



Les opioïdes : guide de référence pour les psychologues praticiens

*The Opioid Guide : A Resource Guide for Practicing Psychologists*¹,
publié par le Groupe de travail transversal sur les réponses cliniques à la crise des
opioïdes de l'*American Psychological Association (APA)*

**Traduit et contextualisé à la réalité québécoise
par l'Ordre des psychologues du Québec**

Adopté par le comité exécutif du conseil d'administration
27 août 2020

¹ Disponible à l'adresse https://www.div12.org/wp-content/uploads/2019/03/ORG-Fnal-2019_0205.pdf

Table des matières

Introduction	5
Comprendre les opioïdes	6
Héroïne et fentanyl	7
Antalgiques opioïdes disponibles sur ordonnance	7
Gestion et élimination sécuritaires des médicaments	8
Points de collecte sécuritaires	8
Points de récupération confidentiels	8
Programmes de retour par la poste	9
Journées de collecte des médicaments	9
Élimination à domicile	9
Directives pour jeter les médicaments avec les ordures ménagères	9
Mélanger	9
Ensacher	9
Jeter	9
Rendre illisible	9
Reconnaître l'utilisation inappropriée des opioïdes et le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO)	9
Dépistage et détection	11
Envisager la participation des familles	11
Ressources	12
Le dépistage objectif	12
Résumé	12
Trouver un programme de traitement pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO)	13
Le choix d'un programme de traitement ou d'un professionnel	13
Trouver un programme ou un professionnel près de chez vous	14
Exemple des États-Unis : ressources à l'échelle nationale	14
Exemple des États-Unis : ressources à l'échelle des États ou à l'échelle locale	14
Au Canada	14
Obtenir de la naloxone pour annuler les effets d'une surdose	14
Programmes de traitement qui suscitent l'inquiétude	15
Traitement fondé sur les données probantes	15
Traitement pharmacologique	15
Désintoxication	15

Traitement d'entretien	16
Méthadone	16
Buprénorphine	16
Naltrexone	17
Psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale	18
Ressources pour les familles et les proches.....	19
Traitements faisant intervenir la famille.....	19
Ressources en matière d'entraide pour les familles.....	20
Au Canada et au Québec.....	20
Groupes d'entraide pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO).....	20
Ressources en matière d'entraide	21
Au Québec.....	21
Compétence culturelle en matière d'évaluation et de traitement	21
Recommandation 1 : Développer une bonne connaissance des obstacles au traitement pouvant affecter les minorités raciales/ethniques, en tenant compte des facteurs associés au système de santé, aux professionnels, et aux clients.	22
Recommandation 2 : Évaluer les croyances et les attentes concernant le traitement d'un trouble lié à l'usage des opioïdes.	23
Recommandation 3 : Offrir aux personnes ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes des soins qui tiennent compte des particularités culturelles.....	23
Adolescents et consommation d'opioïdes.....	24
Dépistage	24
Traitement	24
Travail auprès des jeunes : considérations spéciales	24
Les familles.....	24
La réduction des méfaits.....	25
Le souci de la protection.....	25
Gestion de la douleur : les chemins menant à une utilisation inappropriée des opioïdes	25
Facteurs de risque en matière de surdose d'opioïdes.....	25
Outils d'évaluation des risques.....	26
Les alternatives aux opioïdes dans la gestion de la douleur.....	27
Stratégies non pharmacologiques pour mieux gérer la douleur aiguë et chronique.....	27
Stratégies pharmacologiques autres que les opioïdes pour la douleur aiguë.....	27
Stratégies pharmacologiques autres que les opioïdes pour la douleur chronique	27

Surdose d'opioïdes : les risques.....	28
Qu'est-ce qu'une surdose d'opioïdes ?	28
Facteurs de risque en matière de surdose.....	28
Diminution de la tolérance	28
Mélanges de drogues.....	28
Surdoses antérieures	28
Santé physique.....	28
Variations dans la force ou la composition de l'opioïde.....	29
Injecter au lieu de renifler ou de fumer.....	29
Consommation solitaire	29
Les populations à risque de surdose d'opioïdes	29
Personnes souffrant de maladies concomitantes (notamment les problèmes cardiaques et pulmonaires et l'apnée du sommeil) qui augmentent les difficultés respiratoires.....	29
Personnes ayant une douleur chronique.....	29
Personnes âgées	29
Enfants	29
Femmes.....	29
Personnes vivant dans les milieux urbains	30
Surdose d'opioïdes : savoir la reconnaître et agir	30
Reconnaître une surdose d'opioïdes	30
Quelle est la différence entre l'intoxication et la surdose ?.....	30
La naloxone (narcane, evzio) pour traiter les surdoses	31
Secourir les personnes qui font une surdose.....	31

Introduction

L'utilisation des opioïdes sur ordonnance, et l'utilisation inappropriée de ces médicaments, ont connu une croissance marquée au cours des vingt dernières années. La consommation d'héroïne a également augmenté, en raison notamment d'une augmentation de sa force et d'un coût diminué. Récemment, la disponibilité accrue d'opioïdes de synthèse extrêmement puissants comme le fentanyl (50 à 100 fois plus puissant que la morphine) et le carfentanil (10 000 fois plus puissant que la morphine) a fait monter en flèche le risque de surdoses, fatales ou non. Prenant acte de l'effet dévastateur d'une mauvaise utilisation des opioïdes sur les familles, les collectivités et le système de santé, le gouvernement fédéral américain a décrété en 2017 que la crise des opioïdes est une situation d'urgence nationale.

La maîtrise de cette épidémie exigera des efforts à tous les échelons du système de santé, qu'il s'agisse d'instaurer des pratiques rigoureuses et prudentes en matière d'ordonnance, de réagir correctement aux situations d'urgence, ou d'offrir aux personnes manifestant un trouble lié à l'usage des opioïdes un meilleur accès à des services efficaces de dépistage, d'orientation et de traitement.

Les psychologues peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre cette épidémie. Comme les médecins généralistes, ils peuvent se trouver aux premières lignes en matière de dépistage d'une utilisation inappropriée des opioïdes; ils peuvent informer et soutenir les familles et les proches, et intervenir directement auprès de personnes faisant un mauvais usage des opioïdes. La lutte contre l'épidémie des opioïdes exige notamment que l'on transmette aux familles l'information sur les moyens d'agir dès l'apparition du problème, sur les interventions de secours, et sur les stratégies pour amener les personnes manifestant un trouble lié à l'usage des opioïdes à entreprendre un traitement. Les psychologues peuvent également jouer un rôle clé dans le traitement des troubles liés à l'usage d'une substance, notamment par des interventions comportementales favorisant l'observance des pharmacothérapies de première ligne, par des interventions psychosociales fondées sur les résultats cliniques et scientifiques, et par le traitement de problèmes concomitants dont l'anxiété, la dépression, et la douleur chronique.

Le présent guide offre des ressources aux psychologues cherchant à répondre à la crise des opioïdes. L'ampleur et la nature de l'utilisation inappropriée des opioïdes ont changé rapidement tout au long de la crise actuelle, et continuent de se transformer. Ainsi, la montée des surdoses s'est manifestée en trois vagues depuis la fin des années 1990 : on a vu d'abord une augmentation des décès attribuables aux opioïdes d'ordonnance, puis une forte augmentation des décès associés à l'héroïne, et tout récemment une très forte augmentation des décès causés par des surdoses d'opioïdes de synthèse. Tout en visant à offrir dans le présent guide une information parfaitement à jour, nous encourageons ceux et celles qui nous lisent à suivre de près les tendances qui se manifestent à l'échelle locale et nationale, car il est probable que l'épidémie continuera d'évoluer et qu'elle sera caractérisée par des variations régionales.

La mauvaise utilisation des opioïdes constitue maintenant une véritable épidémie aux États-Unis. Au cours de la seule année 2016 :

- plus de 42 000 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes;
- environ 11,5 M de personnes ont fait une mauvaise utilisation des opioïdes prescrits pour soulager la douleur;
- près de 950 000 personnes ont consommé de l'héroïne;
- 2,1 M de personnes ont manifesté un trouble lié à l'usage des opioïdes.

Au Canada et au Québec, la situation est similaire et tout aussi préoccupante (pour une population de 37 millions de canadiens et 8 millions de québécois) :

- en 2018, 4614 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes au Canada et 424 au Québec²;
- en 2015, près de 350 000 personnes au Canada ont fait une mauvaise utilisation des opioïdes prescrits pour soulager la douleur³;
- en 2016, environ 200 000 personnes au Canada ont consommé de l'héroïne⁴.

De plus, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit une étude concernant l'usage des opioïdes obtenus sur ordonnance, de 2006 à 2016, chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. On y rapporte que le nombre annuel d'utilisateurs d'opioïdes couverts en continu par ce régime a augmenté progressivement de 279 512 à 338 335. La proportion des utilisateurs d'opioïdes parmi les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec est toutefois demeurée plutôt stable au cours des onze années sur lesquelles porte l'étude, se situant à 10,5 % en 2006 et à 10,3 % en 2016⁵.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dresse depuis plusieurs années un portrait de l'usage de drogues par injection au Québec. Il a constaté une nette progression de l'usage d'opioïdes médicamenteux entre 2003 et 2015 passant de 27,4 % des drogues injectées à 50,7 %, particulièrement le Dilaudid⁶.

*Note sur la terminologie : Il y a un débat sur le choix des mots que l'on devrait employer pour décrire l'utilisation des opioïdes à des fins autres que celles proposées par le professionnel de la santé les ayant prescrits pour une raison médicale légitime. Ainsi, il est fortement recommandé d'éviter les mots stigmatisants comme *abus*, *dépendance* ou, en anglais, *addiction*. Dans le présent document, nous parlons de *mauvaise utilisation* ou d'*utilisation inappropriée* (anglais : « *misuse* ») pour évoquer une large gamme de comportements qui caractérisent l'épidémie des opioïdes : utilisation d'opioïdes à des doses ou à des fréquences plus grandes que celles prescrites, utilisation d'opioïdes sans ordonnance, utilisation d'opioïdes d'ordonnance ou illicites à des fins autres que médicales (par exemple, pour avoir un sentiment d'euphorie).

Comprendre les opioïdes

Les opioïdes sont une catégorie de médicaments utilisés depuis des siècles pour soulager la douleur. Ils comprennent de nombreux types de médicaments accessibles sur ordonnance, ainsi que des substances produites ou distribuées de façon illicite comme l'héroïne, le fentanyl, ou les pilules faites pour ressembler aux opioïdes. Les opioïdes sont des médicaments efficaces et sans danger pour certains types de douleur quand l'ordonnance et le suivi sont rigoureux et prudents. Cependant, ils comportent également des risques : celui de développer une tolérance physique, par exemple (il faudra alors une dose plus élevée pour procurer le même soulagement), ou celui de développer un trouble lié à l'usage

² <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides/cartes?index=15>

³ <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/50291/1/2018%20DAD%20Volume%20189%20August%20%285%29.pdf>
et <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.024>

⁴ <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=109523&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2016&THEME=115&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
et <https://www.statista.com/statistics/812301/lifetime-illegal-drug-use-canada-by-age/>

⁵ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf>

⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf>, p. 23.

du produit. Le trouble lié à l'usage des opioïdes est caractérisé par l'usage en continu des opioïdes malgré les effets négatifs de cette consommation sur la santé et le fonctionnement. Ce trouble peut être dévastateur et chronique. Toutefois, il existe des traitements efficaces.

Héroïne et fentanyl

L'héroïne est un opioïde dérivé de la morphine. Habituellement offerte en poudre, l'héroïne est de couleur variable, pouvant être blanche ou brune, mais peut également prendre la forme d'une substance dure et collante qu'on appelle l'héroïne « *black tar* » (« goudron noir »). L'héroïne en poudre peut être inhalée par le nez, fumée, ou injectée dans un muscle ou une veine. L'injection exige que l'héroïne en poudre soit amenée à ébullition dans un liquide, puis transférée dans une seringue.

Le fentanyl est un opioïde de synthèse qui peut être 50 à 100 fois plus puissant que la morphine. Ce produit peut être prescrit par un médecin pour soulager la douleur, mais devient de plus en plus accessible à l'achat illicite; souvent, il est alors mélangé avec de l'héroïne ou se substitue à celle-ci. La présence de fentanyl, seule ou combinée avec d'autres substances comme l'héroïne ou la cocaïne, peut augmenter de façon très importante le risque de surdoses à cause de la puissance du médicament. L'offre accrue de fentanyl (et d'autres opioïdes de synthèse) est l'une des causes principales de l'augmentation rapide de la mortalité associée aux surdoses depuis 2014. On trouve également dans certaines régions des États-Unis d'autres puissants opioïdes de synthèse dont le carfentanil, qui est à peu près 10 000 fois plus puissant que la morphine.

L'héroïne a depuis longtemps la réputation d'être une drogue dangereuse, ce qui constitue un obstacle à son utilisation répandue. Par contre, les opioïdes d'ordonnance sont jugés beaucoup moins dangereux : la barrière qui empêche de s'y initier est d'autant plus facile à surmonter. Depuis quelques années, le nombre de décès a bondi, en raison surtout de la plus grande disponibilité de puissants opioïdes de synthèse (fentanyl et carfentanil, entre autres) qui deviennent de plus en plus présents sur le marché. Ces opioïdes peuvent être incorporés à des drogues illicites vendues à titre d'héroïne en poudre; ils prennent également la forme de pilules illicites qui ressemblent à celles qu'on trouve en pharmacie, mais sont beaucoup plus fortes.

Antalgiques opioïdes disponibles sur ordonnance

Les opioïdes d'ordonnance comme l'oxycodone se vendent sous plusieurs formes : ils peuvent par exemple être combinés avec l'aspirine ou l'acétaminophène, dans des pilules à libération immédiate ou à long délai d'action. Ces pilules peuvent être avalées, ou réduites en poudre pour être ensuite inhalées ou préparées pour l'injection. La plupart des gens qui utilisent les opioïdes d'ordonnance de façon inappropriée les obtiennent de leurs proches ou de leurs amis, mais ils peuvent aussi les obtenir d'un médecin ou les acheter de façon illicite. Les pilules de fabrication illégale peuvent combiner les opioïdes avec d'autres substances, notamment le fentanyl, tout en présentant exactement la même apparence que les pilules offertes en pharmacie. Il s'agit de produits extrêmement dangereux pouvant entraîner une surdose, en particulier lorsque la dose d'opioïde est beaucoup plus forte que ce que croit la personne qui la consomme.

Étant donné les multiples formes que prennent les opioïdes d'ordonnance, et la présence d'opioïdes de fabrication illégale, les pilules non identifiées peuvent susciter l'inquiétude. Internet offre un certain nombre de ressources permettant de déterminer l'identité d'une pilule. Ainsi, Web MD offre un outil, le « Pill Identifier » (www.webmd.com/pill-identification), qui propose trois critères pouvant aider les gens à identifier une pilule à partir de son design : les chiffres ou les lettres imprimées, la couleur de la pilule et sa forme. Toutefois, cette méthode ne permet pas de reconnaître les pilules faites pour ressembler

aux pilules ordinaires, mais qui contiennent du fentanyl. Ainsi, seules les pilules obtenues directement d'une pharmacie peuvent être identifiées de façon certaine.

Gestion et élimination sécuritaires des médicaments

En 2016, les pharmacies états-uniennes ont exécuté plus de 214 millions d'ordonnances d'opioïdes. Présents dans les foyers, les opioïdes risquent à la fois d'être mal utilisés et d'être consommés de façon accidentelle. Plus de 70 % des personnes qui font une utilisation inappropriée des opioïdes d'ordonnance les obtiennent soit d'une ordonnance, soit d'un proche (ami ou parent). Ainsi, la gestion et l'élimination sécuritaires de ces médicaments sont des éléments essentiels du combat contre l'épidémie des opioïdes.

C'est avec tous les clients, et non seulement avec ceux qui s'inquiètent de la possibilité d'une mauvaise utilisation, qu'il faut aborder la question du lieu où l'on garde les médicaments et des mesures que l'on prend pour s'en débarrasser. Voici quelques directives :

- il ne faut jamais partager avec quelqu'un d'autre un médicament qu'on nous a prescrit;
- lorsqu'un opioïde nous est prescrit, il faut le garder dans un endroit auquel les autres n'ont pas facilement accès;
- les médicaments doivent être gardés dans un endroit inaccessible aux enfants, et, si possible, sous clé;
- il faut surveiller les stocks de médicaments pour s'assurer qu'il n'y a pas de pilules qui manquent, et cela est particulièrement vrai si l'on sait qu'une personne pouvant avoir un trouble lié à l'usage d'une substance habite ou fréquente la maison.

Lorsqu'un stock de pilules n'est plus nécessaire ou qu'il est périmé, il faut s'en débarrasser dans les plus brefs délais. Les pharmacies ont mis en œuvre de nouveaux programmes pour la récupération des médicaments; vous pouvez vous renseigner à ce sujet auprès de votre pharmacie. En janvier 2018, par exemple, les magasins *Walmart* américains ont commencé à offrir gratuitement, à toute personne faisant exécuter une ordonnance d'opioïdes, une trousse pour assurer l'élimination sécuritaire des médicaments. D'autres bannières nationales ont également ajouté de nouvelles options, notamment en créant des points de collecte confidentiels (voir les informations ci-dessous). Il existe plusieurs moyens d'assurer l'élimination sécuritaire des médicaments d'ordonnance. Au Québec, les initiatives du genre sont limitées, mais toutes les pharmacies sont forcées d'accepter les médicaments d'ordonnance qui leur sont ramenés⁷.

Points de collecte sécuritaires

Une large gamme de lieux publics – dont les pharmacies, les postes de police, et les cliniques – acceptent les médicaments superflus afin d'en assurer l'élimination sécuritaire. Pour trouver un point de collecte à proximité de votre domicile, vous pouvez : a) téléphoner à votre pharmacie ou à votre poste de police, b) inscrire les mots « récupération sécuritaire de médicaments » dans un moteur de recherche.

Points de récupération confidentiels

Aux États-Unis, certains organismes, dont les agences de santé publiques des États ou locales, financent des points de récupération confidentiels qui assurent l'élimination sécuritaire des médicaments.

⁷ <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/retour-des-medicaments-perimes-ou-inutilises-aux-fins-de-destruction-du-point-de-vue-de-la-sante-publique>

Normalement, l'information sur ces points de récupération doit être disponible sur le site Web des agences en question. Certaines pharmacies, dont *Walgreens* et *CVS*, offrent aussi des points de récupération confidentiels. Malheureusement, les points de récupération confidentiels n'ont pas encore fait l'objet d'une initiative globale au Québec.

Programmes de retour par la poste

Certaines pharmacies américaines offrent des enveloppes permettant de retourner par la poste les médicaments non utilisés afin d'en assurer l'élimination sécuritaire. Au Québec, cette option n'est malheureusement pas encore disponible.

Journées de collecte des médicaments

La *Drug Enforcement Agency* et d'autres organismes américains (postes de police, pharmacie locale, etc.) organisent régulièrement des journées de collecte des médicaments pendant lesquelles nos voisins du sud peuvent apporter leurs médicaments non utilisés à des points de collecte identifiés au préalable. L'organisation de tels événements fait actuellement défaut au Québec⁸.

Élimination à domicile

Il est fortement recommandé d'éliminer les médicaments en les apportant à un point de collecte sécuritaire. Il ne faut pas les jeter dans la toilette ou l'évier, car cela comporte des risques pour l'environnement. Toutefois, si vous n'avez pas accès à un point de collecte sécuritaire, la FDA offre des recommandations concernant l'élimination au domicile. Au Canada, il est simplement recommandé de ramener les médicaments dans un point de collecte ou une pharmacie.

Directives pour jeter les médicaments avec les ordures ménagères

Mélanger

Mélangez les médicaments avec une substance déplaisante : terre, litière de chat, les restes de café moulus, etc. (Évitez toutefois de réduire en poudre les comprimés ou les gélules).

Ensacher

Mettez le mélange dans un sac de plastique scellé ou un contenant du même genre.

Jeter

Jetez le contenant avec vos ordures ménagères.

Rendre illisible

Assurez-vous de rendre illisible toute information personnelle inscrite sur la bouteille ou l'emballage médical de votre médicament, puis jetez ce contenant.

Reconnaître l'utilisation inappropriée des opioïdes et le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO)

Le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO) constitue un trouble mental et fait partie de la catégorie des troubles liés à l'usage d'une substance (DSM-5⁹). Les critères diagnostics sont :

⁸ <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/retour-des-medicaments-perimes-ou-inutilises-aux-fins-de-destruction-du-point-de-vue-de-la-sante-publique>

⁹ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

« (...) mode d'usage problématique d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de douze mois :

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opioïdes;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, à utiliser des opioïdes ou à récupérer de leurs effets;
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opioïdes;
5. Usage répété d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison;
6. Usage continu d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes;
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opioïdes;
8. Usage répété d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux;
9. L'usage des opioïdes est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opioïdes;
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - b. effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'opioïdes;
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique des opioïdes ;
 - b. les opioïdes (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »

Au Québec, l'évaluation menant au diagnostic de trouble mental, telle que définie dans le cadre de l'implantation du PL 90 et maintenue dans le cadre de l'application du PL 21, est définie comme suit :

« L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités. »¹⁰

Les psychologues et médecins sont habilités d'emblée à l'évaluation des troubles mentaux, dont le TLUO. Certains membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec qui détiennent une attestation de formation supplémentaire de leur ordre peuvent aussi effectuer l'évaluation des troubles mentaux, dont le TLUO¹¹. Soulignons aussi

¹⁰ Office des professions du Québec. (2013). *Guide explicatif portant sur l'application des dispositions relatives au projet de loi 21*. Québec, QC : Gouvernement du Québec. p. 28.

https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

¹¹ Ibid., Annexe 4.

que, au Québec, le dépistage, le repérage et la détection ne sont pas des activités réservées. Tous les professionnels de la santé peuvent donc y participer, dans la mesure de leurs compétences¹².

Lorsqu'un problème d'utilisation des opioïdes est rapidement identifié, il est parfois possible d'empêcher la transition vers un trouble lié à l'usage des opioïdes. Le dépistage précoce contribue à écarter un mauvais pronostic. Soulignons aussi que lorsqu'il s'agit d'opioïdes ou d'autres drogues, il faut savoir poser des questions; pour divulguer un problème d'utilisation, certains ont besoin que le clinicien offre de façon explicite la possibilité d'en discuter en toute confidentialité. Le dépistage d'une mauvaise utilisation des opioïdes (et d'autres substances) devrait être une pratique systématique en milieu clinique.

Dépistage et détection

Il y a lieu de demander à tous les clients si on leur a prescrit dans le passé, ou si on leur prescrit actuellement, des opioïdes ou d'autres médicaments présentant des risques de mauvaise utilisation (notamment les benzodiazépines). C'est l'occasion de sensibiliser les clients à la gestion et à l'élimination sécuritaires des médicaments.

Dans tout contexte clinique, on peut poser la question de dépistage suivante, de nature universelle : « Combien de fois dans la dernière année avez-vous consommé une drogue illicite, ou utilisé un médicament d'ordonnance pour une raison non médicale, par exemple, pour vivre une expérience particulière ou pour ressentir des effets psychologiques euphorisants ? » Si le client répond avoir eu une telle consommation, une évaluation détaillée est indiquée (voir ci-dessous).

Trois types de réponses indiquent qu'il y a lieu de s'inquiéter des habitudes de la personne en matière d'utilisation des médicaments : a) la personne utilise le médicament dans le but explicite de connaître des sensations euphoriques ou de modifier ce qu'elle ressent; b) la personne prend le médicament à des doses plus fortes que celles qu'on lui a prescrites, ou pendant une plus longue période; c) la personne achète le médicament de façon illégale ou fait du « magasinage » de médecins (elle s'adresse à plusieurs médecins pour renouveler ou multiplier les ordonnances).

Le *National Institute on Drug Abuse* offre un outil détaillé qui est gratuit, facilement accessible, concis et utile : le *Modified ASSIST Screening Tool* (www.drugabuse.gov/nmassist). Cet outil disponible en ligne permet d'identifier la présence de problèmes liés à la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments d'ordonnance et de drogues illicites. Les résultats sont répartis dans des catégories de risque auxquelles sont associés des documents téléchargeables en matière de lignes directrices cliniques, d'orientation et de traitement.

Envisager la participation des familles

L'utilisation inappropriée des opioïdes est une habitude fortement stigmatisée, ce qui peut constituer un obstacle au signalement. Cependant, comme pour tout autre trouble mental, une information provenant d'autres sources peut alerter le clinicien sur de possibles problèmes. L'évaluation fondée sur de multiples méthodes atténue les faiblesses de toute approche particulière. La participation de la famille est évidemment une possibilité à envisager; mais l'intervention des proches peut être complexe lorsque l'utilisation des opioïdes évolue vers un trouble lié à l'usage, car la stigmatisation et les conflits interpersonnels peuvent alors apparaître. Ainsi, la possibilité d'une participation des membres de la famille au dépistage et à l'évaluation doit être examinée de façon réfléchie, en collaboration avec le client.

¹² Ibid., p.30.

La demande d'évaluation provient parfois d'un proche qui est inquiet. Cette demande peut être directe ou indirecte :

- « J'ai peur que mon fils consomme de la drogue »;
- « Mon père m'a dit que ses comprimés pour la douleur ont disparu après que ma famille s'est rendue en visite chez lui »;
- « J'ai trouvé des pilules cachées, je pense que c'est de l'oxycodone ».

En réponse à de tels commentaires, ce qui importe avant tout, c'est de les prendre au sérieux et de souligner l'importance d'une identification rapide du problème. Il ne vous revient pas de transformer la personne inquiète en détective, mais de transmettre une information pertinente sur les opioïdes et leurs dangers. Un clinicien est également bien placé pour montrer par l'exemple comment un client pourrait avoir une conversation avec un proche sur l'utilisation des opioïdes.

Les proches peuvent bénéficier de conversations avec d'autres personnes dont un membre de la famille est aux prises avec un trouble lié à l'usage des opioïdes (à ce sujet, voir la section « Ressources pour les proches et les familles »). La participation à un groupe de soutien et d'entraide peut aider le proche à améliorer sa santé mentale et sa qualité de vie, à réagir au problème, et à réduire le stress et l'autocritique. Parmi les groupes de soutien et d'entraide pour les proches, on trouve :

Ressources

NAR-ANON www.nar-anon.org

SMART RECOVERY FAMILY & FRIENDS www.smartrecovery.org/resources/family.htm

LEARN TO COPE www.Learn2Cope.org

Le dépistage objectif

Le dépistage objectif (par l'administration d'un test de laboratoire) est un autre moyen d'obtenir de l'information sur les habitudes en matière de consommation. Les métabolites provenant de diverses substances peuvent être détectés dans l'urine, le sang, et la salive. Les hôpitaux et les cliniques sont en mesure de réaliser ces tests; on peut également acheter en pharmacie des trousseaux de dépistage offrant au clinicien en pratique privée la possibilité de réaliser, au besoin, des tests simples. Il faut toutefois savoir que chaque méthode varie en ce qui concerne la fiabilité et l'efficacité. Lorsque l'on interprète les données provenant des tests, on doit tenir compte des éléments suivants :

- **La période de temps** pendant laquelle il est possible de détecter la substance; pour certains opioïdes, par exemple, cette fenêtre n'est que de trois jours.
- **La gamme des substances examinées** : une évaluation complète des opioïdes comprendra des tests distincts pour les opioïdes, l'oxycodone, la méthadone, la buprénorphine et le fentanyl.
- **La possibilité de manipuler les résultats du test**, notamment en utilisant l'urine de quelqu'un d'autre.

Le dépistage objectif, réalisé de temps en temps, offre des données témoignant directement de la consommation de drogues, et peut aussi avoir un effet bénéfique en favorisant l'honnêteté des déclarations volontaires.

Résumé

Les cliniciens se trouvent en première ligne en ce qui concerne le dépistage précoce des problèmes de consommation d'opioïdes. Ce dépistage exige une démarche active (poser des questions) et non passive (attendre que la personne en parle). Le dévoilement du client lui-même, ou l'intervention d'un proche

inquiète, peuvent ouvrir la voie au dépistage. Dans tous les cas, ce dépistage précoce entraîne un meilleur pronostic.

Trouver un programme de traitement pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO)

Il existe plusieurs possibilités de traitement pour l'utilisation inappropriée des opioïdes et le trouble lié à l'usage des opioïdes. L'intensité du traitement varie selon la gravité du problème. Une fois qu'on a identifié l'existence d'un problème associé aux opioïdes, on peut diriger la personne vers un spécialiste du traitement des troubles de consommation qui pourra définir le niveau de soins requis (désintoxication en milieu fermé sous supervision médicale, traitement pharmacologique, psychothérapie). Dans le passé, le traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes n'était pas offert dans le contexte des soins de première ligne. Toutefois, on travaille actuellement à augmenter l'accès à ces traitements en première ligne et il est maintenant proposé par certains établissements en première ligne¹³.

Dans le traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes, la désintoxication et la réadaptation seules ne représentent pas la démarche la plus efficace; en fait, il est souvent plus efficace, et moins coûteux, d'offrir un traitement ambulatoire qui comprend la buprénorphine, la méthadone, ou le naltrexone. Les recherches n'ont pas permis de définir une durée de soins optimale (autrement dit, de savoir pendant combien de temps la personne devrait suivre le traitement pharmacologique). Cependant, les rechutes sont fréquentes lorsqu'on met fin au traitement, et ce sont les soins continus qui sont associés aux meilleurs résultats.

Le choix d'un programme de traitement ou d'un professionnel

Les programmes de traitement offrent des services de qualité variable. Les meilleurs programmes ont les caractéristiques suivantes :

- Ils sont agréés aux États-Unis par la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) et accrédités par la *Joint Commission ou la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*; au Canada, par l'un des organismes suivants : Agrément Canada, la *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities Canada* (CARF), le *Council on Accreditation*, le Conseil d'accréditation canadien, le Centre canadien de l'agrément ou le Conseil québécois d'agrément¹⁴;
- Ils associent le traitement pharmacologique (méthadone, buprénorphine, naltrexone) à la consultation psychologique et à la psychothérapie cognitivo-comportementale ou autre¹⁵;
- Ils offrent un soutien aux proches;

¹³ <https://healthstandards.org/fr/norme/soins-primaires/>

¹⁴ <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Addiction-Care-in-Canada-Treatment-Guide-2017-fr.pdf>

¹⁵ L'OPQ a ici voulu rester fidèle au document original de l'APA. La position de l'OPQ est que la psychothérapie cognitivo-comportementale n'est pas nécessairement la seule approche efficace, bien qu'étant celle qui a le plus fréquemment fait l'objet de la démonstration de son efficacité. À ce sujet, le lecteur est invité à consulter la position de l'OPQ dans le document Les données probantes : pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie (OPQ, 2018), disponible à l'adresse <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/LES+DONN%C3%89ES+PROBANTES++POUR+UNE+PRATIQU+E+%C3%89CLAIR%C3%89E%2C+RESPONSABLE+ET+RIGOUREUSE+DE+LA+PSYCHOTH%C3%89RAPIE/75161e4c-0afb-45a5-9777-8ea4f064d2c0>

- S'il s'agit d'un traitement en milieu résidentiel ou fermé, ils offrent une planification détaillée de la sortie afin faciliter la transition vers la collectivité.

De plus, il est conseillé de chercher un programme qui est transparent et dont les responsables acceptent de répondre à toutes vos questions sur la démarche proposée.

Trouver un programme ou un professionnel près de chez vous

Aux États-Unis, des agences locales et nationales ont des bases de données que l'on peut utiliser pour trouver un programme de traitement local. Ces bases de données comportent toutefois des limites; notamment, les mises à jour sont parfois difficiles à réaliser et les bases de données ne comportent pas toujours une évaluation de la qualité. Par conséquent, il est recommandé d'utiliser les critères énoncés ci-dessus pour évaluer l'offre de service. Au Canada, les programmes varient de province en province; par exemple, au Québec, le service *Drogue : Aide et référence*, qui offre « un service téléphonique de soutien, d'information, de référence gratuit, bilingue, confidentiel et anonyme aux personnes toxicomanes, à leur entourage et aux intervenants sociaux » constitue la ressource principale pour accéder aux ressources locales¹⁶.

Exemple des États-Unis : ressources à l'échelle nationale

SAMHSA treatment locator
findtreatment.samhsa.gov

SAMHSA buprenorphine provider locator
www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/physician-program-data/treatment-physician-locator

American Society of Addiction Medicine (ASAM)
https://www.asam.org/docs/default-source/publications/asam-opioid-patient-piece_-5bopt2-5d_3d.pdf

Exemple des États-Unis : ressources à l'échelle des États ou à l'échelle locale

Aux États-Unis, bon nombre d'agences qui s'occupent de troubles liés à l'usage d'une substance offrent des outils pour repérer les ressources en matière de traitement. Au Massachusetts, par exemple, le *Bureau of Substance Abuse Services* offre un outil à www.helpline.ma.org. Au moment de la rédaction du présent rapport, le portail *Addiction Resource Center* (www.addictionpolicy.org/), un service en ligne du *Addiction Policy Forum*, s'employait à colliger des listes de ressources aux États-Unis.

Au Canada

Au Canada, un seul outil de recherche permet d'accéder à l'ensemble des ressources disponibles pour le traitement de la dépendance à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alcool-drogues-jeu/dependances/repertoire-des-ressources-en-dependances/

Obtenir de la naloxone pour annuler les effets d'une surdose

Dans la plupart des États américains, la naloxone (nom de marque : Narcan) est disponible sans ordonnance. Ce médicament est en vente dans de nombreuses pharmacies. Dans les États qui exigent une ordonnance, celle-ci peut être fournie par un médecin de première ligne. Le coût de la naloxone varie, mais peut poser problème. Bon nombre d'assureurs couvrent ses coûts, et certaines agences la distribuent sans frais (ainsi, certaines municipalités fortement atteintes par la crise des opioïdes offrent gratuitement des trousse de naloxone).

¹⁶ <http://www.drogue-aidereference.qc.ca/www/Article.php?locale=fr-CA&Type=3>

Au Québec, certains organismes comme le CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomane), considérant que la prévention des surdoses est primordiale, recommandent aux clients à risque ou aux membres de leur famille de consulter un médecin afin de se doter de naloxone. Cette recommandation fait partie de l'éducation psychologique effectuée dès la première rencontre d'évaluation.

Programmes de traitement qui suscitent l'inquiétude

Depuis quelques années, on a vu apparaître un problème inquiétant dans le domaine du traitement des troubles liés à l'usage des substances : il s'agit de programmes de traitement dit « prédateurs ». Ces programmes cherchent à porter au maximum les coûts facturés aux clients tout en réduisant au minimum les traitements efficaces¹⁷. Quelques caractéristiques de ces centres : ils proposent de payer les frais de déplacement ou de faciliter les démarches pour obtenir la couverture de l'assureur; ils évoquent des aspects sans lien avec le traitement pour vendre leur programme; ils multiplient les tests en laboratoire coûteux (au lieu de s'en tenir aux pratiques normales en matière de surveillance de la consommation); ils font peu d'efforts pour évaluer directement le client; ils ne sont pas spécialisés dans le traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes. Méfiez-vous surtout des programmes qui utilisent des tactiques de marketing agressives ou qui font état de « taux de réussite » particulièrement élevés. Il peut être utile de poser des questions précises sur les fondements cliniques et scientifiques de leurs pratiques et leur demander sur quoi exactement sont basées leurs affirmations concernant la réussite du programme.

Traitement fondé sur les données probantes

Traitement pharmacologique

Les médicaments sont un élément essentiel du traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes. L'efficacité du traitement pharmacologique est double : dans l'immédiat, il permet de soulager les symptômes de sevrage (désintoxication); en continu, il permet d'empêcher les rechutes (entretien).

Désintoxication

Les médicaments peuvent être utilisés pour traiter les symptômes de sevrage de personnes qui vivent une cure de désintoxication. Cela se fait souvent en milieu fermé où les symptômes de sevrage peuvent être suivis de près.

Les médicaments favorisant la désintoxication peuvent être des opioïdes (buprénorphine, par exemple) dont les doses sont graduellement diminuées sur une période de jours ou de semaines, ou des médicaments complémentaires visant à soulager les symptômes de sevrage (analgésiques autres que les opioïdes, médicaments pour combattre la nausée). La désintoxication seule ne suffit pas, et peut même faire augmenter le risque de surdose. Après une cure de désintoxication à court terme, plus de 90 % des personnes vivent une rechute.

¹⁷ Il s'agit ici d'une réalité présente uniquement dans le secteur privé.

Traitement d'entretien

Trois médicaments – méthadone, buprénorphine, naltrexone – sont approuvés par la FDA expressément pour le traitement continu du trouble lié à l'usage des opioïdes. Chacun de ces médicaments agit sur les récepteurs opioïdes mu¹⁸.

Méthadone

CE QUE C'EST

La méthadone agit de façon agoniste sur les récepteurs opioïdes mu. En raison de sa longue durée d'action (elle a une demi-vie d'environ 24 heures), elle permet de supprimer les symptômes de sevrage des opioïdes dès le moment de leur apparition, atténuant le besoin ou l'envie de consommer.

FORMES

La méthadone est consommée par la voie orale, une fois par jour. Elle est disponible sous forme de pilules, de gros comprimés (« disquettes »), et d'un liquide conçu pour décourager les détournements (c'est-à-dire qu'on peut vendre ou donner à autrui le médicament obtenu sous ordonnance).

OÙ L'OBTENIR

Aux États-Unis, la méthadone est un médicament de l'annexe II (« *Schedule II* ») qui ne peut être utilisé que dans le contexte d'un programme de traitement visant la consommation des opioïdes (*Opioid Treatment Program* ou OTP) bénéficiant d'une licence spéciale du gouvernement fédéral. Il est illégal de prescrire la méthadone pour le traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes dans d'autres contextes, sauf s'il s'agit d'un traitement d'urgence de trois jours pour des clients hospitalisés. (Dans d'autres contextes, la méthadone peut être prescrite à titre d'analgésique). En général, les clients qui reçoivent de la méthadone commencent le traitement en se rendant chaque jour dans une clinique.

DÉFIS

Aux États-Unis, la méthadone ne peut être prescrite que dans le cadre d'un programme OTP, ce qui suscite parfois des difficultés logistiques : par exemple, la personne doit parfois se déplacer tous les jours, ou presque, pour obtenir la dose requise. Au Canada, depuis 2018, les règles entourant la prescription de méthadone ont été assouplies, pour permettre à tous les médecins d'en prescrire¹⁹.

Au Québec, la méthadone est distribuée en pharmacie (et non pas en clinique) permettant au client de suivre son traitement dans une pharmacie près de chez lui. Cela permet d'éviter de se présenter tous les jours à une clinique, ce qui peut avoir un effet dissuasif.

La méthadone a également plusieurs effets secondaires, dont la constipation et la sédation, et peut être détournée.

Buprénorphine

CE QUE C'EST

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes mu et, comme la méthadone, est un moyen efficace de supprimer les symptômes de sevrage des opioïdes et le désir intense d'en

¹⁸ Il existe trois sortes de récepteurs opiacés : mu (μ), delta (δ) et kappa (κ) très largement distribués dans le cerveau. Ces récepteurs modulent plusieurs fonctions dont la réponse à la douleur, au stress et le contrôle des émotions.

¹⁹ <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/des-regles-plus-souples-pour-la-prescription-de-methadone-et-dheroine-9ca6e3c7214d82114e28d508de2b39df>

consommer. Elle produit aussi un blocage fonctionnel des opioïdes : en occupant les récepteurs opioïdes mu, elle empêche d'autres opioïdes de s'y fixer et de produire des effets. En tant qu'agoniste partiel des opioïdes, la buprénorphine a des effets dont l'ampleur est limitée, et qui sont moindres que ceux d'un agoniste complet; le « plafond » régissant les effets de la buprénorphine lui donne un profil d'innocuité meilleur que celui de la méthadone.

AUTRES NOMS

Suboxone, Subutex, Sublocade, Probuphine

FORMES

La buprénorphine est habituellement ingérée par la voie orale, sous la langue ou à travers les muqueuses, et prend la forme de comprimés ou de pellicules.

La FDA a approuvé récemment un implant de buprénorphine agissant pendant six mois, ainsi qu'une injection sous-cutanée mensuelle qui produit des concentrations plasmatiques relativement fortes (≥ 24 mg/jour).

OÙ L'OBTENIR

La buprénorphine peut être prescrite par un médecin (et depuis quelque temps, selon les lois de certains États, par une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin) ayant reçu une formation spécialisée et ayant répondu aux exigences pour obtenir une dispense pour son permis DEA (ce permis s'appelle le permis DEA-x, parce qu'un « x » apparaît sur le permis après le numéro DEA du titulaire).

Au Québec, la suboxone est distribuée en pharmacie, permettant au client de suivre son traitement dans une pharmacie près de chez lui. Cela permet d'éviter de se présenter tous les jours à une clinique, ce qui peut avoir un effet dissuasif.

DÉFIS

L'emploi de la buprénorphine est perçu de façon négative parce qu'il existe une résistance aux traitements fondés sur les agonistes des opioïdes (selon certains, on se contenterait de « remplacer une drogue par une autre »). De plus, des problèmes de détournement de la buprénorphine ont été documentés (les gens vendent ou donnent à autrui le médicament qui leur est prescrit).

Naltrexone

CE QUE C'EST

La naltrexone agit en se fixant aux récepteurs opioïdes mu, empêchant ainsi d'autres opioïdes (dont l'héroïne) de s'y fixer et de produire leurs effets euphorisants.

AUTRES NOMS

Vivitrol, Revia

FORMES

La naltrexone a d'abord été mise en marché sous une forme orale, à prendre une fois par jour. Puis, la FDA a approuvé une forme à libération prolongée qui agit pendant un mois après une seule administration. Le médicament est administré par injection intramusculaire dans le muscle fessier et forme un dépôt.

OÙ L'OBTENIR

La naltrexone n'est pas une drogue contrôlée, n'a pas d'effet psychotrope direct, et peut être prescrite en cabinet par tout médecin habilité.

DÉFIS

Malgré son innocuité et son profil pharmacologique souhaitable, la naltrexone par la voie orale a été très peu employée en clinique parce qu'il est difficile d'amorcer le traitement et que les clients souvent n'y adhèrent pas. La naltrexone à libération prolongée (Vivitrol) peut augmenter l'adhésion et les résultats obtenus sont comparables à ceux de la buprénorphine une fois que l'on a réussi à amorcer le traitement. Parce qu'il s'agit d'un antagoniste aux opioïdes, la personne ayant une dépendance physique doit d'abord être libre d'opioïdes avant de pouvoir entreprendre le traitement. Si la personne ne s'abstient pas complètement, la naltrexone déclenchera un syndrome de sevrage robuste et prolongé. Ainsi, la personne ayant une dépendance physique, et qui cherche le traitement à la naltrexone, doit commencer par une cure de désintoxication, ce qui est souvent difficile (et pour certains impossible). Les chances d'une transition réussie et confortable vers la naltrexone sont plus grandes si la période d'abstinence est plus longue avant le début du traitement.

Psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale²⁰

En général, les psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale, lorsqu'on les utilise seules, sont d'une efficacité limitée pour répondre aux aspects physiques et aux symptômes complexes du trouble lié à l'usage des opioïdes. C'est pourquoi, pour ces troubles, les psychothérapies en question sont offertes dans le cadre de démarches structurées (programmes résidentiels, par exemple), ou après que la personne a terminé une cure de désintoxication et a bénéficié de mesures de stabilisation pour empêcher les rechutes. Ces psychothérapies s'avèrent les plus efficaces en combinaison avec un médicament comme la méthadone, la buprénorphine, ou la naltrexone.

En complément au traitement pharmacologique, les psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale peuvent :

- favoriser une meilleure adhésion au traitement pharmacologique;
- viser des aspects du trouble sur lesquels le médicament n'a pas d'effet (influences sociales, stress, etc.);
- pondérer les faiblesses particulières du médicament.

Quels types de psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale peuvent améliorer l'efficacité du traitement pharmacologique ? Il s'agit d'une question quelque peu controversée. Signalons toutefois que les interventions suivantes font partie de celles qui ont le niveau le plus élevé de confirmation empirique :

- gestion de la contingence²¹;

²⁰ L'OPQ a ici voulu rester fidèle au document original de l'APA qui ne fait pas mention de l'efficacité des autres approches. La position de l'OPQ est que la psychothérapie cognitivo-comportementale n'est pas nécessairement la seule approche efficace, bien qu'étant celle qui a le plus fréquemment fait l'objet de la démonstration de son efficacité. À ce sujet, le lecteur est invité à consulter la position de l'OPQ dans le document [Les données probantes : pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie](#) (OPQ, 2018), disponible à l'adresse

<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/LES+DONN%C3%89ES+PROBANTES++POUR+UNE+PRATIQU+E+%C3%89CLAIR%C3%89E%2C+RESPONSABLE+ET+RIGOUREUSE+DE+LA+PSYCHOTH%C3%89RAPIE/75161e4c-0afb-45a5-9777-8ea4f064d2c0>

- psychothérapie d’approche cognitivo-comportementale²²;
- entrevues motivationnelles;
- psychothérapies familiales structurées.

Peu de recherches ont été effectués sur l’efficacité des psychothérapies d’approches cognitivo-comportementale pour traiter les troubles concomitants (anxiété, dépression, ou autres) chez les personnes manifestant un trouble lié à l’usage des opioïdes. Cependant, les psychothérapies d’approche cognitivo-comportementale sont une intervention reconnue pour traiter ces problèmes.

Ressources pour les familles et les proches

Quand une personne manifeste un trouble lié à l’usage des opioïdes, les membres de sa famille et autres proches qui s’inquiètent, souffrent aussi. Voici quelques-uns des problèmes qu’ils peuvent affronter :

- sentiment d’avoir été trahi;
- crainte de la perte ou de la mort de leur proche;
- problèmes financier;
- culpabilité ou colère;
- perplexité quant aux limites à établir;
- honte ou gêne.

Les proches peuvent jouer un rôle clé en aidant la personne à consulter ou en favorisant la réussite du traitement. Ils peuvent aussi bénéficier eux-mêmes d’un traitement qui soutient leur bien-être, leur résilience, et l’amélioration de leur santé mentale et de leur qualité de vie.

La crise des opioïdes affecte des millions de familles dans toutes les régions des États-Unis. On constate notamment une augmentation accablante des phénomènes suivants :

- troubles liés à l’usage des opioïdes;
- surdoses d’opioïdes;
- consommation d’opioïdes pendant la grossesse et syndrome de sevrage néonatal;
- maladies infectieuses;
- cas de maltraitance et de négligence envers les enfants;
- enfants ayant besoin d’être confiés à des familles d’accueil.

Traitements faisant intervenir la famille

De façon générale, les recherches ont montré que les personnes ayant un trouble lié à l’usage d’une substance bénéficient du fait que leur famille et leurs proches participent au traitement. Plus particulièrement, pour les personnes ayant un trouble lié à l’usage des opioïdes, on a constaté une participation plus active au traitement et de meilleurs résultats.

L’accès aux services faisant intervenir la famille est parfois difficile, que ce soit en raison d’une offre de services réduite, de problèmes logistiques (assurance, heures d’ouverture des cliniques), de la

²¹ La gestion de la contingence est basée sur les principes de l’analyse du comportement et implique un renforcement cohérent des objectifs spécifiques liés au traitement via des incitations motivationnelles.

²² Van Denburg et collaborateurs (2018) listent les techniques de traitement cognitivo-comportemental utilisées pour l’usage d’opioïdes et les troubles liés à l’usage de substances.

Van Denburg, A. N., Vilardaga, J. P., Shelby, R. A., & Keefe, F. J. (2018). Opioid therapy and persistent pain: Can cognitive behavioral therapy help? *Pain*, 159(3), 411–415.

stigmatisation, ou d'autres obstacles. Un ouvrage de Robert Meyers and Brenda Wolfe, *Get Your Loved One Sober: Alternatives to Nagging, Pleading, and Threatening*, permet aux familles de s'aider elles-mêmes, présentant pour les troubles liés à l'usage d'une substance une intervention comportementale fondée sur des données probantes. Le livre est un complément utile aux services offerts en personne et peut également aider ceux qui ne peuvent en ce moment obtenir de tels services.

D'autre part, il est pertinent de transmettre aux membres des familles une information sur les surdoses qui leur permettra de reconnaître une éventuelle surdose et d'y répondre. Il existe d'ailleurs des formations à ce sujet destinées aux familles (voir la section « Surdose d'opioïdes : savoir la reconnaître et agir »). Au Québec, l'Institut national de santé publique offre à la population des ressources en ligne à ce sujet (www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/administrer-la-naloxone).

Ressources en matière d'entraide pour les familles

Les proches peuvent bénéficier de la possibilité de parler avec d'autres personnes vivant avec l'instabilité qu'engendre un trouble lié à l'usage des opioïdes chez leur proche. Les recherches indiquent que le fait de participer à des groupes de soutien et d'entraide peut améliorer la santé mentale, la qualité de vie, et la réponse au problème de la consommation, et peut aussi atténuer le stress et l'autocritique. Parmi les groupes de soutien et d'entraide, signalons :

NAR-ANON www.nar-anon.org

SMART RECOVERY FAMILY & FRIENDS www.smartrecovery.org/resources/family.htm

LEARN TO COPE www.Learn2Cope.org

Bon nombre de ces organismes offrent des groupes de soutien en ligne ou en personne. Learn to Cope propose aussi, aux réunions, une formation sur l'administration de la naloxone; récemment, les membres de cet organisme signalaient avoir annulé les effets de 44 surdoses d'opioïdes. Ainsi, en mettant les proches en lien avec des organismes d'entraide, on peut non seulement améliorer leur situation, mais aussi leur offrir une formation en matière de surdoses qui aura pour effet de sauver des vies.

Les familles et les proches peuvent participer directement aux sessions de traitement familial ou contribuer au traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes en assurant un suivi et en participant à la prise de décisions.

Au Canada et au Québec

AL-ANON et ALATEEN : www.al-anon.alateen.org Téléphone : 1 888 425-2666

LIGNE PARENTS : www.ligneparents.com Téléphone : 1 800 361-5085

DAR : www.drogue-aidereference.qc.ca Téléphone : 1 800 265-2626

Direction des programmes santé mentale et dépendance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à l'adresse : www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/accueil

Groupes d'entraide pour le trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO)

Les groupes d'entraide pour le traitement des troubles liés à l'usage d'une substance, y compris le trouble lié à l'usage des opioïdes, sont largement présents aux États-Unis et dans de nombreux autres pays.

Les recherches indiquent que la présence aux réunions a un effet moins important que la participation active à l'entraide. Concrètement, de meilleurs résultats sont associés au fait d'avoir un « parrain » ou une « marraine » (personne qui cherche également à guérir et qui offre un mentorat et un soutien), d'utiliser les outils et les démarches proposées (en suivant les « étapes », par exemple), et d'avoir d'autres formes de participation (organiser des événements, faire du café).

Les groupes d'entraide offrent plusieurs avantages. Ils peuvent notamment :

1. offrir un soutien social;
2. renforcer la motivation pour atteindre les objectifs de guérison;
3. enseigner des compétences qui soutiennent la guérison;
4. proposer une structure et une activité exempte de drogue.

Les groupes d'entraide peuvent toutefois présenter des défis particuliers pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes : dans bon nombre de ces communautés, en effet, on trouve la perception que le traitement pharmacologique ne convient pas au traitement des troubles liés à l'usage d'une substance, puisqu'il s'agirait de « remplacer une drogue par une autre drogue ». Ainsi, les personnes qui prennent un médicament comme la buprénorphine peuvent se sentir stigmatisées et rejetées par cette communauté. Ce point de vue ne prédomine pas chez tous les groupes, et c'est pourquoi il est essentiel de trouver un groupe qui correspond aux besoins de la personne pour qu'elle puisse tirer pleinement profit de l'entraide.

Le choix d'un groupe d'entraide devrait être basé sur les préférences de la personne. Il existe beaucoup de types de groupe, dont certains ciblent des sous-groupes précis (jeunes, professionnels, intervenants en cas d'urgence ou agents de police, femmes); il y a des groupes qui autorisent la présence de membres de la famille ou de proches. Les groupes varient aussi selon l'importance accordée à la spiritualité et selon leur point de vue sur l'acceptabilité des traitements pharmacologiques.

Ressources en matière d'entraide

Alcoholics Anonymous	www.aa.org
Narcotics Anonymous	www.na.org
SMART Recovery	www.smartrecovery.org
Women for Sobriety	www.womenforsobriety.org
CheckUp & Choices	www.checkupandchoices.com
Decisions in Recovery	www.mat-decisions-in-recovery.samhsa.gov

Au Québec

Alcooliques anonymes du Québec	www.aa-quebec.org
Centre de référence du Grand Montréal	www.info-reference.qc.ca
Cocaïnomanes anonymes – Québec	www.cocainomanes-anonymes.org
Face à Face	www.faceafacemontreal.org
Écoute entraide	www.ecoute-entraide.org
Narcotiques anonymes – Québec	www.naquebec.org
Toxico-stop ressources	www.toxico-stop.com/ressources.html

Compétence culturelle en matière d'évaluation et de traitement

Les inégalités en matière de soins de la santé, qui sont complexes et omniprésentes, ont des effets sur l'évaluation et le traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes. Lorsqu'ils sont conscients de certains

des écarts les plus importants, les cliniciens peuvent en profiter pour sensibiliser les gens, défendre les droits des clients, et prévoir les problèmes en matière de traitement.

Au niveau des professionnels et des systèmes, les facteurs suivants contribuent aux inégalités en matière de soins de santé :

- des préjugés conscients ou inconscients chez les cliniciens, notamment, aux États-Unis, l'idée erronée que les Afro-Américains ressentiraient moins la douleur ou qu'ils seraient davantage portés à la dépendance;
- une probabilité plus faible de recevoir un traitement à la buprénorphine pour les minorités visibles, en comparaison avec les personnes blanches, non hispaniques, à revenu plus élevé;
- l'idée erronée que les clients ayant de faibles connaissances en santé, qui ne maîtrisent pas bien la langue, ou qui ne comprennent pas les instructions associées aux médicaments seront moins portés à suivre les directives; on considérera alors qu'il s'agit de clients qui n'observent pas le traitement;
- l'absence de services tenant compte des particularités culturelles.

Au niveau des clients, les facteurs suivants contribuent aux inégalités en matière de soins de la santé :

- une hésitation à chercher ou accepter l'intervention des professionnels en raison d'inquiétudes concernant les erreurs de diagnostic, d'une méfiance culturelle, ou de normes culturelles parfois incompatibles avec le traitement (par exemple : l'idée qu'il faut compter sur ses propres forces, l'idée que la douleur est inévitable et peut être gérée sans médicaments d'ordonnance, la crainte des troubles liés à l'usage d'une substance, l'emploi de traitements complémentaires ou relevant d'autres formes de médecine);
- une plus grande réticence à signaler l'utilisation des opioïdes parce que l'on craint d'être poursuivi au criminel ou de perdre ses droits parentaux (les minorités visibles risquent davantage de subir les effets punitifs de la justice pénale).

Compte tenu de ces facteurs parmi d'autres, nous proposons que l'on tienne compte des recommandations suivantes dans le cadre d'une démarche d'ensemble visant les interactions complexes entre la race, l'ethnicité, le statut socio-économique, le contexte culturel, et la géographie.

Recommandation 1: Développer une bonne connaissance des obstacles au traitement pouvant affecter les minorités raciales/ethniques, en tenant compte des facteurs associés au système de santé, aux professionnels, et aux clients.

Les obstacles peuvent comprendre les politiques du système de santé (par exemple, les heures d'ouverture, le coût et l'emplacement des services); les préjugés des professionnels envers certains groupes (déshumanisation, influence des stéréotypes), ou un manque d'humilité culturelle; l'absence de services qui tiennent compte des particularités culturelles; l'hésitation de la part des clients à chercher ou à accepter l'intervention des professionnels en raison d'inquiétudes concernant les erreurs de diagnostic, d'une méfiance culturelle, ou de normes culturelles parfois incompatibles avec le traitement (par exemple : l'idée qu'il faut compter sur ses propres forces, l'importance accordée à la religion). De plus, le risque de subir l'intervention de la justice pénale lorsqu'il y a utilisation inappropriée d'opioïdes peut susciter, chez les minorités visibles, des inquiétudes concernant la confidentialité et les conséquences qui pourraient s'ensuivre s'ils révélaient leurs problèmes à un clinicien.

Recommandation 2 : Évaluer les croyances et les attentes concernant le traitement d'un trouble lié à l'usage des opioïdes.

Il faut améliorer la démarche de prise en charge initiale ou d'évaluation des clients en y ajoutant des questions sur les préférences en matière de traitement et les obstacles à l'adhérence au traitement, et donner une rétroaction au moment de la première rencontre. Quand on connaît les facteurs pouvant influencer les soins accordés aux clients de minorités raciales/ethniques qui manifestent un trouble lié à l'usage des opioïdes, on peut donner une description exacte de leur situation sur le plan culturel, agir de façon proactive pour éliminer les obstacles, et avoir des rencontres cliniques satisfaisantes.

Par exemple, un homme de 50 ans qui se présente dans une clinique de psychiatrie avec un diagnostic de trouble lié à l'usage des opioïdes pourrait penser que le fait de recevoir un traitement est un signe de vulnérabilité. Il pourrait aussi avoir une hésitation à prendre un médicament pour traiter son trouble lié à l'usage des opioïdes. Une brève évaluation des croyances concernant les médicaments et la consultation psychologique pourrait favoriser l'apprentissage des faits concernant le trouble lié à l'usage des opioïdes et les avantages de la buprénorphine. On pourrait notamment inclure dans la démarche d'évaluation les questions suivantes : « Décrivez votre expérience du système de la santé. Dans l'ensemble, est-elle positive ou négative ? » « Quelles seraient vos attentes en ce qui concerne un autre médicament qui vous aiderait à réduire votre consommation d'opioïdes ? » On peut aussi utiliser, pour évaluer les obstacles, un langage conçu pour normaliser les croyances : « Il y a des gens qui pourraient trouver inquiétant d'utiliser un nouveau médicament pour les aider à arrêter de prendre des opioïdes. Qu'en pensez-vous ? » Ces questions peuvent aider les professionnels à déterminer si d'éventuels facteurs ethnoculturels sont pertinents pour un client donné.

Recommandation 3 : Offrir aux personnes ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes des soins qui tiennent compte des particularités culturelles.

Les cliniciens compétents sur le plan culturel sont conscients des stéréotypes qui peuvent les influencer et de leurs propres préjugés; ils connaissent aussi les facteurs culturels qui peuvent influencer leurs clients en ce qui concerne l'utilisation des opioïdes, le traitement d'entretien qui leur convient, l'abstinence, et les rechutes. De plus, les cliniciens compétents sur le plan culturel cherchent à acquérir les connaissances et les compétences qui leur permettront de tenir compte de ces variables individuelles. Les communications entre le professionnel et le client doivent correspondre à un modèle de prise de décision partagée afin de prévenir les problèmes de communication et d'augmenter l'adhésion du client au traitement. Enfin, lorsque cela est pertinent, la prise de décision partagée devrait inclure les personnes jouant un rôle important dans la vie du client (proches, guide spirituel).

Note importante : Au sein des groupes raciaux/ethniques, il existe des différences importantes entre les individus en termes de pratiques et de croyances culturelles. Les recommandations formulées dans le présent document sont présentées à titre de lignes directrices dont on pourrait tenir compte comme élément d'une démarche d'ensemble, tout en reconnaissant l'importance potentielle de l'hétérogénéité existant à l'intérieur des groupes en fonction de variables inter-reliées : race, ethnicité, statut socio-économique, contexte culturel, géographie, et autres.

C'est en posant des questions qu'un professionnel peut déterminer si d'éventuelles questions ethnoculturelles sont pertinentes pour un client donné.

Adolescents et consommation d'opioïdes

L'utilisation non médicale des opioïdes d'ordonnance, de l'héroïne et du fentanyl a diminué parmi les adolescents au cours des dernières années. Cette tendance correspond à la diminution globale, observée récemment, de la consommation de psychotropes par les jeunes. Cependant, les séjours à l'hôpital et les visites à l'urgence de la part d'adolescents, en raison d'une intoxication aux opioïdes, ont connu une augmentation marquée. Ainsi, les décès associés à des surdoses d'opioïdes parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans sont en augmentation. Une proportion de plus en plus élevée de ces décès est attribuable aux opioïdes de synthèse, et notamment au fentanyl.

L'utilisation inappropriée des opioïdes d'ordonnance est un facteur de risque pouvant favoriser la transition vers l'utilisation de l'héroïne. Ceux qui sont les plus jeunes quand ils commencent à faire un mauvais usage des opioïdes d'ordonnance semblent courir le risque le plus élevé de passer à l'héroïne. Dans certains cas, les adolescents reçoivent d'un médecin une ordonnance pour prendre des opioïdes; mais souvent, ils disent que la première fois qu'ils ont pris un opioïde, ils l'ont obtenu d'un ami ou d'un membre de leur famille. Les pratiques sécuritaires en matière de rangement et d'élimination des médicaments sont donc essentielles dans les domiciles où vivent des adolescents.

Dépistage

Il existe des outils de dépistage conçus expressément pour détecter la consommation d'opioïdes et d'autres psychotropes de la part des adolescents. Le *National Institute on Drug Abuse* a mis en ligne, à l'intention des professionnels, un outil de dépistage gratuit, concis, et facile à utiliser :

www.drugabuse.gov/adolescent-substance-use-screening-tools

Traitement

En 2016, la *American Academy of Pediatrics* a recommandé qu'un traitement pharmacologique, en plus d'une psychothérapie d'approche cognitivo-comportementale, soit offert à tous les jeunes manifestant un trouble grave de consommation des opioïdes. Peu de recherches sont disponibles sur l'efficacité du traitement pharmacologique pour les jeunes; cependant, quelques essais randomisés contrôlés indiquent que la buprénorphine favoriserait l'abstinence en matière d'opioïdes et l'adhérence au traitement parmi les jeunes.

D'autres mesures dont les psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale, l'approche de soutien communautaire pour adolescents et la gestion de la contingence devraient faire partie des plans de traitement offerts aux jeunes, en fonction des besoins individuels.

Les jeunes qui présentent un trouble lié à l'usage des opioïdes peuvent avoir de la difficulté à redéfinir leurs réseaux sociaux et à trouver de nouvelles façons de s'amuser sans l'utilisation de psychotropes. Pour atteindre les objectifs du traitement, des formes supplémentaires de soutien au rétablissement peuvent jouer un rôle important : groupes d'entraide orientés vers les jeunes, écoles secondaires axées sur le rétablissement, programmes dans les collèges. Le plan de traitement d'ensemble devrait également inclure des mesures pour aider le jeune à renouer avec des amis sobres ou à identifier des activités sobres, particulièrement dans des communautés où il existe peu de services structurés appuyant la guérison.

Travail auprès des jeunes : considérations spéciales

Les familles

Idéalement, les familles seront incluses dans les plans de traitement de jeunes ayant un trouble lié à l'usage des opioïdes, qu'il s'agisse de visites à caractère psychoéducatif portant sur les opioïdes et les

possibilités de traitement ou, dans une autre perspective, d'une psychothérapie familiale. Toutes les familles devraient recevoir une formation sur la réduction des risques de surdose d'opioïdes et devraient avoir accès à la naloxone.

La réduction des méfaits

L'abstinence est le but visé, mais certains jeunes font preuve d'ambivalence à cet égard. Tout plan de traitement doit comprendre des services de réduction des risques : accès à des seringues propres, formation sur les surdoses, naloxone, dépistage et prévention des maladies à transmission sexuelle.

Le souci de la protection

La confidentialité est un élément critique de la relation thérapeutique. À certains moments, cependant, il sera impossible de maintenir cette confidentialité en présence de comportements à risque élevé qui suscitent des inquiétudes en matière de protection. Les adolescents de moins de 14 ans²³ doivent être avertis que les cliniciens seront peut-être obligés de briser la confidentialité en s'adressant à leurs parents ou tuteur.

Gestion de la douleur : les chemins menant à une utilisation inappropriée des opioïdes²⁴

Les opioïdes sont des antalgiques puissants : ils sont souvent prescrits pour les douleurs aiguës, particulièrement aux urgences et à la suite d'interventions chirurgicales. De plus, des millions d'adultes consomment actuellement des opioïdes d'ordonnance en raison de douleurs chroniques (douleurs d'intensité moyenne ou plus, qui durent plus de trois mois); cette situation touche près de 11 % des adultes aux États-Unis, environ 20% au Canada (Schopfloch et al., 2011). Il en résulte que les professionnels du milieu de la santé s'efforcent pour trouver un équilibre entre l'objectif de soulager la douleur et celui de réduire au minimum le nombre de personnes qui développeront une mauvaise utilisation et un trouble lié à l'usage des opioïdes.

Les stratégies actuelles pour atteindre cet équilibre consistent notamment à identifier les facteurs de risque pour une mauvaise utilisation des opioïdes; à employer les meilleures pratiques pour soigner les personnes qui se remettent d'une intervention chirurgicale; et à accorder une plus grande place aux stratégies de soulagement de la douleur qui ne font pas appel aux opioïdes.

Facteurs de risque en matière de surdose d'opioïdes

Des travaux de recherche concertés ont voulu identifier les personnes à risque de faire une mauvaise utilisation des opioïdes d'ordonnance. Parmi les facteurs de risque, on retrouve :

- des antécédents familiaux de troubles liés à l'usage d'une substance;
- des antécédents personnels de troubles liés à l'usage d'une substance;
- un jeune âge;
- des antécédents d'activités criminelles ou de problèmes légaux, notamment associés à la conduite avec facultés affaiblies;

²³ On parle au Québec des adolescents de moins de 14 ans, alors que le texte américain original mentionnait les adolescents de moins de 18 ans.

²⁴ Les experts québécois en gestion de la douleur chronique mentionnent qu'une utilisation contrôlée et supervisée au niveau médical, en combinaison avec des thérapies complémentaires, notamment la TCC, ainsi que l'exercice physique, peut être tout à fait appropriée pour bien gérer une douleur chronique.

- des contacts réguliers avec des situations ou des environnements dangereux (avec des personnes faisant une mauvaise utilisation des opioïdes, par exemple);
- des problèmes interpersonnels dans le passé avec des employeurs, des membres de la famille, ou des amis;
- des comportements téméraires ou une recherche de sensations fortes;
- une forte consommation de tabac;
- des antécédents d'anxiété ou de dépression grave;
- des facteurs de stress psychosociaux.

Outils d'évaluation des risques

Certains organismes professionnels et de réglementation ont élaboré des recommandations et des lignes directrices concernant l'utilisation des opioïdes par les clients atteints de douleur chronique. Ces lignes directrices insistent sur la nécessité d'évaluer les risques avant d'amorcer un traitement à long terme basé sur les opioïdes.

En plus d'effectuer un examen complet des antécédents du client et de ses dossiers médicaux, il est recommandé d'évaluer les risques associés aux opioïdes au moyen d'un outil de dépistage validé. Des outils d'entrevue structurés, fondés sur les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, sont utiles pour évaluer les troubles liés à l'usage d'une substance, mais souvent, ces outils n'ont pas été validés avec des personnes ayant de la douleur chronique. Lorsqu'on utilise les mesures conventionnelles visant les troubles liés à l'usage d'une substance, la probabilité d'identifier par erreur des problèmes reliés à la tolérance et la dépendance physiologiques (c'est-à-dire le fait de devoir augmenter la dose d'opioïdes pour atteindre le même effet thérapeutique, ou la présence de symptômes de sevrage lorsque les doses sont diminuées ou éliminées) est plus élevée, sans qu'il y ait réellement une mauvaise utilisation. Plusieurs outils de dépistage ont été élaborés expressément pour les personnes ayant un problème de douleur chronique :

Outil	But	Où le trouver?
<i> Screener and Opioid Assessment for Clients With Pain-Revised (SOAPP-R)</i> Dépistage et évaluation en matière d'opioïdes pour les clients souffrant de douleur – version révisée	Outil d'auto-évaluation conçu pour prédire les comportements aberrants associés aux médicaments de la part de clients ayant des douleurs chroniques et pour lesquels on envisage un traitement à long terme aux opioïdes.	http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/soapp_r_sample_watermark.pdf
<i>Current Opioid Misuse Measure (COMM)</i> Mesure d'une mauvaise utilisation actuelle des opioïdes	Outil d'auto-évaluation conçu pour détecter une mauvaise utilisation des opioïdes d'ordonnance de la part de personnes ayant une douleur chronique.	http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/comm_sample_watermarked.pdf
<i>Opioid Risk Tool (ORT)</i> Outil d'évaluation des risques associés aux opioïdes	Liste de cinq éléments, conçue pour aider les cliniciens à évaluer le risque d'une mauvaise utilisation des opioïdes	www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/OpioidRiskTool.pdf

Les alternatives aux opioïdes dans la gestion de la douleur

Stratégies non pharmacologiques pour mieux gérer la douleur aiguë et chronique

- Les interventions les plus largement étudiées et les plus efficaces pour permettre de s'adapter et de mieux vivre avec la douleur chronique comprennent la psychothérapie²⁵ d'approche cognitivo-comportementale et d'autres interventions visant la modification de certains comportements non aidants (par exemple, la psychothérapie d'acceptation et d'engagement, la désensibilisation de la peur de bouger ou kinésiophobie); l'exercice physique; la kinésithérapie; et la réadaptation interdisciplinaire. Selon le type de douleur, d'autres interventions ont une efficacité documentée : méditation en pleine conscience, yoga, biofeedback, tai chi, acupuncture, manipulation vertébrale et massage. De nouvelles recherches sont nécessaires pour identifier des stratégies postopératoires – les techniques de distraction immersive, par exemple – qui peuvent réduire le besoin d'autres formes de soulagement de la douleur.
- La chaleur appliquée et la cryothérapie peuvent réduire l'intensité des douleurs tant aiguës que chroniques.
- L'efficacité de la neurostimulation transcutanée (« *transcutaneous electrical nerve stimulation* » ou TENS) est démontrée pour la douleur aiguë, tandis qu'il existe des données contradictoires concernant l'efficacité de cette technique pour soulager la douleur chronique. Enfin, la relaxation et la distraction ont été utilisées à bon escient dans des contextes médicaux et dentaires pouvant susciter un inconfort ou une douleur aiguë (injection, nettoyage des dents).

Stratégies pharmacologiques autres que les opioïdes pour la douleur aiguë

- Plusieurs études récentes ont constaté que des combinaisons d'acétaminophène et d'ibuprofène, ainsi que d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, étaient aussi efficaces que les opioïdes pour gérer la douleur aiguë dans de nombreux contextes où les opioïdes sont perçus comme le premier choix.
- Même lorsqu'il s'agit de soins palliatifs pour les clients souffrant de cancer, l'Organisation mondiale de la santé recommande l'emploi d'analgésiques autres que les opioïdes, y compris l'acétaminophène ou l'ibuprofène, comme première mesure de choix pour soulager la douleur.
- De petites doses de kétamine, d'oxyde nitreux, de lidocaïne intraveineuse, ou de gabapentine et de prégabaline font également partie des options pharmacologiques pour le traitement de la douleur aiguë.

Stratégies pharmacologiques autres que les opioïdes pour la douleur chronique

- Peu d'éléments viennent justifier l'utilisation des opioïdes à long terme dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. En raison du manque de données justifiant cette utilisation, et des risques considérables associés à la mauvaise utilisation des opioïdes d'ordonnance, le *Center for Disease Control and Prevention* recommande que l'on considère les traitements non pharmacologiques ou les traitements pharmacologiques autres que les opioïdes comme le traitement à envisager en premier lieu pour la douleur chronique (www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/Guidelines_Factsheet-a.pdf).
- Une liste non exhaustive des solutions autres que les opioïdes comprend l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène, naproxène, etc.), les inhibiteurs du recaptage des amines (fluoxétine, paroxétine, etc.), les stabilisateurs de membrane (gabapentine,

²⁵ L'objectif de la psychothérapie est ici de traiter la souffrance psychologique associée à la douleur chronique, tout en favorisant une adaptation saine et fonctionnelle autant au niveau physique que psychologique.

prégabaline, etc.), et les myorelaxants (qui offrent un soulagement à court terme). On a également pu démontrer que la lidocaïne sous forme de timbre adhésif, les crèmes topiques à la capsaïcine, et les injections sous-cutanées de toxine botulinique de type A soulagent la douleur associée à certaines maladies chroniques. Enfin, en ce qui concerne les lombalgies, des recherches récentes indiquent que les solutions autres que les opioïdes sont au moins aussi efficaces que les opioïdes et sont moins souvent associées à une utilisation inappropriée.

Surdose d'opioïdes : les risques

Aux États-Unis, en moyenne, 115 personnes meurent chaque jour d'une surdose d'opioïdes. Dans certains États, les morts causées par les surdoses de drogue sont plus nombreuses que celles causées par les véhicules automobiles; et un peu partout au monde, la surdose est la première cause de mortalité pour les personnes qui utilisent des opioïdes.

Qu'est-ce qu'une surdose d'opioïdes ?

On dit qu'il y a surdose d'opioïdes quand la personne ingère une quantité d'opioïdes plus grande que celle que son corps peut tolérer. L'opioïde a alors pour effet de ralentir la respiration à un point tel que la personne ne reçoit plus assez d'oxygène. La respiration peut cesser complètement, et le cœur peut cesser de battre. Si aucune intervention n'a lieu, la victime de la surdose peut devenir inconsciente, tomber dans le coma, subir des dommages cérébraux ou neurologiques durables, ou même mourir. La plupart des décès associés aux surdoses d'opioïdes ne sont pas instantanés; la mort a lieu entre une et trois heures après l'ingestion, de sorte que même si la personne ne respire pas ou ne réagit pas, une intervention peut quand même porter fruit.

Facteurs de risque en matière de surdose

Diminution de la tolérance

Les personnes sont à risque lorsqu'elles ont une tolérance diminuée parce qu'elles sortent de prison, d'une cure de désintoxication ou d'un traitement visant un trouble lié à l'usage d'une substance, d'un séjour à l'hôpital, d'une période d'abstinence, ou d'une consommation d'opioïdes intermittente (non quotidienne).

Mélanges de drogues

Lorsqu'on combine les opioïdes avec d'autres substances légales ou illégales, on peut accroître leurs effets et donc augmenter le risque de surdose. Il est très dangereux de mélanger les opioïdes avec l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques, ou d'autres médicaments psychotropes comme les antidépresseurs.

Surdoses antérieures

Les personnes ayant connu une surdose antérieure, à tout moment de leur vie, ont des chances accrues de connaître une nouvelle surdose.

Santé physique

La personne qui souffre déjà d'une maladie aiguë ou chronique (asthme, trouble lié à l'usage d'une autre substance, VIH, etc.) est plus vulnérable à la surdose.

Variations dans la force ou la composition de l'opioïde

Les produits achetés de façon illégale sont de force très variable. (Un sac d'héroïne ou de fentanyl peut être moins fort qu'un autre sac, même s'il provient du même vendeur).

Injecter au lieu de renifler ou de fumer

La façon dont la personne ingère une drogue joue un rôle important dans le risque de surdose. L'injection est généralement plus risquée que les autres modes d'ingestion, mais une surdose peut aussi avoir lieu lorsque la personne ne fait qu'avalier une seule pilule.

Consommation solitaire

Si personne n'est là, personne ne peut apporter de l'aide. Les effets d'une surdose peuvent être annulés dans un délai d'une à trois heures après la consommation de l'opioïde, mais le risque de mortalité est élevé si la personne est seule.

Les populations à risque de surdose d'opioïdes

Personnes souffrant de maladies concomitantes (notamment les problèmes cardiaques et pulmonaires et l'apnée du sommeil) qui augmentent les difficultés respiratoires

Tout problème médical qui entrave la respiration ou qui augmente le risque de dépression respiratoire fait croître le risque que la consommation d'opioïdes puisse entraîner une surdose.

Personnes ayant une douleur chronique

Les personnes ayant une douleur chronique qui sont exposées à de fortes doses d'opioïdes pendant des périodes prolongées voient augmenter la possibilité d'une surdose. Très souvent, ces personnes se voient également prescrire d'autres médicaments qui peuvent interagir avec les opioïdes ou augmenter le risque de dépression respiratoire; elles peuvent aussi avoir des maladies concomitantes qui font augmenter le risque.

Personnes âgées

Le taux de surdose parmi les personnes âgées continue d'augmenter, sans doute en raison de maladies et d'ordonnances concomitantes qui réduisent leur résistance à la dépression respiratoire. De plus, le fait de ne pas adhérer aux directives posologiques (en doublant la dose, par exemple, ou en prenant les doses à intervalles trop rapprochés) peut accroître le risque.

Enfants

L'incidence des surdoses d'opioïdes chez les enfants de moins de deux ans, qui les ingèrent de façon accidentelle, augmente régulièrement depuis dix ans. Il est important de garder les opioïdes dans des contenants que les enfants ne peuvent pas ouvrir et de les ranger dans des endroits sécuritaires pour réduire au minimum le risque d'une exposition accidentelle.

Femmes

Les données indiquent que le taux de surdoses entre 1999 et 2010 a triplé parmi les femmes en comparaison avec les hommes. Bien qu'on ne comprenne pas les raisons de cet écart grandissant, il y a lieu de croire que les femmes ont des facteurs de risque particuliers qui contribuent aux surdoses d'opioïdes.

Personnes vivant dans les milieux urbains

Selon une grande enquête provenant de la *National Survey on Drug Use and Health* et du *National Vital Statistics System*, en 2015, il y a eu six fois plus de surdoses parmi les personnes vivant dans les régions métropolitaines (45 059 surdoses) que dans les régions rurales (7 345 surdoses). Le taux de surdoses fatales est resté à peu près semblable dans les milieux métropolitains (17/100 000) et ruraux (16,2/100 000).

Surdose d'opioïdes : savoir la reconnaître et agir

La surdose a lieu quand le corps ingère une quantité d'opioïde qu'elle ne peut gérer. Cela peut être très dangereux ou même fatal. Pourtant, ce sont des événements qu'il est toujours possible de prévenir. La plupart des consommateurs d'opioïdes (entre 64 % et 97 %) disent avoir été témoins d'au moins une surdose; dans de tels cas, il existe la possibilité de secourir la personne²⁶.

Reconnaître une surdose d'opioïdes

- La peau est bleuâtre; en général, ce sont les lèvres et le bout des doigts qui bleussent les premiers;
- Le corps est mou, relâché;
- Le visage est très pâle;
- La personne est consciente, mais incapable de réagir;
- La personne produit des bruits d'étouffement, de gargouillis, ou de ronflement;
- La respiration est très lente, irrégulière, ou elle a cessé;
- Le pouls est lent, erratique, ou n'est pas présent du tout;
- La personne vomit;
- La personne devient inconsciente.

Quelle est la différence entre l'intoxication et la surdose ?

INTOXICATION AUX OPIOÏDES

Les muscles se détendent.

La voix est pâteuse, le débit lent.

La personne a l'air de s'endormir.

La personne hoche la tête (« *nodding* »).

La personne répond aux stimuli (quand on lui frotte le sternum, qu'on la pince, ou qu'on crie).

SURDOSE D'OPIOÏDES

La respiration est rare, ou a cessé; le pouls est lent.

On entend un profond ronflement ou un gargouillis (râle).

La peau est froide et moite.

Les hochements de tête sont marqués.

La personne ne répond à aucune stimulation.

²⁶ <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/secourir-une-personne-en-possible-surdose-d-opioides/>

La naloxone (narcan, evzio) pour traiter les surdoses

- La naloxone est un médicament qui annule les effets des surdoses d'opioïdes. C'est un antagoniste qui bloque l'héroïne et les autres opioïdes, les empêchant de se fixer aux récepteurs dans le cerveau. La naloxone annule la dépression respiratoire causée par un opioïde.
- La naloxone peut être administrée sans danger par les voies intranasale ou injectable²⁷.
- Elle agit rapidement (deux à huit minutes), selon le métabolisme de la personne, le type d'opioïde (l'héroïne a une action de courte durée, la méthadone une action beaucoup plus longue), et la quantité ingérée.
- Habituellement, l'effet de la naloxone se dissipe avant celui de l'héroïne ou de l'autre substance ingérée par la personne, de sorte qu'il faut la surveiller de près même après l'administration de la naloxone. Cette surveillance est particulièrement importante si la surdose implique un opioïde ayant une longue durée d'action. En ce cas, la personne peut avoir besoin d'une infusion intraveineuse de naloxone en continu, qui sera administrée en milieu hospitalier. Il est donc important de joindre les services d'urgence en signalant le 911.
- La naloxone ne risque pas d'être mal utilisée, car elle ne suscite aucun effet euphorisant.
- La naloxone n'a AUCUN effet en l'absence d'opioïdes.
- La naloxone n'a à peu près aucun effet secondaire. Si les opioïdes sont présents, les effets de la surdose sont annulés et la personne recommence à respirer. Cependant, en raison de l'effet antagoniste, des symptômes de sevrage des opioïdes vont apparaître. Ces symptômes sont désagréables mais ne mettent pas la vie en danger.
- Vidéos montrant comment administrer la naloxone :
www.youtube.com/watch?v=bgU2s9fwNjU
www.youtube.com/watch?v=xH04qvoKkhk
www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/secourir-une-personne-en-possible-surdose-d-opioides/

Secourir les personnes qui font une surdose

Voici, en cinq étapes, les interventions généralement recommandées lorsqu'on pense que quelqu'un a fait une surdose :

1. Frictionner le sternum
2. Appeler le 911
3. Donner la respiration artificielle
4. Administrer la naloxone
5. Continuer de donner la respiration artificielle et, si aucune réponse après 3 à 5 minutes, administrer la seconde dose de naloxone

Dans le site web du Portail santé mieux-être du gouvernement du Québec, on trouve les informations suivantes :

- la naloxone est un médicament servant d'antidote aux surdoses d'opioïdes;
- au Québec, la naloxone est disponible gratuitement et sans ordonnance dans toutes les pharmacies et dans certains établissements de santé. Toutefois, certaines pharmacies

²⁷ Voir les sites de l'INESSS (<https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/naloxone.html>) et du gouvernement du Québec (<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/secourir-une-personne-en-possible-surdose-d-opioides/>)

commandent la naloxone au fur et à mesure; elles peuvent alors la fournir dans un délai de 24 à 48 heures. Cependant, d'autres pharmacies conservent le médicament en inventaire et peuvent en fournir en tout temps, sans délais. Aussi, certains organismes communautaires sont autorisés à fournir de la naloxone aux personnes qui consomment des drogues qui pourraient avoir de la difficulté à se rendre en pharmacie²⁸;

- un outil de recherche par code postal pour trouver une ressource disposant en tout temps de naloxone.

L'administration de la naloxone doit se faire selon une procédure précise, qui est exposée par vidéo sur le site de l'INSPQ²⁹. Le site de l'INESSS fournit aussi des informations sur la naloxone³⁰ et on trouvera la réglementation locale concernant la naloxone à l'adresse www.pdaps.org.

Ce résumé ne peut toutefois remplacer une formation structurée permettant de reconnaître une surdose d'opioïdes et d'y réagir. Une telle formation peut être obtenue auprès de ressources locales comme www.getnaloxonenow.org ou www.addictionpolicy.org (pour le Québec : <http://metadame.org/profan-formation-naloxone/>). Lorsqu'on intervient auprès des proches et des familles, il semble pertinent de leur recommander de suivre eux-aussi une telle formation.

Finalement, l'INSPQ présente une session d'information en ligne pour accompagner les intervenants de première et deuxième ligne dans leurs pratiques visant la prévention des surdoses de drogues dont les surdoses d'opioïdes, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/faire-face-aux-surdoses-opioides-session-information>.

²⁸ <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/naloxone/>

²⁹ <https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/administrer-la-naloxone>

³⁰ <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/naloxone.html>