



Guide sur la gestion du sevrage dans les troubles liés à l'usage d'opioïdes

LE PRÉSENT DOCUMENT NE DOIT PAS REMPLACER L'EXPÉRIENCE CLINIQUE ET LE JUGEMENT D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.

Points clés pour les cliniciens

- **La gestion du sevrage (GS) seule n'est pas un traitement sûr et efficace contre le TLUO.** Il n'est pas recommandé d'offrir la GS comme option unique à moins de l'intégrer dans un programme de suivi de la dépendance à long terme.
- On doit informer adéquatement les patients des risques connus de la GS seule et les encourager à envisager d'autres options adaptées à leur situation personnelle.
- Les recommandations suivantes s'adressent aux clients qui choisissent en toute connaissance de cause la gestion du sevrage plutôt qu'un traitement par agoniste opioïde (TAO).
- Pour réduire le risque de surdose mortelle chez les patients qui refusent un TAO à long terme, on doit fournir aux patients et à leurs proches une trousse de naloxone à emporter.

Gestion du sevrage : les recommandations en bref



Il faut éviter de proposer la gestion du sevrage seule (désintoxication sans transition immédiate vers un traitement prolongé par agoniste opioïde)

3.1

Section des lignes directrices :

Si le patient choisit, en toute connaissance de cause, de faire un sevrage d'opioïdes uniquement :

Administer de la buprénorphine, de la méthadone ou de la morphine orale à libération lente comme TAO au besoin, en fonction du choix éclairé du patient et d'autres facteurs contextuels.

3.2



Proposer un schéma approprié de diminution des doses selon le contexte du sevrage et selon la situation particulière et les préférences du patient plutôt qu'un traitement sans opioïde ou un traitement symptomatique. La buprénorphine, la méthadone ou la morphine orale à libération lente peut être utilisée, mais dans tous les cas, une diminution lente et prolongée des doses est recommandée.

3.3



Si le patient souhaite aller de l'avant avec le sevrage uniquement et refuse l'utilisation d'opioïdes :

Assurer la gestion du sevrage au moyen d'un agoniste alpha2-adrénergique, car cette approche est associée à des symptômes moindres de sevrage et à un taux plus élevé de réussite comparativement à l'absence de tout traitement.

3.4



Dans tous les cas :

Offrir un traitement dans un contexte interne (avec hébergement) ou externe.

3.5



Arrimer la personne à des ressources communautaires pour un suivi de la dépendance et à toute autre ressource médicale et psychosociale (s'il y a lieu).

3.6



Fournir aux patients une trousse de naloxone à emporter.



NIVEAU DE PREUVE (qualité des données probantes) :



Élevé



Modéré



Faible

Force de la recommandation :



Forte



Faible