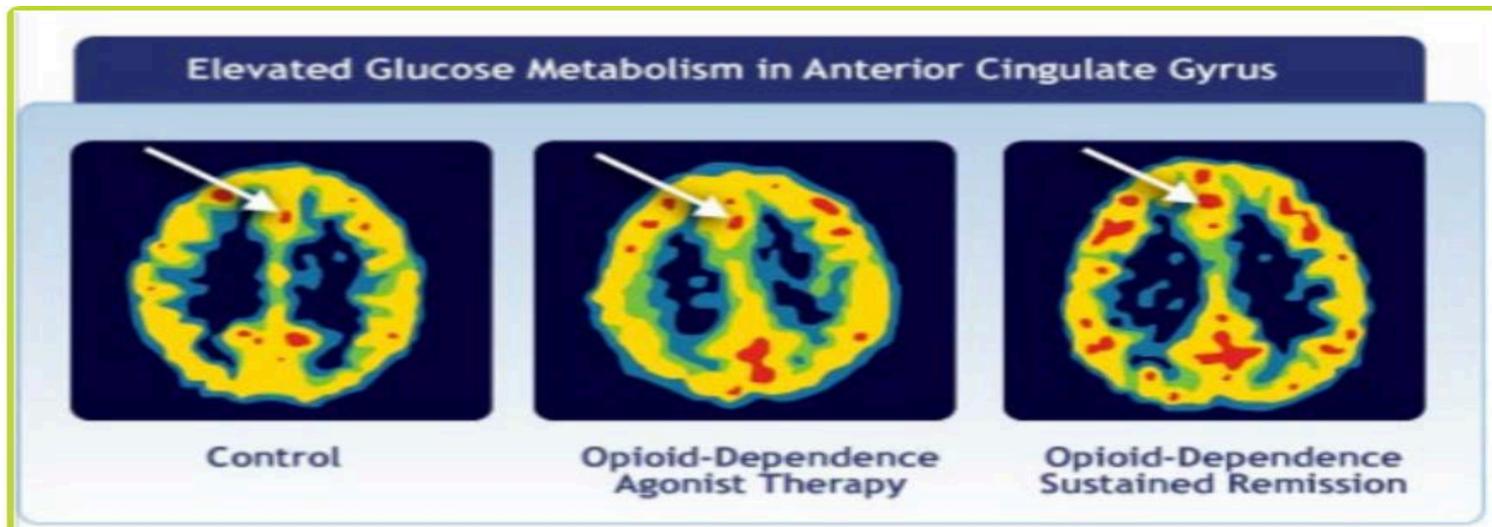
### Planification du sevrage: fin de traitement

- Motivation profonde (conditions gagnantes)
- Stabilité biopsychosociale
- Employer cette terminologie en temps opportun
  - < que 30 mg de méthadone ou 6 mg buprénorphine/naloxone
- Diminution progressive de la médication
- Conditions gagnantes pour le sevrage
  - Avoir un entourage qui vous soutient
  - Éviter des changements majeurs
  - Être attentif aux troubles du sommeil, aux douleurs musculaires, à l'anxiété et à l'irritabilité

## 2.2 Types de suivi (suite)

### Planification du sevrage: (suite)

- Le sevrage n'implique pas seulement la notion de motivation
- Évaluer les appréhensions et les peurs
- Référer le patient à l'intervenant psychosocial
- Rassurer le patient sur l'offre de service après l'arrêt de la médication



## 2.3 Considérations particulières

## 2.3 Considérations particulières

- Pharmacie
  - Transmission des informations
  - Partenaires dans le traitement
  - Responsabilité d'aviser l'équipe si rupture de traitement
- Ordonnance
  - Enveloppe scellée
  - Faxer la prescription pour le Kadian<sup>MD</sup>
  - Éviter duplication: Fax et remise de la prescription
- Vomissement de la médication
  - Délai selon opioïdes
  - Jugement clinique
  - Remplacement et prise devant pharmacien (demi-dose)

## 2.3 Considérations particulières (suite)

- Responsabilités et conséquences versus réponse immédiate
  - Délai dans les demandes
  - Limites des services
- Continuité de service
  - Présence aux rendez-vous
  - Ponctualité
  - Prolongement de la médication
  - Évaluation de la sécurité

## 2.3 Considérations particulières (suite)

- Gestion des absences
  - Limiter le prolongement de la médication par fax
  - Favoriser l'implication du patient à son traitement
  - Informer sur le cadre légal du traitement (stupéfiant)
  - Fournir des avertissements progressifs
  - Évaluer les attentes du patient au traitement
  - Identifier des solutions communes
- Processus disciplinaire
  - Avoir une procédure bien établie
  - Cadre de référence de l'organisation
  - Discussion en équipe
  - Sevrage imposé

## 2.3 Considérations particulières (suite)

- Changement de pharmacie
  - Favoriser le délai
  - Déplacement dans autre région
  - Expulsion de sa pharmacie (vol, agressivité, etc.)
  - Les situations telles que l’incarcération, l’entrée en thérapie ou l’hospitalisation demandent une réponse plus rapide
  - Avisez les pharmaciens du changement
- Maison de thérapie
  - Mesure de sécurité pour la médication
  - Administration de la médication
  - Entente avec pharmacien
  - Planification du congé de fin de semaine

## 2.3 Considérations particulières (suite)

- Détection
  - Continuité de la médication
  - Induction après rupture de service
  - Collaboration avec le personnel médical
  - Transfert après la fin d'une incarcération
- Vacances ou sortie hors Canada
  - Délai raisonnable
  - Méthadone en comprimés
  - Attestation de suivi
  - Duplicata de la prescription
  - Vérification si le pays accepte la médication opioïde
- Hospitalisation
  - Échange d'information
  - Continuité de la médication

## 2.3 Considérations particulières (suite)

- Transfert
  - Respect des conditions de transfert
  - Formulaire à compléter
  - Centre spécialisé ou de première ligne (permanent)
  - Région qui offre les services

## 2.3.1 Histoire de cas: Mme Ferland

- Mme est en traitement depuis 6 mois, confortable à 20 mg (16mg/4mg). Elle a l'opportunité de partir en Jamaïque pour 2 semaines. Mme Ferland a déjà toutes ses doses non supervisées.
- Que faites-vous?

## 2.3.1 Histoire de cas: Mme Tremblay

- Madame Tremblay est hospitalisée pour une fracture ouverte de l'avant-bras depuis ce matin. Le médecin de l'urgence vous appelle.
- Quelles sont vos recommandations pour le soulagement de la douleur aiguë de cette patiente sous traitement buprénorphine/naloxone à 12 mg.

## 2.3.1 Histoire de cas: M. Morin

- Vous recevez ce matin l'appel de M. Morin que vous aviez revu pour son counseling post-test ITSS et qui avait reçu une ordonnance d'antibiothérapie pour le Tx de sa chlamydia. Ce matin, il est moins courtois que lorsque vous l'aviez rencontré pour son dépistage et même au SRV. Il se fait plus insistant pour parler à son médecin.
- À la demande de son pharmacien, il tente de rejoindre son md pour établir une conduite pour sa dose de méthadone vomie ce matin.
- Il vous explique être nauséux depuis hier soir, soit depuis qu'il a pris son azithromycine et que ce matin a eu des haut-le-cœur en prenant sa dose de méthadone.
- Quelle sera la conduite probable? Et si Patrick Morin avait été sous traitement avec buprénorphine/naloxone, est-ce la conduite serait identique?

Quiz et suivi histoire de cas

**INDUCTION, SUIVI ET MODALITÉS  
PARTICULIÈRES DE TRAITEMENT**

# Questions

- Quelles sont les propriétés de la buprénorphine/naloxone, méthadone et du Kadian<sup>MD</sup> qui font qu'elles sont utilisées dans le traitement des TUO ?
- Quelles sont les effets indésirables les plus fréquents pour les trois molécules ?
- Quelle est la médication la plus sécuritaire pour le patient et pour quelles raisons ?
- Déterminer deux contraintes et avantages pour chacune des trois molécules.

# Questions

- Pour quelles raisons doit-on retarder une induction ?
- Le patient présente des signes et symptômes modérés dans les 90 minutes après la première dose buprénorphine/naloxone. Que doit-on faire ?
- Quels sont les paramètres qui nous indiquent que le patient est en redosage et comment déterminer le dosage pour l'induction dans la reprise du traitement ?
- Le patient est en traitement depuis 1 an, il consomme des opioïdes à l'occasion. Sa demande : avoir des doses non supervisées. Quelle est votre approche face à cette demande?

# Évaluation et retour sur les objectifs et les attentes

**Fin du volet en soins infirmiers**

**Merci**

# Références

- Buprénorphine/naloxone, méthadone et Kadian

- [https://www.opq.org/doc/media/808\\_38\\_fr-ca\\_0\\_Id\\_buprenorphone.pdf](https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_Id_buprenorphone.pdf)
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/Ligne\\_directrices\\_CMQOPQ.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/Ligne_directrices_CMQOPQ.pdf)
- <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2011-v10-n1-dss017/1007848ar.pdf>
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/monographie\\_suboxone.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/monographie_suboxone.pdf)
- [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription\\_medicaments/Avis\\_au\\_ministre/Octobre\\_2012/Suboxone\\_2012\\_10\\_CAV.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Octobre_2012/Suboxone_2012_10_CAV.pdf)
- <https://www.bcbdexther.fr/BcbDextherWeb/monographie/get?idProduit=39412&p=r00ABXNyACBmci5yZXNpcC5zZXJ2aWNlcy5vYmplY3RzLktFWVYbAAAAAAMJXBAGAESQAJaWRQcm9kdWl0SQAEbW9kZUwAAmNldAASTGphdmEvbGFuZy9TdHJpbmc7TAACc2VxAH4AAXhwaACZ9AAAAAJ0ABNSRVNJUC1MRS1DT05TRUIMTEVSdAAYNDEyNDQyNzI4MTM3Mjg3MTE5ODk0Njg2>
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/2010\\_effets\\_indesirables.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/2010_effets_indesirables.pdf)
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/2010\\_probl.\\_hormonaux\\_chez\\_lhomme.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/2010_probl._hormonaux_chez_lhomme.pdf)

# Références (suite)

- Naloxone

- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-02F.pdf>
- <https://www.canada.ca/content/canadasite/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/surdose-opioides-carte-portefeuille.html>
- [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers\\_the\\_matiques/Infections\\_et\\_intoxications/Naloxone\\_communautaire/Ordonnances\\_collective-FINALE\\_Naloxone-Infirmieres.pdf](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_the_matiques/Infections_et_intoxications/Naloxone_communautaire/Ordonnances_collective-FINALE_Naloxone-Infirmieres.pdf)
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-313-01F.pdf>

- Traitement et sevrage

- [http://www.professionsante.ca/files/2012/04/QP04\\_023-031.pdf](http://www.professionsante.ca/files/2012/04/QP04_023-031.pdf)
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/appropriation\\_par\\_les\\_centres\\_de\\_readaptation\\_en\\_dependance\\_du\\_quebec\\_du\\_cadre\\_de\\_reference\\_et\\_guide\\_de\\_bonnes\\_pratiques.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/appropriation_par_les_centres_de_readaptation_en_dependance_du_quebec_du_cadre_de_reference_et_guide_de_bonnes_pratiques.pdf)
- <http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2018-05-07-fr-retrait-exemption-methadone.pdf?t=1525787885403>
- <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2014-v39-n2-smq01635/1027835ar.pdf>

# Références (suite)

- Lignes directrices

- <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf>
- <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/lignes-directrices-nationales-de-l-initiative-canadienne-de-recherche-en-abus-de-substances-icras-sur-la-prise-en-charge-clinique-du-trouble-lie-l-usage-d-opioides>
- <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Guidelines-Treatment-Prescription-Drug-Use-Inventory-2014-fr.pdf>
- <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2018/02/27/190.9.E247.DC1/170958-guide-1-at.pdf>
- [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/recommandations\\_fr\\_final.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/recommandations_fr_final.pdf)
- [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/cadre\\_de\\_reference\\_0.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/cadre_de_reference_0.pdf)
- <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>
- <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf>
- <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf?sfvrsn=24>

# Références (suite)

- Vaccination et ITSS

- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-216-04W.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-06W.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-308-02W.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-03W.pdf>

- Contraception

- [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2409\\_protocole-contraception\\_quebec\\_fnl.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2409_protocole-contraception_quebec_fnl.pdf)

- Cerveau et drogues

- <http://www.rcmp-grc.gc.ca/wam/media/1995/original/bcfd42a50ed6da00a38dbdbdd3e77048.pdf>
- <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-depistage-des-drogues/Tableau-des-durees-de-positivite#.W6EbQntKi70>
- [http://www.cqld.ca/app/uploads/2016/11/cristal-meth\\_jan-2006.pdf](http://www.cqld.ca/app/uploads/2016/11/cristal-meth_jan-2006.pdf)

# Références (suite)

- Prescription infirmière

- [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1451\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1451_doc.pdf)

- Compétences

- [https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/04/ACDRQ\\_guide\\_des\\_comp%C3%A9tences\\_PDF.pdf](https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/04/ACDRQ_guide_des_comp%C3%A9tences_PDF.pdf)

- Voyage

- <https://indro-online.de/en/methadone-worldwide-travel-guide/>

- Vidéos

- <https://www.youtube.com/watch?v=7usQIHCBGcA&t=2s>
- [https://www.youtube.com/watch?v=4Bz3GdWNC\\_A&t=294s](https://www.youtube.com/watch?v=4Bz3GdWNC_A&t=294s)
- [https://www.youtube.com/watch?v=4Bz3GdWNC\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=4Bz3GdWNC_A)
- <https://www.youtube.com/watch?v=Tdb4OJLyfeQ>
- <http://cran.qc.ca/fr/opioides/le-sevrage-difficile-des-opioides-comment-le-dire>
- [https://youtu.be/i99Bi\\_aLsHE](https://youtu.be/i99Bi_aLsHE)
- <https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/administrer-la-naloxone>

# Références (suite)

- Évaluation

- [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/NiD-%C3%89M\\_FR.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/NiD-%C3%89M_FR.pdf)
- [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/IGT/IGT\\_FR\\_Juin2017.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/IGT/IGT_FR_Juin2017.pdf)
- [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/D%C3%89BA-JEU\\_FR.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/D%C3%89BA-JEU_FR.pdf)
- [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/DEBA-D\\_v1.8.FR.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/DEBA-D_v1.8.FR.pdf)
- <http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/CYCLE.pdf>
- [http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/DEP-ADO\\_FR.pdf](http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/DEP-ADO_FR.pdf)

- Portrait des utilisateurs

- [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS\\_Portrait\\_Opio%C3%AFdes.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_Opio%C3%AFdes.pdf)
- [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Opioides\\_Coupeil\\_10.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Opioides_Coupeil_10.pdf)
- <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Provincial-Territorial-Report-2018-fr.pdf>

- Table de conversion opioïdes

- <http://globalrph.com/medcalcs/opioid-pain-management-converter-advanced/>

# Références (suite)

- UDI

- [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400\\_surveillance\\_maladies\\_infectieuses\\_utilisateurs\\_drogue\\_injection.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf)
- [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2045\\_materiel\\_injection\\_reduire\\_risques.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2045_materiel_injection_reduire_risques.pdf)
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-313-04F.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-313-01F.pdf>

- Réduction des méfaits

- <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-fre.pdf>