



2<sup>e</sup>

SYMPOSIUM

SUR LA PRISE EN  
CHARGE MÉDICALE  
DE LA DÉPENDANCE  
AU QUÉBEC

10  
NOVEMBRE  
2017

Hôtel Marriott  
Château Champlain  
Montréal

Organisé par la  
**COMMUNAUTÉ DE  
PRATIQUE MÉDICALE  
EN DÉPENDANCE**

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

Québec 

10 novembre 2017  
Montréal

# TRAITEMENT MÉDICAL DU TROUBLE DE L'USAGE DES OPIOÏDES- FAITS SAILLANTS DES FUTURES LIGNES DIRECTRICES DU CMQ/OPQ

Dr David Barbeau  
Directeur médical-Programme CRAN  
CIUSSS CSMTL



2<sup>e</sup> Symposium sur la prise en charge médicale  
de la dépendance au Québec

# Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

# Plan de la présentation

- Présentation du groupe de travail
- Présentation de la démarche
- Faits saillants
  - Contrat thérapeutique
  - Choix du traitement initial
  - Buprénorphine
    - Grossesse
    - Dose maximale
- Méthadone
  - Dose d'induction
- Tests urinaires
- Doses non supervisées
- Accès au traitement en région
- Morphine à longue durée d'action
- Naloxone
- Questions et discussions

# Groupe de travail

## Comité de rédaction

- Mme Chantal St-Arnaud  
Ordre des pharmaciens du Québec
- Dre Marie-Ève Goyer  
Médecin
- Dr Serge Dupont  
Collège des médecins du Québec  
Direction de l'amélioration de l'exercice

## Membres du comité réviseur

### Collège des médecins du Québec

- Dr David Barbeau  
Médecin
- Dr François Couturier  
Médecin
- Dr Jacques Dumont  
Médecin
- Dre Sophie Gosselin  
Médecin
- Dre Marie-Chantal Pelletier  
Médecin
- Dr Jean-Guy Ricard  
Médecin

### Ordre des pharmaciens du Québec

- M. Joseph Amiel  
Pharmacien
- M. Livio Parolin  
Pharmacien
- Mme Félice Saulnier  
Pharmacienne

# Méthodologie

- Recension de différentes lignes directrices internationales- Première ébauche
- Réunion de travail
- Circulation d'un texte révisé
- Deuxième réunion de travail
- Circulation du texte en seconde révision (en cours)

# Contrat thérapeutique

- Engagement du patient au traitement pharmacologique par la méthadone ou la buprénorphine/naloxone (bup/nlx).
- **Outil thérapeutique** qui doit tenir compte des objectifs du patient.
- Décrit les **responsabilités** et les **obligations** de chacune des parties et est signé par le patient.
- Une copie est remise au patient, au pharmacien et l'autre conservée au dossier. Si une entente ou un contrat a aussi été fait avec le pharmacien, une copie sera acheminée au médecin.

# Choix du traitement initial

- Pendant la gestion du sevrage, la transition immédiate des patients à un traitement de dépendance à long terme aide à prévenir la rechute et les méfaits associés.
- La **buprénorphine/naloxone (bup/nlx) doit être initiée comme traitement de choix du TLUO, chaque fois que c'est possible**, afin de réduire les toxicités et faciliter le rétablissement du patient par une prise sécuritaire à domicile.
- La **méthadone sera initiée dans les cas où l'utilisation de la bup/nlx n'est pas indiquée (ex : induction difficile ou intolérance) ou si la réponse au traitement est mitigée.**

# Buprénorphine et grossesse

- La buprénorphine est indiquée en grossesse.
- Le produit combiné bup/nlx n'est pas approuvé en raison de l'absence d'évidence concernant l'innocuité de la naloxone pour le fœtus.
- Une patiente qui prend déjà le produit combiné (Suboxone<sup>®</sup>) doit être transférée au mono-produit (Subutex<sup>®</sup>).
- Une demande au programme d'accès spécial de Santé Canada doit être faite et sera étudiée au cas par cas.

# Buprénorphine- dose maximale

- Même si Santé Canada mentionne une **dose maximale de 24 mg** dans sa monographie, plusieurs pays dont l'Australie et les États-Unis, mentionnent dans leurs lignes directrices une dose maximale de 32 mg par jour.

# Méthadone—un deuxième choix

- La méthadone: médicament utilisé en premier choix dans le traitement des TLUO depuis plusieurs années. Efficacité démontrée mais...
- En raison du profil de sécurité supérieur de la bup/nlx, la méthadone devrait maintenant être choisie comme traitement initial seulement lors de situations particulières (ex : lorsque le traitement est déjà amorcé, patient incapable de tolérer les Sx de sevrage, douleurs chroniques sévères) ou en présence de contre-indications ou d'intolérance à la bup/nlx.

# Méthadone-induction

- Les doses initiales peuvent varier de 1 à 30 mg. Les doses initiales devraient être inférieures ou égale à 30 mg, sauf chez les individus avec une haute tolérance, chez qui on peut aller jusqu'à 40 mg. Une dose plus forte est à proscrire.

# Tests urinaires

- Outil diagnostique et thérapeutique visant à améliorer la sécurité du patient et à bonifier son plan de traitement.
- Un résultat inattendu ne devrait pas mettre fin à la relation thérapeutique et à la prise en charge médicale, mais servir à établir un dialogue.
- Le praticien doit être à l'affut **des faux positifs et des faux négatifs**, tout comme des réactions croisées. Une mauvaise interprétation peut avoir un impact important chez le patient, dans la planification du traitement et dans l'obtention des doses non supervisées.
- Les tests urinaires « propres » ne sont plus une conditions à l'octroi de doses non supervisées

# Tests-urinaires

À L'ÉVALUATION INITIALE	Un test de dépistage urinaire positif pour les opioïdes doit être obtenu avant de débiter la méthadone ou la buprénorphine/naloxone afin de valider qu'il y a bien prise active de narcotiques.
DURANT LA PHASE DU DOSAGE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si des enjeux de sécurité ou de 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.</li><li>• Si le patient a des comportements, des symptômes physiques ou psychiatriques qui pourraient être expliqués par une prise d'une substance et que le questionnaire ne permet pas de mettre en lumière leur consommation : considérer effectuer un test de dépistage urinaire</li></ul>
LORSQUE LA DOSE EST STABILISÉE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si des enjeux de sécurité ou de risques de surdose sont présents et que le questionnaire ne permet pas de mettre en évidence les substances de consommation suspectée : considérer le dépistage à chaque visite.</li><li>• 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 peut mettre en valeur sa consommation : considérer effectuer un test de dépistage urinaire.</li><li>• Si des enjeux de diversion/revente de la médication prescrite sont suspectés : effectuer un test urinaire de façon aléatoire à quelques reprises.</li><li>• Si de enjeux de revente des doses à emporter de méthadone ou de buprénorphine/naloxone sont suspectés : effectuer un test urinaire de façon aléatoire à quelques reprises.</li></ul>

# Doses non-supervisées

- 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 désorganisation.

# Calendrier des doses non supervisées

Nouveau patient	Doses non supervisées	Doses non supervisées
	Méthadone	Buprénorphine
De 0 à 2 mois	Aucune	Aucune
3 <sup>ème</sup> mois	Aucune	1 <sup>ère</sup> dose
4 <sup>ème</sup> mois	1 <sup>ère</sup> dose	2 <sup>ème</sup> dose
5 <sup>ème</sup> mois	2 <sup>ème</sup> dose	3 <sup>ème</sup> dose
6 <sup>ème</sup> et 7 <sup>ème</sup> mois	-	4 <sup>ème</sup> et 5 <sup>ème</sup> dose
6 <sup>ème</sup> à 8 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> dose	-
8 <sup>ème</sup> mois	-	6 <sup>ème</sup> dose
8 <sup>ème</sup> au 12 <sup>ème</sup> mois	5 <sup>ème</sup> et 6 <sup>ème</sup> dose	-
<p><b>NB :</b> 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>		

# Accès aux traitements en région éloignées et dans les communautés autochtones

- Défi
- Adapter la pratique
- Accent sur le travail interdisciplinaire à distance
  - Respect de la confidentialité
- Au besoin dévier des lignes directrices avec justification au dossier médical et pharmaceutique
- Travailler avec les communautés autochtones

# La morphine à longue durée d'action dans le TLUO

- Une option dans le cas d'intolérance, de contre-indication ou d'échec avec bup/nlx et méthadone (3<sup>ième</sup> choix)
  - Moins d'impact que la méthadone sur le QT
  - Meilleur impact sur la santé mentale
  - Plus d'effets secondaires
- Diversion plus facile, utilisation IV à risque
- Expérience dans le traitement des TLUO requise pour son utilisation (+ exemption pour prescription de méthadone).
- Consultation d'un collègue expert fortement suggéré.

# Morphine LA- Modalités

## Transfert de la méthadone à la morphine LA

- Estimation de la dose équivalente de morphine LA correspondant à la dose de méthadone prescrite en utilisant un ratio de 4:1
  - exemple: 50 mg de méthadone - dose de morphine LA de 200 mg pour débiter
- Cesser la méthadone et débiter le lendemain l'administration de morphine LA.
- Augmenter la dose progressivement en fonction des symptômes et signes de sevrage présentés par le patient par palier de 20 à 60 mg. Les augmentations doivent être espacées d'au minimum 48 h. Les études montrent un taux de conversion de la méthadone : morphine LA entre 1 :7 et 1 :8.

## Initiation du traitement avec morphine LA chez un patient utilisant des opioïdes de rue ou de l'héroïne

- Débiter la morphine LA au jour 1 avec une dose de 30 à 60 mg. Estimer la dose de départ en fonction de la consommation du patient.
- Titrer la dose progressivement en fonction des symptômes du patient et de sa consommation d'opioïdes, par palier de 20 à 60 mg. Les augmentations de doses doivent être espacées d'au moins 48h.
- Le spectre complet des doses utilisées dans la littérature se situe entre 60 et 1200 mg /jour.

# Morphine LA- Doses manquées

Nombre de jours manqués	Exemple dose quotidienne prescrite = 200 mg	Exemple dose quotidienne prescrite = 800 mg
1	200 mg	800 mg
2	120 mg (réduction de 40%)	480 mg (réduction de 40%)
3	80 mg (réduction de 60%)	320 mg (réduction de 60%)
4	40 mg ou dose de départ (ex 60 mg) en choisissant le plus élevé	160 mg (réduction de 80%)
5	Redébuter avec la dose initiale (ex 60 mg)	Redébuter avec la dose initiale (ex 60 mg)

# Naloxone

- La naloxone à emporter devrait être prescrite à toute personne qui présente un risque de surdose d'opioïdes, qu'il s'agisse d'opioïdes d'ordonnances ou illicites, naturels ou synthétiques, pris par la bouche ou par un autre mode d'administration. Les patients sous thérapie TLUO avec la méthadone ou la buprénorphine/naloxone correspondent à cette description.

# Fin

- Remerciements
  - CPMD
  - CMQ
- Questions/discussions