

Premier guide québécois sur l'accompagnement des personnes ayant un TUO :

mieux outiller les cliniciens



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

Dre Anne-Sophie Thommeret-Carrière
Dre Marie-Eve Goyer



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

Conflits d'intérêts

- Dre Thommeret-Carrière: aucun
- Dre Goyer: aucun



Plan

- Résumer les sections du premier *Guide clinique québécois sur l'accompagnement des personnes ayant un TUO*
- Illustrer la section des traitements pharmacologiques du TUO
- Expliquer les différents outils de *counseling* pour les cliniciens et ceux destinés aux personnes en traitement

Méthode utilisée pour concevoir le guide



Guides cliniques récents dans le domaine du traitement du TUD



Consultation de cinq ordres professionnels et de trois regroupements de professionnels ou pairs



Consultation de 12 experts expérimentés et de 17 experts cliniques



Soutien d'un comité d'orientation

CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

SOUS LA DIRECTION DE

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

COORDINATION

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

RÉDACTION DU GUIDE

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

COMITÉ D'ORIENTATION

D^{re} Julie Bruneau, chercheuse principale désignée, Pôle Québec-Atlantique et Laboratoire Bruneau, Initiative Canadienne de Recherche sur les Impacts des substances psychoactives

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

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

COMITÉ D'EXPERTS

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

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

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

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

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

D^{re} Violaine Germain, co-chef de service - volet dépendances, Centre de réadaptation en dépendance de Québec, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

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

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

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

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

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

AUTRES EXPERTS CONSULTÉS

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

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

D^{re} Julie Horman, psychiatre, Installation Rivière-du-Loup, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^{re} Valérie Jodoin, cheffe de service médical, médecine en milieu carcéral, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

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

D^{re} Anne-Marie Pinard, anesthésiologiste en douleur, chef de service de douleur chronique, CHU de Québec - Université Laval

ORDRES PROFESSIONNELS ET REGROUPEMENTS CONSULTÉS

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

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

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Méta d'Âme

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

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

RÉVISION LINGUISTIQUE

Denise Babin communication

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

GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

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

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



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

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



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

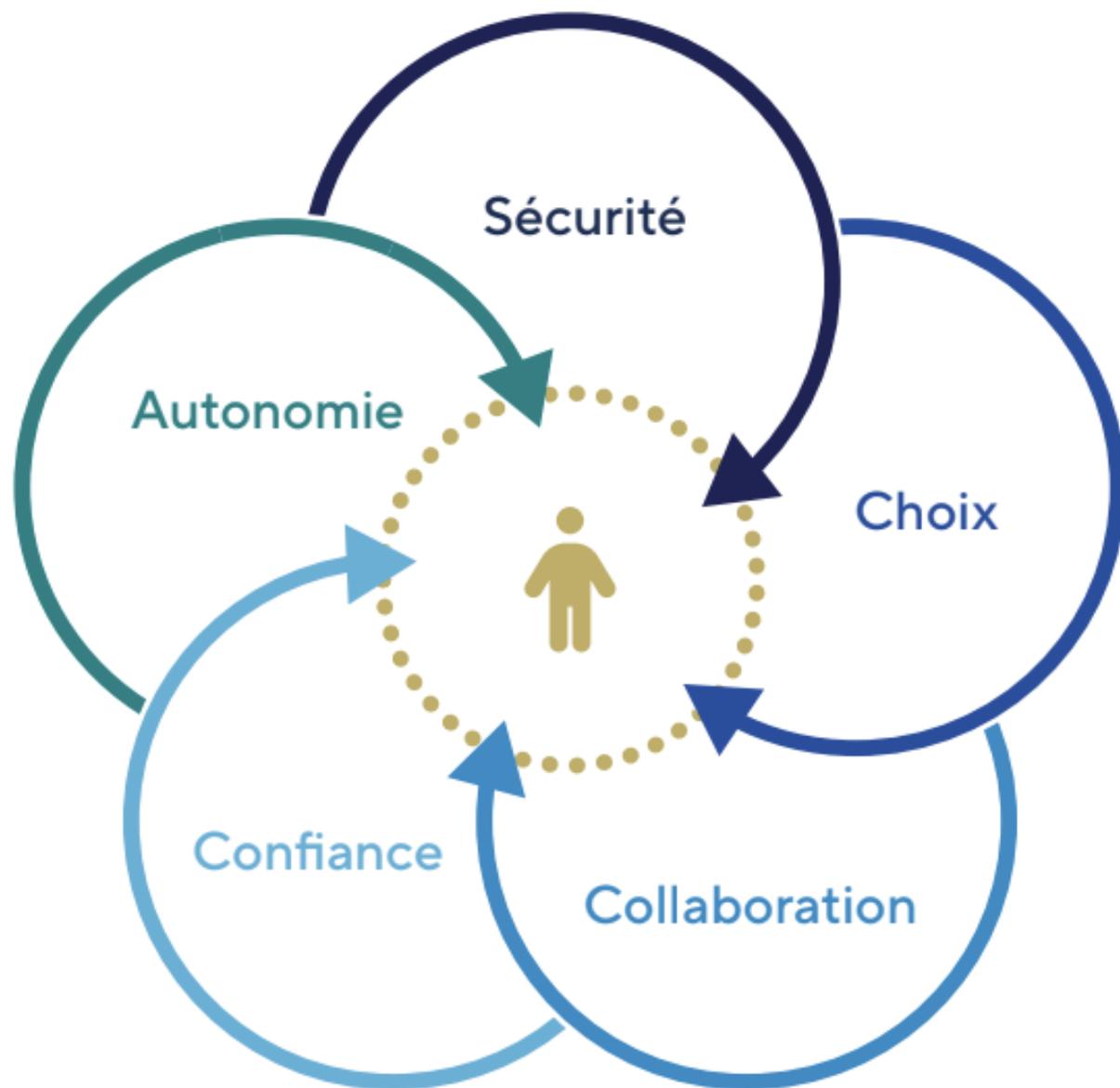
Le processus d'évaluation proposé au chapitre 2 implique l'accueil de la personne, le diagnostic du TUO, l'évaluation globale et la remise du matériel essentiel de réduction des méfaits.



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

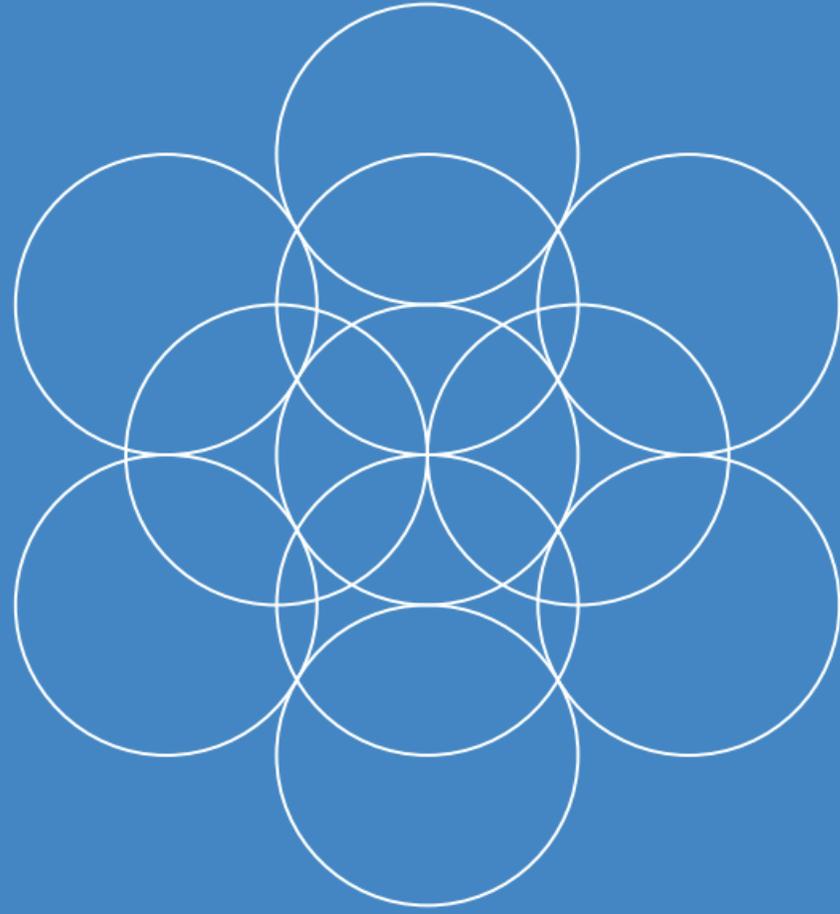
Le choix de la médication à prescrire repose sur un algorithme décisionnel fondé sur les données scientifiques les plus récentes ainsi que sur le dialogue avec la personne. Le chapitre 3 propose une série d'outils de réflexion visant à soutenir le choix éclairé d'un TAO. Ce chapitre couvre l'ensemble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





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

Étapes incontournables à réaliser	Éléments de réflexion clinique
<input checked="" type="checkbox"/> Évaluer la consommation.	Le portrait de la consommation contribue à : <ul style="list-style-type: none"> • poser le diagnostic de TUO; • évaluer la dose de départ du TAO; • déterminer les risques (p. ex. : surdoses, interactions, infections); • proposer des stratégies de réduction des risques.
<input checked="" type="checkbox"/> Poser le diagnostic de TUO.	Les critères diagnostiques du DSM-5 imposent qu'une personne présente des symptômes du TUO au cours d'une période continue d'au moins 12 mois. Or, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11 ^e version (CIM-11), souligne que le diagnostic peut être posé si la consommation d'opioïdes est continue pendant au moins trois mois. En fin de compte, le jugement clinique est primordial pour analyser les notions d'urgence, de sévérité et de dangerosité et ainsi nuancer les critères.
<input checked="" type="checkbox"/> Réaliser si possible le dépistage urinaire des opioïdes afin de s'assurer que la personne consomme actuellement des opioïdes.	Les tests urinaires sont particulièrement pertinents lorsque le prescripteur a un doute sur le fait que la personne consomme bel et bien des opioïdes. Or, l'obtention des résultats d'un test urinaire peut entraîner des délais d'initiation du TAO. Pour cette raison, il est important de garder en tête que tout report de l'initiation du TAO peut : <ul style="list-style-type: none"> • nuire au lien de confiance avec la personne; • augmenter le risque de précarité et de surdose de la personne. De plus, les tests de dépistage standards comportent des limites et peuvent ne pas détecter le fentanyl et ses analogues (voir le rappel de Santé Canada). Les tests peuvent donner des faux positifs ou des faux négatifs ⁴ .
<input checked="" type="checkbox"/> Réaliser un test de grossesse, s'il y a lieu.	Le test de grossesse ne devrait pas retarder le début du TAO. Celui-ci devrait être initié de toute manière, en particulier si la personne est enceinte.
<input checked="" type="checkbox"/> Consulter le Dossier Santé Québec (DSQ) pour vérifier les interactions médicamenteuses.	Si la personne s'est retirée du DSQ, il est pertinent de discuter avec elle des raisons de ce retrait et des risques associés à cette décision.
<input checked="" type="checkbox"/> Choisir un TAO en concertation avec la personne (en fonction de ses objectifs).	L'outil Faire un choix éclairé peut être utile pour alimenter la discussion sur les avantages et les inconvénients des différents TAO. Le graphique sur le continuum des options thérapeutiques permet aux cliniciens de discuter avec la personne du processus et de la logistique liés à la période d'induction et à la molécule choisie. Le tableau résumé Traitement pharmacologique du TUO permet aux cliniciens de comparer les molécules entre elles sur le plan de la pharmacologie, des contre-indications, des avantages, etc.
<input checked="" type="checkbox"/> Prescrire le TAO.	Une discussion sur les modalités de traitement (p. ex. : doses supervisées ou non supervisées) permet de s'assurer que celles-ci correspondent au mode de vie de la personne et qu'elles ne nuisent pas à sa stabilité (p. ex. : emploi et responsabilités familiales).
<input checked="" type="checkbox"/> Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits.	La naloxone et le matériel de consommation doivent être proposés à chaque rencontre et disponibles sur place.



Pharmacothérapie: choix concerté et prescription

NOM GÉNÉRIQUE ET COMMERCIAL	Buprénorphine-naloxone (BUP/NAL) <i>Suboxone^{MC} / (Subutex[®])</i> Guide d'utilisation	Méthadone Guide d'utilisation	Morphine à libération lente unique quotidienne (MLLU) <i>Kadian^{MC}</i> Guide d'utilisation	Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP) <i>Sublocade^{MC}</i> Guide d'utilisation
PHARMACOLOGIE				
Voie d'utilisation	Sublinguale Buccale (possible avec les films)	Orale	Orale	Injection sous-cutanée mensuelle
Formulations disponibles	 Comprimés sublinguaux sécables : 2/0,5 et 8/2 mg Films oraux ou sublinguaux : 2/0,5, 4/1, 8/2, 12/3 mg	 Liquide : toutes les doses sont possibles par pallier de 1 mg Comprimés : non utilisés en TUO sauf exception	 Capsules : 10, 20, 50, 100 mg	 Injection sous-cutanée : 100 et 300 mg
Effet agoniste <i>mu</i>	 Agoniste <i>mu</i> partiel	 Agoniste <i>mu</i> pur	 Agoniste <i>mu</i> pur	 Agoniste <i>mu</i> partiel
Affinité pour le récepteur <i>mu</i>	+++	++	++	+++
Couverture RAMQ	Oui	Oui	Oui L'utilisation en TAO est hors monographie	Oui Médicament d'exception codifié SN544 ^H
Rapidité de l'atteinte de la dose de confort	 Rapide ++ Dose de confort atteinte en 1-2j	 Lente Augmentation q 5-7j Dose de confort atteinte en quelques semaines/mois	 Moyenne Augmentation q 2j Dose de confort atteinte en quelques jours/semaines	 Rapide L'injection est généralement débutée après 7j de BUP/NAL orale à dose de confort
Doses de départ maximales	2-4 mg si COWS ≥ 8-12 Méthode de microdosage possible : voir guide	Entre 1-40 mg	50-200 mg ¹	300 mg q 28j X 2 doses Puis 100 mg q 28j Envisager de garder la personne sous 300 mg q 28j si symptômes de sevrage à 100 mg
Augmentations maximales	Augmentation q 2-4h de 4 mg possible ad 16 mg max jour 1 Et 24 mg max jour 2	Augmentation max de 20 mg q 5-7j	Augmentation max de 200 mg q 2j	
Dose maximale	Dose max = 24 mg (exceptionnellement 32 mg)	Pas de dose max	Pas de dose max	300 mg SC Envisager de devancer les injections si symptômes de sevrage précoces ou de compléter avec BUP/NAL orale
Posologie	DIE, q 2j, q 3j Peut être divisé en BID ou TID	DIE Peut être divisé en BID ou TID	DIE	Q 28j Des intervalles de 26 à 42 jours entre les injections sont possibles

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

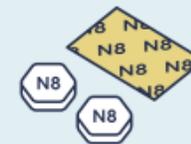
NOM GÉNÉRIQUE ET COMMERCIAL	Buprénorphine-naloxone (BUP/NAL) <i>Suboxone^{MC} / (Subutex)</i>	Méthadone	Morphine à libération lente unique quotidienne (MLLU) <i>Kadian^{MC}</i>	Buprénorphine injectable à libération prolongée (BILP) <i>Sublocade^{MC}</i>
Interactions médicamenteuses	Peu d'interactions cliniquement significatives Voir tableau BCCSU	Multiples Voir tableau de l'APES	Modérées Voir annexe 5	Peu d'interactions cliniquement significatives Voir annexe 4
Effets secondaires fréquents	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Similaires à la méthadone mais moins fréquents ▶ Céphalées dans les premiers jours ▶ Risque de sevrage provoqué 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Transpiration accrue ▶ Constipation ▶ Hypogonadisme et baisse de libido ▶ Gain pondéral ▶ Nausées ▶ Somnolence 	Similaires aux opioïdes en général : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Constipation ▶ Nausées, vomissements ▶ Dyspepsie, douleurs abdominales ▶ Rétention urinaire ▶ Somnolence, étourdissements ▶ Diaphorèse ▶ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Similaires aux comprimés de BUP/NAL en plus d'effets indésirables au site d'injection (douleur, prurit, induration, etc.)
PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS (suite)				
Insuffisance hépatique	Voir tableau résumé			
▶ Child A	✓	✓	✓	✓
▶ Child B	⚠	✓	⚠	✗
▶ Child C	✗	⚠	⚠	✗
Insuffisance rénale (ClCr en ml/min)	< 30 ml/min: ⚠	< 10 ml/min: ⚠	30-60 ml/min: ⚠ Administrer 50% - 75% de la dose initiale 15-30 ml/min: ⚠ Administrer 25% - 50% de la dose initiale < 15 ml/min: ✗	✓
Grossesse et allaitement	✓	✓	⚠ Cf annexe 7	✗
Allaitement	✓	✓	⚠ Cf annexe 7	✗
Contre-indications	Les contre-indications aux TAO sont globalement similaires entre les molécules : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hypersensibilité à un des ingrédients actifs ou à l'un des ingrédients non-médicinaux ▶ Dépression/insuffisance respiratoire, asthme avec bronchospasme sévère, MPOC sévère, cor pulmonale ▶ Obstruction gastro-intestinale (incluant l'iléus paralytique) ▶ Prise concomitante ou prise dans les 14 derniers jours d'un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO) ▶ Dépression du SNC ou intoxication aiguë significative à un dépresseur du système nerveux central (opioïde, alcool, benzodiazépine, etc.) ▶ Délirium tremens, trouble convulsif, hypertension intracrânienne, traumatisme crânien 			

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

Boîte à outil par molécule

ex. de la buprénorphine-naloxone

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



PRESCRIRE

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

SE FORMER

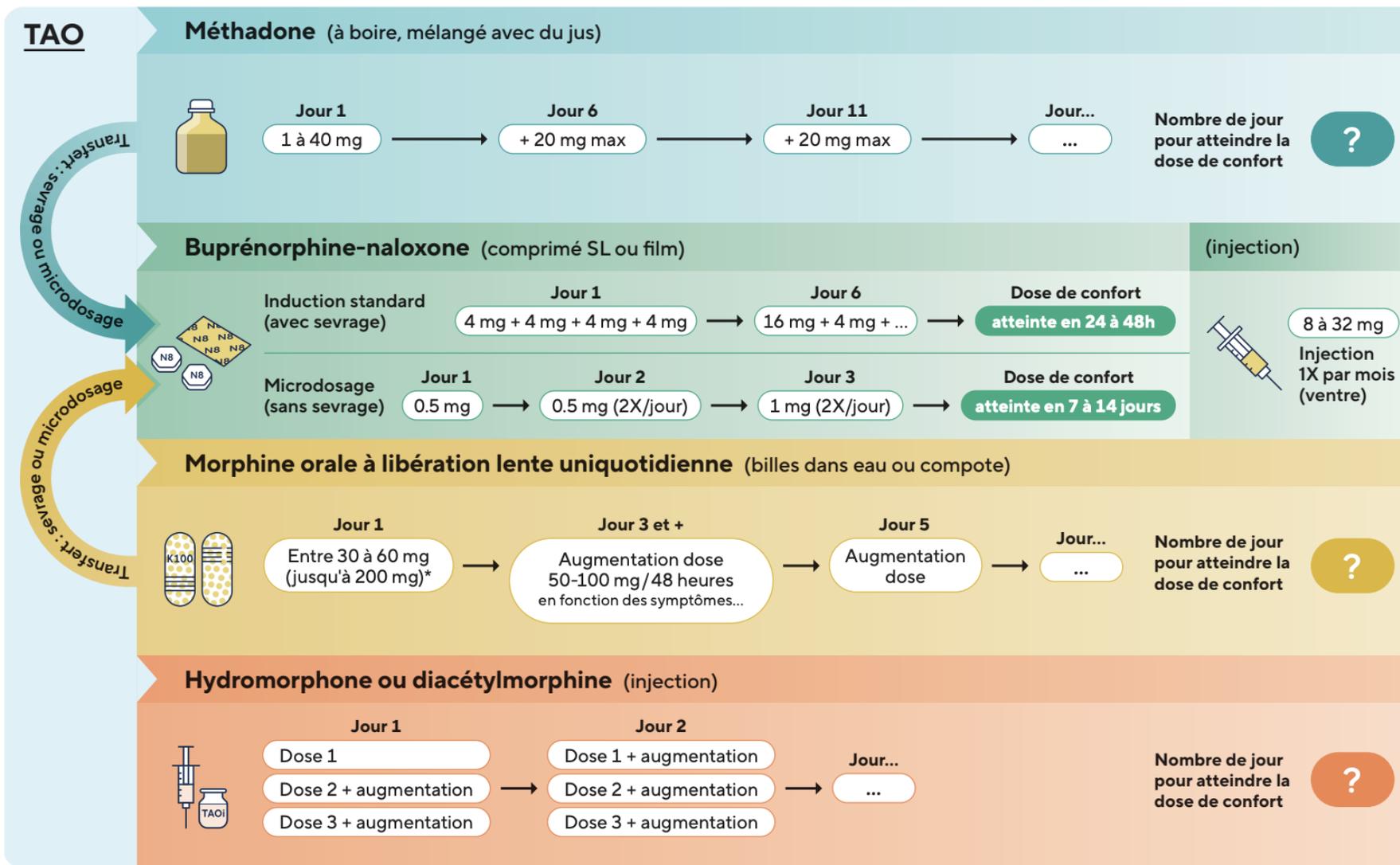
- ▶ [Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes: une approche de collaboration interdisciplinaire](#) (Formation INSPQ)

INFORMATION POUR LES PERSONNES EN TRAITEMENT

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

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

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



Réduction des méfaits



Approvisionnement plus sécuritaire (safer supply)

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

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



Chapitre 4. Les services indispensables en TUO

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



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

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

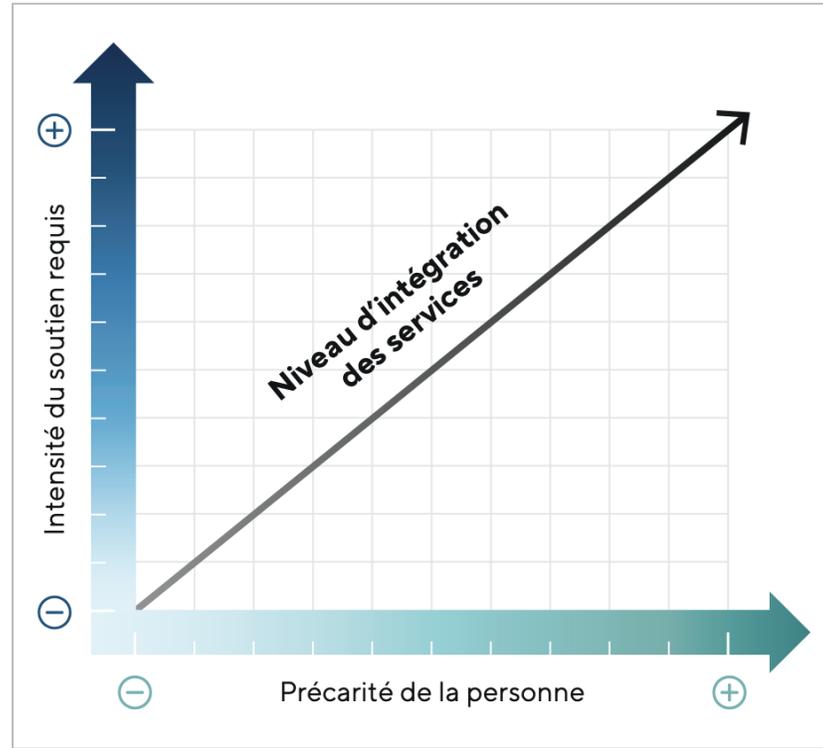


Chapitre 6. Les rôles et les responsabilités professionnelles dans l'organisation des services

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

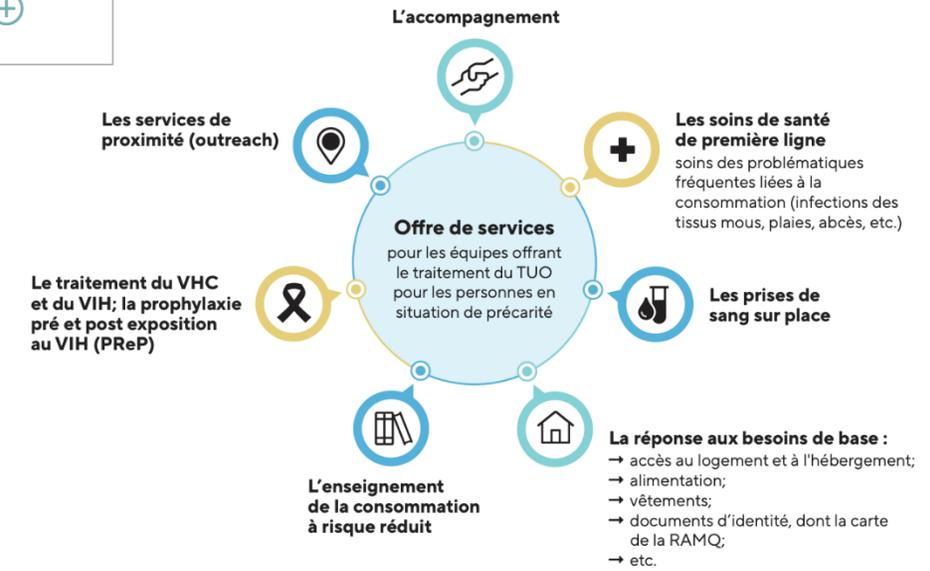
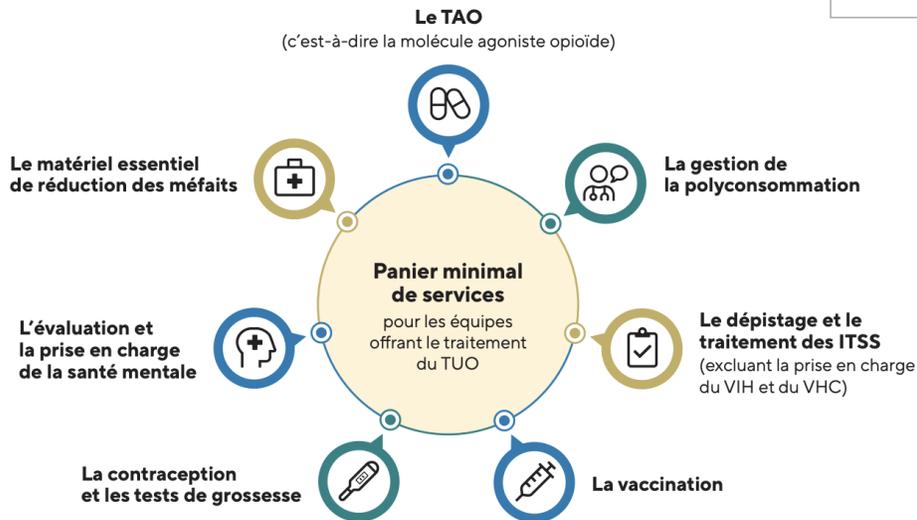


Graphique 1. Niveau d'intégration des services



r de services élargi pour les équipes qui accompagnent des personnes

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



*Figure tirée du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes³

*Figure tirée du Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes³

Aide-mémoire

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



Guide d'accompagnement: aide-mémoire

Philosophie

- Prise en compte des inégalités sociales de santé
 - Autonomie
 - Bienveillance et humilité
 - Approche sensible aux traumatismes et à la violence
 - Solidarité
 - Justice et équité
 - Intégrité et dignité
 - Principe éthique de vulnérabilité
 - Réduction des méfaits et vision holistique
-

Étapes

- Accueillir
 - Poser le diagnostic de TUO
 - Procéder à une évaluation adaptée à la situation
 - Remettre le matériel essentiel de réduction des méfaits
 - Soutenir le choix concerté de la pharmacothérapie
 - Prescrire la pharmacothérapie
 - Procéder à des changements ou des ajustements au besoin
-

Stratégies

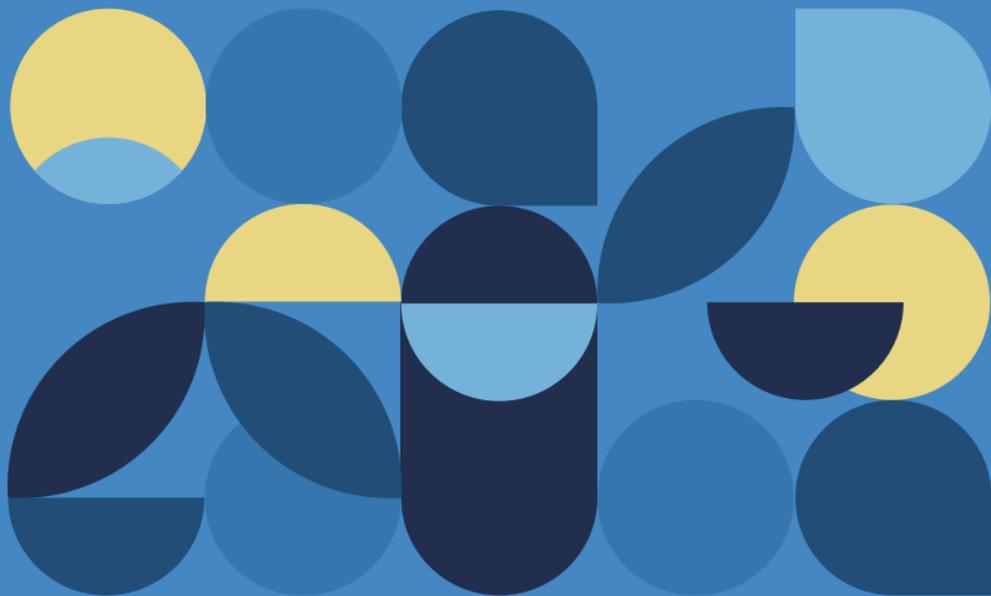
- Assurer la prestation des paniers de services
 - Préserver la relation thérapeutique
 - Balancer les risques et les bienfaits
 - Gérer les absences aux rendez-vous et les doses manquées
 - Gérer les conflits entre les professionnels et les patients
 - Éviter les ruptures de traitement
 - Réduire les barrières d'accès aux soins
 - Travailler en collaboration avec l'équipe de soins partenaire
 - Se former et partager ses connaissances
-

Perspective patient – Quelques mots-clés à retenir

- | | | | |
|-------------|---------------|-------------|----------------|
| ★ Humanisme | ★ Partenaires | ★ Confiance | ★ Information |
| ★ Respect | ★ Objectifs | ★ Relation | ★ Transparence |



DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES: MON TRAITEMENT, MES CHOIX



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

Québec

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



<https://dependanceitinerance.ca/ressource/faire-un-choix-eclairé/>
<https://dependanceitinerance.ca/ressource/?recherche=questions+courantes>

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

MÉTHADONE Questions courantes



Qu'est-ce que ce médicament?

La méthadone est un médicament de la classe des opioïdes, comme la morphine, l'hydromorphone (Dilaudid[®]), l'héroïne, le fentanyl, etc.

Ce médicament se présente sous la forme liquide, mais il peut être également sous forme de comprimé.

Pourquoi ce médicament est-il prescrit?

Lorsqu'une personne développe une dépendance aux opioïdes, maintenant appelée trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TULO), les données scientifiques démontrent que le traitement à long terme avec des agonistes opioïdes (TAO) est le traitement le plus efficace et sécuritaire.

Les agonistes opioïdes les plus connus sont la méthadone, la buprénorphine-naloxone (Suboxone[®]) et la morphine à libération lente unique quotidienne (Kadian[®]).

Le TAO est un traitement à long terme, aussi appelé traitement « de maintien » et consiste en la prise d'un médicament qui atténue les symptômes de sevrage, diminue l'envie de consommer et cause peu de somnolence ou d'euphorie.

Comment prendre ce médicament?

Ce médicament doit être pris par la bouche. La méthadone est habituellement mélangée à du jus. La période d'induction, c'est-à-dire la période qui permet l'atteinte de la dose de confort, peut durer quelques semaines.

Généralement, en début de traitement, la prise de la méthadone est effectuée quotidiennement en pharmacie sous la supervision du pharmacien. Des doses non supervisées peuvent être remises une fois la dose de confort atteinte (ne plus sentir l'état de manque) et selon la situation de la personne.

Il est important de ne pas arrêter de prendre son médicament car les symptômes de sevrage vont apparaître.

Il faut toujours bien suivre les indications de la prescription. Prendre trop rapidement les doses peut provoquer une surdose pouvant être mortelle. Il ne faut pas s'injecter ce médicament.

Comment ranger ce médicament?

Il est important de ranger de façon sécuritaire la méthadone, spécifiquement hors de portée des enfants. Ce médicament est sensible à l'humidité et la chaleur. Il est recommandé de ranger la méthadone dans un réfrigérateur à l'intérieur d'une boîte sous clé. Il ne faut jamais partager ce médicament, cela peut être très dangereux et créer une surdose pouvant être mortelle.

Quelle est la durée du traitement?

Il n'est généralement pas recommandé d'arrêter un traitement contre la dépendance aux opioïdes en raison des risques associés au sevrage, notamment des risques de rechute et de surdose lors de la reprise d'un autre opioïde. S'il est tout de même décidé d'arrêter le traitement, il est important de se faire accompagner par l'équipe de soins partenaire. Un traitement peut être repris en tout temps.

Que faire en cas d'oubli d'une dose?

Il est important de ne pas oublier de prendre son médicament. Cela peut provoquer l'apparition de symptômes de sevrage. Si une dose est oubliée, il est recommandé de la prendre dès que possible. Cependant si le moment de la prochaine dose est proche, attendez et prenez-la à ce moment. **Il ne faut pas doubler les doses.**

Si la dose quotidienne de méthadone est manquée plus de 3 jours de suite, une réévaluation devra avoir

Dépendance aux opioïdes: mon traitement, mes choix

- Les opioïdes, la dépendance
- Les traitements disponibles au Québec
- Consentement
- Confidentialité
- Contrat thérapeutique
- Doses non supervisées
- Tests urinaires
- Programme Alerte
- Absences en rendez-vous
- Nouveau rôle du pharmacien
- Voyages
- Mes droits, mes responsabilités
- Porter plainte



Notre site web s'est refait une beauté:

<https://dependanceitinerance.ca/>



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



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

QUESTIONNAIRE
D'ÉVALUATION EN LIGNE

Vos réponses sont précieuses!

