

Lignes directrices pancanadiennes sur la prise en charge clinique des TLUO

Julie Bruneau, M.D., M.Sc.

*Chercheur principal désignée, Directrice du pôle Québec-Maritimes du
CRISM*

2^e Symposium sur la prise en charge médicale de la
dépendance au Québec

10 novembre 2017

Déclaration

Consultante pour Gilead Sciences et Merck (MSD), activités non liées au contenu de cette présentation.

Un réseau et pôle de recherche actifs

Un réseau canadien unique dédié à la recherche interventionnelle sur la consommation de substances



...établissant une infrastructure nationale et régionale pour la recherche clinique, des services de santé et en santé publique en matière de consommation et abus de substances.

BC • Prairies • Ontario • Québec-Maritimes

OBJECTIFS

Développer des traitements cliniques et communautaires efficaces et des interventions de réduction des méfaits et de prévention

Fournir des données probantes pour améliorer les services de traitement et de prévention parmi les fournisseurs de services et les décideurs

Soutenir les efforts visant à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des Canadiens



PLUS DE 500 MEMBRES

Y compris les chercheurs, les fournisseurs de services, les décideurs, les personnes ayant une expérience vécue



PLUS DE 250 PROGRAMMES DE PRÉVENTION & DE TRAITEMENT



4 PÔLES RÉGIONAUX



1 RÉSEAU NATIONAL



COMPÉTENCES



CONNEXION



DONNÉES PROBANTES



RESSOURCES

Réseau national

- ▶ Accéder à l'expertise de plus de 500 membres
 - +150 chercheurs dans 33 institutions
 - +350 utilisateurs de connaissances dans 86 organisations
- ▶ Activités structurantes nationales:
 - OPTIMA
 - Lignes directrices
 - Programme de recherche en lien avec l'urgence liée à la crise des opioïdes en élaboration



Pôle Québec–Maritimes

49+ institutions affiliées, associations communautaires, regroupements d'intervenants en toxicomanie

69+ membres (chercheurs, cliniciens, utilisateurs de connaissances, etc)

12+ groupes communautaires et représentants de personnes avec expérience vécue

10 Stagiaires postdoctoraux, candidats au doctorat, étudiants en médecine, maîtrise

Centre coordonnateur au CRCHUM, Montréal & 1 bureau maritimes Dalhousie, Halifax

Appui a des projets en émergence ou pour soumission prochaine

Activités de soutien et de transfert de connaissances

Collaboration avec les acteurs du milieu



Répondre aux besoins – comment informer les pratiques?

- 1– Publication et diffusion de lignes directrices: Cannabis (LRCUG)
- 2– Amélioration des pratiques : essai OPTIMA
- 3– Publication et diffusion de lignes directrices: Dépendance aux opioïdes

Répondre aux besoins – comment informer les pratiques?

- 1– Publication et diffusion de lignes directrices: Cannabis (LRCUG)
- 2– Amélioration des pratiques : essai OPTIMA
- 3– Publication et diffusion de lignes directrices: Dépendance aux opioïdes

Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque (LRCUG)

► Lancement médiatique : 24 juin
(avec le support des IRSC)

Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations

Benedikt Fischer, PhD, Cayley Russell, MA, Pamela Sabioni, PhD, Wim van den Brink, MD, PhD, Bernard Le Foll, MD, PhD, Wayne Hall, PhD, Jürgen Rehm, PhD, and Robin Room, PhD

Canada's Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG)



CANADIAN RESEARCH
INITIATIVE IN
SUBSTANCE MISUSE

INITIATIVE CANADIENNE
DE RECHERCHE
EN ABUS DE SUBSTANCE

camh
Centre for Addiction and Mental Health
Centre de recherche en santé mentale

[Evidence Brief]

An evidence-based tool to guide choices and improve
the health of Canadians who use cannabis



Health risks of cannabis use

There is strong scientific evidence that cannabis use is associated with a variety of health risks. The risks depend on your constitution, which kinds of cannabis products you use and how or how often you use them. Some of the main health risks are:

- problems with thinking, memory or physical co-ordination
- impaired perceptions or hallucinations
- fatal and non-fatal injuries, including those from motor-vehicle accidents, due to impairment
- mental health problems and cannabis dependence
- chronic respiratory or lung problems
- reproductive problems.

Reducing health risks related to cannabis use

When choosing to use cannabis, you can actively take steps to reduce risks to your health. Below are 10 science-based recommendations for how to do so. These recommendations are aimed mainly at non-medical cannabis use.

Cannabis use has health risks best avoided by abstaining

To avoid all risks, do not use cannabis. If you decide to use, you could experience immediate, as well as long-term risks to your health and well-being. Any time you choose not to use, you avoid these risks.

Delay starting up cannabis use until later in life

Using cannabis at a young age, particularly before age 16, increases the likelihood of developing health, educational and social problems. Avoid cannabis use during adolescence. Generally, the later in life you begin to use cannabis, the lower the risk of problems.

Identify and choose lower-risk cannabis products

High-potency cannabis products, with high tetrahydrocannabinol (THC) content, are more likely to result in harms. Some products contain a higher dose of cannabidiol (CBD), which counteracts some of THC's adverse effects. This means that products with high CBD-to-THC

If you smoke cannabis, avoid harmful smoking practices

If you smoke cannabis, avoid "deep inhalation" or "breath-holding." These practices are meant to increase psychoactive experiences, but they increase the amount of toxic material absorbed by your lungs and into your body.

Limit and reduce how often you use cannabis

Frequent cannabis use (i.e., daily or almost every day) is strongly linked to a higher risk of health and social problems. Limit yourself—and ideally your friends or others you may be using with—to occasional use, such as on weekends or one day a week at most.

Don't use and drive or operate other machinery

Driving while impaired by cannabis substantially increases your risk of being involved in a motor-vehicle accident resulting in injury or death. Don't use and drive, or use other machinery. Wait at least six hours after using cannabis—or even longer if you need. Combining

is impairment, so you plan to drive.

if you are at risk are pregnant cannabis because of sedate family mem- stance use disorder, health problems on use. Pregnant cause it could harm

ified above you engage in when of harms. For ex- ping age and smok- y puts you at much- ing-term problems. ces.

FAST FACTS

- Canada has among the highest cannabis use rates in the world.
- Fatal and non-fatal injuries from motor-vehicle accidents, as well as dependence and other mental health problems, are the most common cannabis-related harms negatively impacting public health.
- About 1 in 5 people seeking substance use treatment have cannabis-related problems.

Répondre aux besoins – comment informer les pratiques?

- 1– Publication et diffusion de lignes directrices: Cannabis (LRCUG)
- 2– Amélioration des pratiques : **essai OPTIMA**
- 3– Publication et diffusion de lignes directrices: Dépendance aux opioïdes

“Optimizing patient centered–care: a Pragmatic randomized control Trial comparing models of care In the Management of prescription opioid misuse”

- ▶ Littérature existante sur l’efficacité des traitements de substitution a une validité limitée pour les utilisateurs de PO
- ▶ Revue Cochrane récente: 22 études comparatives, aucune ciblant spécifiquement les utilisateurs de PO
- ▶ La plupart des études utilisent un devis rigide avec un mode d’administration fixe
- ▶ Aucune étude n’a utilisé de protocole reflétant les particularités de deux traitements de substitution, lorsqu’utilisés selon les guides de pratique

Mattick et al, Cochrane reviews, 2014

OPTIMA

Étude pragmatique de non-infériorité ouverte randomisée de 24 semaines

2 groupes:

- Méthadone, avec administration selon les guides de pratiques actuels et une supervision directe journalière initialement
- Buprenorphine/naloxone, avec administration flexible et supervision hebdomadaire (après une phase de supervision directe pendant une semaine)

Issue primaire

usage d'opioïdes

Issues secondaires

Rétention en tx

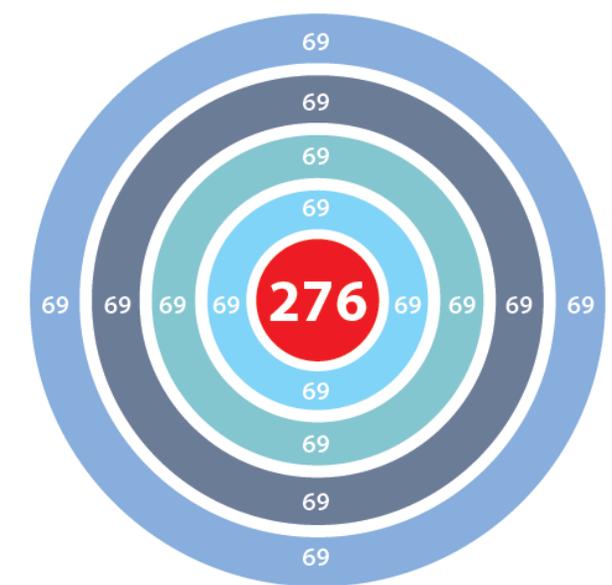
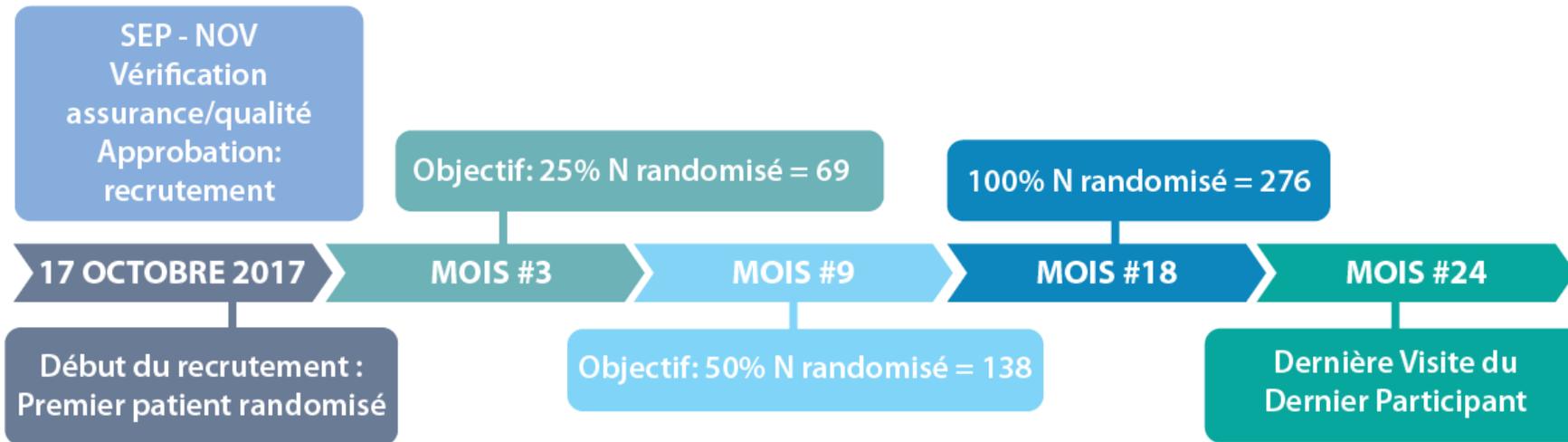
Innocuité

Adhérence au traitement

Satisfaction du patient

Autres

Qualité de vie, prise de décision concernant sevrage vs maintien, autres mesures d'usage d'opioïdes, santé mentale, usage d'autres substances, douleur...



Répondre aux besoins – comment informer les pratiques?

- 1– Publication et diffusion de lignes directrices: Cannabis (LRCUG)
- 2– Amélioration des pratiques : essai OPTIMA
- 3– Publication et diffusion de lignes directrices: Dépendance aux opioïdes

Un outil de décision pour le traitement des troubles de l'usage d'opioïdes

Que sont les lignes directrices de pratique clinique exemplaire?

Tel que défini par l'Institute of Medicine, les lignes directrices de pratique clinique sont un document développé de manière systématique ayant pour but d'assister les médecins et les patients dans la décision concernant le traitement approprié dans une circonstance clinique spécifique.

Les lignes directrices nationales du CRISM sur la prise en charge clinique des TLUO sont:

11 recommandations MACRO sur les meilleurs traitements disponibles pour le TDO

Fondées sur une revue exhaustive des données probantes disponibles

Inspirées des dernières lignes directrices élaborées par le pôle Colombie-Britannique du CRISM pour le BC Centre on substance use

CRISM
National
Guideline

for the Clinical Management of

**OPIOID USE
DISORDER**

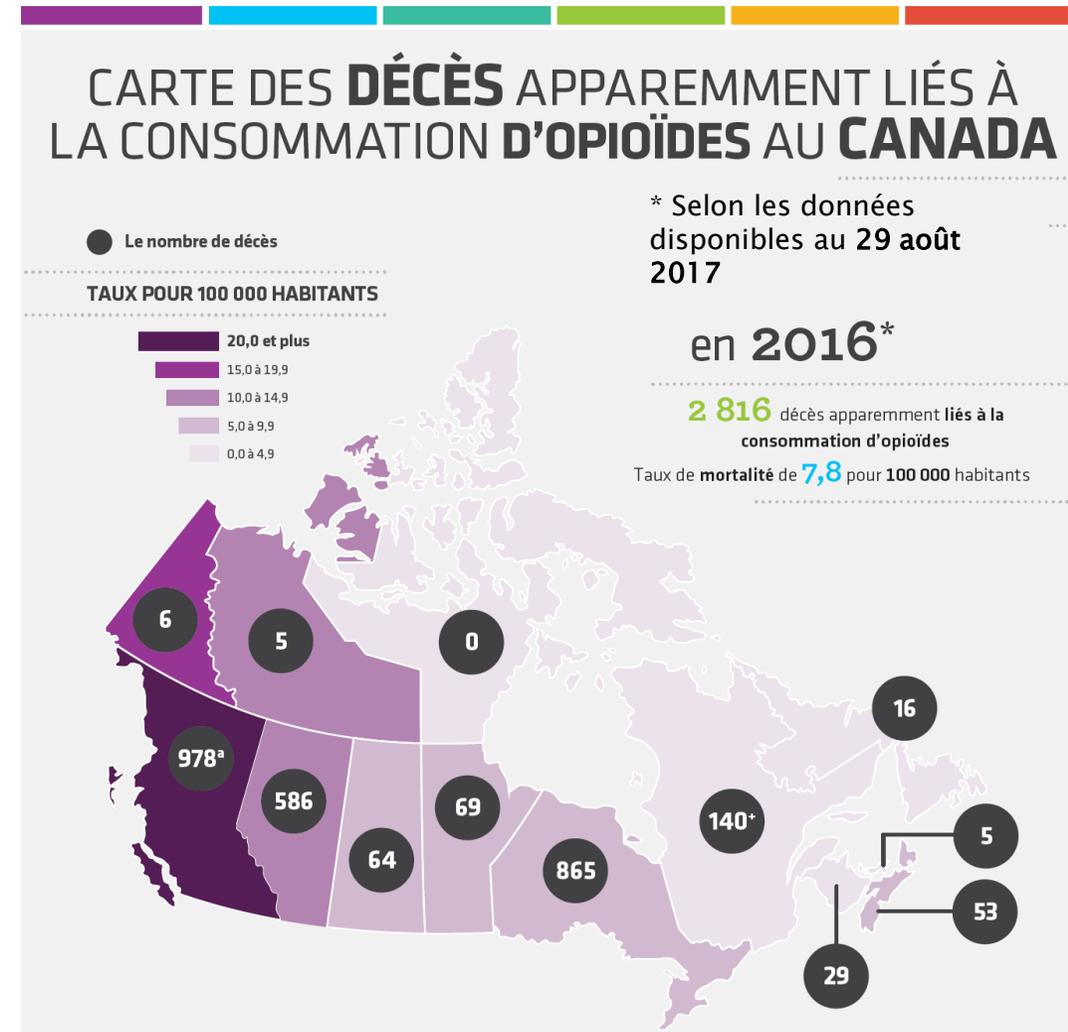


Contexte de santé publique : mortalité

Comparativement au nombre de décès au Canada en 2015, causés par les :

Accidents de voiture : 1858 décès

Homicides : 604 décès

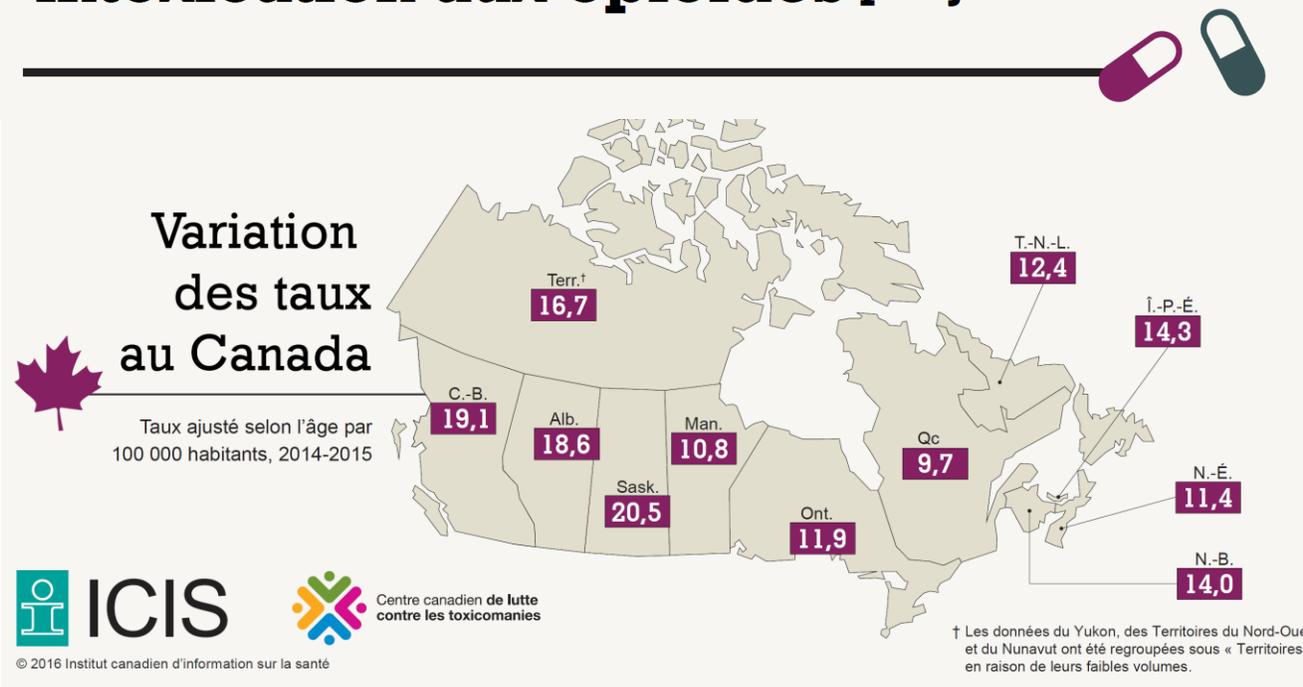


Sources: Agence de Santé Publique du Canada. Santé Canada.

Contexte de santé publique : morbidité

En 2014-2015, il y a eu en moyenne

13 hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes par jour au Canada



Source: Institut canadien d'information sur la santé, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Contexte

- ▶ Le vaste réseau national interdisciplinaire du CRISM est bien positionné pour intégrer les résultats de recherche interventionnelle dans la pratique clinique en toxicomanie
- ▶ Nous avons entrepris un effort de collaboration avec des recherches structurées pour créer un document ayant une perspective nationale
- ▶ Les lignes directrices fourniront un contexte national de la crise des opioïdes et des stratégies de traitement national
- ▶ Nous avons profité du réseau national CRISM pour la consultation, l'examen et la mise en œuvre

Objectifs

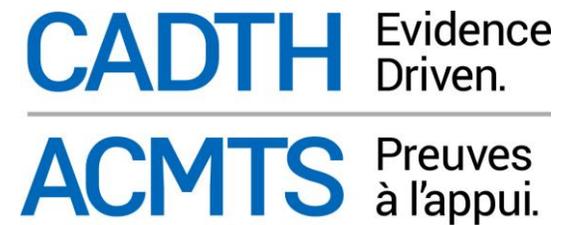
- ▶ Identifier les meilleures pratiques pour le traitement des TLUO, en se fondant sur les données actuelles et rigoureusement analysées
- ▶ Fournir un aperçu des interventions et des recommandations pour leur utilisation
- ▶ Fournir des ressources et des informations supplémentaires pour aider les fournisseurs de soins de santé dans leur pratique
- ▶ Promouvoir la normalisation et la cohérence des soins médicaux au Canada afin d'améliorer les résultats pour les patients

Portée des lignes directrices

- ▶ **Auditoire cible:** médecins, pharmaciens, autres professionnels de la santé, infirmières praticiennes, aux éducateurs médicaux ou gestionnaires
- ▶ Concernent principalement, mais non exclusivement, les médicaments actuellement approuvés par Santé Canada pour le TDO (y compris ceux dont l'utilisation dans le TDO ne correspond pas au libellé du produit)
- ▶ S'appliquent aux adultes et adolescents souffrant de TLUO modérés et sévères (critères diagnostiques du DSM-5)

Méthodologie

- ▶ Revue de littérature structurée (*Structured Literature Review*)



1. INITIAL SCORE

Study design	Initial Confidence
Moderate	High (4)
Quasi-experimental	Moderate (3)
Observational Studies	Low (2)
Expert Opinion	Very low (1)

2. EVALUATE + ASSESS

↓ Lower Score if:	↑ Raise Score if:
Sparse data	Large effect size
Risk of bias	
Inconsistency between studies	Dose response, clear signal across studies
Lacks generalizability or specificity (depending on intervention)	Adjustment for bias/ confounding variable increases effect size
Imprecision	
Publication bias	

3. FINAL DECISION

Confidence in estimated effect (in context of limitations):

High ●●●●

Moderate ●●●○

Low ●●○○

Very low ●○○○

Méthodologie GRADE : Facteurs déterminants la force des recommandations

Facteur	Description
Rapport bénéfices inconvénients	<p>Arbitrage prenant en compte la taille estimée de l'effet pour les principaux résultats, l'intervalle de confiance de ces estimations, et la valeur relative placée sur chaque résultat.</p> <p>Quand les avantages l'emportent largement sur les inconvénients, il est vraisemblable qu'une recommandation forte est justifiée.</p> <p>Quand les avantages et les inconvénients s'équilibrent, une recommandation faible paraît justifiée.</p>
Qualité des données scientifiques	<p>Si nous sommes incertains de l'ampleur des bénéfices et des inconvénients d'une intervention, faire une recommandation pour ou contre une conduite à tenir pose un problème.</p> <p>Plus la qualité des données est élevée, plus il est vraisemblable qu'une recommandation forte est justifiée.</p>
Incertitude sur / ou variabilité des valeurs et des préférences	<p>Étant donné que les stratégies alternatives de prise en charge ont toujours des avantages et des inconvénients, et qu'un arbitrage existe, les valeurs d'un groupe de travail sur les bénéfices, les risques et les inconvénients sont décisives sur la force d'une recommandation.</p>

Méthodologie GRADE : catégories de recommandations

Recommandation	Description
Forte	Quand le groupe de travail est confiant dans le fait que les effets souhaitables de l'adhésion à une recommandation l'emportent sur les effets indésirables.
Faible	Indique que les effets souhaitables de l'adhésion à une recommandation l'emportent probablement sur les effets indésirables, mais le groupe de travail est moins confiant.

- ▶ Normes internationales pour des directives cliniques transparentes, rigoureuses et de haute qualité

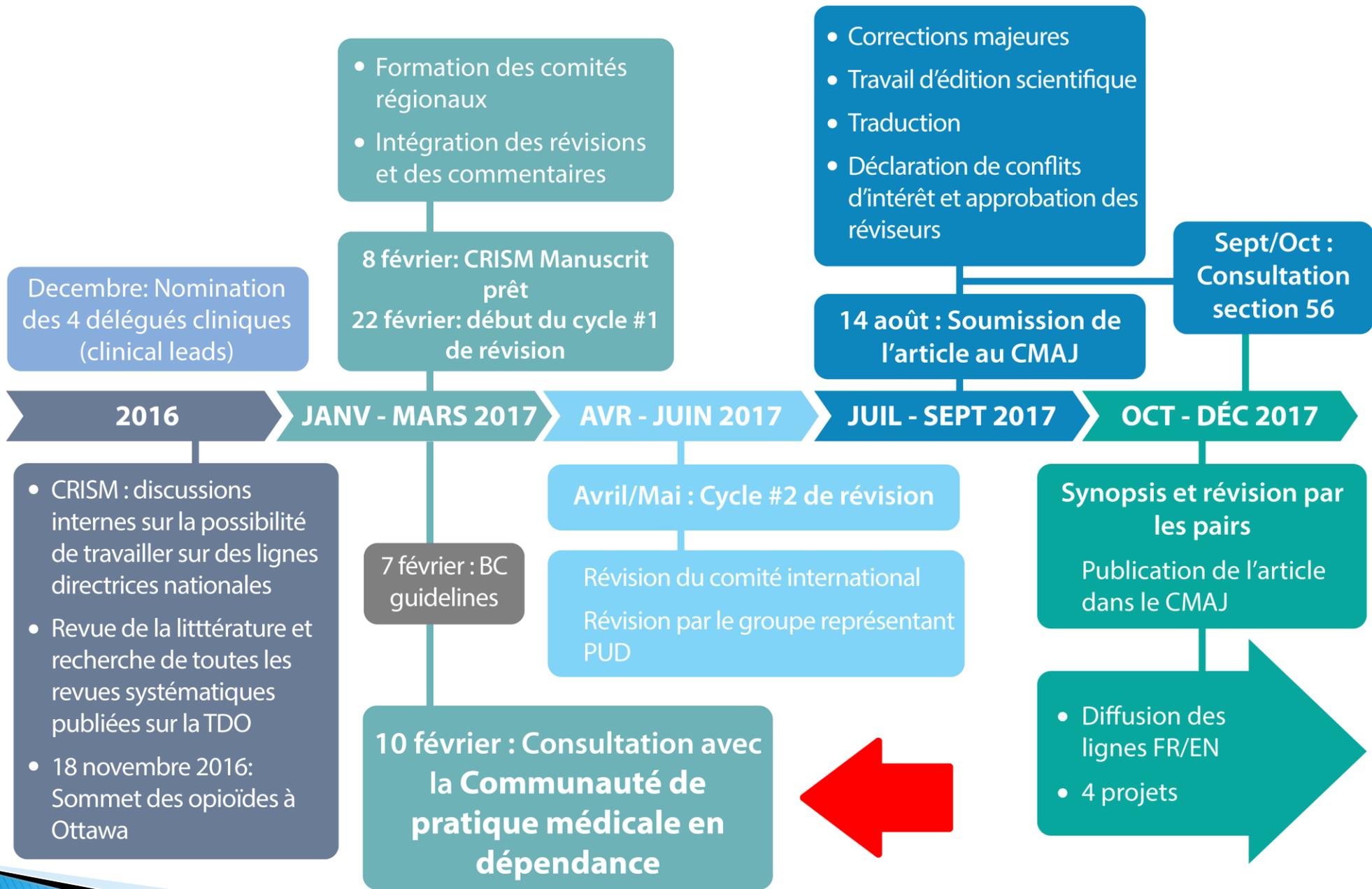
INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES



CLINICAL PRACTICE
GUIDELINES
WE CAN TRUST



AGREE II



Traitements

Traitements agonistes opioïdes

- Methadone
- Buprenorphine/naloxone
- Morphine orale à libération lente

Prise en charge du sevrage

- Traitement agoniste d'opioïdes
- Agonistes alpha2-adrenergic

Naltrexone (Oral)

Traitement psychosocial et de soutien

Traitements résidentiels

Considérations pour des femmes enceintes

Annexes

- ▶ Exigences provinciales d'instruction et de formation pour prescrire la méthadone et traiter les TLUO
- ▶ Lignes directrices provinciales sur la pratique clinique : Recommandations sur le dosage de la méthadone
- ▶ Recommandations sur les lignes directrices provinciales de pratique clinique pour les visites cliniques, les AU et les doses à emporter de méthadone
- ▶ Exigences provinciales d'instruction et de formation pour prescrire la buprénorphine–naloxone
- ▶ Couverture et règlements provinciaux des régimes d'assurance–médicaments pour la prescription la buprénorphine–naloxone
- ▶ Lignes directrices provinciales sur la pratique clinique : recommandations pour la buprénorphine–naloxone
- ▶ Ressources provinciales pour la consultation rapide avec des spécialistes en toxicomanie
- ▶ Critères de diagnostics cliniques du DSM–5 pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes (TLUO)
- ▶ Méthodologie sous–jacente aux lignes directrices et processus d'élaboration

Populations particulières

Femmes / Hommes

- Peu étudié, mais aucun indice de différence dans les résultats; les hommes sont surreprésentés
- La grossesse nécessite des considérations de traitement spéciales qui sont examinées dans ces lignes directrices

Communautés autochtones

- Encore peu étudié; les lignes directrices encouragent des méthodes de soins respectueuses sur le plan culturel

Jeunes

- Les mêmes recommandations s'appliquent aux adolescents, aux jeunes adultes et aux adultes

Approches abordées

Withdrawal Management ¹⁻³	Agonist Therapies		Specialist-Led Alternative Approaches*
Tapered methadone, buprenorphine alpha ₂ -adrenergic agonists +/- psychosocial treatment ⁴ +/- residential treatment +/- oral naltrexone ⁵	Buprenorphine/ naloxone ⁶ <i>(preferred)</i>	Methadone ^{7,8}	Slow-release oral morphine ⁵⁻¹⁰ +/- psychosocial treatment ⁴ +/- residential treatment
	+/- psychosocial treatment ⁴ +/- residential treatment		



If opioid use continues, consider treatment intensification. >>

<<<<<<< Where possible, simplify treatment

Harm Reduction¹¹⁻²³

Across the treatment intensity spectrum, evidence-based harm reduction should be offered to all, including:

- Education re: safer use of sterile syringes/ needles and other applicable substance use equipment
- Access to sterile syringes, needles, and other supplies
- Access to Take-Home-Naloxone (THN) kits
- Access to Supervised Injection Services (SIS) / Supervised Consumption Services (SCS)

LES RECOMMANDATIONS

Apperçu des principales recommandations

TDO

- 1 Commencer par:
Buprenorphine/naloxone
 - 2 Si contre-indiqué: Methadone
- 
- 3 Morphine orale à libération lente

Complémentaire

Traitement psychosocial et de soutien

Réduction des risques – prise de naltrexone à titre de traitement complémentaire

Prise en charge du sevrage (uniquement) –
PAS RECOMMANDÉ

- 1 Transition à un TDO
- 2 Diminution progressive TDO
- 3 Complémentaire: Naltrexone oral

Diffusion

- Rencontres/ Réunions de sensibilisation organisées par Santé Canada, IRSC et acteurs clés
- Publication du sommaire des LD dans le CMAJ
- Diffusion et partenariats ciblés: Ministère, Directions, Collèges, Ordres et Écoles , etc... (*MSSS, CIUSSS, Collège des Médecins, OIIQ, OPQ, Facultés de médecine etc..*)
- Lancement public et stratégie médiatique
 - *Lettre aux parties prenantes (par exemple les organismes de réglementation)*
- Présentations , conférences, Webinaires
- Documents grand public

Consultation pancanadienne: exigences d'exemption en vertu de l'article 56 pour la méthadone

"Cette exemption est-elle toujours nécessaire? Est-ce que cela représente un obstacle administratif indu à l'accès au traitement? "

- ▶ **Processus:** Le CRISM s'associe à Santé Canada pour consulter les intervenants canadiens
- ▶ **Processus:** En fonction des rôles et de l'expertise pertinente dans le domaine, 228 intervenants ont été invités à remplir un court sondage virtuel (3 questions).

Réglementation / politique: 109

Praticiens: 90

Personnes avec expérience vécue: 23

Coalitions de parents: 2

Autres: 4

Remerciements

- ▶ IRSC
- ▶ **Communauté de pratique médicale en dépendance**
- ▶ **Pôle Colombie-Britannique**
 - Evan Wood
 - M. Eugenia Socias
 - Keith Ahamad
 - Nirupa Goel
 - Katrina Blommaert
 - Emily Wagner
 - Maryam Babaei

- ▶ **Pôle des Prairies**
 - Cameron Wild
 - Colleen Dell
 - David Hodgins
 - Ronald Lim
 - Denise Adams
- ▶ **Pôle Ontario**
 - Benedikt Fischer
 - Bernard LeFoll
 - Jose Trigo
 - Fariyah Ali

- ▶ **Pôle Quebec-Maritime**
 - Julie Bruneau
 - Didier Jutras-Aswad
 - Suzanne Brissette
 - Sherry Stewart
 - Aïssata Sako
 - Jennifer Swansburg
 - Amel Zertal
 - Annie Tremblay
 - Valeria Saavedra
 - Alice Lam
 - **Comité de revision**
 - **Délégués cliniques**
 - Dre Marie-Ève Goyer



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance



Questions & commentaire?

Dr Julie Bruneau

julie.bruneau.umontreal@gmail.com

Aïssata Sako

aissata.sako.chum@ssss.gouv.qc.ca