

Programme de formation

**Traitement du trouble lié à
l'utilisation d'opioïdes :**

**Une approche de collaboration
interdisciplinaire**

Volet transdisciplinaire

Mars 2019

Comité scientifique

Directrice

Marie-Ève Goyer, M.D., M.Sc., CRAN

Membres

Nicolas Demers, M.D., CUMF de Verdun, clinique itinérance, Service de toxicomanie et de médecine urbaine Notre-Dame et Verdun, CIUSSS CSIM

Sophie Bel, M.A , sexologie, travail social, Relais-Méthadone/CRAN

Anne-Marie Mecteau Agente de relation humaines, Programme CRAN – Service périnatalité/parentalité

Valérie Ramka, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle des services cliniques réguliers et des services de Relais, programme CRAN

Stéphane Roy, B.Sc., infirmier clinicien, soutien à la qualité des services au CRAN

Isabelle Gendron, inf. B.Sc., Direction Santé mentale et dépendance du CISSS de la Montérégie Ouest, chargée de cours Université de Sherbrooke

Mireille Forget, infirmière clinicienne, CISSS de la Montérégie-Ouest, Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, infirmière clinicienne

Stéphanie Fouché-Laurent, pharmacienne

Felice Saulnier, pharmacienne propriétaire

Nicole Marois, coordonnatrice des programmes nationaux de formation en ITSS, Institut national de santé publique du Québec

Comité de révision

- AQPSUD
 - Jérôme Benedetti
 - Christelle Dusablon-Pelletier
 - Jean-François Mary
 - Mélodie Talbot
- Méta d'Âme
 - Giordano Chartrand
 - Danielle Guérard
 - Chantale Perron
 - Guillaume Tremblay
- Dr David Barbeau
- Dr François Couturier
- Dr Louis-Christophe Juteau

Présentation des personnes formatrices de la séance d'aujourd'hui

- Divulcation de conflits d'intérêts

Plan de la journée

Avant-midi: 8 h 30 à 12 h 00

- **VOLET TRANSDISCIPLINAIRE**
 - Contexte épidémiologique
 - Les opioïdes: classification et effets
 - Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)
 - Le traitement du TUO
 - Cadre en traitement du TUO

Dîner : 12 h à 13 h

Après-midi : 13 h 00 à 16 h 00

- **VOLET MÉDECINS**
- **VOLET PHARMACIENS**
- **VOLET INFIRMIER**
- **VOLET PSYCHOSOCIAL**
- **VOLET GESTIONNAIRE**

Retour en grand groupe : 16 h à 16 h 30

Objectifs

- Décrire l'ampleur et les enjeux sous-jacents à la crise des surdoses d'opioïdes qui sévit au Canada
- Distinguer les différents opioïdes ainsi que les signes et symptômes de leur intoxication et sevrage
- Comprendre le parcours d'un utilisateur d'opioïdes
- Diagnostiquer un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

Objectifs

- Intervenir auprès d'une personne aux prises avec un TUO de façon globale et dans une philosophie de réduction des méfaits
- Connaître les diverses options de traitements par agoniste opioïdes (TAO), plus particulièrement la buprénorphine/naloxone et la méthadone
- Prévenir les surdoses et enseigner l'utilisation de la naloxone
- Connaître les principaux enjeux de santé associés au TUO
- Encadrer la prescription de TAO de façon souple et sécuritaire

AVANT DE COMMENCER...

Votre expérience
Vos contextes cliniques
Vos attentes
Vos doutes et incertitudes



STRAT

LIGNES DIRECTRICES

OCTOBRE 1999

UTILISATION DE LA MÉTHADONE DANS LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AUX OPIACÉS

- ÉTAT DE LA SITUATION
- MODE D'ACTION DE LA MÉTHADONE
- DÉSINTOXICATION OU INTERVENTION BRÈVE DE SUBSTITUTION
- TRAITEMENT DE MAINTIEN À LA MÉTHADONE OU INTERVENTION PROLONGÉE
- CERTAINS ASPECTS ADMINISTRATIFS RELIÉS À LA PRESCRIPTION DE LA MÉTHADONE
- RECOMMANDATIONS RELIÉES À L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES
- APPENDICES
- BIBLIOGRAPHIE



LA BUPRÉNORPHINE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec



JUIN 2009



RESPECTFUL LANGUAGE AND STIGMA REGARDING PEOPLE WHO USE SUBSTANCES

Lexique terminologique

- Trouble lié à l'usage de substances psychoactives/trouble lié à l'utilisation (TUS)
- Trouble de l'usage des opiacés (DSM V) = trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)
 - Fusionne maintenant l'abus et la dépendance (DSM 5)
- Mésusage des opioïdes médicamenteux
 - Utilisation de médicaments à des fins autres que celles pour lesquelles ils sont généralement prescrits, ce qui inclut :
 - Obtention de médicaments de sources illégitimes
 - Habitudes de consommation à risque
 - Altération de la formulation
 - Modification des voies d'administration ou du dosage, etc.
- Désintoxication (*withdrawal management*) ≈ *sevrage*

Lexique terminologique

- TDO vs TAO
 - Traitement de la dépendance aux opioïdes ou traitement par agoniste opioïde
 - Anciennement « traitement de substitution »
- Méthadone
- Suboxone^{MD}
 - Buprénorphine/naloxone
- Kadian^{MD}
 - Morphine orale à libération lente univoquotidienne
- Naloxone à emporter
- Personnes UD(I) = personnes qui utilisent des drogues (par injection)

La crise des surdoses d'opioïdes: contexte épidémiologique

Contexte

❖ Crise des surdoses = opioïdes et autres substances

La (double) crise des opioïdes:

1. Marché illicite

- Héroïne, hydromorphone, fentanyl, carfentanyl et analogues
- Opioïdes prescrits détournés, production en laboratoires clandestins, importation
- Contamination des drogues vendues sur le marché illicite
 - Ex. cocaïne contaminée

2. Opioïdes prescrits

- Nouvelle clientèle en TAO, plus âgée, comorbide
- Patients hybrides...
- Certains usagers se retrouvent sur le marché illicite lorsque la prescription est coupée/sevrée ou pour compléter leurs doses
- Douleur chronique non cancéreuse ou dépendance
 - Peu d'accès aux autres modalités de soulagement de la douleur
 - Manque de formation des cliniciens et des résidents en médecine
 - Manque de reconnaissance de l'échec d'un traitement ou du mésusage

Nombre et taux de décès (par 100 000 habitants) apparemment liés à la consommation d'opioïdes selon chaque province et territoire

● Le nombre de décès en 2018 (de janvier à juin)

TAUX PAR 100 000 HABITANTS^d



De janvier à juin **2018**

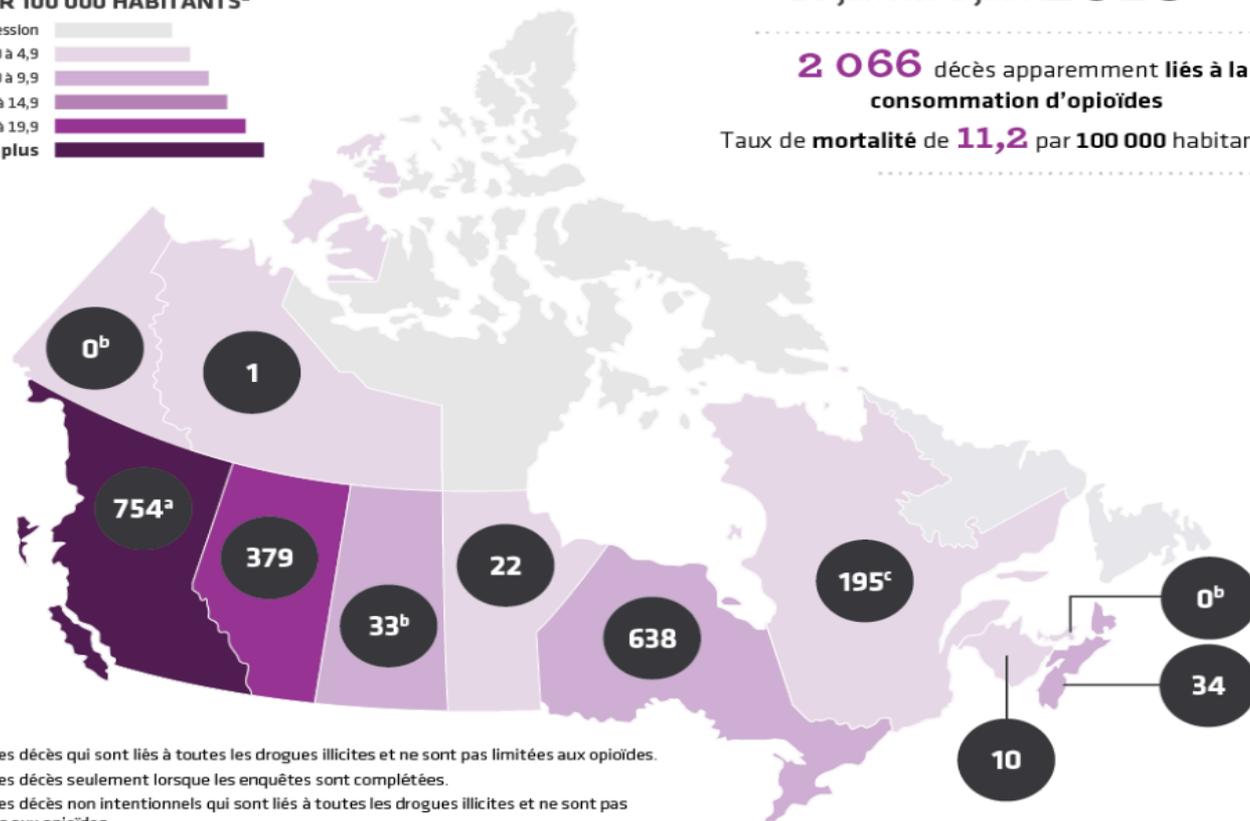
2 066 décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes

Taux de mortalité de **11,2** par **100 000** habitants

94 % accidentels

le **fentanyl** ou les analogues du fentanyl étaient en cause dans 72 % des décès accidentels

La plupart des décès accidentels = **hommes (76 %)**



a Inclus les décès qui sont liés à toutes les drogues illicites et ne sont pas limitées aux opioïdes.

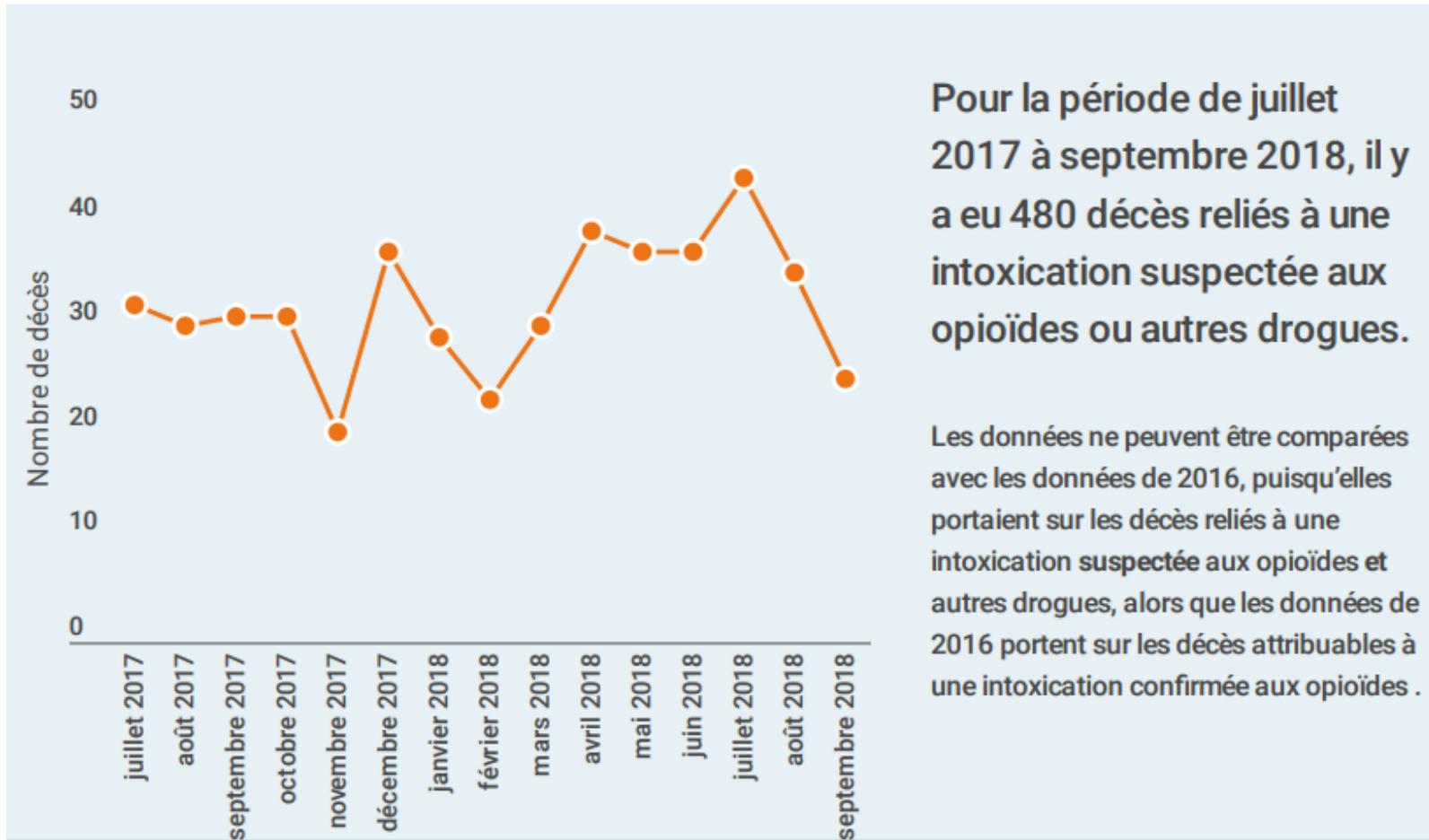
b Inclus les décès seulement lorsque les enquêtes sont complétées.

c Inclus les décès non intentionnels qui sont liés à toutes les drogues illicites et ne sont pas limitées aux opioïdes.

d Le taux annuel estimé pour 2018 est basé sur les données de janvier à juin 2018.

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/donnees-surveillance-recherche/mefaits-deces.html>

Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à septembre 2018



<https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides/deces-relies-une-intoxication-suspectee-aux-opioides-ou-autres-drogues-au-quebec-2017-2018>

Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-ITrack, 2009-2016

% des UDI qui se sont injectés⁶

Région de recrutement	N ¹	Cocaïne	Médicaments opioïdes ²	Dilaudid ³	Hydromorph-Contin ^{3,4}	Héroïne ⁵	Morphine ³	Oxycodone/Oxycontin ³	Crack/freebase
Abitibi-Témiscamingue	123	88,6	33,6	20,3	24,3	4,1	22,8	12,2	1,6
Estrie	203	73,4	42,9	28,1	24,4	17,7	23,1	8,9	7,4
Mauricie et Centre-du-Québec	33	84,8	78,8	72,7	56,2	15,1	39,4	18,7	3,0
Montérégie	78	80,8	64,1	55,1	51,6	19,2	41,0	19,2	3,8
Montréal	1 793	75,4	58,9	55,1	48,2	44,2	11,7	5,9	8,2
Ottawa	1 017	56,8	75,4	51,6	44,0	37,4	59,7	33,9	35,5
Outaouais	139	65,5	46,8	23,0	23,3	18,7	33,8	20,1	16,5
Ville de Québec	436	70,6	70,3	53,4	59,0	10,8	29,8	26,9	1,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	52	46,1	100,0	88,5	94,9	15,4	66,7	48,1	5,8
Réseau	3 820	69,7	63,2	50,8	46,2	34,0	29,7	17,3	14,6

¹ Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues injectées au cours des six derniers mois.

² La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/Oxycontin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant fentanyl, demerol, codéine, OxyNEO, mélange de cocaïne et d'un médicament opioïde).

³ Regroupant prescrit et non prescrit.

⁴ Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 2 931 participants.

⁵ Combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.

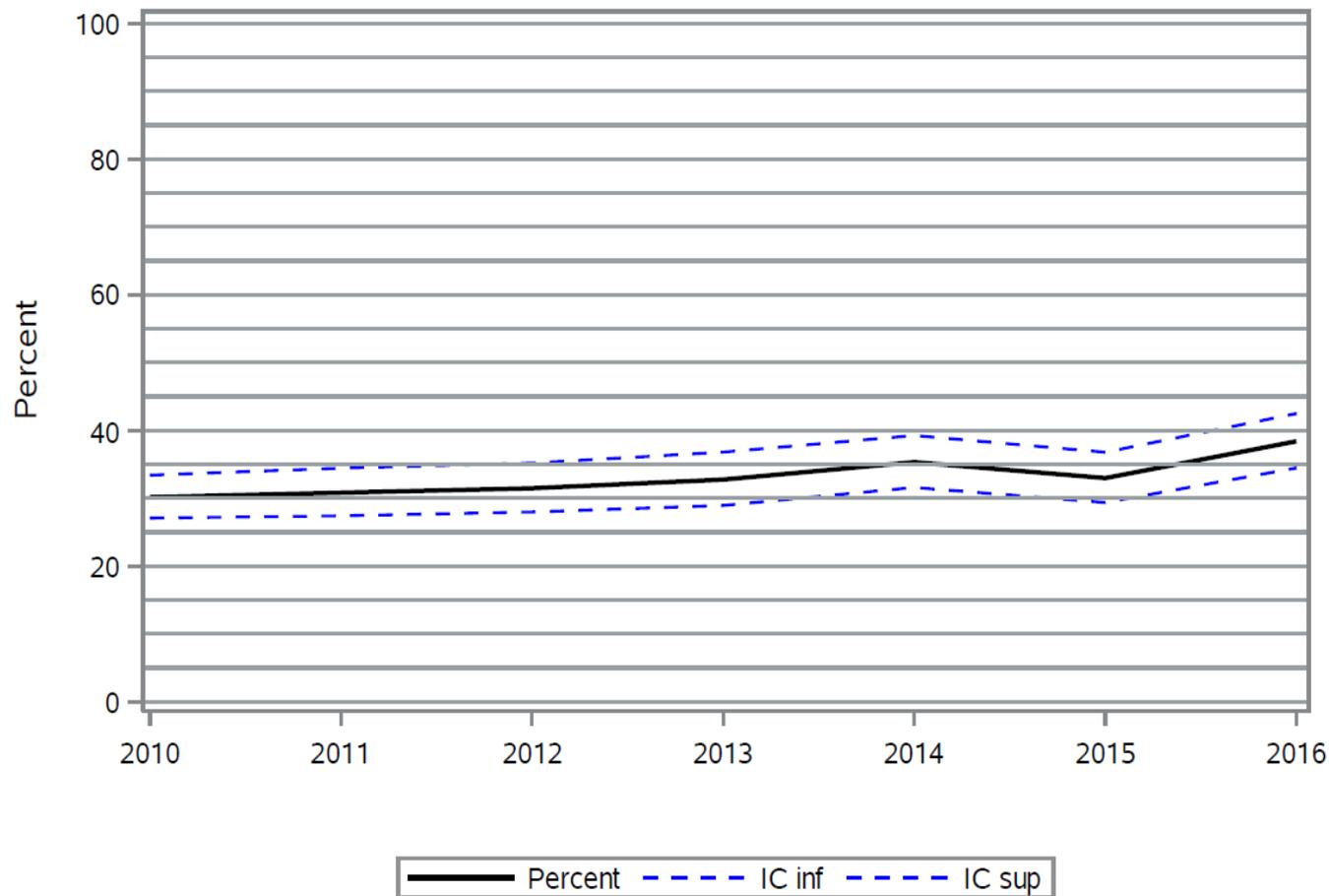
⁶ Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment ($\geq 2\%$) sont : Fentanyl non prescrit = 11,2 %, Amphétamines = 6,8 %, Speedball = 6,3 %, Cocaïne et opiacés autres que l'héroïne⁴ = 4,7 %, Ritalin seul non prescrit = 3,1 %, Méthamphétamine = 3,0 %, Méthadone³ = 2,4 %, Benzodiazépines non prescrites = 2,4 %

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2400_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf

Tendance % de consommateurs d'opioïdes dans SurvUDI sous méthadone ou buprénorphine/naloxone

FIGURE 1A, pour reseau global

Tendances annuelles methadone ou suboxone precrites non injectees parmi les UDI qui ont consommes (inj ou non) des opioïdes 6 dern mois (tx_subst_6ms), reseau (where=(i_opiace_totaux_totaux=1 or i_aopiace_totaux_totaux=1))



2010-2016

Hausse
significative de
30,1% à 38,4%
($p < 0,001$)

Coûts sociaux

- Coûts attribuables à l'usage de substances au Canada (2014)
 - 38.4 millions \$ par an à la société
 - 41% perte productivité - 29% soins santé – 23% justice pénale
 - 38% attribuable à l'alcool – 31% tabac – 9% opioïdes
- Pertes économiques associées au VIH :
 - 1,3 millions par personne à vie
 - soins de santé : 250 000 \$
 - perte de productivité : 670 000 \$
 - perte de qualité de vie : 380 000\$
- Coût d'un traitement du VHC :
 - environ 20 000 \$/mois selon le médicament pour 2 à 4 mois (40 000 à 80 000 \$)

<http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Provincial-Territorial-Report-2018-fr.pdf>

<http://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Le-coût-économique-du-VIH-sida-au-Canada.pdf>

Coûts attribuables à l'usage de substances (en millions de CAD de 2014) par catégories de coûts, par Substances par année, Québec

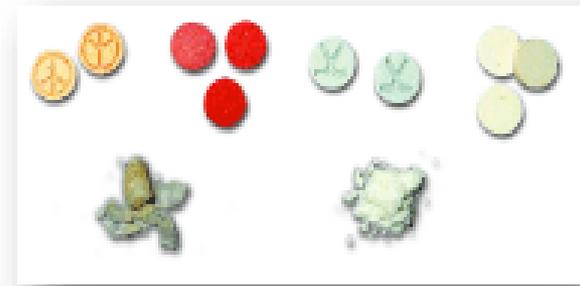
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total des coûts*								
Coûts de soins de santé*								
Coûts de perte de productivité								
Alcool	953 \$	1 013 \$	933 \$	958 \$	981 \$	956 \$	958 \$	983 \$
Tabac	1 273 \$	1 300 \$	1 261 \$	1 292 \$	1 284 \$	1 356 \$	1 339 \$	1 332 \$
Cannabis	72 \$	72 \$	67 \$	77 \$	70 \$	71 \$	82 \$	64 \$
Opioides	324 \$	321 \$	329 \$	363 \$	377 \$	289 \$	348 \$	325 \$
Autres déprimeurs du SNC	96 \$	152 \$	131 \$	106 \$	139 \$	177 \$	138 \$	129 \$
Cocaïne	86 \$	70 \$	62 \$	60 \$	66 \$	55 \$	73 \$	67 \$
Autres stimulants du SNC	119 \$	129 \$	100 \$	100 \$	122 \$	118 \$	103 \$	121 \$
Autres substances	35 \$	62 \$	87 \$	55 \$	27 \$	33 \$	53 \$	50 \$
Toutes les substances	2 958 \$	3 118 \$	2 969 \$	3 011 \$	3 066 \$	3 057 \$	3 094 \$	3 072 \$
Coûts de justice pénale								
Alcool	606 \$	621 \$	637 \$	646 \$	661 \$	676 \$	700 \$	709 \$
Tabac	4 \$	3 \$	3 \$	2 \$	2 \$	2 \$	1 \$	1 \$
Cannabis	260 \$	275 \$	291 \$	318 \$	331 \$	329 \$	362 \$	374 \$
Opioides	253 \$	244 \$	235 \$	223 \$	215 \$	208 \$	197 \$	187 \$
Autres déprimeurs du SNC	50 \$	53 \$	56 \$	57 \$	61 \$	65 \$	68 \$	71 \$
Cocaïne	451 \$	440 \$	429 \$	413 \$	403 \$	396 \$	384 \$	367 \$
Autres stimulants du SNC	181 \$	179 \$	177 \$	180 \$	185 \$	179 \$	173 \$	171 \$
Autres substances	78 \$	73 \$	68 \$	63 \$	58 \$	53 \$	48 \$	42 \$
Toutes les substances	1 883 \$	1 889 \$	1 895 \$	1 903 \$	1 915 \$	1 907 \$	1 934 \$	1 922 \$
Autres coûts directs								
Alcool	271 \$	272 \$	287 \$	280 \$	262 \$	257 \$	278 \$	298 \$
Tabac	52 \$	57 \$	56 \$	55 \$	55 \$	52 \$	56 \$	46 \$
Cannabis	103 \$	103 \$	83 \$	107 \$	81 \$	87 \$	117 \$	113 \$
Opioides	56 \$	52 \$	63 \$	53 \$	60 \$	51 \$	48 \$	55 \$
Autres déprimeurs du SNC	84 \$	75 \$	79 \$	76 \$	85 \$	66 \$	83 \$	80 \$
Cocaïne	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	1 \$
Autres stimulants du SNC	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$	2 \$
Autres substances	11 \$	10 \$	9 \$	11 \$	11 \$	10 \$	12 \$	12 \$
Toutes les substances	581 \$	573 \$	581 \$	587 \$	556 \$	526 \$	597 \$	607 \$

* Comme certaines données sur les coûts de soins de santé au Québec n'ont pu être consultées, les coûts de soins de santé et le total des coûts pour la province ne peuvent être incorporés à ce tableau (voir la section Méthodologie, p.1).

Les opioïdes: classification et effets

Les substances psychoactives

Classification



Dépresseurs (sédatifs)

- *Opioides:*
 - Opium
 - Héroïne
 - Méthadone
 - Morphine
 - Codéine
 - Buprénorphine
 - Tramadol
 - (Dextromethorphan)
- **Alcool**
- **Benzodiazépines:**
 - Lorazépam (ativan©)
 - Diazépam (valium©)
 - Etc.
- **Barbituriques**
- **GHB**

Stimulants

- *Amphétamines:*
 - speed
 - Methamphétamine
 - Méthylphénidate (Ritalin©)
 - Amphétamine (dexedrine©)
- *Ecstasy*
- *Cocaine*
- *Caféine*
- *Nicotine*

Perturbateurs (hallucinogènes)

- *LSD*
- *Ecstasy*
- *Champignon magique*
- *Cannabis*
- *Kétamine*
- *Dextromethorphan*

Naturels = Opiacés : dérivés *opium*

- Opium
- Morphine
 - (Statex, MS Contin, MEslon, Kadian)
- Codéine

Semi-synthétiques

- Hydromorphe
 - (Dilaudid, hydromorphe Contin)
- Oxycodone
 - (Supeudol, OxyContin)
- Héroïne
- Buprénorphine

Synthétiques

- Méthadone
- Mépéridine
 - (démérol)
- Fentanyl
 - (Duragésic)
- Tramadol
 - (Ultram, Zytram, Ralivia, Tridural, Durela)

Les opioïdes



Photo: <http://www.lepreverre.com/fr/accueil/epices/graine-pavot.html>

La codéine en vente libre sous toutes ses formes !



Acétaminophène-caféine-codéine
Tylenol No.1, Lenoltec No.1
Atasol-8, Triatec-8
Génériques



AAS-caféine-codéine
222 (discontinué)
Génériques



Diphénhydramine-chlorure d'ammonium-codéine
Damylin, Calmylin,
Génériques



Imodium, lopéramide
semblable
chimiquement
aux opioïdes



Acétaminophène-doxylamine-codéine
Mersyndol, Génériques

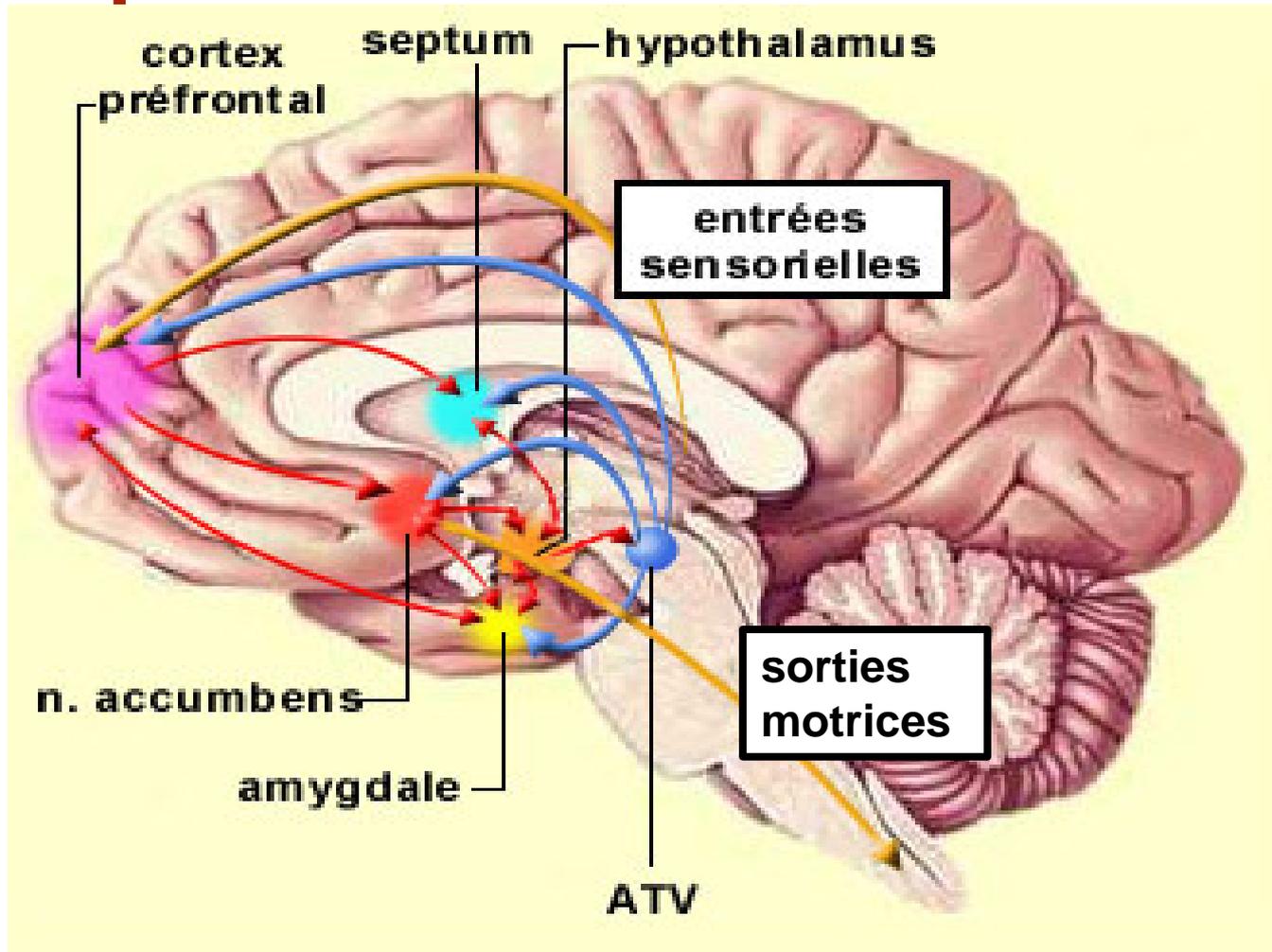


Acétaminophène-methocarbamol-codéine
Robaxacet-8, Génériques

Récepteurs spécifiques aux opioïdes

Récepteurs	Effets	Agoniste/Antagoniste
mu - μ	Analgésie, euphorie, dépression respiratoire, constriction de la pupille, diminution de la motilité intestinale, sédation	Agoniste complet <ul style="list-style-type: none"> • Héroïne • Méthadone • Oxycodone Agoniste partiel <ul style="list-style-type: none"> • Buprénorphine Antagoniste <ul style="list-style-type: none"> • Naloxone
kappa - κ	Analgésie, dysphorie	Agoniste <ul style="list-style-type: none"> • Méthadone Antagoniste <ul style="list-style-type: none"> • Buprénorphine • Naloxone
delta - δ	Analgésie, moindre dépendance ? Peu de constipation, de dépression respiratoire ou de tolérance associées	Objet de recherches pour développer un agoniste spécifique Antagoniste <ul style="list-style-type: none"> • Naloxone

Les opioïdes et le circuit de la récompense



Consommation d'opioïdes

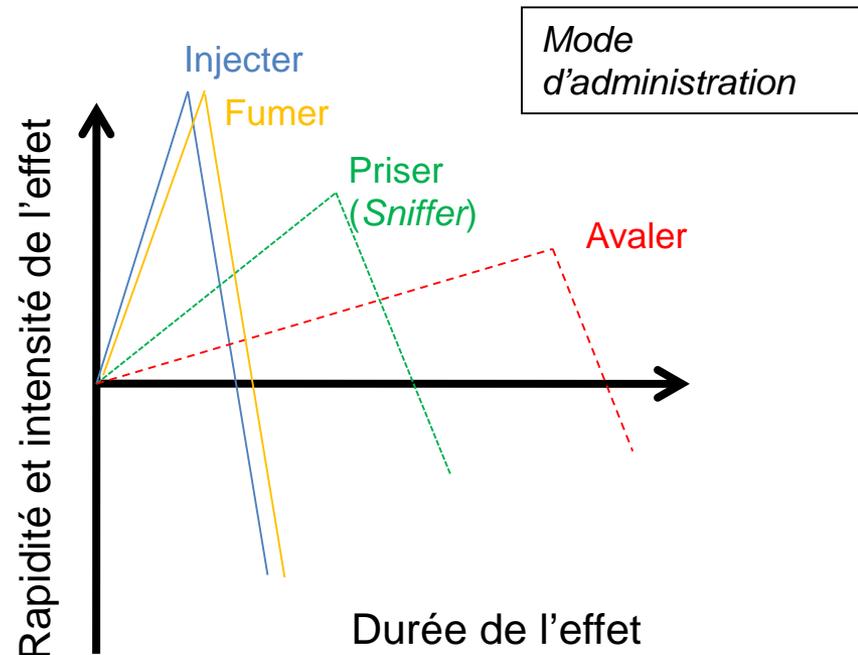
- **Opium**
 - Fumé, ingéré, injecté
- **Héroïne** : smack
 - Intra-nasale (IN), fumée (« *chasing the dragon* »),
IV : 0,1g = 1 point = 30\$
- **Médicaments opioïdes**
 - Hydromorph, dilau, oxy...
 - Oral, IN, IV, IR
 - Dilaudid = «dilau» sur la rue
 - Hydromorphone contin = «hydromorph/hydro»
- Timbre de fentanyl
 - Transdermique, transmuqueux, maché, fumé, IV
- Poudre ou comprimés de fentanyl
 - Oral, IN, IV, IR
- Spray de fentanyl S/L
- Suppositoire, «plug anale»



Mode d'administration

Les opioïdes peuvent être consommés par :

- Voie orale
- Fumer
- Priser (*Sniffer*)
- Injection
- La peau (timbre transdermique)
- Voie rectale
- Sublinguale



SOURCES:

1) https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/risques-lies-a-l-usage-d-opioides/?gclid=CjwKCAjw7vraBRBbEiwA4WBOnz5yfSjSr8PTnphlsfwcjPIXG6TzK4fuyjmfCo7J-r25fFD5AYtDaRoCM78QAvD_BwE

2) CRI 3341S – 13 septembre 2011, Rémi Boivin

Source: formation PROFAN, Méta d'Âme et AIDQ

Une idée de la quantité...

- Dilaudid IV:

- Tolérance «standard» : 24 mg IV/j
 - Prix : 1 co de dilaudid 4 mg = 5-10\$*
- Grande tolérance: 90-120 mg IV
 - Au dessus de 300 mg

- Héroïne IV:

- Tolérance «standard» : 1-2 points/j = 30\$ le point, 200\$ le gramme*
- Grande tolérance : 5-10 points/j
 - Au dessus de 20 points

Prix montréalais

L'intoxication

- **Triade**
 - **Dépression respiratoire**
 - **Diminution état conscience**
 - **Myosis (pupilles *pinpoint*)**
- Somnolence (*nodding*)
- Difficultés respiratoires
 - Ronflements, suffocation
- Hypothermie
- Rhabdomyolose si immobilisation prolongée
- Œdème pulmonaire
- Hypotension



Le sevrage

- Sevrage aigu:
 - Débute de 6-24 heures post-dose
 - Atteint son paroxysme en 2-4 jours
 - **Le sevrage ne met pas la vie en danger**
 - **Attention si conditions médicales sous-jacentes et à la prise de risque associée**
- Majorité des signes physiques disparaissent dans les 7 premiers jours
- L'état de manque, les troubles du sommeil et de l'humeur peuvent persister plusieurs semaines
 - Décrit comme le PAWS: *post acute withdrawal syndrome*
- Un stimulus («cue») environnemental peut le déclencher

Évolution du sevrage

TABLEAU 8			
Décours temporel du sevrage d'opiacés			
Nb d'heures après la dernière dose			Symptômes et signes
Héroïne	Morphine	Méthadone	
3-4	6	12	Anxiété, agitation, irritabilité, « craving »
8-10	14	36-48	Bâillements, transpiration, rhinorrhée, larmoiement
12	16	48-72	Augmentation des éléments ci-hauts plus mydriase, chair de poule, sensation de chaud ou de froid, tremblements, fasciculations, douleurs musculaires et osseuses, anorexie, crampes et douleurs abdominales, nausées
18-24	24-36		Augmentation des éléments ci-hauts plus insomnie, tachycardie, hypertension, tachypnée, fièvre, vomissements, diarrhée

Tiré de Rouillard, 1999, p.21

Source: NiD-EM-manuel d'utilisation:

<https://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/NiD->

31 [%C3%89M FR Manuel.pdf](#)

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

<p>1. Fréquence cardiaque au repos: _____ /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>7. Inconfort gastro-intestinal: 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>2. Sudation: 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>8. Tremblements: 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>3. Agitation: 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>9. Bâillements: 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>4. Pupilles</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>10. Angoisse ou irritabilité</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>5. Douleur osseuse, arthralgie en tenant compte des douleurs liées au sevrage</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>11. Chair de poule</p> <p>0 peau lisse 3 piloérection est ressentie, on voit les poils des bras redressés 5 piloérection proéminente</p>
<p>6. Rhinorrhée ou larmolement: 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





The SOWS is a self-administered scale for grading opioid withdrawal symptoms. It contains 16 symptoms whose intensity the patient rates on a scale of 0 (not at all) to 4 (extremely), and takes less than 10 minutes to complete.

Patient Instructions: please score each of the 16 items below according to how you feel right now. Circle one number only.

Item	Symptom	Not at all	A little	Moderately	Quite a bit	Extremely
1	I feel anxious	0	1	2	3	4
2	I feel like yawning	0	1	2	3	4
3	I am perspiring	0	1	2	3	4
4	My eyes are teary	0	1	2	3	4
5	My nose is running	0	1	2	3	4
6	I have goosebumps	0	1	2	3	4
7	I am shaking	0	1	2	3	4
8	I have hot flushes	0	1	2	3	4
9	I have cold flushes	0	1	2	3	4
10	My bones and muscles ache	0	1	2	3	4
11	I feel restless	0	1	2	3	4
12	I feel nauseous	0	1	2	3	4
13	I feel like vomiting	0	1	2	3	4
14	My muscles twitch	0	1	2	3	4
15	I have stomach cramps	0	1	2	3	4
16	I feel like using now	0	1	2	3	4

Total Score: _____

Reference:

1. Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. 1987. American Journal of Alcohol Abuse 13, 293-308.

SEVRAGE AUX OPIACÉES / SOWS-IO

Date
 année mois jour

Heure h. min.

Avec quelle intensité avez-vous souffert de chacun des symptômes suivants dans les dernières 24 heures ?
 Cochez la case appropriée :

SYMPTÔMES	INTENSITÉ			
	0 Pas du tout	1 Légère	2 Modérée	3 Sévère
1. Se sentir mal				
2. Crampes d'estomac				
3. Contractions / spasmes des muscles				
4. Sensations de froid				
5. Battements de cœur				
6. Tensions / raideurs musculaires				
7. Avoir mal partout				
8. Bâillements				
9. Yeux qui coulent				
10. Insomnie / problèmes pour dormir				

1.9 Score total

Intensité des symptômes de sevrage

0-4	5-10	11-20	21-30
Négligeable	Légère	Modérée	Sévère

Ces catégories sont pour le moment expérimentales.
 Veuillez vous fier à votre jugement.

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F160039200_3_NiD_EM_Fr_V2.0_1998.pdf

Le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

Évolution du parcours d'un utilisateur d'opioïdes

Facteurs qui peuvent maintenir la consommation:

1. La découverte de la substance
2. Les effets bénéfiques: bien être, euphorie, soulagement douleur, détachement, anxiolyse, sommeil
3. Le rituel
4. La peur du manque

Évolution du parcours d'un utilisateur d'opioïdes

Les étapes de développement d'un TUO



Mais toute consommation d'opioïdes n'équivaut pas TUO

- A. L'initiation
- B. L'installation de la dépendance
- C. La galère – la perte de contrôle

Les comportements entraînés par le TUO

Facteurs individuels:

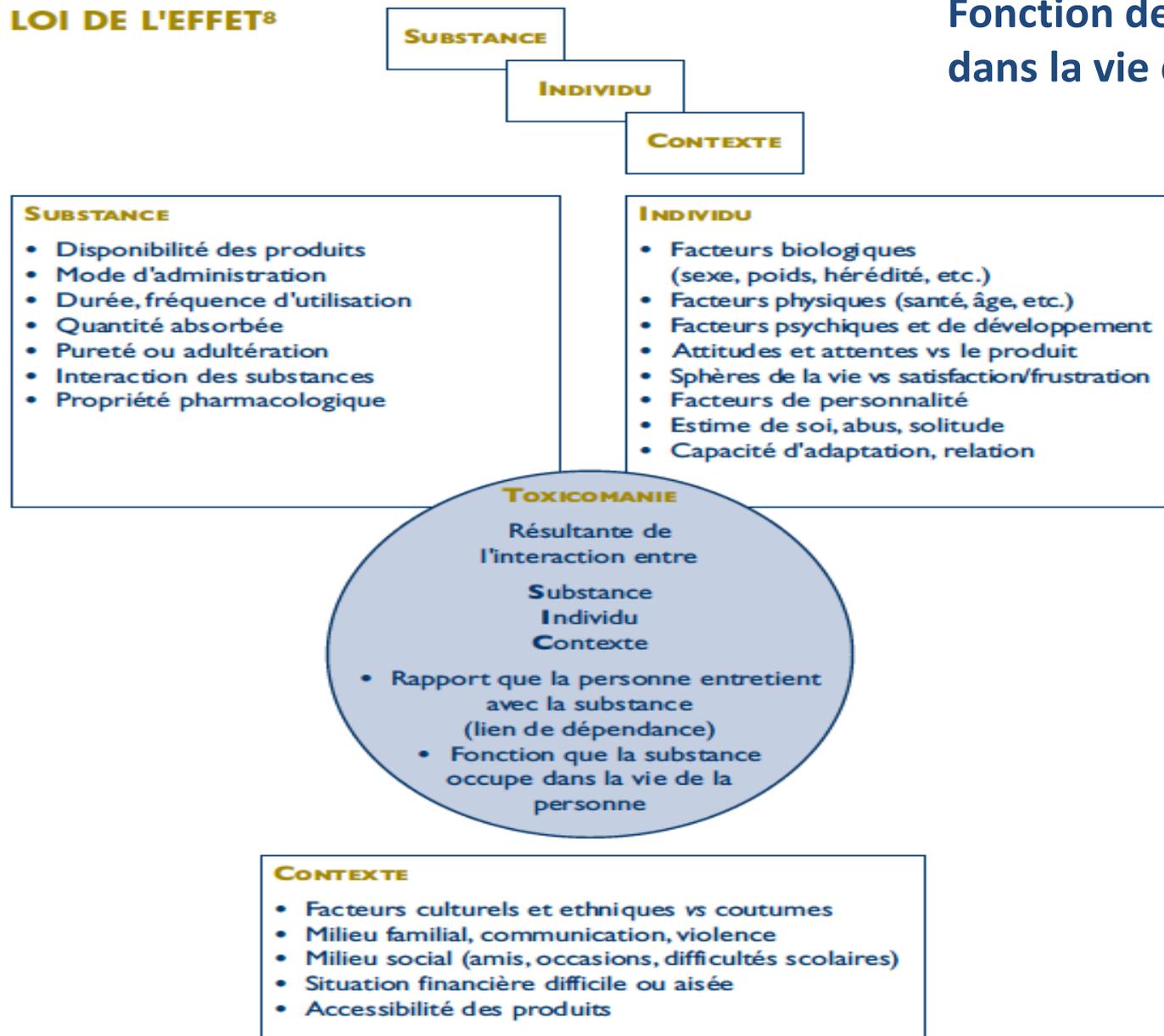
- Habitudes
- Hypersensibilité

Facteurs systémiques liés à la répression, stigmatisation et criminalisation :

- Évitement relationnel
- Isolement
- Courir après la drogue, courir après l'argent
- Développement d'un sentiment de vulnérabilité, d'être atteint d'une mauvaise maladie
- Sentiment de honte (le manque, perte des biens, du statut, des actes posés, honte face aux soignants, etc.)

LOI DE L'EFFET⁸

Fonction des opioïdes dans la vie du patient



Santé mentale, traumatisme et dépendance: La poule ou l'œuf?

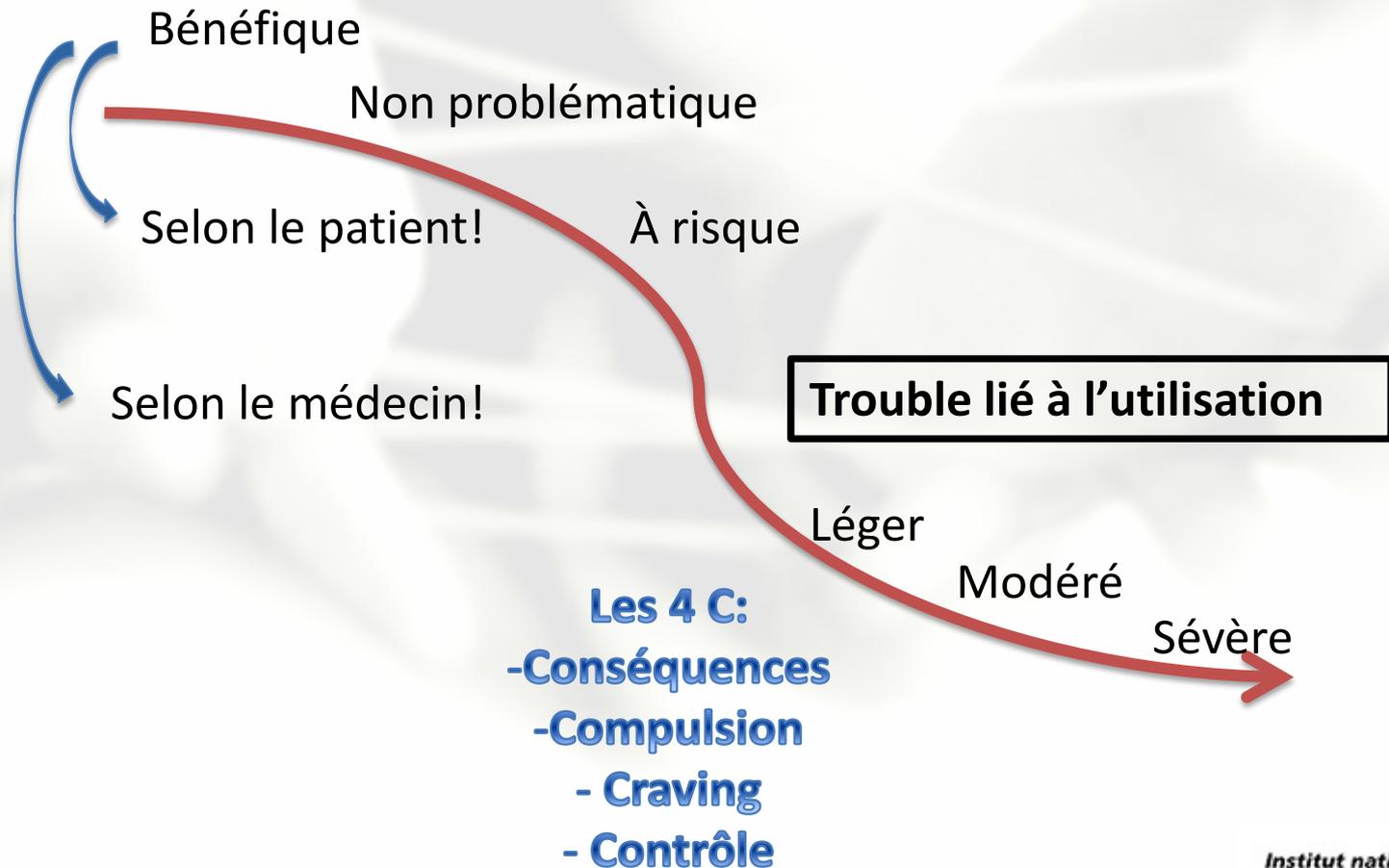
- 50 % des personnes cherchant de l'aide pour un problème de toxicomanie en général ont un problème de santé mentale
- 15 à 20 % des personnes s'adressant à des services de santé mentale vivent aussi avec une toxicomanie
- Automédication?
- *Soins sensibles au traumatisme*
- Viser une organisation de services favorisant la prise en charge des troubles concomitants

<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf#search=trauma%20informed%20care>

https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide_May-2018.pdf

Spectre de la consommation des substances



Indices qui peuvent laisser présager un TUO dans un contexte d'opioïdes médicamenteux

- Modification de la voie d'administration
- Multiples sources d'approvisionnement
- Augmentation des doses
- Recherche de médicaments:
 - Perte d'ordonnance
 - Renouvellements précoces
 - Insistance auprès du personnel
 - Rien d'autre ne fonctionne
- Autres dépendances concomitantes
- Détérioration de la condition ou du fonctionnement
- Inquiétudes de l'entourage
- Forte opposition à une diminution des doses ou à un changement d'opioïde
- Préférence marquée pour les médicaments à action brève

Critères diagnostiques du DSM 5 : trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive

- Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période continue de 12 mois

Critères DSM 5

1. **Quantité** plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou **contrôler** l'utilisation
3. Beaucoup de **temps** passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser le produit ou récupérer de ses effets
4. **Craving**, ou désir intense de consommer la substance
5. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des **obligations majeures** au travail, à l'école ou à la maison

Critères du DSM 5 (suite)

6. Utilisation de substance malgré **problèmes** interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance
7. **Activités** sociales, professionnelles, ainsi que les loisirs sont **abandonnés** ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
8. Utilisation répétée dans des situations où cela peut être **physiquement dangereux**
9. L'utilisation de la substance est **poursuivie bien que** la personne sache avoir un problème psychologique ou physique causé/exacerbé par la substance

Critères du DSM 5 (suite)

10. Tolérance

- Quantité augmentée
- Effet diminué

11. Sevrage

- Syndrome de sevrage
- Substance prise pour soulager/éviter les symptômes

Marqueurs de sévérité

- Légère : 2-3 critères positifs
- Modérée : 4-5 critères positifs
- Sévère : au moins 6 critères positifs

Traitement des TUO

Philosophie d'intervention

La philosophie de réduction des méfaits

Une approche **pragmatique** à visage **humain**, qui repose sur un ensemble de principes d'action:

- **Tolérance** à l'endroit d'un comportement socialement et moralement controversé;

○ Approche **coûts/bénéfices** de la consommation de drogues;

- Basée sur les besoins exprimés par la personne

○ Réduction progressive des méfaits (hiérarchie d'objectifs)

- Vise l'amélioration des conditions de vie (gestion de la conso, abstinence, etc.)

- Rencontre des usagers dans leurs milieux de vie (**outreach**);

- Soutien et accompagnement des personnes dans leurs démarches d'**autonomisation** et de défense de leurs droits

- Partenariat de soins

- Offre de services et de soins adaptés à leurs conditions physiques et psychologiques, qui tente d'éliminer les barrières à l'accès et à la rétention traitement (**bas seuil**);

Philosophie d'intervention: principes généraux

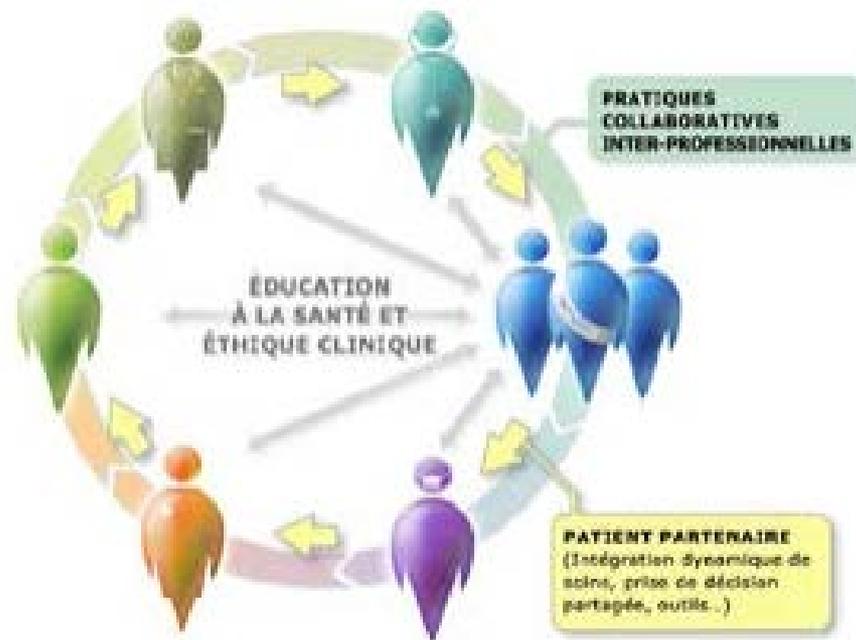
- Décision commune sur les buts du traitement et l'adaptation du plan de traitement
 - Peut inclure la persistance de la consommation
 - Permettre au patient de choisir parmi les options thérapeutiques possibles
- Évaluation continue: qu'est-ce qui entrave l'atteinte des objectifs?
 - Ex.: santé mentale, \$, logement
- Adaptation des services
 - Aspects socioculturels, genre
 - Trauma
- Chercher à abaisser le stigma
 - Accueil, salle d'attente, choix des mots, etc.
- Inclure les personnes avec une expérience vécue (pairs)

L'équipe interdisciplinaire



**Approche centrée
sur le patient**

Partenariat de soins



Pour tous: écoute sans jugement et création du lien

Traitement du TUO: Évaluation initiale

Hétérogénéité de la clientèle

Absence de profil unique

- Des milieux marginaux aux milieux aisés
- Des personnes souffrant de douleur chronique n'ayant jamais eu recours au marché illicite
- Des personnes ne se reconnaissant pas comme dépendantes
- Des personnes autochtones et les Inuit
- Des personnes vieillissantes
- Des personnes présentant des comorbidités de santé mentale et de santé physique
- Des spécificités régionales

Évaluer ou accueillir? Importance de créer le lien

- Avant les questions, l'écoute...
- L'importance du personnel à l'accueil
- Le premier contact = influence la poursuite de la demande d'aide
- Les considérations pour l'accueil des personnes sont souvent négligées au profit d'éléments évaluatifs et administratifs
 - Il importe de saisir rapidement les opportunités
 - Éviter la lourdeur du processus (Ex. boîtes vocales)
- Trouver une zone de confort
 - Flexibilité du processus d'accueil ↔ cadre clinique et procédures d'admission
- Traitement sur le long cours = évaluation possible sur plusieurs visites
- L'évaluation et l'accueil sont partagés entre divers intervenants en fonction de leurs spécificités professionnelles

COMMENT ASSOUPLIR L'ÉVALUATION DANS VOTRE CONTEXTE?

Algorithme simplifié d'admission

- TUO?
 - Si < 12 mois : sévérité? urgence?
- Test urinaire pour les opioïdes
 - Et test de grossesse
- Discussion sur le choix de la molécule
- Cadre clinique
- Prescription
- Naloxone

Histoire

Pour chacune des substances

- **Fréquence et quantité**
 - X / 7 jours ?; X / 30 jours ?
- **Provenance: marché illicite, prescription...**
- **Modes d'administration**
- Dernière consommation
- Début de la consommation, de la régularité et du moment où la consommation a commencé à être problématique
 - Quels sont les problèmes engendrés/perçus ?
- Signes et symptômes à l'arrêt
- Signes et symptômes d'intoxication
- Démarches et périodes d'abstinence
- Jeu compulsif
 - Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ?
 - Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ?
- Cyberdépendance

Histoire (suite)

Gestes à risque

- Technique d'injection
- Partage de matériel de consommation
- Contacts sexuels non protégés
 - types de contact et de partenaires à risque
- Travail du sexe
- Surdoses
 - mélange de substances dont **l'ALCOOL**
- Consommation dans des situations dangereuses
 - Ex.: conduite d'un véhicule, travail, enfants, etc.

Violence conjugale ou autre

Hygiène du sommeil

Histoire (suite)

Antécédents

- Médicaux
 - Maladies pulmonaires
 - Cirrhose hépatique
 - ITSS, hépatites, VIH
 - Autres infections: abcès, cellulite, endocardite
- Psychiatriques
- Familiaux

Vaccination

Santé sexuelle et de la reproduction

- Contraception

Dossier Santé Québec



- **Consulter TOUJOURS le DSQ avant de prescrire ou de servir un opioïde ou un médicament à potentiel d'abus.**
- **Si votre patient s'est retiré du DSQ, soyez très vigilant !**
- Encadrement : discuter de la réinscription au DSQ. Sachez qu'un patient qui s'est retiré du DSQ peut s'y réinscrire en ligne ou par téléphone. (<https://refus.dossierdesante.gouv.qc.ca/>)
- Les codéinés exonérées n'apparaissent pas au DSQ à l'heure actuelle.

http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/professionnels/Qu-est-ce-que-le-DSQ/index.php?Le_DSQ_en_bref

Histoire (suite)

Contexte social

- Personnes à impliquer
 - Entourage qui peut inclure des intervenants communautaires
- Source de revenus
- RAMQ vs autres assurances
 - Preuve temporaire de carte RAMQ
 - Preuve d'admissibilité temporaire si Aide sociale
- Documents légaux (ex.: certificat de naissance)
- Hébergement, situation à domicile
 - Présence d'enfants
- Comment rejoindre le patient
 - Pharmacie, organisme communautaire, ami, etc.
- Description du réseau social et familial
 - Liens principaux, incluant organismes communautaires, travailleurs de rue
- Dettes
- Problèmes judiciaires
- Effets et conséquences de la consommation

Examen physique

- Suivi du poids
- Sites d'injections
- Signes d'intoxication ou de sevrage
- Cavités nasales si consommation prisee
- Souffle cardiaque
- Stigmates de cirrhose
- Lésions de grattage avec consommation de stimulants
- Recherche d'abcès/cellulite avec consommation IV

UDI: complications médicales

Cellulite
Abscess sous-cutané
Hématome
Fasciite nécrosante
SARM
Tétanos
Botulisme
Fragment d'aiguille

Overdose
Infection du système nerveux central
Décès prématuré

Endocardite

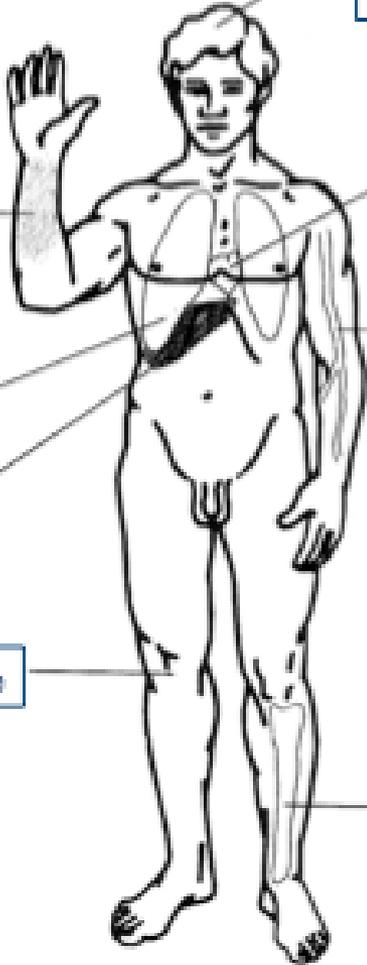
VIH
Septicémie
«Cotton Fever»

Pneumonie

Hépatite B
Hépatite C

Arthrite septique

Ostéomyélite



Source: Dre Violaine Germain

Investigations

Sang

- FSC, électrolytes, créatinine
- Bilan hépatique
- VIH, syphilis
- Hépatites A, B et C, ARN-VHC prn

Urine

- **B-HCG**
- Recherche gonorrhée et chlamydia
- Dépistage urinaire de drogues
 - **Dépistage + aux opioïdes nécessaire AVANT de débiter TAO**

Examen gynécologique

Dépistage de la tuberculose

ECG: penser à aviser le pharmacien du QTc

Le traitement par agoniste opioïde (TAO)

Quand débiter un TAO?

- TUO selon DSM 5
 - Le critère de 12 mois n'est pas un absolu
- Confirmation par :
 - Dossiers antérieurs médicaux ou psychosociaux
 - Entourage
 - Signes d'intoxication ou de sevrage
- Recherche d'opioïdes dans urine positif x 1
- Si test urinaire négatif : questionner
 - Votre patient
 - Votre biochimiste
- Aptitude à consentir de manière éclairée

Urgence à débiter le TAO

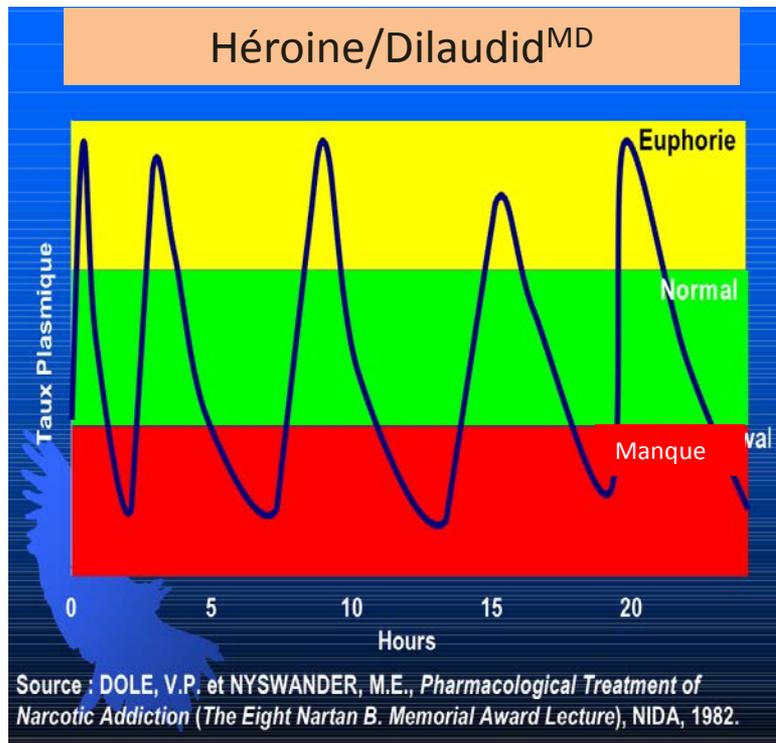
- Précarité physique ou psychiatrique
- État de santé
 - Sepsis
 - Endocardite
 - SIDA
- Comportements à risque, dont la vie est en danger
- Condition psychiatrique instable
- Grossesse (inclure conjoint)
- Parents de jeunes enfants

Traitement par agonistes opioïdes (TAO)

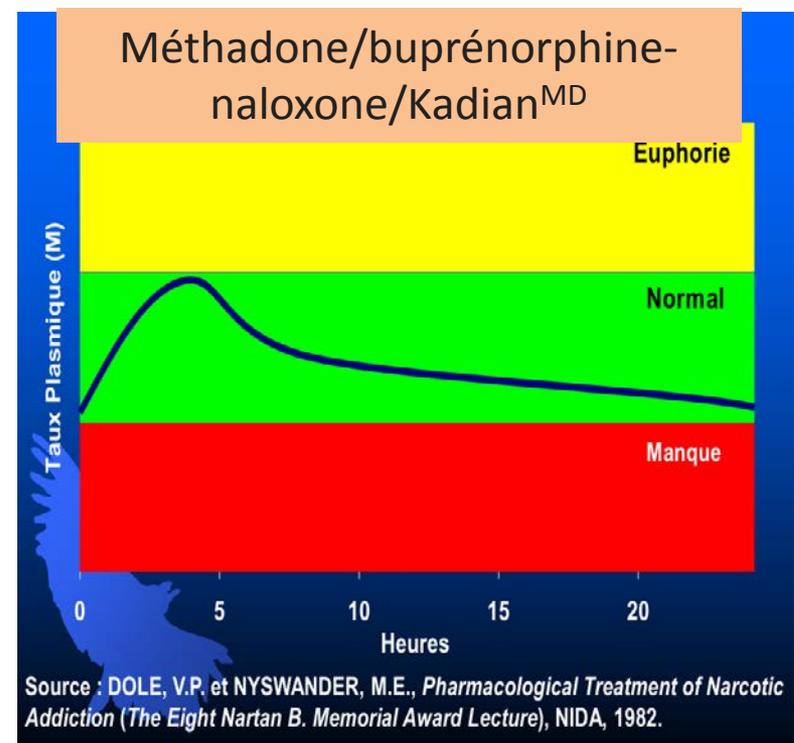
- Deux médicaments autorisés par Santé Canada
 - Buprénorphine/naloxone
 - Méthadone
- Alternatives en cas d'échec ou d'intolérance
 - Morphine orale à libération lente univoquotidienne (Kadian^{MD}) = off label
 - Hydromorphone et diacéthylmorphine IV
- Opioides de longue durée d'action
 - Prise die
- Composition connue de la molécule
 - versus marché illicite
- Formulations avec moindre risque de diversion
 - Méthadone = diluée dans du jus
 - Buprénorphine = ajout de naloxone
 - Morphine longue action = ouvrir la capsule dans compote ou dans verre d'eau
- Dans un cadre médical
 - Qui favorise le bien être et l'amélioration du fonctionnement
 - Qui permet des soins intégrés et le traitement des comorbidités

Traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Opiïdes courte action



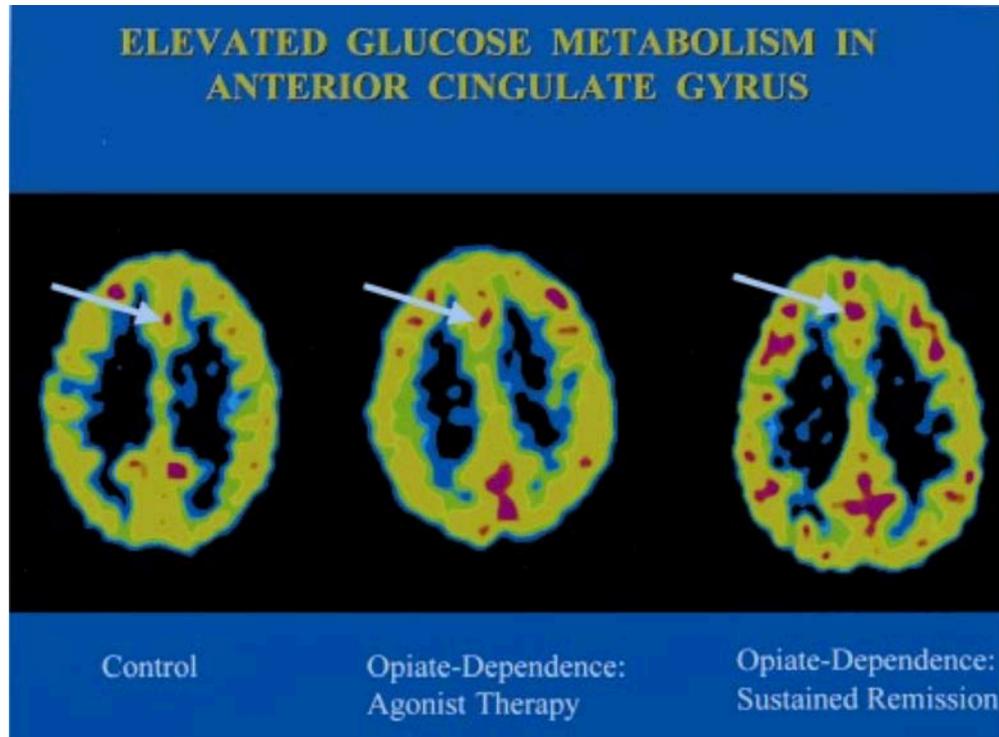
Opiïdes longue action



Dans quoi le patient va-t-il s'engager?

- Présence à tous les jours en pharmacie, initialement
 - Surtout pour la méthadone
 - Au mieux, un minimum d'une fois par semaine en pharmacie
- Supervision de la prise
 - Buprénorphine/naloxone, Kadian^{MD} ouvert en compote ou dans du jus
- RDV fréquents
- Traitement à long terme
 - Vision de maladie chronique

Le TUO: une «maladie chronique» récidivante, parfois curable



La rechute... Plus qu'une question de motivation

<https://pdfs.semanticscholar.org/c350/bd2266cfcb00ae59a6c64a4af24c42e833a6.pdf>

Spécificités de la buprénorphine/naloxone

- Comprimés pour dissolution sublinguale
 - La naloxone est uniquement pour éviter la diversion IV
 - Comprimés de 2 et 8 mg
 - Dose max 24 mg (ad 32 mg)
- Nécessité d'être en sevrage (léger-moderé) avant de débiter

- COWS 8-12

- Risque de sevrage provoqué

- Induction rapide: 1-2 jours

- Consommation concomitante d'opioïdes plus difficile

- Lieu d'induction

- Clinique
- Pharmacie: spécifier le rôle attendu du pharmacien
- Domicile

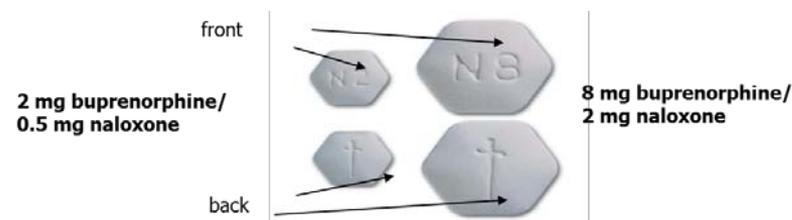
- Doses alternées

- Q 2 ou 3 jours

- Enjeux de la surveillance de la dissolution sublinguale

- Complexité de la gestion de la douleur surajoutée

- Redosage après omission 3 jours consécutifs

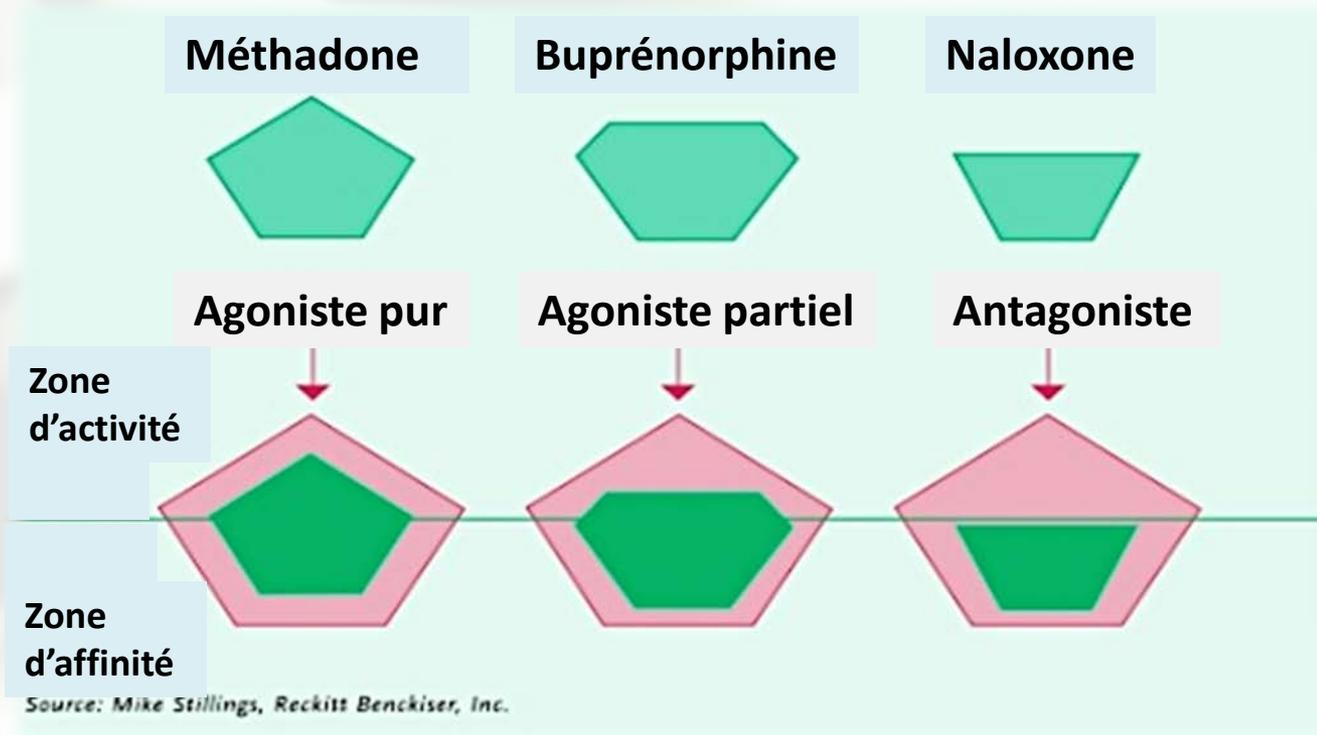


Pharmacologie de la buprénorphine /naloxone (suite)

Effets indésirables

- Le plus fréquent: céphalée transitoire
- Effets indésirables des 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)

Affinité vs activité agoniste vs antagoniste



<http://openi.nlm.nih.gov/index.php>

http://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=2851017_SPP-02-2-4-g001&req=4

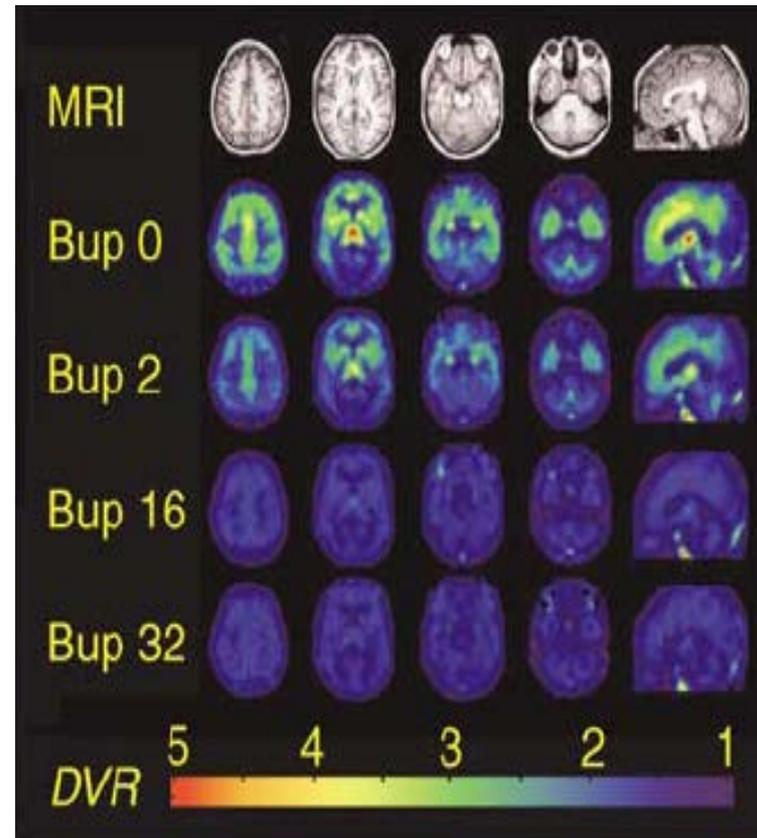
Pharmacologie de la buprénorphine/naloxone

Efficacité pharmacologique =
capacité du médicament à
occuper les récepteurs opioïdes

Au-delà d'un certain point, des
doses plus élevées de
buprénorphine ne diminuent plus
le nombre de récepteurs
disponibles

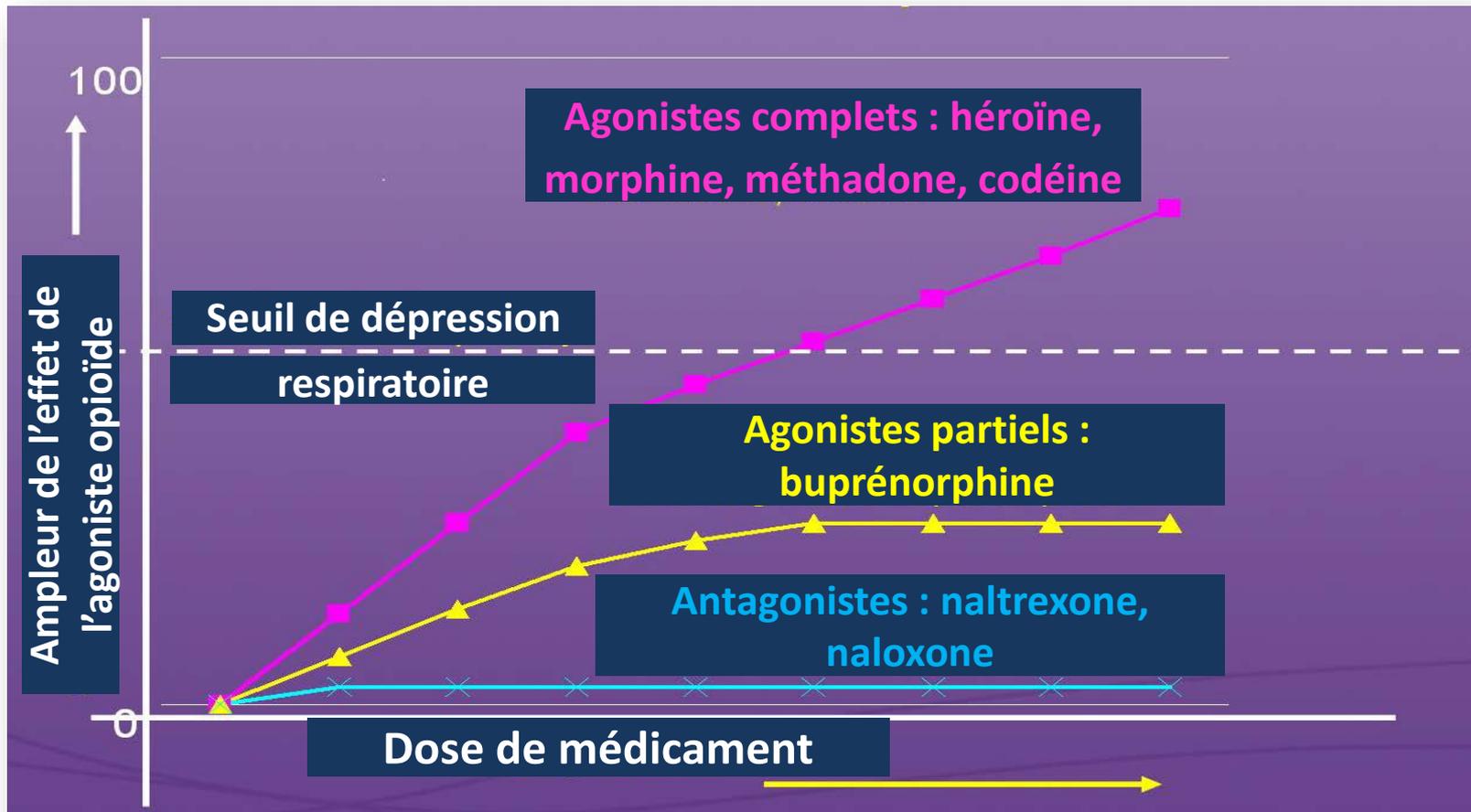
Récepteurs disponibles

- **16 mg : réduction de 92 %**
- **32 mg : réduction de 98 %¹**



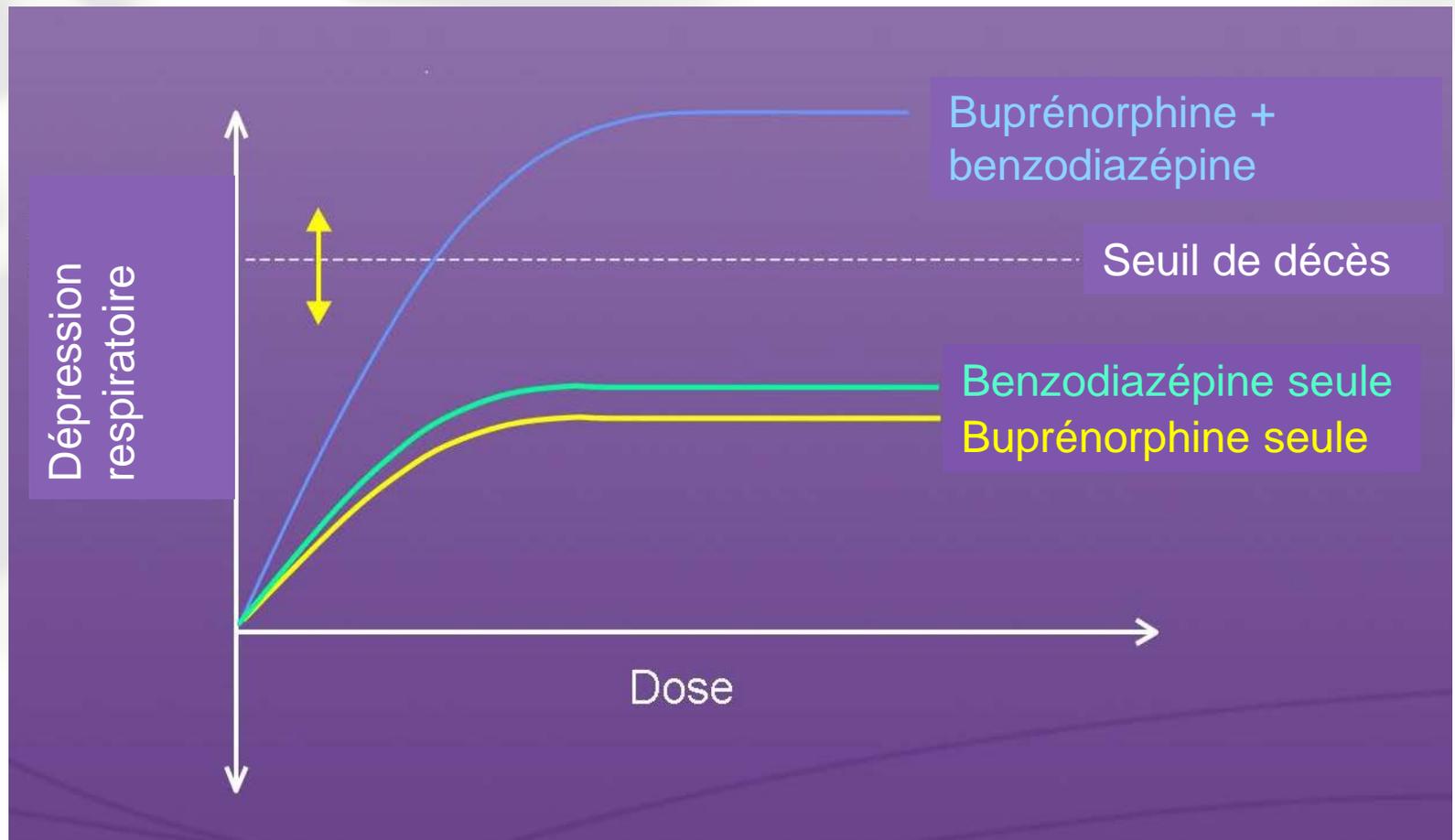
¹ Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(11):2000-2009.

Effet de plafonnement de la buprénorphine



www.suboxonecme.ca

Buprénorphine + benzodiazépines



Spécificités de la méthadone

- Solution liquide dissoute dans du jus
 - Les comprimés existent lorsque prescrits pour le soulagement de la douleur
- Pas de doses maximales
 - Début entre 1-40 mg
 - Augmentation maximum de 20 mg chaque 5-7 jours
- Danger de surdose
 - Début de traitement
 - Arrêt du traitement
 - Attention avec les sédatifs concomitants
- Induction lente
 - Consommation poursuivie initialement
- **Exemption fédérale n'est plus nécessaire pour prescrire**
- Interactions ++
- QTc
- Effets secondaires:
 - Hypogonadisme
 - Sudation
 - Gain de poids
 - Constipation
 - Dysthymie
- Redosage après omission 3 jours consécutifs

Choisir entre la buprénorphine/naloxone et la méthadone: en théorie

MÉTHADONE

- Activité intrinsèque plus importante souvent nécessaire pour les grands consommateurs avec tolérance élevée
- Meilleure rétention possible si TUO grave/forte tolérance
- Début du traitement possiblement plus facile
- Aucune dose maximale
- Approuvé au Canada pour la gestion de la douleur

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE

- Moins risquée
- Dosage rapide
- Plus souplesse doses à emporter et alternées
- Moins de diversion intraveineuse
- Moins d'effets indésirables
- Sensorium plus clair
- Sevrage moins marqué
- Peu d'effets sur le QTc
- Moins d'interactions médicamenteuses
- Transition plus facile de la buprénorphine/naloxone à méthadone
- Redosages plus faciles

Choix du patient!

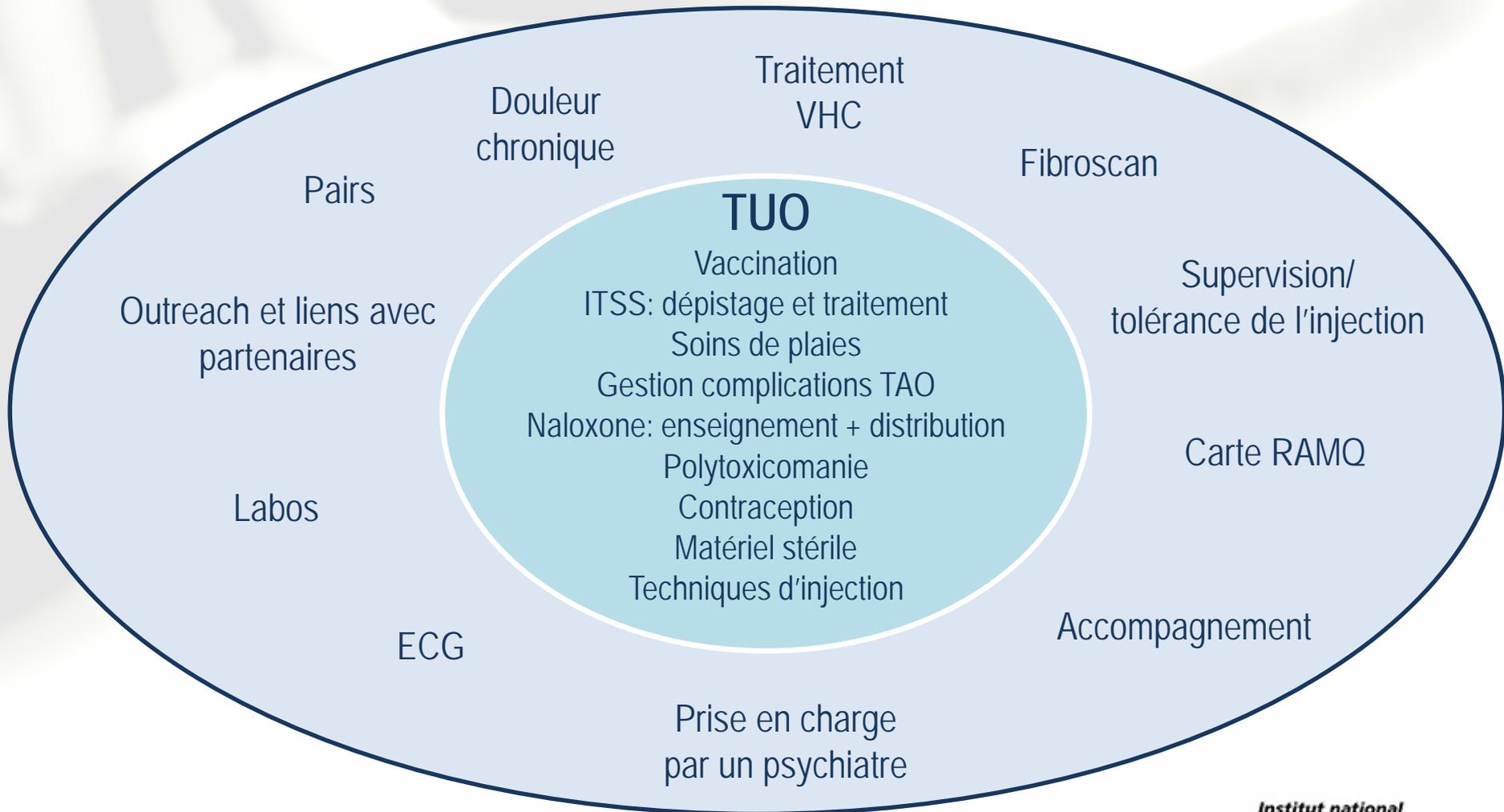
Choisir entre la buprénorphine/naloxone et la méthadone: en pratique

- En fonction des besoins et du désir du patient
 - Qui peuvent changer dans le temps
- En fonction de la consommation concomitante
 - Souhait de continuer à consommer des opioïdes?
 - Consommation de sédatifs?
- En fonction des comorbidités physiques
 - Ex. SAHS
- En fonction de la recherche/besoin de l'effet mu
- En fonction du temps qu'on a devant nous
 - Ex. incarcération imminente

Morphine orale à libération lente uniquotidienne: Kadian^{MD}

- Indications:
 - Contre-indication, intolérance, ou échec d'un essai thérapeutique avec la buprénorphine/naloxone et la méthadone
 - N'est pas une 1^{re} ligne et doit être prescrit par un md habitué en TAO
 - Absence de grossesse ou lactation (aucune étude chez ces populations)
- Capsules de microbilles de 10, 20, 50 et 100 mg: ouvertes dans de la purée ou dans un verre d'eau et prises devant pharmacien
 - AVISER le pharmacien
 - Risque de diversion plus grand
 - Risque a/n santé + élevés si injection car dissolution incomplète
 - Risque de confusion avec le traitement de la douleur
- Augmentations possibles aux 2 jours
- La dose moyenne de morphine se situe entre 235 et 791 mg/jour
- Redosage après 2 doses consécutives omises

Ce qui vient avec le traitement du TUO



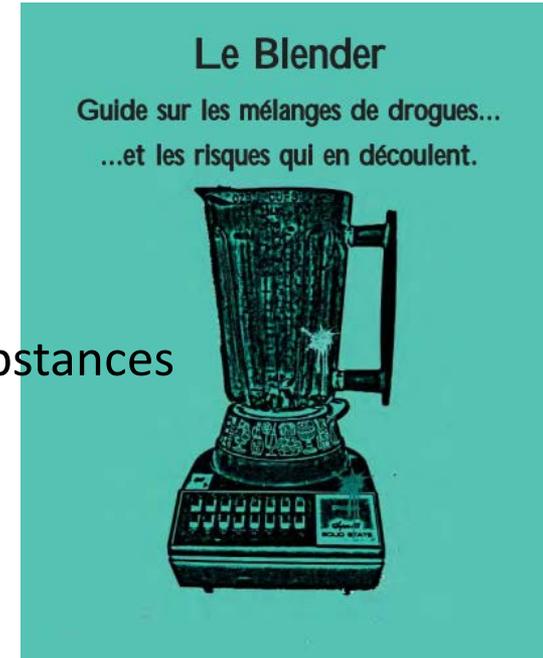
L'envers de la médaille...

- Précarisation des conditions de vie:
 - La vie tourne autour du médecin, du pharmacien et de la molécule
 - Difficulté à changer d'équipe dans certaines régions
 - Dépendance aux options thérapeutiques avec lequel le md est à l'aise
 - Enjeux du contrôle
 - Visites quotidiennes ou presque en pharmacie
 - Contrôle: test urinaire pour l'attribution et le maintien des doses à emporter
 - Déplacements importants
 - Frais associés
 - Incohérence entre les horaires du md/pharmaciens et les horaires de travail
 - Limites aux voyages, déplacements
- Stigmatisation
 - Pharmacie: prise de TAO évidente et non confidentielle
 - Demande de matériel stérile à sa pharmacie TAO
 - Tests urinaires supervisés
- Isolement associé à l'arrêt de consommation
- Effets secondaires des molécules

Prévention des surdoses

Counselling sur la consommation à moindre risque

- Éviter de consommer seul
 - Ni de façon simultanée
- Inciter à faire une dose test pour évaluer l'effet
- Informer sur les risques associés aux mélanges de substances
 - Attention aux dépresseurs
 - Voir le document : Blender
- Changements dans la tolérance
- Changements dans la composition/concentration de la drogue
- Changement dans le mode de consommation + information sur les particularités des modes
- Avoir une trousse de naloxone sur soi en tout temps et savoir l'utiliser
- Savoir reconnaître une surdose d'opioïdes



Inspiré de l'atelier «surdose», juillet 2014, DSP de l'ASSS de Montréal
(http://www.linjecteur.ca/PDF/Info-Drogue/Blender_web%20PDF.pdf)

Facteurs de risque de surdose d'opioïdes

- Utilisateurs d'opioïdes récréatifs
 - risque accru si consommation par injection (et anale)
- Patient sous TAO
- Nouveau consommateur d'opioïdes (naïf – faible tolérance)
- Perte de tolérance après une période sans consommation ni TAO
 - Prison, thérapie, hospitalisation, voyage, etc.
- Consommation de cocaïne ou de comprimés illicites dans certaines régions (contamination par le fentanyl)
- Utilisateur d'opioïdes sur ordonnance à haute dose*
- Risque accru pour les utilisateurs d'opioïdes prescrits si :
 - Âge > 65 ans
 - Atteinte de la fonction hépatique ou rénale
 - Signes de mésusage
 - Troubles cognitifs et/ou psychiatriques
 - Pathologie pulmonaire, apnée du sommeil, obésité
 - Consommation concomitante de sédatif
 - principalement : benzodiazépine, alcool, hypnotique)

Naloxone

- Antagoniste opioïdes
 - Antidote à la surdose d'opioïdes
 - Sécuritaire en cas d'intoxication indifférenciée
 - Durée d'action: Entre 30 et 90 minutes = risque de retour en surdose
- Formulation intranasale (IN) ou intramusculaire (IM)
- Enseignement pour les proches/pairs
 - Inscrit DSQ: consommateur ou tierce-personne
- Distribuée gratuitement en pharmacie ou par les organismes communautaires
- Où trouver de la naloxone au Québec:
<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/cartes/naloxone/index.html>
- Appel au 911 essentiel
- Loi du bon samaritain



Enseignement -Les incontournables

Aux utilisateurs et aux tierces personnes

Toujours remettre le feuillet aide-mémoire de l'INESSS

- A. Mécanisme d'action et principaux opioïdes
 - Déloge les opioïdes des récepteurs Mu par compétition (antidote)
 - Aucune action sans présence d'opioïdes (dans le doute, administrer)
- B. Principaux opioïdes et risque de contamination d'autres drogues
- C. Signes d'une surdose aux opioïdes
- D. Interventions à faire (suivre les étapes du feuillet aide-mémoire de l'INESSS)
 - Insister sur l'importance du 911 et expliquer la loi du Bon Samaritain

Enseignement-Les incontournables (suite)

- E. Préparation et administration sécuritaire de la naloxone
 - Expliquer et faire visionner le vidéo intranasale ou intramusculaire

- F. Surveillance après l'administration de la naloxone
 - Réassurer et position latérale de sécurité
 - Importance de se rendre à l'hôpital : risque de réapparition symptômes (durée d'action courte)
 - Ne pas consommer de nouveau

- G. Gestion du matériel, conservation et date de péremption



Administration de la naloxone
par voie nasale

POSSIBLE SURDOSE D'OPIOÏDES : QUOI FAIRE

La personne a pu consommer des drogues ou des médicaments et elle présente les signes suivants :

RECONNAÎTRE UNE POSSIBLE SURDOSE



Absence de réaction
au bruit ou à la douleur



Respiration difficile,
ronflante ou absente

La personne semble inconsciente

1 TENTEZ DE LA FAIRE RÉAGIR PAR LE BRUIT OU LA DOULEUR



CRIEZ son nom
PARLEZ-LUI fort

FROTTEZ le centre de sa poitrine
(sternum) avec force

Elle ne réagit pas

2 APPELEZ OU FAITES APPELER **911**

SI VOUS ÊTES SEUL(E) ET SANS TÉLÉPHONE :

- Administrez une dose de naloxone
- Faites des compressions thoraciques pendant 2 min.
- Placez la personne sur le côté
- Allez appeler le 911 et suivez leurs instructions



Elle ne réagit pas

3 ADMINISTREZ UNE DOSE DE NALOXONE

A Placez la personne sur le dos.
Inclinez sa tête vers l'arrière
en supportant son cou.



B Retirez le vaporisateur
de l'emballage :
ne le testez pas !



C Insérez le bout dans
une narine. Appuyez
fermement
avec
votre
pouce.



Elle ne réagit pas

4 FAITES SANS TARDER DES COMPRESSIONS THORACIQUES



FAITES 2 compressions
par seconde de 5 cm
de profondeur

COMMENCEZ la RCR
si formé(e), en utilisant
le masque barrière

Elle ne réagit pas 3 min. après l'administration

5 ADMINISTREZ UNE AUTRE DOSE DE NALOXONE DANS L'AUTRE NARINE



RÉPÉTEZ LES ÉTAPES 4 ET 5
tant que la personne ne réagit pas



Vous n'avez plus de naloxone ?
Continuez les compressions
thoraciques ou la RCR jusqu'à
l'arrivée des secours

SI LA PERSONNE SE RÉVEILLE...

Placez-la sur le côté : expliquez-lui ce qui vient de se passer et parlez-lui de l'importance d'être vue par un professionnel de la santé. Après une surdose, les risques d'en refaire une autre sont élevés car la naloxone agit seulement sur une courte période de temps. Dites-lui qu'elle ne devrait pas consommer d'opioïdes dans les heures qui suivent pour éviter une autre surdose. Demeurez avec elle en attendant les secours. La loi sur les bons samaritains apporte une protection pour les témoins ou victimes de surdose.



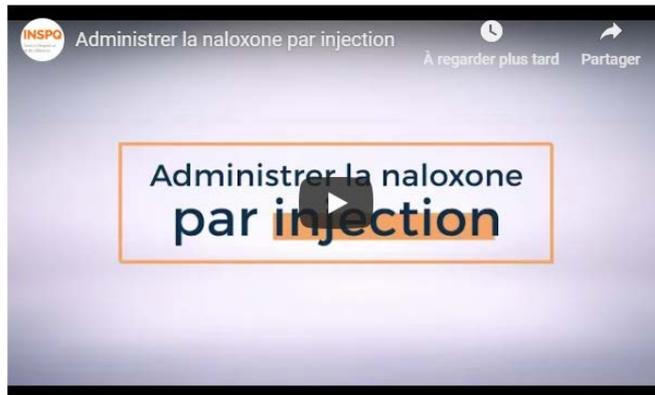
- Conserver la naloxone à une température modérée et la protéger de la lumière
- Vérifier la date d'expiration
- Laisser le vaporisateur dans sa boîte jusqu'à son utilisation

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec

Mars 2018

VIDÉO SUR L'ADMINISTRATION DE LA NALOXONE

Par injection ▾



Youtube n'est pas accessible? 🗣️

Version sous-titrée 🗣️

Possible surdose d'opioïdes : quoi faire - Administration de la naloxone par injection 🗣️ (MSSS)

Par voie nasale ▾



Youtube n'est pas accessible? 🗣️

Version sous-titrée 🗣️

Possible surdose d'opioïdes : quoi faire - Administration de la naloxone par voie nasale 🗣️ (MSSS)

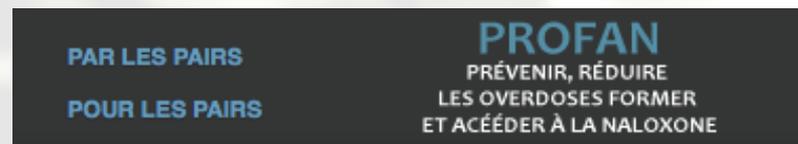
https://youtu.be/X0h_BtypnCM

Formation – Administration de la naloxone

- Pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès de personnes à risque de surdose d'opioïdes
- Pour les personnes qui consomment des drogues ou qui en ont déjà consommé et leurs proches, ainsi que pour les intervenants communautaires



<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-administration-de-la-naloxone-pour-inverser-les-effets-d-une-surdose-d-opioides>



<http://metadame.org/profan-formation-naloxone/>

Personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI)

Spécificités liées aux personnes UDI

- Remise de matériel sur place
 - Commande via la santé publique
- Enseignement sur les techniques d'injection
- Supervision (ou tolérance) de l'injection
- Penser à la prophylaxie post-exposition et pré-exposition VIH

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

<https://santemontreal.qc.ca/sis/>

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-338-01W.pdf>

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-334-02W.pdf>

MATÉRIEL D'INJECTION

LE MATÉRIEL REQUIS



Utilisez la seringue de 1 cc si elle peut contenir toute la dose à injecter.

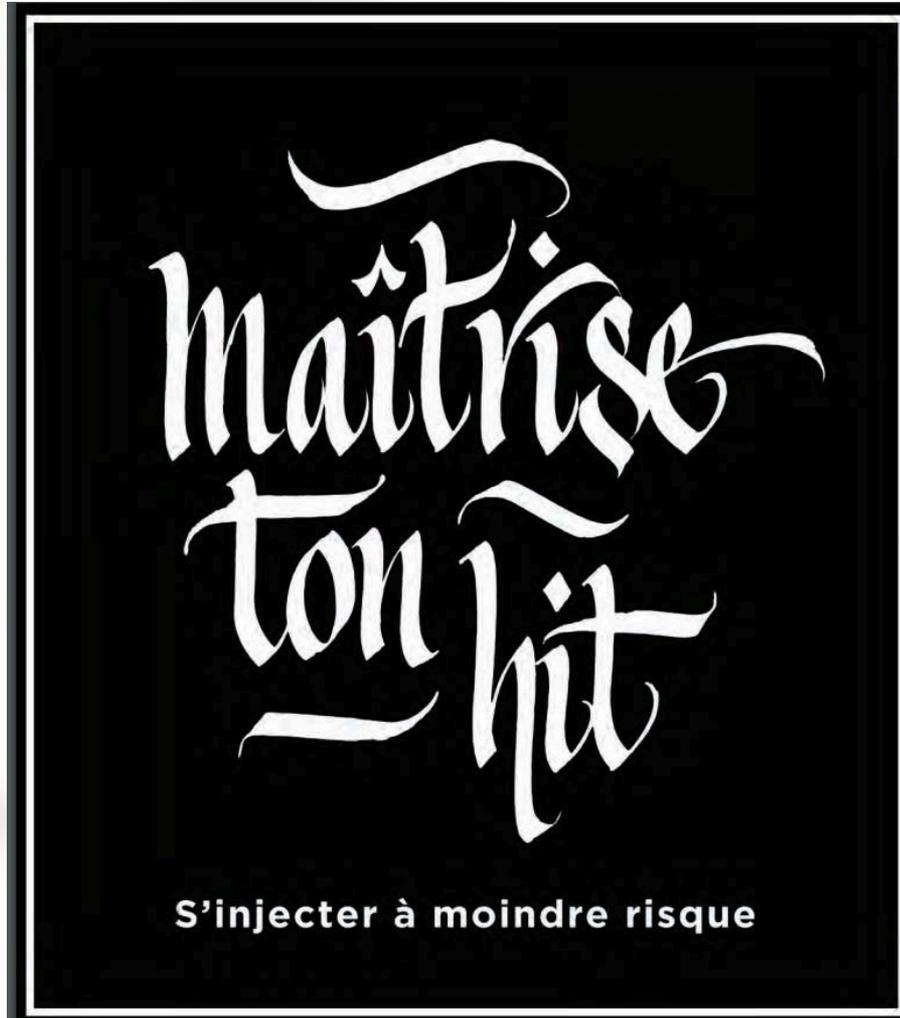
Si la drogue est sous forme de comprimé ou de capsule, assurez-vous d'ajouter suffisamment d'eau pour bien la dissoudre. L'ajout d'eau ne réduit pas l'effet de la substance active.

Si la solution est trop volumineuse pour entrer dans une seringue de 1 cc, utilisez une seringue de 3 cc.

- Seringue de 3 cc
- Aiguille

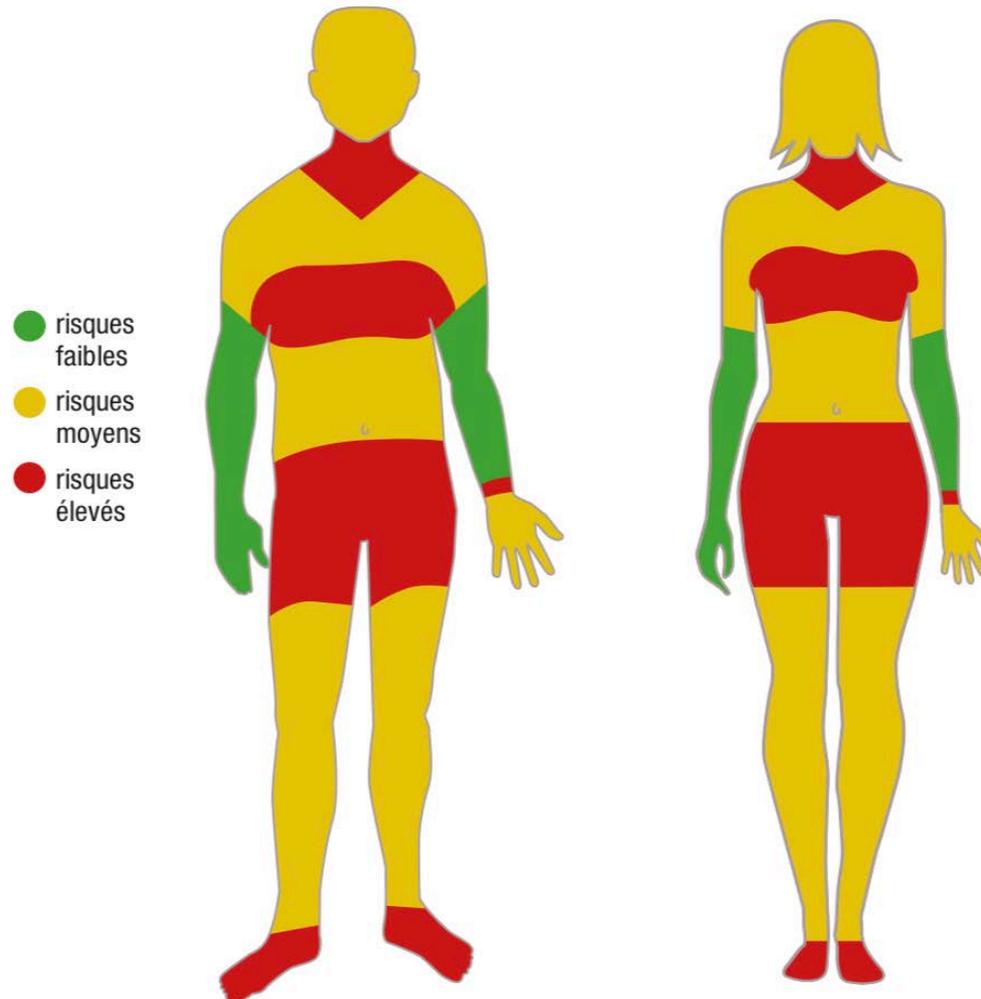


Les risques de transmission du VIH et du VHC sont plus élevés avec les seringues de 3 cc usagées. Puisque la seringue et l'aiguille ne sont pas attachées, l'espace mort est plus grand dans la seringue de 3 cc que dans celle de 1 cc et il peut retenir plus de sang.



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf_6XOMnhrinsEbJqtkJC-S5EVz-qwMoGI6ykajvtUS01kjGA/viewform

Niveaux de risque selon le site d'injection



<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-313-01F.pdf>

TUO et enjeux de santé reliés

Vaccination recommandée et gratuite

se référer au protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

- Personnes UDII qui partagent leur matériel de consommation
 - Vaccination de base (penser au tétanos)
 - VHA
 - VHB
- Personnes UDII actuels et réguliers avec détérioration de l'état de santé ou conditions de vie précaires (dont itinérance)
 - Vaccination de base (penser au tétanos)
 - VHA
 - VHB
 - Pneu-C (jeunes de moins de 18 ans)
 - Pneu-P
- Personnes utilisatrices de drogues par voie orale dans des conditions non hygiéniques
 - Vaccination de base
 - VHA
- Personnes itinérantes (sans-abri)
 - Vaccination de base
 - Pneu-C (jeunes de moins de 18 ans)
 - Pneu-P

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/autres-vaccins-recommandes/#vaccins-milieus-les-habitudes-de-vie>

Traitement du VHC

- Y penser chez tous nos patients ARN positif
- Médication couverte par la RAMQ pour tout stade de fibrose
 - Traitement oral 1 co die X 8-12 semaines dans la grande majorité des cas
 - Encore beaucoup de mythes...
 - Taux de succès équivalent chez les personnes utilisatrices de drogues, dont personnes UDI en consommation active
- Le traitement du TUO est une opportunité en or pour le traitement du VHC
- Cf ressources dans le cahier du participant

Santé mentale et TUO

- Dépression 25-50 %
(Peles et al, 2007; Teesson et al, 2005)
- Troubles anxieux 46 %
(Carpentier et al, 2009)
- SSPT (plutôt chez les femmes) is 11-42 %
(Clark et al, 2001; Ross et al, 2005)
- Troubles de personnalité:
 - Antisociale 67 % (Strain et al, 2002)
 - Limite 19 %-46 % (Maloney et al, 2009)
- TDHA: 25-35 % (Carpentier et al, 2011)
- Histoire de troubles des conduites : 60 % (Carpentier et al, 2011)
- Bipolarité: 4-5 %
(Cerullo et al, 2007)
- Troubles alimentaires: 0,7 %
(Brooner et al, 1997)

Importance de la prise en charge concomitante
Cf cahier du participant pour les ressources

CENTRE D'EXPERTISE ET DE COLLABORATION EN TROUBLES CONCOMITANTS (CECTC) DU RUIS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



SERVICES

- ✓ Plusieurs services pour épauler les équipes dans l'approche de la personne souffrant de troubles concomitants:
 - Programme de télémentorat ECHO[®] troubles concomitants;
 - Service de soutien-conseil aux établissements et aux équipes de santé mentale et dépendance;
 - Service d'information et de formation, veille informationnelle;
 - Activité scientifique annuelle;
- ✓ Site web: <http://www.ruis.umontreal.ca/CECTC>

CECTC – PROGRAMME DE TÉLÉMENTORAT ECHO® TROUBLES CONCOMITANTS



- ✓ Plateforme virtuelle interactive d'apprentissage réunissant une communauté de professionnels de la santé et des services sociaux;
- ✓ Discussion de situations cliniques réelles soumises par les participants;
- ✓ Recommandations émises par une équipe surspécialisée;
- ✓ Capsules de formation sur les troubles concomitants;
- ✓ Évaluation de la satisfaction des participants et de l'impact du télémentorat.



Douleur chronique et dépendance : les « *must* »

- Prévention et détection précoce
- L'encadrement de la prescription suffit pour plusieurs
- Toute prise chronique d'opioïdes prescrits n'est pas une dépendance
- Enjeu sevrage vs douleur rebond
- Moins de reconnaissance de la toxicomanie sous-jacente
- Polypharmacie
- Attentes réalistes
 - Viser l'amélioration du fonctionnement, du bien-être
- Aider le patient à se détacher de la substance



VOLUME 24, NUMÉRO 11, NOVEMBRE 2016

LEMAQ
L'Association
des Médecins
du Québec



LE BON USAGE
DES OPIOÏDES

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

LA REVUE DE
LA FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES
DU QUÉBEC

Novembre 2016

<http://lemedecinduquebec.org/archives/2016/11/>

LES OPIOÏDES

Quelques notions de base



Université 
de Montréal
Faculté de médecine

0:20 / 8:30



<https://www.youtube.com/watch?v=7usQIHCBGcA>

https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=4Bz3GdWNC_A&t=294s

LES OPIOÏDES

Le bon usage et le mésusage



Université 
de Montréal
Faculté de médecine

0:19 / 24:39



Cadre en TAO

Les « *musts* »

- Équilibre entre:
 - Besoins du patient
 - Sécurité du patient
 - Sécurité d'autrui
 - Réduction des méfaits
- Évitez le « *one size fits all* »
 - Individualiser le traitement
- Travail multi/interdisciplinaire
- Annoncer à l'avance
- Définir vos non négociables (ex. violence, trafic de drogues) et les expliquer

Communication

- Inclure le pharmacien dans le contrat
- Discussion de cas multidisciplinaires
- Rencontrer le patient à plusieurs lors de situations problématiques
 - Permettre à la personne d'être accompagnée
- Cohérence des interventions faites par les différents intervenants du patient
- Supervision clinique

Dépistages urinaires : indications

Le jugement clinique et la relation thérapeutique devraient avoir préséance sur le contrôle

Quel est le but du dépistage?

- Si des **enjeux de sécurité** ou des **risques de surdose** sont présents et que le questionnaire ne permet pas de mettre en lumière les substances dont la consommation est suspectée:
 - considérer le dépistage à chaque visite
- Si le patient a des **comportements, des symptômes physiques ou psychiatriques** qui pourraient être expliqués par la prise d'une substance et que le questionnaire ne permet pas de mettre en lumière leur consommation :
 - considérer effectuer un test de dépistage urinaire
- Si des enjeux de **diversion/revente** de la médication prescrite sont suspectés :
 - effectuer un test urinaire de façon aléatoire à quelques reprises

Dépistages urinaires : outil diagnostique et thérapeutique

- Valider la **prise d'opioïdes** par le patient
 - **Avant de débiter**
 - Pendant:
 - Prise de traitement du TUO: oui/non
 - Dose suffisante?
 - Urine du patient: oui/non
- Vérifier la **prise d'autres médicaments**, prescrits ou non
 - Risque surdose: oui/non
 - Revente: oui/non
- Exclure la prise concomitante de **drogues illicites**
 - Risque surdose: oui/non
 - Opioïdes en +: oui/non

QUEL LIEN VOYEZ-VOUS ENTRE LES DÉPISTAGES URINAIRES ET LES DOSES NON SUPERVISÉES?

Doses non-supervisées = stabilité et sécurité

- Avant d'accorder une dose non supervisée, le médecin doit considérer avant tout la sécurité du patient et de la communauté.
- Évaluation de la capacité du patient à gérer sa médication.
 - Stabilité démontrée dans son fonctionnement, dans sa situation résidentielle et dans l'atteinte de certains objectifs poursuivis
- Évaluation de la consommation de toute autre substance qui pourrait entraîner une désorganisation.
- Le patient assume l'entière responsabilité de l'utilisation à l'égard des fins convenues et de la sécurité de son environnement
 - Les doses perdues, volées ou détruites ne sont pas, sauf exception, remplacées
 - Aviser le patient de vérifier la fermeture des bouteilles

Calendrier des doses non supervisées

Nouveau patient	Doses non supervisées	Doses non supervisées
	Méthadone	Buprénorphine
De 0 à 2 mois	Aucune	Aucune
3 ^e mois	Aucune	1 ^{re} dose
4 ^e mois	1 ^{re} dose	2 ^e dose
5 ^e mois	2 ^e dose	3 ^e dose
6 ^e et 7 ^e mois	-	4 ^e et 5 ^e dose
6 ^e à 8 ^e mois	3 ^e et 4 ^e dose	-
8 ^e mois	-	6 ^e dose
8 ^e au 12 ^e mois	5 ^e et 6 ^e dose	-
<p>NB : lorsqu'il bénéficie du plus grand nombre de doses non supervisées, le patient ne se présente qu'une fois par semaine à la pharmacie.</p>		

Le nombre de prises supervisées prime sur les doses à emporter si absences en pharmacie

TAO et polyconsommation

- **Sécurité du patient vs cadre vs punition**
 - Alcool, GHB
 - Attention aux 2 premières semaines de l'induction
 - Augmenter moins rapidement
 - Diminuer au besoin
 - Benzodiazépines: reprendre la prescription?
- **Échec lié au choix thérapeutique**
 - Transfert vers l'injection de stimulants
 - L'importance du rituel de l'injection

Gestion des rendez-vous manqués

- **POURQUOI?**
- Favoriser l'implication du patient à son traitement
- Limiter le prolongement de la médication par fax
- Information sur le cadre légal du traitement (stupéfiant)
- Avertissements progressifs
- Évaluer les attentes du patient au traitement
- Identifier des solutions communes
- Exemples de conduites:
 - Faire finir la prescription la veille
 - Demander au patient de venir en personne chercher sa prescription
 - Effectuer une diminution de dose si inquiétude sur la sécurité

Gestion des redosages fréquents

- Pourquoi?
- Exemples de conduites:
 - Assouplissement du cadre
 - SRV
 - Méthode «*Drop in*»
 - Diminuer la fréquence des RDV
 - Redosage via l'intervenant pivot
 - Prescription ouverte
 - Défrayer les transports
 - Procédure d'aide sociale pour le remboursement

Cadre disciplinaire

- Les «non négociables»
 - Violence, menace
- Exemples de cadre disciplinaire
 - Cf cahier du participant
- Savoir faire la part des choses entre les recommandations, les politiques internes et les obligations
 - Entre les besoins et réalités du patient
 - ex.: personne qui veut des doses à emporter mais qui vit dans la rue vs personne qui travaille dans une mine à 1000 km de la pharmacie
- Importance d'adapter selon les régions, la distance, etc.
- Processus disciplinaire
 - Avoir une procédure bien établie
 - Cadre de référence de l'organisation
 - Discussion en équipe
 - Sevrage imposé : cas extrême

PROGRAMME ALERTE

- Falsification d'ordonnances, fausses ordonnances, vol de carnet d'ordonnances
- Abus de médicaments
- Enquête par l'OPQ
- Engagement volontaire du patient
- Avis de fin de contrôle
 - Minimum d'un an
- Possibilité de prescripteur unique
- Pharmacie choisie
- Alerte aux pharmacies du secteur



Téléphone : **514-284-9515 poste 304**
Courriel : **alerte@opq.org**
Télécopieur : **514-284-5760**

Bon appétit!!