

Désintoxication et prise en charge du sevrage au Canada

Dre Annie Talbot
ICRAS Pôle Québec

Manuela Mbacfou
ICRAS Pôle Québec

Montréal – 15 février 2024

Conflits d'intérêt potentiel

Dre Annie Talbot déclare avoir un membre de sa famille travaillant pour une compagnie pharmaceutique, soit VIIV USA (non relié à ses responsabilités dans ce projet).

Manuela Mbacfou n'a aucun conflit d'intérêt.

Reconnaissance du territoire

L'équipe ayant travaillé sur ce projet au Québec est basée à Tiohtià:ke (Montréal), le territoire traditionnel et non cédé de la nation Kanien'kehá:ka (Mohawk).

Les collaborateurs de ce projet sont basés dans diverses régions du Canada et nous sommes reconnaissants envers les gardiens de ces terres.

01.

Mise en contexte

Programme de recherche, Science de l'application des connaissances de l'ICRAS (*EHT Program*)

2017

Programme de recherche sur les enjeux émergents et axé sur les interventions et services relatifs aux opioïdes

- Élargir l'accès aux modèles de soins dirigés par des infirmières
- Traitement par agonistes opioïdes (TAO) injectables
- Engagement des personnes avec savoir expérientiel
- Services de consommation de drogues supervisée
- Peuples Autochtones
- Programmes psychosociaux et axés sur le rétablissement (TOPP)
- Services de désintoxication et de prise en charge du sevrage**
- Services et distribution naloxone
- Population dans les services correctionnels
- Services et modèles analyse de substances
- Élargir l'accès à la buprénorphine-naloxone dans les services d'urgence
- Nouveaux utilisateurs et jeunes à risque

Groupe de travail

- Brian Rush (ON) Nikki Bozinoff (ON)
Tara Elton-Marshall (ON)
Keith Ahamad (C.-B.) **Annie Talbot (QC)**
Samuel Hickcox (N.-É.)
Helen Bouman (AB)

Objectifs du projet

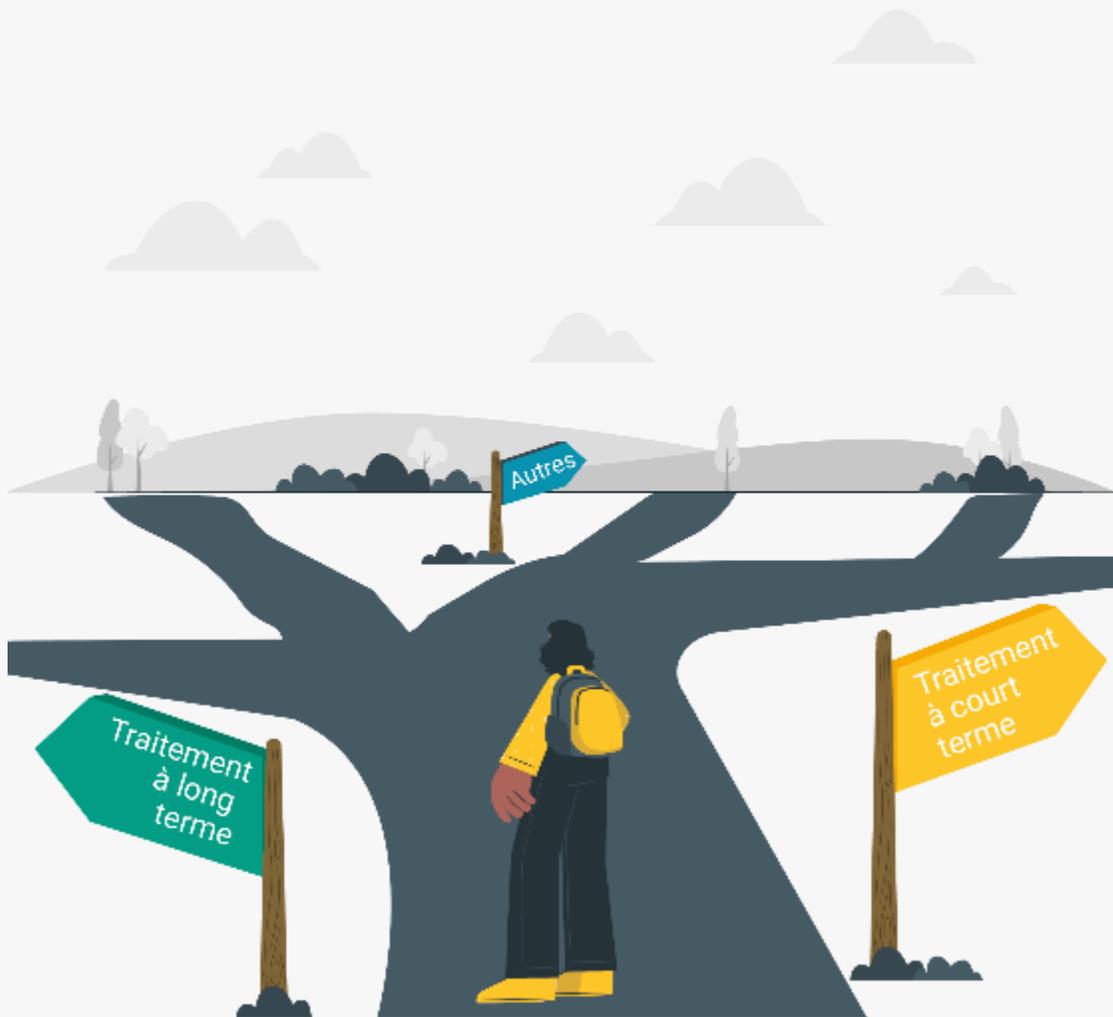
1. Comprendre les **pratiques courantes** et les **besoins**, au Canada, en matière de gestion du **sevrage** comme approche thérapeutique pour traiter les personnes aux prises avec un problème de consommation d'opioïdes.
2. Rédiger un **document sur les pratiques, fondées sur des données probantes**, relatives à la gestion du sevrage d'opioïdes.

Qu'est-ce que la gestion du sevrage ?

La gestion du sevrage fait référence à « la prise en charge médicale et psychologique des patients qui présentent des symptômes de sevrage à la suite de l'arrêt ou de la réduction de la consommation de la substance dont ils sont dépendants. » *Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings (2009), OMS*

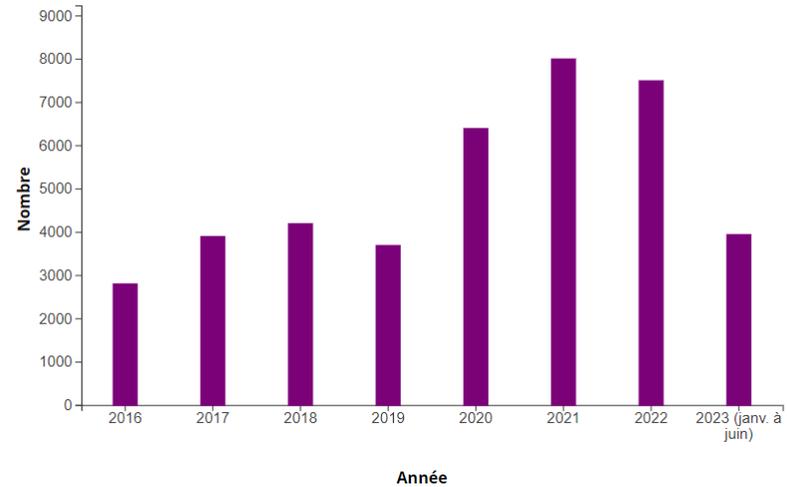


Raison d'être du projet



Décès liés à une intoxication aux opioïdes au Canada

Nombre de décès totaux apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, Canada, 2016 à 2023 (janv. à juin)



Un projet – deux phases

Phase 1



État des lieux

- Quelles sont les pratiques organisationnelles et caractéristiques actuelles des services de gestion du sevrage dans les programmes de traitement de la toxicomanie au Canada ?

Phase 2



Guide pratique

- Que disent les données probantes sur la gestion du sevrage chez les personnes ayant un trouble d'usage d'opioïdes (TUO) ?

02.

ÉTAT DES LIEUX

Pratiques organisationnelles de gestion du sevrage de substances.

Démarche



LIEU

Dans les différentes provinces et territoires canadiens

CIBLE

Ressources de traitement des dépendances privées et publiques

➔ **147 organisations identifiées**



INCLUSION

Programmes publics et privés de soutien et traitement de la consommation de substances offrant des services pour la prise en charge du sevrage avec/sans hébergement

PROCÉDURE

Enquête (sondage en ligne) sur l'organisation des services de traitement de l'usage de substances |

➔ **Québec : Entrevue de 60 minutes (en personne, par téléphone ou virtuellement)**

REDCap®



Thématiques du sondage

Profil démographique clientèle

**Modalités
prise en charge TUO**

Services offerts

Source financement

Questions adaptées du projet *“La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l’usage d’opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec”* (IUD)

Taux de réponse



PROVINCE/ TERRITOIRE	CIBLES (n)	RÉPONSES (n)	TAUX (%)
Ontario	45	29	64,4
Québec	32	18	56,2
Atlantique	19	16	84,2
I.-P.-É.	1	1	
Nouveau-Brunswick	7	6	
Nouvelle-Écosse	8	6	
T.-N./Labrador	3	3	
Prairies/Nord	47	22	46,8
Manitoba	3	3	
Colombie-Britannique	17	12	
Saskatchewan	10	6	
Alberta	15	1	
Yukon	2	0	
T.N.-O.	0	0	
Nunavut	0	0	
Sous-total (public)	143	85	59,4
SGS Privés	4	1	25,0
Total	147	86	58,5

→ Taux de réponse global de **58,5%**
(n=86/147)

→ Taux de réponse programmes financés par
fonds **publics** = **59,4 %**.

→ Offre de services spécialisés de gestion du
sevrage

→ Diverses substances

→ Clientèle diverse

→ Avec et sans hébergement

Résultats

686



programmes avec hébergement

→ Ratio lits hommes-femmes



305



235

→ Durée moyenne du séjour

→ **7,8 jours**

54,2 %



Services aux **jeunes (< 18 ans)**

96,1 %



Services aux **adultes**

Couverture de soutien médical

Types de services	N	%
Médecin	66	78,6
Infirmière praticienne	28	33,3
Autre professionnel des soins infirmiers	32	38,1
Autre professionnel de la santé	32	38,1
Incertain	4	4,8

Autres



Généralistes

Psychiatres

Résultats

Traitements complémentaires et autres formes de soutien (non-médical)

Nature des autres formes de soutien	N	%
Information sur les traitements/services liés à la dépendance	81	95,2
Information sur les traitements/services liés à la santé mentale	79	92,9
Médicaments de soutien aux dépendances	70	82,3
Accompagnement ou soutien sans hébergement	66	77,6
Aide à la réduction des méfaits (échange de seringues, dépistage des ITS, etc.)	64	75,3
Soutien aux besoins essentiels (logement, soutien financier, nourriture, etc.)	61	71,8
Ressources éducatives (apprentissage de l'autonomie, gestion du temps, etc.)	55	64,7
Traitement (non médical) avec hébergement, séjour d'une nuitée ou plus	53	62,4
Médicament de soutien aux troubles de santé mentale	50	58,8
Hospitalisation, séjour d'une nuitée ou plus	40	47,1
Offre de naloxone	2	2,3

Résultats

Substances	Nombre de programmes	Moyenne, %
Alcool	71	62,2
Stimulants (p. ex. cocaïne, crack, métamphétamine, ecstasy)	69	32,7
Opioïdes (p. ex., héroïne, codéine, morphine, fentanyl, opium)	67	30,4
Tabac/nicotine	59	24,6
Cannabis (p. ex. marijuana, hachich)	622	21,3
Neurodépresseurs sans alcool (p. ex. barbituriques, benzodiazépines)	64	12,0
Hallucinogènes (p. ex. LSD)	62	4,2
Inhalants (p. ex. colle, solvants)	62	2,1

Pourcentage de clients bénéficiant de services de gestion du sevrage selon les substances

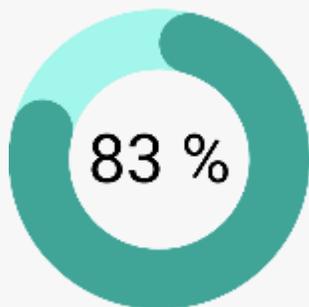
LSD = Diéthylamide de l'acide lysergique

Qu'en est-il de l'usage d'opioïdes ?

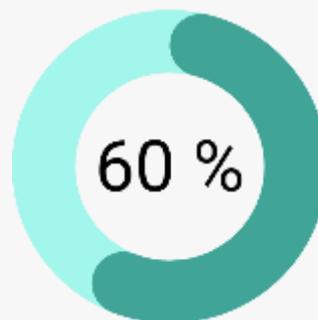
30,4 % Cas personnes consommatrices d'opioïdes
(héroïne, codéine, morphine, Fentanyl, opium).

14 171

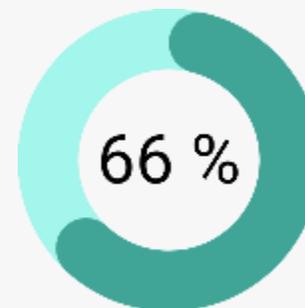
Admissions
opioïdes



Services pour TUO comme
problème principal ou secondaire

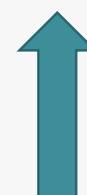


Impacté par la crise des
surdoses d'opioïdes



Initiation traitement par
agonistes opioïdes (TAO)

Application des lignes directrices
dans les programmes



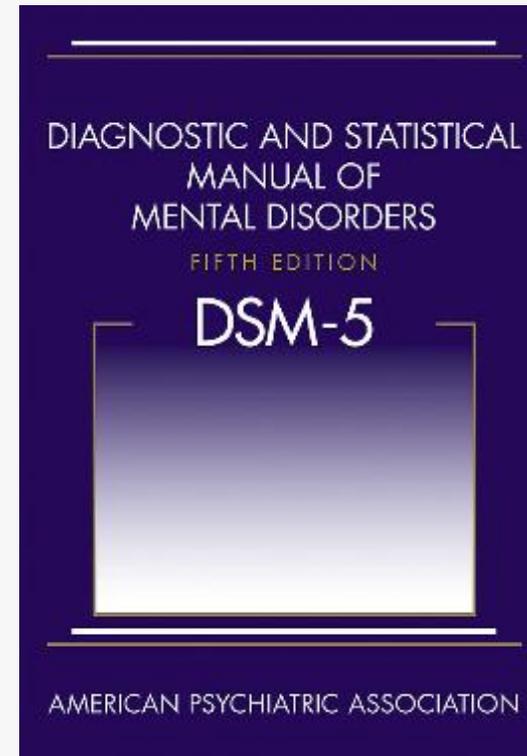
Personnes cherchant du soutien
pour la gestion du sevrage

Activités de prévention

Qu'est-ce que le trouble d'usage d'opioïdes (TUO) ?

“Le trouble d'usage d'opioïdes comprend des signes et des symptômes qui reflètent une auto-administration compulsive et prolongée d'opioïdes utilisés à des fins non médicales ou, si une autre condition médicale est présente et nécessite un traitement aux opioïdes, ceux-ci sont utilisés à des doses largement supérieures à la quantité nécessaire pour cette condition médicale.”

Traduction libre, American Psychiatric Association (DMS-5), 2013, p.542



Manuel diagnostique et statistique
des troubles mentaux

Barrières mise en place du traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Manque médecin/personnel infirmier sur place



Manque de soutien prescription



Absence espace entreposage sécuritaire

Accès limité aux ressources médicales



03.

GUIDE PRATIQUE

Guide pratique de gestion du sevrage pour le trouble d'usage d'opioïdes.

Qu'est-ce qu'un guide pratique ?

Guide pratique

- Orientation
- Peu ou pas de données probantes
- Opinions d'experts

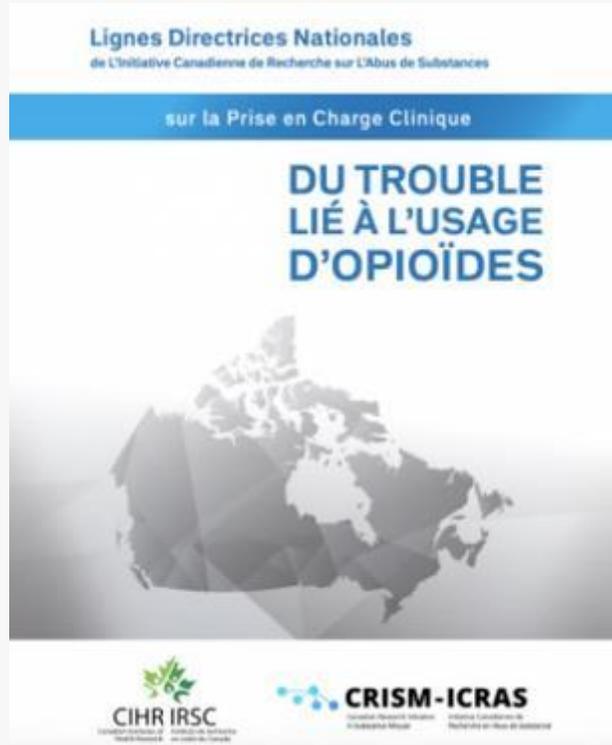


Lignes directrices

- Standards de pratique
- Haut niveau de données probantes
- Méthodologie plus rigoureuse



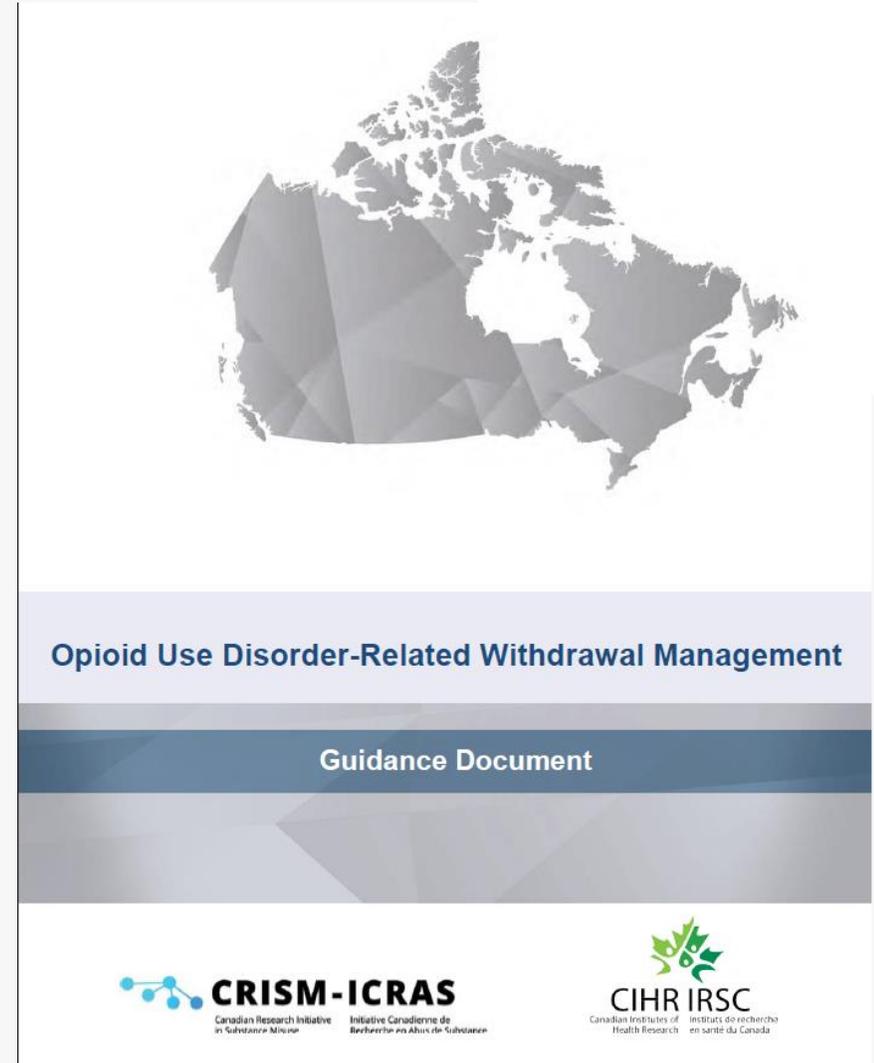
Les lignes directrices et le guide pratique



- Éviter de proposer la prise en charge du sevrage isolément.
- Lorsque la prise en charge du sevrage (sans transition vers un TAO) est adoptée, effectuer une diminution lente de la dose d'agoniste opioïde sous supervision (>1 mois) (chez les patients en consultation externe ou en établissement de traitement) plutôt qu'une diminution rapide de la dose (<1 semaine).



<https://crism.ca/projects/opioid-guideline/>



<https://crism.ca/wp-content/uploads/2023/01/CRISM-Withdrawal-Management-Guidance-Final.pdf>

Élaboration du guide pratique



63 sur 8067 articles

Recension et Synthèse des écrits



GRADE

Élaboration de recommandations



GRADE

Révision et approbation

Qu'est-ce qui est documenté dans la littérature sur le sevrage d'opioïdes ?

Évaluation de la qualité des données probantes

Détermination de la force des recommandations

Cliniciens, Scientifiques, Personnes avec savoir expérientiel

Cliniciens, Personnes avec savoir expérientiel

4 cycles révision

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation

Niveau de preuve (qualité données probantes)

- Élevé
- Modéré
- Faible
- Très Faible

Force recommandation

- ◆ Forte
- ◆ Faible

Portée du guide

Opioid Use Disorder-Related Withdrawal Management

Guidance Document

Ces recommandations s'adressent aux

personnes **ayant un TUO qui font un choix éclairé d'adopter l'approche de gestion du sevrage seul**, plutôt que d'avoir recours à un traitement par agoniste opioïde (TAO).

Six (6) Recommandations

1 Éviter de proposer la gestion du sevrage seul, à savoir une désintoxication sans transition immédiate vers un traitement prolongé par agonistes opioïdes (TAO)



Si le patient prend la décision éclairée de suivre un sevrage d'opioïdes comme seule option de prise en charge :

2 Offrir de la buprénorphine, de la méthadone ou de la morphine orale à libération prolongée comme TAO au besoin, en fonction du choix éclairé du patient et des autres facteurs contextuels



3 Proposer un plan adapté de diminution progressive des doses selon le contexte du sevrage, la situation du patient et ses préférences, plutôt qu'un traitement sans opioïdes ou un traitement symptomatique. La buprénorphine, la méthadone ou la morphine orale à libération prolongée peuvent être administrées. Dans tous les cas, une diminution des doses progressive plus lente et plus étalée dans le temps demeure préférable



Niveau de preuve (qualité des données probantes)

Force de la recommandation



Élevé



Modéré



Faible



Forte



Faible

Six (6) Recommandations

Si le patient choisit le sevrage unique et refuse l'utilisation d'opioïdes :

4

Proposer une gestion du sevrage au moyen d'un agoniste alpha2-adrénergique. Cette approche est associée à des symptômes moins sévères de sevrage et à un taux plus élevé de réussite, comparativement à l'absence de tout traitement



Dans tous les cas :

5

Offrir un traitement quelque soit les modalités de prise en charge (avec ou sans hébergement)



6

Orienter la personne vers des ressources communautaires pour garantir un suivi ainsi qu'un soutien médical (mental et physique) et psychosocial au besoin



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

Points clés

Opioid Use Disorder-Related Withdrawal Management

Guidance Document

Les patients doivent être :

- informés des **risques liés à la gestion du sevrage** comme unique option.
- encouragés à envisager d'autres options adaptées à leur situation personnelle.

Fournir une **trousse de naloxone à emporter** en tout temps, aux patients et leurs proches, pour réduire le risque de surdose mortelle ainsi qu'une **formation/éducation** sur la prévention des surdoses.



**Expérience
et jugement clinique**

Pistes de réflexion

- Nécessité d'un portrait national plus détaillé de l'accessibilité des services de gestion du sevrage en tenant compte de l'âge, du sexe et de la diversité.
- Nécessité d'explorer les pratiques de gestion du sevrage dans les programmes privés.
- Nécessité de mener des recherches supplémentaires afin d'éclairer les lignes directrices sur les meilleures pratiques dans le futur.
- Besoin crucial de standardiser les lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes pour la prise en charge du TUO quels que soient les contextes et juridictions.

Financement et Remerciements

Ce projet a été financé par



Subvention accordée à l'ICRAS

Nous remercions

- Gestionnaires et professionnels ayant contribué au sondage
- Les personnes ayant contribué à l'élaboration du guide pratique
- CIUSSS, CISSS, ressources privées, etc. à travers le Québec et le Canada
- Représentants des nombreux ministères/organismes provinciaux et territoriaux et autres collaborateurs
- L'Institut Universitaire sur les Dépendances (IUD)
- Groupe de travail et collaborateurs du projet

MERCI !

Les résultats du sondage et le guide pratique sont disponible à :

<https://crism.ca/detoxification-and-withdrawal-management/>



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance