

**PREMIÈRE JOURNÉE
PROVINCIALE
SUR LE TROUBLE
LIÉ À L'UTILISATION
D'OPIOÏDES (TUO)**

JEUDI 21 FÉVRIER 2019 | HÔTEL OMNI MONT-ROYAL, MONTRÉAL

**PLUS FORT
AVEC VOUS**

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

1

**TRAITEMENT MÉDICAL DU TROUBLE
DE L'USAGE DES OPIOÏDES- FAITS
SAILLANTS D'UN CONSENSUS
D'EXPERTS PHARMACIENS ET
MÉDECINS**

**Dr David Barbeau
Directeur médical-Programme CRAN
CIUSSS CSMTL**

**PLUS FORT
AVEC VOUS**

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud
de l'île-de-Montréal
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 saillant**
 - Objectifs du document
 - Contrat thérapeutique
 - Options thérapeutiques
 - Choix du traitement initial
 - Buprénorphine
 - Grossesse
 - Dose maximale
 - Méthadone
 - Dose d'induction
 - Tests urinaires
 - Doses non supervisées
 - Arrêt du traitement (volontaire et involontaire)
 - Accès au traitement en région et dans les communautés autochtones
 - 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 (2016)
- Réunion de travail (2016)
- Circulation d'un texte révisé (2016-17)
- Deuxième réunion de travail (2017)
- Circulation du texte en seconde révision (2017-2018)
- Version finale soumise au CMQ (2018)
 - Documents de 111 pages avec 23 annexes
- Les bénéficiaires de traitement n'ont pas été inclus dans le processus

Objectif du document

- assurer aux patients des soins sécuritaires et efficaces.
- fournir un cadre de référence qui vise à guider tous les médecins et pharmaciens de première et de deuxième lignes.
- **ne remplace jamais le jugement clinique du médecin et des autres professionnels.**

Contrat thérapeutique

- Engagement du patient au traitement du TLU opioïde assisté par la médication.
- **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 et le médecin.
- Une copie est remise au patient, une autre au pharmacien et une dernière est conservée au dossier. Si une entente ou un contrat a aussi été fait avec le pharmacien, une copie sera acheminée au médecin.

Options thérapeutiques

- **Sevrage.** Soulagement des Sx physiques avec médication. **A proscrire** lorsqu'utilisé seul. Danger de rechute et d'overdose.
- **Buprénorphine/Naloxone**
- **Méthadone**
- **Morphine à libération prolongée**

Choix du traitement initial

- Pendant la gestion du sevrage, la transition immédiate des patients à un traitement à long terme aide à prévenir la rechute et les méfaits associés. Le soulagement des symptômes physiques de sevrage uniquement est à proscrire puisque qu'elle met les patients à risque.
- 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 (bup/nlx) doit être transférée au mono-produit (buprénorphine).
- Une demande au programme d'accès spécial de Santé Canada doit être faite et sera étudiée au cas par cas <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index-fra.php>

Buprénorphine- Dosage

- **Dose initiale** entre 2 et 4 mg; 8 mg *dans certaines situations particulières*
- **Dose maximale** le premier jour jusqu'à 16 mg
- **Dose habituelle de maintien** entre 12 et 16 mg die
- **dose maximale** de 24 mg die (monographie du produit) mais 32 mg possible dans certaine circonstance avec documentation de la justification au dossier. *Plusieurs 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 initiale est à proscrire.

Tests urinaires (1)

- Outil diagnostic 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'affût **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 supervisés**
- Les tests urinaires ne devraient plus être fait en pharmacie

Tests urinaires (2)

| | |
|--------------------------------|---|
| 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"> • 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. • 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 |
| LORSQUE LA DOSE EST STABILISÉE | <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Si des enjeux de diversion/revente de la médication prescrite sont suspectés : effectuer un test urinaire de façon aléatoire à quelques reprises. • 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. |

Doses non-supervisées

- Avant d'accorder une dose non supervisée, le médecin doit considérer avant tout la sécurité du patient et de son entourage.
- 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
 - Endroit sécuritaire pour conserver la médication
- Évaluation de la consommation de toute autre substance qui pourrait entraîner une désorganisation.

Calendrier des doses non supervisées

| Nouveau patient | Doses non supervisées | Doses non supervisées |
|--|---|--|
| | méthadone et morphine LA | Buprénorphine |
| De 0 à 2 mois | Aucune | Selon stabilité et sécurité |
| 3 ^{ème} mois | Aucune | (ajout d'une dose non supervisée par mois, |
| 4 ^{ème} mois | 1 ^{ère} dose | Max : 6 doses) |
| 5 ^{ème} mois | 2 ^{ème} dose | |
| 6 ^{ème} et 7 ^{ème} mois | - | |
| 6 ^{ème} à 8 ^{ème} mois | 3 ^{ème} et 4 ^{ème} dose | |
| 8 ^{ème} mois | - | |
| 8 ^{ème} au 12 ^{ème} mois | 5 ^{ème} et 6 ^{ème} dose | |
| 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. | | |

Au cours de la première année, le patient recevant des doses non supervisées, doit être vu au moins à toutes les semaines par son pharmacien. Après une année de traitement les patients stables sous bup/nlx pourrait aller 1 fois aux deux semaines à la pharmacie et recevoir 13 doses à emporter

Arrêt du traitement (volontaire)

- Décision éclairée
 - Risque de rechute
 - Conditions favorables au succès
- Lent (sur plusieurs mois)
- Patient réévalué régulièrement pendant cette période
- Possibilité de réintégrer le traitement en tout temps

Arrêt du traitement (involontaire)

- Tenter de l'éviter
- Informer le patient des raisons de l'arrêt
- L'article 19 du Code de déontologie des médecins souligne que : *« le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un motif raisonnable de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une confiance mutuelle sont absentes, ou si cette confiance n'existe plus. »*
- *« Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure du nécessaire. »*
- ... étant donné l'accessibilité réduite à ce traitement, il pourrait être difficile de diriger le patient vers une autre ressource. Le médecin devrait alors justifier dans le dossier la raison de la cessation du traitement, en informer le patient, l'informer des autres ressources possibles, et lui accorder un délai raisonnable afin de lui permettre de faire les démarches nécessaires pour obtenir les services requis.
- La durée de l'ordonnance pourrait être ajustée en conséquence. S'il n'y a aucune ressource disponible, un sevrage progressif sur une période raisonnable devra alors être prescrit

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^{ème} choix)
 - moins d'impact que la méthadone sur le QT
 - meilleur impact sur la santé mentale
 - moins de sudation
 - moins de craving pour héroïne
- Diversion plus facile, utilisation IV à risque
- Expérience dans le traitement des TLUO requise pour son utilisation
- Consultation d'un collègue expert fortement suggéré.

Naloxone

- La naloxone 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.

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

MERCI!

PLUS FORT
AVEC VOUS

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

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