

LE TRAITEMENT DU TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES (TUO)



03/2020

LIGNES DIRECTRICES

DERNIÈRE MISE À JOUR : 06/2022

VERSION TENANT COMPTE DES MESURES
D'EXCEPTION AUTORISÉES JUSQU'AU
30 SEPTEMBRE 2026 PAR SANTÉ CANADA

Auteurs

Collège des médecins du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec

Les auteurs remercient l'ensemble de leurs collaborateurs, ainsi que les personnes et les organismes qui ont participé à la rédaction de ce document en partageant leurs compétences et leur expertise.

Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Édition

Service des communications

Graphisme

Principal

Révision linguistique

France Lafuste

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension de son contenu médical. Ce document se veut évolutif avec les meilleures pratiques.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2020
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-924674-28-4

© Collège des médecins du Québec,
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
et Ordre des pharmaciens du Québec,
mars 2020

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

— Table des matières

05/

FAITS SAILLANTS

06/

PRINCIPES DIRECTEURS

08/

INTRODUCTION

10/

**SECTION 1
L'ENCADREMENT
DE LA PRATIQUE**

10/

1.1 Lois et règlements
fédéraux

11/

1.2 Balises juridiques
québécoises : des
règlements encadrent
l'exercice des activités
réservées aux professionnels

13/

1.3 Obligations
déontologiques

13/

1.4 Formation des
professionnels

15/

**SECTION 2
LES ENJEUX
PROFESSIONNELS LIÉS
AU TRAITEMENT DU TUO**

15/

2.1 Partenariat avec
le patient et pratique
collaborative

17/

2.2 Évaluation clinique du
patient présentant un TUO

20/

2.3 Établir le diagnostic ou
une conclusion clinique

20/

2.4 Consentement aux
soins, plan de traitement
et alliance thérapeutique

22/

2.4.1 Prescription

23/

2.4.2 Règlement et
normes relatives à
la transmission des
ordonnances

24/

2.5 Activités
professionnelles relatives
à la surveillance et au suivi

24/

2.5.1 Surveillance de la
thérapie médicamenteuse
par le pharmacien

26/

2.5.2 Surveillance clinique
par le médecin, l'IPS et
l'infirmière

27/

2.5.3 Tests urinaires

28/

**SECTION 3
LES MODALITÉS
POUR SÉCURISER LE
TRAITEMENT**

28/

3.1 Implication des proches
du patient présentant
un TUO et ressources
complémentaires

28/

3.2 Supervision
du traitement

28/

3.2.1 Gestion lors d'une
omission de doses

29/

3.2.2 Limitation des
doses fractionnées
de méthadone

29/

3.2.3 Doses supervisées
et doses non supervisées

31/

3.2.4 Préparation
et gestion des risques
en pharmacie

32/

3.2.5 Observation
de la prise des doses

34/

3.3 Arrêt du traitement

34/

3.3.1 Arrêt volontaire

35/

3.3.2 Arrêt involontaire
ou arrêt forcé

35/

3.3.3 Obligations des
professionnels lors
de l'arrêt du traitement

35/

3.4 Programme Alerte

37/

**SECTION 4
DES SITUATIONS
PARTICULIÈRES**

37/

4.1 Adolescents
(moins de 18 ans)

— Table des matières

37/

4.2 Femmes en âge
de procréer

37/

4.3 Grossesse

38/

4.4 Allaitement

38/

4.5 Heures d'ouverture
de la pharmacie choisie

39/

4.6 Détention provisoire

39/

4.7 Milieu carcéral

40/

4.8 Séjour hospitalier

41/

4.9 Troubles mentaux
en concomitance

41/

4.10 Utilisation
exceptionnelle de la
méthadone en comprimés

42/

4.11 Voyage à l'étranger

43/

CONCLUSION

44/

**LISTE DES SIGLES
ET ACRONYMES**

45/

GLOSSAIRE

48/

ANNEXES

48/

Annexe I : Critères
diagnostiques : Trouble lié
à l'utilisation d'opioïdes

50/

Annexe II : Comportements
inappropriés évoquant un
mésusage des opioïdes

51/

Annexe III : Gestion des
jours manqués pour la prise
de buprénorphine/naloxone

52/

Annexe IV : Gestion des
jours manqués pour la prise
de méthadone

53/

RÉFÉRENCES

FAITS

SAILLANTS

Ces lignes directrices, élaborées conjointement par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, remplacent les lignes directrices sur la méthadone (1999) et celles sur la buprénorphine/naloxone (2009).

Voici les faits saillants et les principales modifications :

- › Depuis le 19 mai 2018, il n'est plus nécessaire d'obtenir une exemption fédérale pour prescrire de la méthadone, peu importe son indication. Ainsi, tout prescripteur habilité peut prescrire un traitement par agonistes opioïdes (TAO).
- › Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), selon leur classe de spécialité, peuvent prescrire et ajuster un TAO.
- › Plusieurs changements ont eu lieu ces dernières années concernant les thérapies médicamenteuses offertes.
 - › La buprénorphine/naloxone est maintenant le premier choix de traitement et figure désormais sur la liste régulière de la RAMQ;
 - › La naloxone, à titre d'antidote en cas de surdose d'opioïdes, doit être offerte à tous les patients en traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), peu importe le traitement choisi.
 - › Une approche alternative à la morphine à libération lente unique quotidienne (LLU) a été ajoutée.
- › Les règles régissant l'accès au TAO ont été assouplies, notamment pour les aspects suivants :
 - › Octroi des doses non supervisées;
 - › Utilisation des tests urinaires.
- › L'obligation de déclarer aux ordres professionnels la prescription et le service de la méthadone en comprimés pour le TUO est abolie.

PRINCIPES

DIRECTEURS

Les présentes lignes directrices ont été rédigées en prenant en considération les principes directeurs suivants :

- › Favoriser la préséance du jugement clinique et du jugement professionnel.
- › Offrir un traitement en s'appuyant sur une approche de réduction des méfaits visant à atténuer les conséquences négatives liées à l'usage de drogues sans en éliminer à tout prix la consommation. Accepter que l'abstinence ne soit pas un objectif absolu, cibler d'abord une consommation responsable.
- › Susciter et maintenir l'engagement dans le traitement de la personne et de ses proches significatifs selon une approche centrée sur le patient. Cela implique que ce dernier demeure au centre des décisions concernant son traitement, il est le principal responsable de ses objectifs de traitement. Ainsi, tout en s'appuyant sur un

cadre normatif, le professionnel de la santé doit offrir un traitement souple adapté à la spécificité de chaque patient selon son jugement clinique.

- › Favoriser l'accès et la persistance dans le traitement par une application suffisamment souple des mesures de sécurité et de suivi. Si les mesures employées sont trop contraignantes, les patients pourraient ne pas voir les avantages à instaurer et à poursuivre leur traitement. Il appartient aux professionnels de convenir d'un plan de traitement adapté à la réalité et aux besoins du patient tout en cherchant le meilleur équilibre en matière de gestion des bénéfices et des risques. Pour être motivé à maintenir son traitement, le patient doit percevoir, le plus rapidement possible une valeur ajoutée à poursuivre son traitement. Il faut éviter qu'un cadre trop rigide ne limite l'accès au traitement.

- › Se rappeler que puisque les TAO sont aussi des opioïdes, ils présentent des risques de toxicité, de surdose et de détournement. Le maintien d'un ratio positif entre les bénéfices et les risques, tant pour l'individu que pour la communauté, justifie un encadrement spécifique.
- › Éviter la stigmatisation des personnes avec un TUO. Le TUO est considéré comme une maladie chronique.
- › Éviter de mettre en place des mesures avec intention punitive. L'octroi ou le retrait des doses non supervisées, ou les tests urinaires, font partie du plan de traitement et ne doivent pas être utilisés à des fins punitives.
- › Assurer l'accès et la continuité des soins, entre autres par le partage des renseignements entre les professionnels et l'utilisation des technologies.

INTRODUCTION

La crise des surdoses d'opioïdes touche le Canada de plein fouet et n'épargne pas la population du Québec. En plus des nombreuses surdoses mortelles recensées, le mésusage des opioïdes augmente le risque de présenter un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) et nuit au bien-être des individus, des familles et des communautés, à un point tel qu'il est devenu un enjeu de santé et de sécurité publique. Cette crise nécessite d'avoir recours à une combinaison de mesures, dont celles visant l'amélioration de l'accès aux thérapies médicamenteuses en matière de TUO, et ce, dans un contexte sécuritaire.

Les traitements par agonistes opioïdes (TAO) sont efficaces et diminuent la morbidité et la mortalité chez les personnes aux prises avec un TUO. Ces thérapies améliorent leur qualité de vie et leur possibilité de se réadapter.

Les présentes lignes directrices portent sur le contexte réglementaire et les règles déontologiques découlant de la pratique professionnelle au Québec en lien avec le traitement des personnes aux prises avec un

TUO. Elles ont été rédigées conjointement par l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il importe de préciser que ces lignes directrices ne constituent pas un guide clinique. Le clinicien doit se référer aux sociétés savantes pour obtenir les résultats probants en lien avec ces pratiques.

Ces lignes directrices visent les professionnels habilités et tenus de prescrire, d'administrer et de dispenser des médicaments et des soins aux patients présentant un TUO, afin d'encourager les pratiques sécuritaires, la collaboration interprofessionnelle et la continuité des soins.

Le traitement à long terme par un agoniste opioïde demeure le traitement préconisé. Bien que la méthadone soit toujours utilisée, la buprénorphine/naloxone (Suboxone^{MC}) est devenue le traitement de choix du TUO, en raison des risques de surdose moindres et de la gestion plus sécuritaire du traitement à domicile. D'autres formulations de buprénorphine ont récemment reçu l'approbation de Santé Canada,

entre autres sous forme d'implant (Probuphine^{MC}) et d'injection sous-cutanée administrée mensuellement (Sublocade^{MC}). Pour les cas réfractaires, avec un encadrement contrôlé, certains experts ont recours avec succès à la morphine à libération lente unique quotidienne (Kadian^{MC}). En mai 2019, l'importation de la diacétylmorphine (héroïne d'ordonnance) a été approuvée de façon temporaire pour répondre à des besoins urgents en matière de santé publique. L'hydromorphone injectable a, par ailleurs, été approuvé pour le traitement des troubles graves liés à l'utilisation d'opioïdes chez les adultes. Les lignes directrices portent uniquement sur les traitements par agonistes opioïdes oraux.

Lorsque bien utilisés, ces traitements sont sécuritaires et reconnus efficaces pour diminuer la consommation illicite d'opioïdes et autres drogues, réduire le taux de criminalité et d'incarcération qui y est associé, favoriser la réinsertion familiale et sociale, maintenir le contact avec un professionnel de la santé et réduire les risques de contracter ou de transmettre des infections telles que le VIH, les hépatites et les ITSS. Il importe donc de reconnaître un TUD le plus précocement possible afin d'instaurer un traitement et d'en réduire les conséquences.

Toutefois, rappelons que, puisque ces traitements sont constitués d'agonistes opioïdes, ils présentent aussi des risques de toxicité, de surdose et de détournement. Le maintien d'un ratio positif entre les bénéfices et les risques, tant pour l'individu que pour la communauté, justifie un encadrement spécifique de la pratique.

Section 1/ L'encadrement de la pratique

Bien que les mesures de contrôle aient été assouplies, la pratique professionnelle auprès des personnes aux prises avec un TUO demeure soumise aux mêmes lois et règlements, tant au niveau fédéral que provincial.

Plusieurs principes encadrent la pratique professionnelle des cliniciens dispensant des soins et des services aux patients présentant un TUO. D'emblée, le professionnel de la santé doit chercher à établir un partenariat avec la personne. Ces soins doivent être dispensés par des professionnels compétents et selon une approche multidisciplinaire qui respecte les domaines de compétence de chacun d'entre eux. De plus, ils doivent répondre aux exigences réglementaires et déontologiques, tout en priorisant en tout temps l'intérêt du patient aux prises avec un TUO. La création d'un partenariat avec ce dernier est importante pour assurer sa collaboration tout au long de la démarche clinique.

1.1 LOIS ET RÈGLEMENTS FÉDÉRAUX

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ainsi que le *Règlement sur les stupéfiants* sont les deux textes législatifs de référence pour tous les TAO.

PRESCRIPTEURS HABILITÉS

Seuls les praticiens reconnus par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et toute autre catégorie de personnes désignées à ce titre par le *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens* peuvent, en vertu du *Règlement sur les stupéfiants*, prescrire ou ajuster une ordonnance de stupéfiants et, pour ces dernières, seulement si elles sont habilitées par une loi provinciale.

Depuis le 19 mai 2018, le paragraphe 3 de l'article 53 du *Règlement sur les stupéfiants* a été abrogé. De ce fait, il n'est plus nécessaire d'obtenir une exemption fédérale (accordée en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*) pour prescrire de la méthadone, peu importe son indication : gestion de la douleur ou traitement du TUO. En effet, dans le

contexte de l'actuelle crise des opioïdes, le gouvernement canadien a pris la décision d'éliminer cette obligation afin d'améliorer l'accessibilité de ce médicament à un plus grand nombre de patients.

Ainsi, tous les praticiens habilités par une loi peuvent prescrire les TAO pour traiter les patients présentant un TUO, en respectant les mêmes lois et règlements que pour les autres stupéfiants. Toutefois, cette thérapie agoniste doit être instaurée à la suite d'une évaluation effectuée par un professionnel habilité à évaluer le trouble mental et ayant acquis des compétences dans le domaine du TUO.

En vertu du *Règlement sur les stupéfiants*, les ordonnances de méthadone, de buprénorphine/naloxone et de morphine ne peuvent pas être transmises verbalement ni être transférées d'une pharmacie à une autre.*

GESTION D'INVENTAIRE

Selon ce même *Règlement sur les stupéfiants*, il est impératif de prendre toutes les mesures raisonnables pour se protéger contre la perte ou le vol des stupéfiants se trouvant dans l'établissement d'un professionnel de santé ou dont il a la garde.

Comme pour les autres stupéfiants, des mesures de contrôle doivent être mises en place afin d'assurer la traçabilité complète de chaque unité reçue et servie jusqu'à la remise au patient, et de déterminer s'il y a eu perte ou vol. Les pharmaciens et les praticiens doivent tenir leurs registres à jour de sorte qu'on puisse y trouver facilement ces renseignements. Ces registres doivent être conservés pour une période de deux ans. Tout praticien doit aussi être en mesure de fournir au ministre tout renseignement que celui-ci peut exiger concernant l'usage qu'il fait des stupéfiants qu'il reçoit s'il y a lieu, et les ordonnances de stupéfiants qu'il délivre.

1.2 BALISES JURIDIQUES QUÉBÉCOISES : DES RÈGLEMENTS ENCADRENT L'EXERCICE DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX PROFESSIONNELS

Au Québec, le système professionnel est constitué de plusieurs institutions et soutenu par des lois et règlements. Les ordres professionnels constitués conformément au *Code des professions* ont pour fonction principale d'assurer la protection du public et, à cette fin, ils doivent contrôler l'exercice de la profession de leurs membres. Les médecins, les pharmaciens et les infirmières sont des professionnels détenant un titre réservé et à exercice exclusif régi par une loi.

* **NOTE IMPORTANTE:** Depuis le 19 mars 2020 et jusqu'au 30 septembre 2026, des exemptions ont été accordées par Santé Canada. Ces mesures exceptionnelles permettent de transmettre verbalement une ordonnance et de la transférer d'une pharmacie à une autre.

- › [Loi médicale](#)
- › [Loi sur la pharmacie](#)
- › [Loi sur les infirmières et les infirmiers](#)

Qui peut prescrire, ajuster ou cesser un TAO ?

Au Québec, en vertu des lois professionnelles et de certains règlements, seuls les médecins, les résidents en médecine et certains autres professionnels habilités par une loi, notamment les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), peuvent, selon leur classe de spécialité, prescrire, ajuster et cesser la méthadone et la buprénorphine/naloxone.

Aux fins de clarification, une IPS est une infirmière qui détient un titre de spécialiste délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour une classe de clientèle particulière, après avoir réussi une formation de deuxième cycle universitaire. Les IPS sont habilitées à exercer certaines activités médicales dans leur classe de spécialité, notamment la prescription de médicaments.

Soulignons que l'infirmière qui ne détient pas la certification IPS n'est actuellement pas considérée comme une praticienne au sens de la loi fédérale. En conséquence, elle ne peut ni prescrire un stupéfiant, ni ajuster une ordonnance de stupéfiant comme la méthadone, la buprénorphine/naloxone ou la morphine. Toutefois, elle peut, à la suite de son évaluation clinique, refuser de remettre une dose d'agoniste opioïdes en présence de signes d'intoxication chez un patient.

Bien que le pharmacien puisse amorcer, ajuster ou prolonger une ordonnance selon les conditions prévues par la loi, il ne peut pas, au moment d'écrire ces lignes, prescrire ni modifier une ordonnance de stupéfiant, puisqu'il n'est pas désigné comme étant un praticien au sens de la loi fédérale.*

Dans la situation où un pharmacien évalue qu'une ordonnance de stupéfiant devrait être modifiée pour être optimale, il peut faire ses recommandations directement auprès du prescripteur. S'il juge que les conditions sont réunies et qu'il a des motifs raisonnables de croire que l'intérêt de son patient l'exige, il doit refuser d'exécuter l'ordonnance, selon l'article 37 du *Code de déontologie des pharmaciens*, et prendre les mesures qui s'imposent à la suite de sa décision.

* **NOTE IMPORTANTE:** Depuis le 19 mars 2020 et jusqu'au 30 septembre 2026, des exemptions ont été accordées par Santé Canada. Durant cette période, le pharmacien peut, entre autres, prolonger et ajuster une ordonnance de stupéfiant.

1.3 OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

Les professionnels sont tenus de respecter leur propre code de déontologie. Ce dernier énonce les devoirs et les obligations des professionnels auprès du patient, du public et de leur profession. Il s'agit d'une référence incontournable en matière de relations avec la clientèle et de prises de décisions dans la pratique au quotidien. En décrivant ainsi les responsabilités professionnelles, cet outil vise à maintenir un standard professionnel de haute qualité.

Dans le contexte du TUO, les principaux articles des codes de déontologie des professionnels à considérer portent sur :

- › les devoirs inhérents à l'exercice de la profession;
- › La possibilité pour le patient de choisir son professionnel;
- › l'indépendance professionnelle;
- › les compétences et le respect des principes scientifiques;
- › l'information et le consentement libre et éclairé aux soins;
- › le secret professionnel;
- › l'évaluation et le suivi clinique du patient;
- › la continuité des soins;
- › la consignation au dossier des interventions effectuées;
- › l'obligation de collaborer avec les autres professionnels.

Pour consulter le texte intégral, veuillez cliquer sur les liens suivants :

- › [Code de déontologie des médecins;](#)
- › [Code de déontologie des pharmaciens;](#)
- › [Code de déontologie des infirmières et infirmiers.](#)

1.4 FORMATION DES PROFESSIONNELS

Les ordres professionnels recommandent fortement aux professionnels engagés dans le traitement des patients présentant un TUO de suivre une formation avant d'offrir ces soins et ces services. En plus des connaissances à acquérir sur le TUO, il leur est recommandé d'effectuer une période de préceptorat auprès d'un professionnel expérimenté ou encore d'avoir la possibilité de consulter, de façon formelle ou informelle, un professionnel expérimenté ayant acquis une expertise dans ce domaine.

Différents organismes offrent de la formation sous forme de présentiel ou en ligne. Ces formations portent notamment sur la prescription de la méthadone, sur la buprénorphine/naloxone, ainsi que sur des notions concernant la surveillance de la dépendance aux opioïdes et les dangers de surdose¹.

D'autres formations complémentaires sont aussi offertes, telles que l'atelier proposé par le Collège des médecins intitulé « [Discutons douleur, parlons dépendance](#) ».

Aussi, des sociétés savantes québécoises et canadiennes ont publié des lignes directrices pour guider les soins et les services destinés aux patients présentant un TUO².

Puisque le traitement des personnes atteintes d'un TUO est en évolution constante, les ordres encouragent les professionnels à demeurer à l'affût des nouvelles lignes directrices cliniques émises par les sociétés savantes dans ce domaine, ainsi que des données actuelles de la science.

Dans les cas où les soins à ces patients seraient prodigués dans des milieux de formation, il faut s'assurer que :

- › Les objectifs d'apprentissage incluent l'acquisition de compétences spécifiques au traitement du TUO;
- › Des activités de formation sont organisées afin de permettre aux apprenants d'acquérir ces compétences;
- › Des activités d'évaluation des apprentissages sont en place afin de valider l'acquisition de ces compétences chez les apprenants;
- › La supervision des activités professionnelles des apprenants est proportionnelle à leur niveau d'autonomie et de maîtrise des compétences dans ce domaine d'activité;
- › Les superviseurs prennent conscience de leur responsabilité quant à leur décision de confier des activités professionnelles à l'apprenant dans ce domaine, selon ses capacités, son niveau d'autonomie et ses limites;
- › Les superviseurs seront en mesure de garantir une disponibilité diligente à l'apprenant au moment de prodiguer des soins à cette clientèle;
- › Les superviseurs seront en mesure de prendre les moyens pour assurer en tout temps la sécurité des patients et de l'équipe de soins.

¹ À titre d'exemple, l'Institut national de santé publique du Québec offre une formation intitulée « [Traitement des troubles de l'usage d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire](#) ».

² Par exemple, les [lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du TUO](#), publiées par l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, peuvent être consultées dans leur site Web.

Section 2/ Les enjeux professionnels liés au traitement du TUO

Différents professionnels sont engagés dans le traitement des patients présentant un TUO et ils peuvent œuvrer en des lieux physiques différents. Ces éléments peuvent représenter des défis sur le plan de la communication, de la confidentialité, de la surveillance clinique et de la continuité des soins et des services offerts aux patients traités pour un TUO. C'est pourquoi la collaboration entre les différents professionnels concernés constitue un enjeu important. La connaissance des champs d'exercice et des activités professionnelles, de même que la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun sont des éléments essentiels à la qualité et à la sécurité des soins et des services offerts aux patients présentant un TUO.

2.1 PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET PRATIQUE COLLABORATIVE

Afin d'optimiser la prestation des soins et des services, l'accompagnement des personnes aux prises avec un TUO nécessite la création d'un partenariat avec le patient, sa pleine inclusion à l'équipe de soins, ainsi que sa participation aux décisions. De plus, les ordres recommandent fortement aux professionnels concernés de s'investir dans une pratique de collaboration interprofessionnelle afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle présentant un TUO, particulièrement quant à la qualité et à la sécurité du traitement.

L'utilisation judicieuse du TAO constitue une option efficace et sécuritaire pour remédier aux difficultés liées au TUO. Cependant, ce traitement exige l'intervention et les compétences de plusieurs types de professionnels tout au long de la trajectoire de soins et de services, non seulement ceux qui œuvrent en soins médicaux de première ligne, mais aussi ceux qui sont issus des services psychosociaux courants, des centres de dépendance ou des services de santé mentale.

La continuité des soins est d'une importance capitale dans le traitement du TUO. Cette continuité est essentielle tant sur le plan intraprofessionnel qu'interprofessionnel. Un outil incontournable en la matière est la tenue et le partage

de notes de suivi dans le dossier patient. Tous les professionnels concernés sont donc liés par ce besoin du patient, et chacun a la responsabilité de veiller à communiquer les renseignements utiles en temps opportun. Pour faciliter la fluidité des échanges, leur fréquence ainsi que le mode de communication devraient être convenus entre les professionnels, puis ajustés selon l'évolution du patient.

Ainsi, toute communication pertinente avec un autre professionnel de la santé, ou toute discussion engagée lors de réunions multidisciplinaires, devra être consignée au dossier et communiquée aux autres professionnels si le dossier patient n'est pas partagé.

Les responsabilités des professionnels engagés dans les soins et les services offerts aux patients présentant un TUO

Le professionnel qui dispense des soins et des services aux patients présentant un TUO doit minimalement :

- › Établir un partenariat avec la personne traitée afin d'offrir un TAO personnalisé en fonction des objectifs de cette dernière;
- › Effectuer et documenter une évaluation clinique pertinente, selon le tableau clinique du patient;
- › Impliquer le patient dans le processus décisionnel du choix de TAO, notamment en l'informant des risques potentiels liés à l'usage des opioïdes, qui comprennent la dépendance physique et la tolérance, les symptômes de sevrage, la surdose et la mort (approche de réduction des méfaits);
- › Discuter avec le patient de l'entreposage sécuritaire des opioïdes, de la manière de disposer les doses inutilisées, ainsi que des risques et des conséquences potentiels du détournement;
- › Communiquer et collaborer avec l'équipe de soins du patient ainsi qu'avec les autres intervenants et les proches significatifs lorsque la situation le requiert, après avoir obtenu le consentement du patient;
- › Adopter une approche décisionnelle fondée sur des preuves et sur les lignes directrices en cette matière;
- › Documenter le raisonnement clinique lorsque le traitement proposé diffère des résultats probants ou des lignes directrices cliniques en matière de gestion du TUO et communiquer avec les autres professionnels de la santé pour favoriser la compréhension et la continuité des soins;
- › Respecter les lois et les règlements qui régissent la prescription de stupéfiants.

2.2 ÉVALUATION CLINIQUE DU PATIENT PRÉSENTANT UN TUO

Une évaluation clinique complète doit être effectuée, si possible, au début du traitement, et consignée au dossier, conformément aux règlements en vigueur. Il pourrait être indiqué, selon la situation, de compléter l'évaluation au cours des visites subséquentes et de prioriser un début rapide de traitement.

Cette évaluation vise notamment à documenter le TUO, à déterminer les complications en relation avec l'usage de drogues (hépatite, VIH-sida, ITS, TB), à déceler la présence d'autres problèmes de santé, dont certains pourraient constituer une contre-indication au traitement, la présence d'autres troubles mentaux et de comportements à risque, ainsi que les effets indésirables éventuels des traitements médicamenteux.

Soulignons qu'offrir un traitement selon une approche de réduction des méfaits consiste à atténuer les conséquences négatives liées à l'usage de drogues plutôt qu'à éliminer le comportement à tout prix.

LA DÉMARCHE CLINIQUE

L'évaluation clinique devrait notamment comprendre les éléments suivants :

1. Anamnèse :

- › Antécédents médicaux personnels et familiaux;
- › Antécédents infectieux et immunisation;
- › En collaboration avec le pharmacien, histoire médicamenteuse complète des médicaments prescrits ou non, y compris une évaluation de l'adhésion en considérant toutes les sources de renseignements disponibles;
- › Antécédents chirurgicaux complets;
- › Histoire psychiatrique, y compris l'évaluation du risque suicidaire;
- › Histoire détaillée de la consommation et de la dépendance aux différentes drogues, notamment l'alcool et le tabac, ou aux autres médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines :
 - › Histoire de surdose;
 - › Histoire de sevrage antérieur ou de programme de désintoxication et résultats obtenus;
 - › Quantité consommée de chacune des substances;
- › État de santé actuel;
- › Moyens de contraception utilisés;

- › Évaluation de la situation sociale portant sur des éléments tels que : source des revenus, situation financière, participation à une assurance médicaments, hébergement, état matrimonial et présence d'enfants, présence ou non d'un réseau de soutien et liens significatifs principaux (y compris les organismes communautaires et les travailleurs de rue), problèmes judiciaires, occupation d'un emploi nécessitant une vigilance, etc.;
- › Recherche de contre-indications au traitement;
- › Comportements potentiellement à risque, notamment :
 - › Partage de matériel de consommation (récent ou ancien);
 - › Comportements sexuels non protégés;
 - › Évaluation du risque de surdose;
 - › Consommation lors de situations à risque (ex.: conduite d'un véhicule automobile).

2. Examen physique portant notamment sur :

- › Paramètres fondamentaux, notamment les signes vitaux, la taille, le poids et l'indice de masse corporelle;
- › Apparence générale, y compris les signes d'intoxication et de sevrage;
- › Sites d'injection aux membres et autres;
- › Auscultation cardiaque (souffle) et pulmonaire;
- › Signes de maladie hépatique;
- › Santé dentaire;
- › Cloison nasale;
- › Lésions cutanées;
- › Examen gynécologique, lorsque pertinent.

3. Examen mental et évaluation du trouble mental³, ou diagnostic, et des troubles concomitants si requis.

Selon les habilitations légales en matière d'activités professionnelles, ces différentes évaluations permettront soit de dresser la liste des problèmes de santé et d'établir une conclusion clinique en matière de trouble mental, soit de poser un diagnostic de trouble mental et, le cas échéant, un diagnostic différentiel.

³ Soulignons que d'autres professionnels sont également habilités à évaluer le trouble mental, dont le psychologue, les conseillers en orientation ainsi que les infirmières détenant la formation et l'expérience clinique requises.

À titre d'exemples, l'examen mental comprend notamment les éléments suivants :

- › Attitude;
- › Activité psychomotrice;
- › Langage;
- › Affects et humeur (dépression, exaltation, labilité, anxiété, tristesse);
- › Forme et contenu de la pensée (obsession, phobie, agressivité, délire, idées suicidaires);
- › Perceptions (illusions et hallucinations);
- › Fonctions cognitives supérieures (attention, orientation, mémoire, jugement, concentration, autocritique).

Selon la situation et les besoins du patient, l'évaluation du fonctionnement social pourra être requise et proposée en début ou en cours de traitement. À tout le moins, le professionnel pourra cerner les principaux problèmes psychosociaux associés à la consommation de drogues et obtenir l'expertise professionnelle requise au besoin.

Les professionnels sont invités à reconnaître les comportements inappropriés et les signes de mésusage des opioïdes (voir annexe II), puisque ces éléments peuvent évoquer un TUO.

LES EXAMENS PARACLINIQUES

Certains examens paracliniques sont proposés au patient en fonction de ses facteurs de risque et de son état de santé. Toutefois, un refus de s'y soumettre ne devrait pas empêcher le début du traitement.

À titre d'exemples, les examens paracliniques suivants pourraient être requis :

- › Recherche d'opioïdes et autres substances dans les urines (voir section tests urinaires au point 2.5.3);
- › Test de grossesse chez la patiente en âge de procréer;
- › Formule sanguine complète (FSC);
- › Créatinine sérique;
- › Bilan hépatique;
- › AgHBs, Anti-HBs, Antihépatite A (IgG) → vaccination si les sérologies ne montrent pas de titre protecteur d'anticorps;
- › Anti-VHC, Anti-VIH après *counseling* et obtention du consentement, si indiqué;
- › Dépistage des autres ITS;
- › ECG lors de l'utilisation de méthadone, si indiqué.

2.3 ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC OU UNE CONCLUSION CLINIQUE

Avant d'envisager de prescrire un TAO, le professionnel habilité doit confirmer ou poser le diagnostic de TUO selon les critères d'une classification reconnue, comme le DSM-5 (voir annexe I).

Globalement, selon la classification DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), le TUO se définit comme un « ... mode d'utilisation problématique des opiacés, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des onze manifestations énumérées au DSM, au cours d'une période de douze mois. Il se manifeste en intensité et en gravité variable d'un individu à l'autre ».

L'IPS en santé mentale (IPSSM) fait partie des professionnels habilités à évaluer un trouble mental et, à ce titre, elle peut confirmer une conclusion clinique sur la présence ou non d'un TUO. Les autres classes de spécialité IPS, par exemple l'IPS en soins de première ligne et l'IPS en soins aux adultes, ne sont pas habilités à évaluer le trouble mental, elles ne peuvent donc pas conclure à la présence ou non d'un TUO. Dans cette situation, la présence ou non d'un TUO doit être attestée par un professionnel habilité avant d'amorcer, de prescrire ou d'ajuster un traitement pour le TUO.

Selon leur jugement clinique, le médecin et l'IPSSM pourraient conclure à un TUO et décider d'amorcer un traitement, même si les critères du TUO ne sont pas présents depuis 12 mois pour établir le diagnostic.

2.4 CONSENTEMENT AUX SOINS, PLAN DE TRAITEMENT ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

CONSENTEMENT AUX SOINS ET AU PARTAGE D'INFORMATIONS

Le patient et le prescripteur doivent s'entendre sur le plan de traitement et sur l'alliance thérapeutique. Le patient, s'il est apte à le faire, doit donner son consentement avant le début du traitement. S'il est inapte ou mineur, la personne autorisée par la loi⁴ consentira à sa place. Dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, le patient doit être entièrement libre de s'exprimer et de décider d'accepter ou de refuser le plan de traitement suggéré par le prescripteur et l'alliance thérapeutique.

⁴ L'article 15 du [Code civil du Québec](#) désigne selon un ordre prioritaire les personnes autorisées à consentir aux soins requis par l'état de santé d'un majeur inapte à le faire. La première personne à laquelle le médecin doit s'adresser est le représentant légal, soit le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par son conjoint ou, à défaut, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour lui un intérêt particulier. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisqu'ils exercent ensemble l'autorité parentale. Le consentement de l'un présume le consentement de l'autre. Le mineur âgé de 14 ans et plus peut consentir seul à ses soins, s'il est jugé apte à le faire.

Pour prendre la décision d'accepter ou de refuser le plan de traitement et d'exercer son droit de le faire en toute liberté, le patient apte, ou bien celui qui prendra la décision à sa place s'il est inapte, doit être bien informé des tenants et aboutissants des différentes options qui lui sont proposées par le prescripteur. Ce dernier a le devoir de donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression du consentement libre et éclairé par le patient. Ces renseignements doivent porter sur le diagnostic, la nature et l'objectif du traitement, ses risques, ses effets indésirables, les résultats escomptés, les autres choix possibles, les conséquences d'un refus, ainsi que l'identité des différents professionnels concernés et susceptibles de partager des informations sur le patient dans le cadre de son traitement.

À noter que le patient peut décider de retirer son consentement en tout temps.

PLAN DE TRAITEMENT

Élaborés en collaboration avec le patient, dans l'optique d'une approche centrée sur lui, le plan de traitement et les objectifs doivent être déterminés au début du traitement et réévalués périodiquement en fonction de l'évolution de son état de santé et de ses besoins.

Le plan de traitement doit comprendre les éléments suivants :

- › Attentes et objectifs du patient;
- › Objectifs médicaux;
- › Objectifs psychosociaux;
- › Objectifs pharmacothérapeutiques;
- › Méthode utilisée;
- › Intensité du suivi.

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

L'alliance thérapeutique est un outil qui traduit l'engagement du patient et de l'équipe traitante envers le plan de traitement. Elle décrit clairement les responsabilités et les obligations de chacune des parties et elle est signée par le patient et le médecin traitant ou l'IPS. Une copie est remise au patient, une autre au pharmacien et une dernière est conservée au dossier. Il est recommandé d'inclure dans l'alliance thérapeutique la suggestion de maintenir l'inscription du patient au Dossier Santé Québec (DSQ).

Cette alliance thérapeutique ne devrait pas contenir de règles ni de menaces contraignant l'accès aux soins de santé, sauf en cas de dangerosité (ex. : en présence de comportements violents ou de menaces envers l'équipe de soins).

Il est recommandé de s'entendre et de signer une alliance thérapeutique avec le patient dès son entrée en traitement. Toutefois, le refus d'un patient de signer cette alliance n'est pas un motif d'exclusion du traitement. Une alliance thérapeutique pourra être proposée ultérieurement.

2.4.1 PRESCRIPTION

Comme il a été mentionné plus tôt, les professionnels de la santé habilités par une loi peuvent prescrire un traitement pour le TUO, notamment les médecins, les résidents en médecine et les IPS.

Les traitements à long terme par agonistes opioïdes, dont la buprénorphine/naloxone et la méthadone, ont montré le meilleur taux de rétention en traitement et d'abstinence soutenue en matière d'opioïdes illicites, ainsi qu'une réduction des risques de morbidité et de mortalité. Pour ces raisons, ce type de traitement est à prioriser pour un patient présentant un TUO.

Parmi les molécules agonistes opioïdes disponibles, la buprénorphine/naloxone constitue présentement le premier choix quant au traitement de maintien en raison de son profil d'innocuité supérieur, de ses effets indésirables de moindre importance et d'une plus grande sécurité, dans le cas où le patient reçoit des doses non supervisées. La méthadone constitue un second choix. La morphine orale à libération lente unquotidienne (LLU) sera quant à elle réservée aux cas d'échec ou d'intolérance à la buprénorphine/naloxone et à la méthadone, **après consultation ou transfert à un professionnel expérimenté. D'autres traitements pharmacologiques sont également accessibles, mais ils ne sont pas abordés dans les présentes lignes directrices.**

La prise en charge des symptômes physiques du sevrage uniquement est à proscrire, puisqu'elle n'a pas démontré son efficacité et compromet la sécurité du patient en augmentant le risque de surdose. Cette approche devrait donc être évitée. Idéalement, toute forme de traitement devrait aussi intégrer un accompagnement ou un soutien social ou psychologique, ainsi qu'un suivi à long terme de la consommation de substances, même lorsqu'il y a eu sevrage ou arrêt complet du TAO.

Toute personne vivant avec un TUO ainsi que les membres de son entourage devraient avoir en leur possession de la naloxone et avoir reçu une formation pour en faire une utilisation sécuritaire. Pour plus d'information sur la naloxone, consulter le [site Web](#) de l'INESSS.

2.4.2 RÈGLEMENT ET NORMES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES ORDONNANCES

Le prescripteur qui rédige une ordonnance doit respecter la législation et la réglementation fédérale ainsi que le [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#), découlant de la *Loi médicale*. Une attention particulière doit être accordée à la transmission des ordonnances de méthadone ou de buprénorphine/naloxone, encore plus spécifiquement en ce qui concerne les ordonnances de morphine à LLU. Lorsque ce dernier médicament est prescrit dans le cadre d'un TAO, il importe de le préciser sur l'ordonnance. Dans le cadre du respect des lois et règlements fédéraux concernant les stupéfiants, des mesures pour minimiser les risques de détournement doivent être déployées. **Pour ce faire, seule une ordonnance écrite de stupéfiants dont l'authenticité peut être vérifiée par le pharmacien peut être acceptée.*** Il revient à la fois au prescripteur et au pharmacien de veiller à éviter les détournements d'opioïdes.

En début de traitement, le prescripteur ou un autre professionnel de la santé engagé auprès du patient devrait communiquer verbalement avec le pharmacien qui offrira les services à la pharmacie choisie par le patient. Il l'avise du nom du patient, de la dose prescrite et du plan de traitement. Il lui fait parvenir le formulaire d'alliance thérapeutique et le formulaire de consentement aux échanges entre les professionnels concernés, s'il y a lieu. L'ordonnance remise au patient, avec le nom et l'adresse du pharmacien, doit spécifier : la dose quotidienne, la durée précise de la validité de l'ordonnance, la quantité totale du médicament prescrit, la date du prochain rendez-vous, si connue, ainsi que le nombre de doses non supervisées (voir section 3.3.3), lorsqu'il s'agit d'un patient stabilisé répondant aux critères énumérés dans ce document. Si le patient change de pharmacie, le prescripteur doit informer les deux pharmaciens afin d'éviter que le patient ne dispose de deux ordonnances valides. Une discussion entre les deux pharmaciens est de mise pour assurer la continuité des soins pharmaceutiques auprès du patient.

* **NOTE IMPORTANTE:** Depuis le 19 mars 2020 et jusqu'au 30 septembre 2026, des exemptions ont été accordées par Santé Canada. Durant cette période, l'ordonnance verbale est également permise.

Le fait de devoir obtenir une nouvelle ordonnance en mains propres constitue pour certains patients une motivation supplémentaire pour se présenter à leur rendez-vous médical. Il pourrait être accepté, suivant l'appel du prescripteur au préalable, de transmettre une ordonnance par une autre modalité. **Il est impératif qu'un seul moyen de transmission soit utilisé. Par exemple, la même ordonnance ne doit pas être à la fois télécopiée et remise en mains propres au patient.**

2.5 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA SURVEILLANCE ET AU SUIVI

La surveillance et le suivi des patients présentant un TUO visent à évaluer les résultats des traitements pharmacologiques et thérapeutiques, à détecter les effets indésirables ou les signes de toxicité, ainsi qu'à évaluer l'adhésion au traitement. Ce travail se fait en équipe, chaque professionnel effectuant cette surveillance lors de ses suivis respectifs.

La surveillance clinique et la surveillance de la thérapie médicamenteuse permettent notamment d'émettre un jugement sur l'état de santé du patient et d'ajuster les interventions en fonction des résultats attendus et obtenus. Cela permet également de gérer les risques inhérents à la prise de tels médicaments et de prendre les moyens pour assurer la santé et la sécurité du patient et de ses proches, s'il y a lieu.

2.5.1 SURVEILLANCE DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE PAR LE PHARMACIEN

Une des particularités du traitement du TUO est que le patient rencontre son pharmacien fréquemment. Le pharmacien a ainsi la possibilité d'observer l'état dans lequel se présente son patient. Au fil des nombreuses visites à la pharmacie, une relation de confiance s'établit et des liens thérapeutiques privilégiés se tissent.

Le pharmacien joue ainsi un rôle clé autant auprès de son patient que des autres professionnels concernés. La mise en place d'outils, entre autres pour la collecte des renseignements généraux et spécifiques sur le patient vivant avec un TUO ainsi que pour le suivi quotidien et hebdomadaire, est recommandée. Une méthode standardisée de consignation au dossier, assurant une communication intra et interprofessionnelle efficace ainsi que la continuité des soins, est favorisée⁵.

⁵ Pour des suggestions d'outils, consulter le [guide d'application des standards de pratique de l'Ordre des pharmaciens du Québec](#).

Lorsque le patient se présente pour obtenir son médicament, le pharmacien évalue s'il est apte à prendre la dose et à disposer des doses prescrites en mode non supervisé. Le pharmacien recherche spécifiquement la présence de signes et de symptômes de sevrage ou d'intoxication aux opioïdes, d'indicateurs de la prise d'autres déprimeurs du système nerveux central (SNC), comme l'alcool ou les benzodiazépines, et d'indices de déstabilisation. En évaluant l'état physique et mental du patient au regard du TAO, le pharmacien décide s'il remet une dose au patient, s'il lui demande de revenir plus tard ou s'il l'adresse à un autre professionnel de la santé.

Parmi les indices de déstabilisation, notons :

- › La perte fréquente de doses;
- › La demande répétée de renouvellements hâtifs du TAO ou d'autres médicaments à potentiel d'abus (ex. : benzodiazépines (BZD), gabapentinoïdes);
- › L'absence de symptômes de sevrage malgré des doses de méthadone manquées;
- › Un problème d'adhésion aux autres traitements;
- › La demande de se retirer du DSQ;
- › La dégradation apparente des mesures d'hygiène;
- › Le changement fréquent de domicile;
- › Le changement de comportement.

En raison du potentiel de surdoses lié à la désensibilisation rapide aux opioïdes (voir section 3.3.1), si des doses sont omises, le pharmacien interviendra auprès du patient et auprès du prescripteur selon les consignes précisées aux annexes III et IV. Si des doses non supervisées sont prescrites au patient, le pharmacien s'intéressera aussi à la façon dont elles sont gérées par le patient, dans le but d'apprécier sa capacité à les maintenir en sécurité.

2.5.2 SURVEILLANCE CLINIQUE PAR LE MÉDECIN, L'IPS ET L'INFIRMIÈRE

Pour le médecin, l'IPS et l'infirmière, la surveillance clinique vise à repérer les alertes cliniques, à anticiper les situations à risque et à déceler rapidement les complications et la détérioration de l'état de santé des patients sous opioïdes. Les alertes cliniques portent notamment sur les signes de toxicité, la tolérance au traitement, la survenue d'effets indésirables, l'adhésion au traitement et l'état mental, notamment les signes de détérioration de l'état mental et l'évaluation du risque suicidaire.

Pour chaque intervention auprès du patient, la documentation au dossier devrait porter sur :

- › L'évolution du problème de dépendance et des autres problèmes de santé décelés;
- › L'information concernant la présence de signes et de symptômes de sevrage ou de surdose, ainsi que les effets indésirables;
- › Le niveau de confort obtenu avec la médication actuelle;
- › L'assiduité aux doses prescrites : sont-elles toutes prises ? (Il importe de vérifier auprès du DSQ et du pharmacien, surtout en début de traitement);
- › L'apparition de nouveaux problèmes, s'il y a lieu;
- › La consommation de drogues ou d'autres substances ou la surdose depuis la dernière visite médicale;
- › Les comportements à risque;
- › L'examen physique, l'examen cutané et les paramètres fondamentaux (TA, poids) s'il y a lieu;
- › Les résultats des examens complémentaires ainsi que la conduite à tenir qui en découle;
- › La justification de tout changement de dose ou de plan d'intervention (plus particulièrement en cas de doses élevées > 120 mg par jour ou de doses fractionnées de méthadone);
- › Le prochain rendez-vous et la nouvelle ordonnance;
- › Les notes communiquées par le pharmacien et les autres professionnels.

La fréquence et les modalités de surveillance clinique devraient être ajustées selon le jugement clinique du professionnel et en considération notamment de la phase de traitement, de l'évolution de l'état de santé et du choix de traitement. Les professionnels sont invités à consulter les différentes lignes directrices cliniques accessibles en cette matière.

2.5.3 TESTS URINAIRES

Le test urinaire est un outil clinique qui peut avoir son utilité comme complément à l'anamnèse ou même pour aider le patient à dépister une consommation incertaine, lorsqu'il y a crainte de contamination. Il peut être utilisé si l'anamnèse ne correspond pas aux données cliniques ou s'il y a suspicion de mésusage. Son utilisation fréquente et régulière d'emblée n'est pas recommandée.

De plus, il ne doit pas être utilisé de façon punitive, par exemple en l'associant directement au nombre de doses non supervisées. Pour favoriser la relation de confiance, le patient devrait également être informé que ce test a une valeur informative et non coercitive. La fréquence des tests urinaires, si effectués, ne doit pas nuire à la réadaptation du patient ou à son maintien dans le programme. La personne en traitement a le droit de refuser d'effectuer le test. Les tests urinaires directement supervisés vont à l'encontre du respect de l'intimité du patient. Ils ne devraient être effectués qu'exceptionnellement, par exemple lors d'une suspicion de falsification d'échantillon d'urine. Le patient a aussi le droit d'être informé à l'avance lorsqu'un test sera demandé. La majorité des personnes ne devraient pas avoir besoin de faire des tests fréquents et réguliers en cours de traitement.

Les tests de dépistage urinaire peuvent être réalisés de manière rapide en cabinet ou une fois acheminés au laboratoire. Chaque test, tout comme chaque laboratoire, dépiste un certain nombre de substances (par exemple, plusieurs laboratoires ne détectent pas systématiquement le fentanyl ou la buprénorphine/naloxone) et a des sensibilités et des spécificités qui peuvent différer. Elles doivent donc être connues du prescripteur afin que le résultat soit interprété adéquatement. La présence de faux positifs ou négatifs est possible pour presque tous les tests courants. Il est par conséquent important de valider avec le laboratoire, plus particulièrement si le résultat ne concorde pas avec l'évaluation. Signalons que les tests urinaires réalisés pour le dépistage des drogues ne détectent pas la présence d'alcool dont la prise, en association avec la méthadone ou la buprénorphine/naloxone, met le patient à risque de surdose.

La pharmacie communautaire n'est pas un lieu propice aux prélèvements ni à l'entreposage des échantillons d'urine. La prescription des tests urinaires n'est donc pas inscrite sur l'ordonnance dédiée à la pharmacie communautaire.

Section 3/ Les modalités pour sécuriser le traitement

3.1 IMPLICATION DES PROCHES DU PATIENT PRÉSENTANT UN TUO ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Le TUO est considéré comme une maladie chronique complexe dans laquelle interagissent divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les risques liés au traitement du TUO militent en faveur de l'implication des proches et des personnes significatives dans cette démarche, et ce, autant pour assurer une surveillance des complications possibles que pour soutenir le patient. Ainsi, sous réserve du consentement du patient, les proches contribuent de façon essentielle à son rétablissement.

Il importe aussi que les proches, les personnes significatives ainsi que l'entourage du patient soient formés à intervenir en cas d'intoxication, notamment pour avoir recours à la naloxone.

Différentes ressources complémentaires offrent un éventail de services au patient et à sa famille, dont des organismes communautaires réseautés, des associations de patients, etc. Les professionnels qui œuvrent auprès de cette clientèle doivent connaître ces organismes pour pouvoir leur adresser leurs patients et leurs proches au besoin.

3.2 SUPERVISION DU TRAITEMENT

3.2.1 GESTION LORS D'UNE OMISSION DE DOSES

Il peut arriver, en cours de traitement, volontairement ou pas, qu'un patient manque un ou plusieurs jours de traitement. La tolérance aux opioïdes peut diminuer rapidement quand la médication est interrompue, surtout si le patient ne consomme pas d'autres opioïdes, ce qui le rend encore plus vulnérable aux intoxications. Il pourrait présenter des effets indésirables importants en reprenant la dose habituelle après plusieurs jours sans opioïdes, sans procéder de façon graduelle. Ce risque justifie la mise en place d'une démarche pour

sécuriser la reprise de la médication, selon le nombre de doses omises, comme présenté aux annexes III et IV. Ces tableaux indiquent, entre autres, les actions que peut exécuter le pharmacien et quand consulter le prescripteur pour ce qui est de la buprénorphine/naloxone et de la méthadone.

En ce qui concerne la morphine à LLU, dès que deux doses consécutives sont manquées, le pharmacien doit se référer au prescripteur avant de servir une autre dose.

3.2.2 LIMITATION DES DOSES FRACTIONNÉES DE MÉTHADONE

Le fractionnement des doses de méthadone consiste à séparer la dose quotidienne de méthadone en deux ou trois prises, plutôt que d'effectuer une prise unquotidienne. En raison d'un risque de détournement plus élevé, les doses fractionnées ne devraient être prescrites que pour des situations exceptionnelles. À titre d'exemples, mentionnons la grossesse, une douleur chronique, un métabolisme rapide, des nausées postprise de méthadone, etc.

Le prescripteur doit toujours documenter la raison du fractionnement et communiquer avec le pharmacien.

3.2.3 DOSES SUPERVISÉES ET DOSES NON SUPERVISÉES

Une dose non supervisée se définit comme l'autorisation d'emporter avec soi la dose d'une journée ou de plusieurs journées de traitement. Le prescripteur précise sur l'ordonnance le nombre et la fréquence des doses supervisées par le pharmacien. Cette dose doit être distinguée, dans le cas de la buprénorphine/naloxone, de la dose à jour alterné (dose régulière donnée deux ou trois jours par semaine et supervisée par le pharmacien).

L'octroi de doses non supervisées fait partie du plan de traitement après l'analyse par le prescripteur des bénéfices et des risques associés à l'apport de doses à la maison. Le jugement clinique du prescripteur demeure central pour la prise de décision concernant les modalités reliées aux doses non supervisées. Le pharmacien peut aussi décider de ne pas remettre une ou des doses non supervisées, s'il estime qu'il y a danger pour son patient ou pour la communauté, et inviter le patient à revenir à la pharmacie pour les prendre. Il en informe le prescripteur dès que possible.

L'obtention de doses non supervisées repose sur la capacité du patient à gérer sa médication, c'est-à-dire la stabilité qu'il démontre dans son fonctionnement

et dans l'atteinte de certains objectifs poursuivis. La décision de permettre des doses non supervisées peut être prise uniquement par le prescripteur et doit être justifiée au dossier.*

Avant d'accorder une dose non supervisée, le prescripteur prend avant tout en considération **la sécurité du patient et de la communauté**. Il s'assure de la capacité du patient à gérer de façon sécuritaire la prise du TAO et le fait de l'avoir en sa possession. Le prescripteur tient compte de la consommation de façon concomitante de toute autre substance qui pourrait présenter des risques d'intoxication ou entraver gravement les buts poursuivis avec ce traitement.

En raison de son profil de sécurité favorable, la buprénorphine/naloxone peut être fournie au patient en doses non supervisées plus rapidement et pour une durée de traitement plus longue que pour les autres TAO. Pour certains patients, les doses non supervisées de buprénorphine/naloxone peuvent être prises dès la période d'induction et être servies pour une durée allant jusqu'à un mois, si la situation est jugée sécuritaire par le prescripteur.

En revanche, la prudence est de mise pour la méthadone, surtout en début de traitement. Le professionnel doit se référer aux guides cliniques publiés par les sociétés savantes.

Une réévaluation des doses non supervisées devrait avoir lieu en cas de :

- › Incapacité de confiner ses doses dans un endroit sécuritaire;
- › Risque de détournement;
- › Idées suicidaires, atteinte cognitive, psychose ou risque de mauvaise utilisation;
- › Instabilité psychosociale importante.

Une rechute peut nécessiter un accompagnement plus poussé qui aidera le patient à ne pas abandonner son traitement.

Le pharmacien ou l'infirmière qui décide d'annuler ou de réduire le nombre de doses non supervisées doit en aviser le prescripteur.

En cas de doses perdues, volées ou détruites, le patient devra contacter son équipe traitante. Le remplacement de ces doses reposera sur le jugement clinique du prescripteur.

* **NOTE IMPORTANTE:** Depuis le 19 mars 2020 et jusqu'au 30 septembre 2026, des exemptions ont été accordées par Santé Canada. Durant cette période, le pharmacien est autorisé à modifier l'ordonnance pour permettre des doses non supervisées aux patients. Il est recommandé d'en informer le prescripteur dès que possible.

En raison d'un risque de détournement plus important, il est recommandé que toutes les doses de morphine orale à LLU soient supervisées. Des exceptions peuvent être prévues selon le jugement du prescripteur.

3.2.4 PRÉPARATION ET GESTION DES RISQUES EN PHARMACIE

En plus d'assurer la surveillance de la thérapie, le pharmacien est aussi responsable de l'approvisionnement des médicaments, de leur entreposage ainsi que de leur distribution efficace et sécuritaire. Il doit particulièrement s'assurer que les lieux sont adaptés et que les politiques et procédures sont en place en vue de la préparation des médicaments et de l'observation de la prise des doses.

LIEUX ADAPTÉS

Le pharmacien adapte son milieu d'exercice pour accueillir les patients qui requièrent une évaluation et une supervision étroite lors de la prise de leur dose. Il doit faire en sorte de préserver la confidentialité de ces patients, y compris lors du service des médicaments.

Un espace dédié et sécurisé pour la préparation de la méthadone doit être conforme à la *Norme 2012.01 des préparations magistrales non stériles en pharmacie* de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

POLITIQUES ET PROCÉDURES

Dans le but de standardiser et de sécuriser le service au sein d'une pharmacie, le pharmacien devra appliquer des politiques et des procédures en concordance avec la gestion des médicaments à risque et précisant entre autres les aspects suivants :

- › Préparation des doses de méthadone, étiquetage;
- › Évaluation du patient;
- › Observation de la prise de dose selon la médication;
- › Gestion de l'inventaire;
- › Entreposage;
- › Gestion des surdoses.

PRÉPARATION DES DOSES DE MÉTHADONE

La méthode de préparation doit être connue, standardisée et sécuritaire. Le lieu de préparation et l'entreposage de la méthadone doivent être définis et distincts du circuit du médicament de la pharmacie, dans une optique de gestion des médicaments à risque.

Le choix de la concentration de la solution mère repose entre autres sur les éléments suivants :

- › La [Politique 0051](#) de Santé Canada interdit la préparation d'un médicament lorsqu'il existe un produit identique déjà homologué. Toutefois, un médicament peut être préparé quand il offre une solution thérapeutique personnalisée pour améliorer les soins du patient sans dupliquer un médicament approuvé;
- › L'usage d'une seule concentration de la solution mère, afin d'éviter des erreurs de sélection.

Le pharmacien doit se doter de l'équipement adapté à la précision de mesures nécessaires, selon la concentration de la solution mère choisie. Il s'assure de respecter la [Norme 2012.01 des préparations magistrales non stériles en pharmacie](#).

Toutes les doses, y compris les doses de méthadone liquide non supervisées, sont toujours servies sous forme unidose, c'est-à-dire une dose par bouteille de 100 ml.

La solution de méthadone doit être rediluée dans un liquide impropre à l'injection, afin d'en limiter le détournement. Le pharmacien veillera à choisir un diluant pour lequel on dispose de données de stabilité (par exemple, un jus comme le « Tang » est souvent utilisé). D'autres diluants peuvent être utilisés, notamment pour des patients diabétiques.

Pour la majorité des patients, chaque dose préparée est complétée jusqu'à un volume total de 100 ml. Chez certains patients, entre autres pour des raisons médicales, le volume pourrait être moindre.

L'étiquetage des doses individuelles doit être conforme à la réglementation en vigueur et indiquer clairement qu'il s'agit d'un médicament à risque.

Comme pour toute préparation, le pharmacien doit déterminer la date limite d'utilisation (DLU) selon la formulation utilisée et le diluant.

3.2.5 OBSERVATION DE LA PRISE DES DOSES

Avant de remettre une dose à un patient, le pharmacien doit d'abord évaluer si ce dernier est apte à recevoir cette dose. Cette évaluation est effectuée en tout temps par un professionnel de la santé, en présence du patient. Elle ne peut être confiée à un non-professionnel, par exemple à un assistant technique en pharmacie ou à un livreur.

À la pharmacie, sous la supervision constante du pharmacien, seule l'observation de la prise d'une dose de buprénorphine/naloxone peut être déléguée, selon une procédure, au personnel technique qualifié. En dehors de la supervision du pharmacien, l'observation de la prise d'une dose doit être effectuée uniquement par un professionnel de la santé.

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE

Le professionnel ou l'assistant technique qui procède à la supervision de la prise d'une dose de buprénorphine/naloxone s'assure des aspects suivants :

- › La dose est administrée dans une aire adaptée et confidentielle;
- › Le patient place le ou les comprimés sous la langue;
- › Il a avisé le patient de ne pas croquer les comprimés, de ne pas les avaler et d'éviter d'avaler sa salive pendant toute la durée de la dissolution;
- › Il surveille adéquatement le patient pendant la dissolution, selon son jugement et au besoin, s'il y a suspicion de détournement des comprimés.

En cas de vomissements ayant lieu après la prise des doses, ces dernières ne sont pas remplacées, puisque l'absorption est sublinguale.

MÉTHADONE

Le professionnel qui remet une dose de méthadone à un patient s'assure des aspects suivants :

- › L'administration se fait dans une aire adaptée et confidentielle;
- › La dose est diluée dans un diluant impropre à l'injection (ex. : jus fruité);
- › Le patient boit la dose en entier devant lui;
- › Il est en mesure de parler par la suite;
- › Le contenant est vide.

En cas de vomissements, lorsque le professionnel de la santé en est témoin, la dose de remplacement, s'il y a lieu, doit faire l'objet d'une nouvelle ordonnance, ce qui implique une communication avec le prescripteur.

MORPHINE À LIBÉRATION LENTE UNIQUOTIDIENNE (LLU)

Le professionnel qui remet une dose de morphine à LLU s'assure que les capsules ne sont ni mâchées, ni écrasées, ni dissoutes, puisque cela peut entraîner l'absorption rapide d'une dose de morphine potentiellement mortelle.

Pour minimiser les risques de diversion ou de prise inadéquate du médicament, le contenu des capsules (microbilles) peut, entre autres, être mélangé à de la compote préparée juste avant l'administration. Pour s'assurer de la prise entière de la dose, toute la quantité utilisée doit être consommée. Ensuite, il importe de faire boire au patient un verre d'eau pour s'assurer que toutes les microbilles ont été avalées.

Il importe de préciser au patient, même lorsque les microbilles sont mélangées à de la compote, qu'elles ne doivent être ni croquées ni écrasées.

3.3 ARRÊT DU TRAITEMENT

3.3.1 ARRÊT VOLONTAIRE

La littérature médicale indique clairement que les patients qui suivent un traitement à long terme en retirent des bénéfices. Il est également prouvé que la majorité des patients qui cessent prématurément le traitement sont à risque de rechute de consommation illicite au cours de l'année qui suit. Toutefois, il est possible, après une certaine période de traitement et de stabilité clinique, que le patient envisage un sevrage. Cela devra se faire uniquement lorsque le patient se sentira prêt, au rythme qu'il pourra tolérer. Cependant, dans la majorité des cas, le maintien du traitement à long terme est à favoriser.

Le patient a le droit de choisir en tout temps de cesser volontairement son traitement. Il demeure toutefois plus à risque de décès, de surdose et de rechute, s'il procède au sevrage par lui-même. Le clinicien doit l'en informer. Si, malgré tout, il décide de le cesser, il est recommandé de l'encourager à maintenir un lien thérapeutique. Le sevrage a plus de chances de réussir s'il y a abstinence de substances illicites durant une période prolongée, un fonctionnement social approprié avec un réseau exempt de consommateurs d'opioïdes, absence de problèmes psychiatriques non traités et présence d'un bon soutien social. Le patient doit donc recevoir toute l'information requise pour prendre une décision éclairée concernant son sevrage.

Le traitement devrait être repris le plus rapidement possible si le patient le désire. Le sevrage sera également cessé ou renversé à sa demande, s'il expérimente un « craving », de la dysphorie, des symptômes de retrait ou une rechute avec un opioïde. En général, un sevrage lent de la molécule du TAO étalé sur plusieurs mois est plus susceptible de réussir qu'un sevrage rapide. En raison d'une augmentation du risque de surdose, une prescription de naloxone est requise.

3.3.2 ARRÊT INVOLONTAIRE OU ARRÊT FORCÉ

L'arrêt involontaire ou forcé du traitement est à éviter. Toutefois, certaines situations, telles que la violence, les menaces ou autres intimidations, peuvent nécessiter la cessation immédiate du traitement. Lors d'une utilisation inappropriée, le professionnel doit déployer les moyens requis pour assurer la sécurité du patient, ce qui peut impliquer une diminution de la dose ou le retrait des doses non supervisées. L'interruption du traitement doit être envisagée seulement en dernier recours.

3.3.3 OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS LORS DE L'ARRÊT DU TRAITEMENT

Le code de déontologie respectif des professionnels de la santé souligne que ceux-ci ne peuvent mettre fin à une relation thérapeutique que lorsqu'ils ont un motif raisonnable de le faire. Par exemple, le professionnel peut mettre fin au traitement, entre autres si le patient l'incite à accomplir des actes illégaux, injustes ou frauduleux.

En revanche, le professionnel qui ne peut plus assumer le suivi requis pour un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis, et y contribuer dans la mesure du nécessaire.

Dans le contexte particulier d'un TAO, il pourrait être difficile de diriger le patient vers une autre ressource. Le professionnel devrait alors justifier dans le dossier la raison de la cessation du traitement, en informer le patient, lui faire part des autres ressources possibles et lui accorder un délai raisonnable afin de lui permettre de faire les démarches nécessaires pour obtenir les services requis. Sauf en cas de force majeure, le professionnel assure le suivi du patient jusqu'à ce qu'un successeur le prenne en charge. En raison d'une augmentation du risque de surdose, une ordonnance de naloxone est requise.

3.4 PROGRAMME ALERTE

Ce programme a été créé par l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1985 et s'inscrit dans la mission même de protection du public. Ce programme a d'abord pour objectif de venir en aide aux patients qui présentent un problème d'abus de médicaments obtenus après consultation de plusieurs médecins, IPS et pharmaciens ou au moyen d'ordonnances fausses ou falsifiées. Il vise aussi à encourager l'usage approprié des médicaments et à contrer le détournement de drogues licites. Il repose sur la collaboration et la vigilance des professionnels de la santé.

Le programme Alerte permet de jumeler le patient à une pharmacie afin de faciliter la surveillance de sa thérapie médicamenteuse. Ainsi, une alerte est transmise à toutes les pharmacies d'une ou de plusieurs régions. Elle les informe qu'un patient a été jumelé à telle pharmacie en particulier; c'est donc uniquement dans cette dernière qu'il obtiendra les médicaments concernés. Selon la situation, il est aussi possible qu'un prescripteur soit désigné pour la prescription d'un médicament en particulier ou pour une classe de médicaments.

Un patient peut être inscrit en tout temps, qu'il soit en traitement de TUO ou pas. L'inscription au programme Alerte pourrait être indiquée lors d'un mésusage de médicaments. Le refus du patient de s'inscrire au programme Alerte n'est pas un motif valable pour retarder l'instauration ou la poursuite du traitement.

Section 4/ Des situations particulières

4.1 ADOLESCENTS (MOINS DE 18 ANS)

Les adolescents souffrant de TUO présentent souvent plusieurs facteurs de risque psychosociaux et une histoire personnelle et familiale complexe liée à la toxicomanie et aux troubles mentaux. Il faut donc chercher d'abord et avant tout à établir une alliance thérapeutique et un lien de confiance qui encourageront l'adolescent à se soumettre à un suivi à long terme. L'implication de la famille, lorsque possible et consentie, peut jouer un rôle important.

Un dépistage adéquat des problèmes de dépendance chez les jeunes, en utilisant des outils de dépistage validés, permet une reconnaissance et une prise en charge précoce afin d'éviter des problèmes à plus long terme.

L'opinion d'un professionnel expérimenté en TUO est souhaitable avant d'amorcer un TAO.

4.2 FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Toutes les patientes en âge de procréer doivent effectuer un test de grossesse avant le début du traitement et au besoin par la suite. Elles doivent être informées des méthodes contraceptives et des risques de tomber enceintes avec un traitement pharmacologique. Le fait d'être en âge de procréer n'influe pas sur le choix du traitement. Il faut suspecter une grossesse chez une patiente en traitement, stabilisée, qui ressent soudainement le besoin d'augmenter sa dose de TAO.

4.3 GROSSESSE

Une priorité d'accès au TAO doit être accordée aux femmes enceintes souffrant de TUO. Il est reconnu qu'une rechute entraîne une augmentation significative du risque de mortalité et de morbidité de la mère et du fœtus.

L'alternance de sevrages et de surdosages ainsi que les risques associés à la dépendance aux opioïdes sont néfastes pour l'issue de la grossesse. Non traitée, la consommation d'opioïdes est lourde de conséquences pour l'enfant à naître. Certains risques sont accrus, notamment : l'avortement spontané, la mort *in utero*, l'accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin, un faible poids à la naissance et le syndrome de sevrage néonatal pour le nouveau-né.

Il est donc urgent de diriger la femme enceinte vers un professionnel de la santé habilité à instaurer et à prendre en charge le TAO.

4.4 ALLAITEMENT

L'allaitement est compatible avec un traitement pour un TAO et devrait être encouragé, sans considérer la dose de médicament prescrite. Notons qu'étant donné le peu d'études sur l'utilisation de la buprénorphine/naloxone, les patientes devraient être informées des risques et des bénéfices pour le nouveau-né lorsqu'elles prennent cette médication. En revanche, l'allaitement est contre indiqué chez celles qui utilisent des drogues illicites. Ce sujet doit donc être analysé avec l'équipe médicale qui s'occupe de la mère et de l'enfant.

4.5 HEURES D'OUVERTURE DE LA PHARMACIE CHOISIE

Lorsque le patient choisit une pharmacie qui n'offre pas de services tous les jours, le prescripteur peut avoir recours à une dose non supervisée pour la journée où la pharmacie est fermée.

Lorsqu'une dose non supervisée est jugée non sécuritaire et que la pharmacie choisie est fermée, par exemple le dimanche, une pharmacie dite « alternative » peut servir la médication. Le médecin doit communiquer, au préalable, avec ce pharmacien pour faire des arrangements, à savoir fournir une ordonnance valide, afin que le patient puisse recevoir sa dose les jours où la pharmacie choisie est fermée. Le médecin informe les deux pharmaciens concernés. Il est de plus nécessaire que les deux pharmaciens communiquent entre eux pour assurer la continuité des soins.

4.6 DÉTENTION PROVISOIRE

La détention provisoire est la détention à laquelle une personne est soumise avant de comparaître. Cette personne peut être incarcérée au poste de police ou dans un établissement de détention. La plupart du temps, cette incarcération est de courte durée et la comparution a lieu, en général, dans les heures suivant l'arrestation, mais elle peut parfois s'étendre durant 48 à 72 heures.

Il est recommandé que les personnes sous TAO puissent poursuivre leur traitement pendant leur séjour en détention provisoire. L'accès aux médicaments pour le traitement du TUO permet une meilleure stabilité clinique de la personne incarcérée, facilite sa collaboration et lui permet de comparaître en cour en toute lucidité.

Le détenu est alors conduit par les autorités à sa pharmacie pour avoir accès à sa dose s'il y a lieu.

4.7 MILIEU CARCÉRAL

Les milieux carcéraux doivent assurer une continuité de traitement. Si la personne incarcérée ne recevait pas de TAO avant son incarcération, on profitera de cette période pour démarrer un traitement.

Le milieu carcéral est un lieu où les risques de diversion sont grands et où des mesures de précaution doivent être prises et incluses dans les procédures. Elles doivent notamment spécifier :

- ▶ La gestion des stupéfiants (conservation et registre);
- ▶ La gestion de l'administration et de la supervision des traitements du TUO;
- ▶ Le protocole de traitement d'une surdose, prouvée ou suspectée, d'opioïdes, y compris la naloxone.

En cas de surdose, le patient doit être traité sur place puis transféré vers un centre hospitalier.

Les personnes incarcérées présentent un risque élevé de surdose une fois qu'ils ont quitté le milieu carcéral. Ainsi, il est fortement recommandé qu'une trajectoire de services soit déployée afin d'assurer la continuité des soins et des services. Lors du congé, il importe que l'équipe de soins qui assurera le suivi en communauté obtienne toutes les informations nécessaires pour faire le suivi clinique requis.

Au moment du départ, le prescripteur du milieu carcéral doit :

- › Communiquer verbalement avec le pharmacien qui offrira les services à la pharmacie choisie par le patient. Il l'avise du nom du patient, de la dose prescrite et du plan de traitement. Il lui fait parvenir le formulaire d'alliance thérapeutique et le formulaire de consentement aux échanges entre les professionnels impliqués, s'il y a lieu;
- › Fournir une ordonnance valide aux pharmaciens communautaires du patient;
- › Sensibiliser le patient aux risques de rechute possibles et aux surdoses;
- › Encourager le patient à adhérer au traitement;
- › Préconiser l'utilisation des doses supervisées jusqu'à ce que l'équipe traitante en communauté reprenne le suivi clinique du patient;
- › Prescrire de la naloxone à emporter;
- › Établir un lien avec les intervenants en communauté (ex. : travailleur social, agent de probation) afin d'assurer la couverture des médicaments par le régime public d'assurance médicaments, le cas échéant.

Toute personne incarcérée ayant un TAO devrait se voir offrir une trousse de naloxone au moment de quitter le milieu carcéral.

4.8 SÉJOUR HOSPITALIER

Lors d'une période d'hospitalisation, le TAO doit être poursuivi, sauf en cas de contre-indication.

Tout prescripteur habilité peut prescrire et ajuster le TAO. Toutefois, si le prescripteur juge qu'il n'a pas la capacité d'assurer le suivi clinique requis, il est recommandé de consulter un professionnel ayant une expertise en TAO.

Lorsqu'un patient sous TAO est vu à l'urgence ou admis à l'établissement de santé, il importe de vérifier son plan de traitement et son adhésion auprès du pharmacien communautaire et du médecin ou de l'IPS, afin d'éviter d'administrer une dose qui pourrait s'avérer risquée dans le cas où il n'aurait pas pris de doses pendant quelques jours. La vérification au DSQ est utile, mais la communication avec le pharmacien communautaire est nécessaire.

Au congé hospitalier, une communication entre l'équipe traitante de l'hôpital et celle du patient dans la communauté est nécessaire. Une vérification de la validité de l'ordonnance devra être faite par le prescripteur et le pharmacien afin d'éviter une interruption non souhaitée de la thérapie. Cette période critique exige une vigilance accrue des soignants, afin de veiller à la poursuite du traitement et à la continuité des soins et des services.

4.9 TROUBLES MENTAUX EN CONCOMITANCE

La prévalence des problèmes de santé mentale est élevée chez les patients souffrant de TAO. Des problèmes d'ordre affectif, d'anxiété sévère ou de troubles de la personnalité sont plus fréquents que dans la population en général. Il est donc important de cerner ces problèmes, car les opioïdes ont pu être utilisés pour soulager les symptômes associés à ces troubles. L'évaluation du trouble mental est donc essentielle et doit être effectuée par un professionnel habilité.

L'utilisation de dépresseurs du SNC, par exemple les benzodiazépines chez les patients en TAO, est associée à des risques de surdose plus élevés. Ces risques doivent être évalués par le prescripteur afin de s'assurer que l'utilisation concomitante de ces médicaments est indiquée et sécuritaire.

4.10 UTILISATION EXCEPTIONNELLE DE LA MÉTHADONE EN COMPRIMÉS

Afin de minimiser les risques d'injection de la méthadone, cette dernière est fournie sous forme liquide impropre à l'injection.

L'utilisation de la méthadone sous forme de comprimés dans le cadre d'un TAO constitue une exception : lorsque jugée sécuritaire et dans certaines circonstances, en particulier lors d'un déplacement du patient (déplacement lointain pour le travail qui rend difficile l'accès au pharmacien ou voyage à l'étranger), et ce, dans le but de faciliter la continuité du traitement.

Lorsque la méthadone est prescrite sous forme de comprimés :

- › Une nouvelle ordonnance doit être délivrée en précisant la raison du recours aux comprimés (voyage ou autre) et sa durée.
- › Cette mesure doit être **exceptionnelle et strictement limitée à la durée du déplacement**, et le patient doit être avisé avant son départ qu'il devra recommencer à utiliser la méthadone sous forme liquide dès son retour.

- › Les comprimés non utilisés lors d'un retour anticipé doivent être remis au pharmacien.
- › Il n'est plus demandé au prescripteur et au pharmacien de déclarer l'usage de comprimés de méthadone à leur ordre professionnel respectif. Toutefois, il est nécessaire de consigner au dossier du patient la raison et la durée du recours à ceux-ci.

4.11 VOYAGE À L'ÉTRANGER

Les TAO sont tous des stupéfiants. Le transport de stupéfiants et de drogues contrôlées hors du pays est interdit, conformément au [Règlement sur les stupéfiants](#) et à la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#).

Toutefois, le patient peut transporter un stupéfiant ou une drogue contrôlée à l'extérieur du pays pour un approvisionnement de 30 jours maximum si les professionnels jugent que cet approvisionnement est sécuritaire pour le patient et son entourage, et dans la mesure où les conditions d'exemption de la loi canadienne sont respectées.

Soulignons que si le patient part en voyage dans un pays étranger, des lois peuvent limiter ce qu'il peut apporter avec lui, selon la durée du voyage. Il lui appartient donc de s'informer des conditions d'importation à respecter dans le pays de destination et d'apporter une preuve attestant son besoin du médicament (ex. : une copie de l'ordonnance, une étiquette apposée par la pharmacie ou, de préférence, une note explicative du médecin). Le patient devrait aviser le médecin, l'IPS et le pharmacien dès qu'il envisage de faire un voyage.

Les professionnels de la santé pourraient, avec le consentement du patient, établir un contact avec une clinique du pays de destination, dans le but de favoriser la continuité des soins.

CONCLUSION

La crise des surdoses d'opioïdes constitue un enjeu de santé et de sécurité publique de premier ordre, qui appelle des interventions ciblées et complémentaires de la part des professionnels de la santé. Elle nécessite d'avoir recours à une combinaison de mesures, dont celles visant l'amélioration de l'accès aux thérapies médicamenteuses en matière de trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, et ce, dans un contexte sécuritaire.

La continuité des soins est d'une importance capitale dans le traitement du TUO. Les soins doivent être dispensés par des professionnels compétents en la matière et selon une approche multidisciplinaire qui respecte les domaines de compétence de chacun d'entre eux.

En plus de répondre aux exigences réglementaires et déontologiques propres à chaque profession, ces soins devraient prioriser en tout temps l'intérêt du patient aux prises avec un TUO. La création d'un partenariat avec ce dernier est importante pour assurer sa collaboration tout au long de la démarche clinique. Il revient aux professionnels de la santé

d'offrir un traitement souple, adapté à la spécificité de chaque patient et fondé sur le jugement professionnel et clinique.

— Liste des sigles et acronymes

AgHBs	Antigène HBs
DLU	Date limite d'utilisation
DSQ	Dossier Santé Québec
ECG	Électrocardiogramme
FSC	Formule sanguine complète
IgG	Immunoglobuline G
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LLU	Libération lente uniquequotidienne
SNC	Système nerveux central
TA	Tension artérielle
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TUO	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
TB	Tuberculose
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

— Glossaire

Dépendance (toxicomanie) : Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent à la suite d'une consommation répétée de substances. Il faut distinguer ici les patients qui ont toujours utilisé les médicaments conformément à ce qui a été prescrit, mais qui ressentent des symptômes de sevrage lors de la cessation (dépendance physiologique), sans pour autant avoir un comportement aberrant.

Détournement : Tout usage inapproprié ou non médical d'un opioïde d'ordonnance (y compris d'un agoniste opioïde d'ordonnance), ou toute utilisation du médicament par une autre personne que celle pour laquelle il a été prescrit. Il est impératif de réduire les risques de détournement lorsqu'on prescrit un traitement par agonistes opioïdes.

Interventions psychologiques : Au sens du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, les différentes interventions ne constituent pas de la psychothérapie et peuvent être très utiles pour le traitement du TUO, comme les rencontres d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le coaching et l'intervention de crise. L'entretien motivationnel fait aussi partie de cette catégorie.

Mesures de soutien psychosocial : Services de soutien social qui visent à promouvoir la stabilité et la qualité de vie personnelle ou familiale; ils peuvent comprendre les services communautaires, les services sociaux, le logement subventionné et temporaire, les programmes d'aide sociale, la formation professionnelle, l'enseignement des aptitudes psychosociales, les services juridiques, etc.

Mésusage médicamenteux : Utilisation de médicaments à des fins autres que celles pour lesquelles ils sont généralement prescrits. On inclut dans cette définition l'obtention de médicaments de source illégitime et les habitudes de consommation à risque (ex. : altération de la formulation, modification des voies d'administration ou du dosage, etc.).

Opioides : Substances communément prescrites pour le soulagement de la douleur. Ces substances se lient aux récepteurs opioïdes présents dans le cerveau et, en les activant, réduisent la capacité à ressentir la douleur. Administrés à fortes doses, les opioïdes peuvent provoquer une euphorie, une léthargie et une dépression respiratoire. Ils peuvent être prescrits ou être obtenus illégalement. On distingue les opioïdes synthétiques (ex. : le fentanyl, la méthadone), les opioïdes semi-synthétiques (ex. : la buprénorphine, l'héroïne, l'hydromorphone, l'oxycodone) et les opioïdes d'origine naturelle (ex. : l'opium, la morphine, la codéine). Selon le type d'opioïde en cause, la formulation et les préférences individuelles, les opioïdes peuvent être utilisés oralement, par inhalation, prisés, par injection sous-cutanée, en intramusculaire ou intra-veineuse et de façon transdermique.

Opiïdes illicites : Substances pouvant être injectées, ingérées, inhalées ou absorbées par la peau et contenant des opioïdes de synthèse ou obtenus illégalement, y compris des opioïdes d'ordonnance trafiqués. Les opioïdes illicites ou de contrebande sont généralement mélangés ou « coupés » avec d'autres substances et contaminants potentiellement dangereux afin d'accroître la quantité produite et la marge de profits (ex.: l'héroïne, le fentanyl et ses dérivés, la codéine et l'oxycodone).

Prescripteur : Dans le cadre de ces lignes directrices, on entend par prescripteur un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée.

Prise en charge du sevrage (médicalement assistée) : Maîtrise des symptômes de sevrage et des événements indésirables liés au sevrage par un traitement pharmacologique (ex. : doses décroissantes d'un agoniste opioïde, utilisation d'agonistes α_2 -adrénergiques) chez une personne qui cesse l'opioïde qu'elle avait l'habitude de prendre. On utilise sciemment cette expression plutôt que les termes « détox » ou « désintoxication » pour désigner le sevrage de substances médicalement supervisé.

Réduction des méfaits : Politiques et programmes qui visent à réduire le plus possible les effets immédiats sur la santé et les conséquences socioéconomiques de la consommation de substances illicites (ex. : transmission de maladies infectieuses, mortalité par surdose, récurrence criminelle) sans exiger l'abstinence ni même une consommation diminuée. En voici quelques exemples : programmes d'échange ou de distribution de seringues, **trousses de naloxone à emporter**, centres de consommation ou d'injection supervisée, et programmes de proximité et d'éducation pour la clientèle à haut risque.

Solution mère : Solution à partir de laquelle on pourra créer des solutions filles par prélèvement d'un certain volume, complété par l'apport d'un volume de solvant, afin d'obtenir la concentration souhaitée.

Traitement par agonistes opioïdes (TAO) : Thérapie qui consiste à fournir un opioïde à longue durée d'action pour remplacer les opioïdes qui ont provoqué un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO). Ces agonistes opioïdes ont pour effet d'empêcher ou de réduire significativement les signes et les symptômes de sevrage sans toutefois provoquer d'extase.

Traitement de dépendance : Dans le présent document, on entend par « traitement de dépendance » la prise en charge continue d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes par un prestataire de soins qualifié. Ce traitement peut comprendre un traitement pharmacologique, des interventions psychosociales fondées sur des données probantes, un traitement résidentiel ou un amalgame de ces

options. Il peut être administré dans un contexte ambulatoire ou résidentiel. Considérés isolément, la gestion du sevrage, les services de réduction des méfaits, les logements à faible barrière ainsi que le soutien non structuré par les pairs ne constituent pas des *traitements de dépendance*.

Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) : Consommation problématique d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Le terme englobe tous les opioïdes, qu'ils soient synthétiques ou d'origine naturelle, pouvant être prescrits ou obtenus illégalement. Voir l'annexe I pour connaître les critères de diagnostic clinique du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes d'après le DSM-5 ainsi que les degrés de gravité. Dans le DSM-5, on délaisse délibérément les notions d'abus et de dépendance utilisées dans le DSM-IV pour décrire cette affection. On ne parle plus de « drogués » ni de « dépendants aux opioïdes » pour désigner les personnes ayant un TUO.

— Annexes

ANNEXE I : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES : TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES⁶

Mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- › Les opiacés sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
 - › Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opiacés.
 - › Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir des opiacés, à utiliser des opiacés ou à se rétablir de leurs effets.
 - › Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opiacés.
 - › Usage répété d'opiacés conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 - › Usage continu d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par leurs effets.
 - › Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opiacés.
 - › Usage répété d'opiacés dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 - › L'usage d'opiacés est poursuivi, bien que la personne sache qu'elle a un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opiacés.
 - › Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - › a) Besoin d'une quantité d'opiacés notablement plus forte pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - › b) Effet notablement diminué en cas d'usage en continu de la même quantité d'opiacés.
- N. B. Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.

⁶ Extrait de : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., Paris, Elsevier/Masson, 1200 p. Reproduction autorisée. L'APA n'est pas responsable de la traduction. Il est à noter que l'APA privilégie le terme « opiacés » plutôt que le terme « opioïdes ».

ANNEXE I : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES : TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES (SUITE)

- Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) Syndrome de sevrage caractéristique des opiacés;
 - b) Les opiacés (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
N. B. Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opiacés uniquement sous surveillance médicale.

Sévérité

Léger : présence de 2-3 symptômes

Moyen : présence de 4-5 symptômes

Grave: présence de 6 symptômes ou plus

— Annexes

ANNEXE II : COMPORTEMENTS INAPPROPRIÉS ÉVOQUANT UN MÉSUSAGE DES OPIOÏDES⁷

CATÉGORIE	EXEMPLES DE COMPORTEMENT
Modification de la voie d'administration*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'injecter, écraser ou croquer des médicaments destinés à être avalés
Obtention d'opioïdes d'autres sources*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre les médicaments d'amis ou de parents ➤ Acheter le produit d'un revendeur de rue ➤ Avoir de multiples prescripteurs
Usage non autorisé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accroître les doses à de multiples reprises sans autorisation ➤ Prendre plusieurs comprimés d'un coup plutôt qu'à l'heure prévue
Recherche de drogue	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perdre ses ordonnances et ses médicaments à répétition ➤ Insister avec agressivité sur le besoin d'augmenter la dose ➤ Harceler le personnel de la clinique pour obtenir une ordonnance par télécopieur ou un rendez-vous de dernière minute ➤ Affirmer que rien d'autre ne le soulage
Symptômes de sevrage répétés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dysphorie marquée, myalgies, symptômes digestifs, état de manque
Maladies concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépendance à l'alcool, à la cocaïne, au cannabis ou à d'autres drogues ➤ Trouble de l'humeur ou trouble anxieux sous-jacent qui ne répond pas au traitement
Fonctionnement social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fonctionnement social médiocre ou qui se détériore ➤ Inquiétudes exprimées par les proches
Opinion sur le traitement opioïde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dépendance parfois admise par le patient ➤ Résistance marquée à un changement ou à une diminution d'opioïdes ➤ Usage admis pour les effets sur l'humeur ➤ Reconnaissance possible de symptômes de sevrage inconfortables

*Comportements les plus évocateurs d'une dépendance.

⁷ Sources : GUILLOTTE, E., et A.-S. THOMMERET-CARRIÈRE (2016). « La prescription d'opioïdes : succès ou échec? », *Médecin du Québec*, vol. 51, n° 11, p. 27-31. Traduit de : WEPPLER C., R. REARDON et coll., *Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain* (part B), Hamilton, McMaster University, 2010, 126 p. Reproduction autorisée par *Médecin du Québec* et par le Michael G. De Groot National Pain Centre de McMaster University.

— Annexes

ANNEXE III : GESTION DES JOURS MANQUÉS POUR LA PRISE DE BUPRÉNORPHINE/NALOXONE⁸

MODE D'ADMINISTRATION	JOURS MANQUÉS	MESURES À PRENDRE PAR LE PHARMACIEN	CHANGEMENTS À APPORTER PAR LE PRESCRIPTEUR
Quotidien	< 3 jours	Délivrer la dose habituelle	Aucun
	≥ 3 jours	Annuler l'ordonnance en cours. Diriger le patient vers le prescripteur	Selon l'évaluation médicale, reprendre la dose initiale et la phase d'induction
Dosage alterné (administration 2 à 3 fois/semaine)	1 à 2 doses omises (pour l'équivalent d'un maximum de 4 jours consécutifs)	Délivrer la dose habituelle	Aucun
	3 doses ou plus (ou l'équivalent de plus de 4 jours consécutifs)	Annuler l'ordonnance en cours. Diriger le patient vers le prescripteur	Selon l'évaluation médicale, reprendre la dose initiale et la phase d'induction

À titre d'exemple, si un patient reçoit de la buprénorphine à raison de 16 mg les lundis et mercredis, et 24 mg les vendredis, et s'il omet ses prises du lundi et du mercredi (soit l'équivalent de quatre jours de doses quotidiennes), il peut recevoir ses doses usuelles. Par contre, s'il omet ses prises du mercredi et du vendredi (soit l'équivalent de cinq doses quotidiennes), on doit reprendre le processus d'induction.

⁸ Les consignes contenues dans cette annexe ont été formulées par un groupe d'experts québécois, médecins et pharmaciens, en matière de traitement du TUO.

— Annexes

ANNEXE IV : GESTION DES JOURS MANQUÉS POUR LA PRISE DE MÉTHADONE⁹

PHASE DE TRAITEMENT	JOURS MANQUÉS	MESURES À PRENDRE PAR LE PHARMACIEN	CHANGEMENTS À APPORTER PAR LE PRESCRIPTEUR
Phase d'induction	1 ou 2 jours	Informez le médecin Poursuivre l'ordonnance en vigueur	Aucun
	3 jours consécutifs	Annuler l'ordonnance en cours. Diriger le patient vers le prescripteur	Selon l'évaluation médicale, reprendre la dose initiale et la phase d'induction
Phase de maintien	1 ou 2 jours	Délivrer la dose habituelle	Aucun changement
	3 ou 4 jours consécutifs	Annuler l'ordonnance en cours. Diriger le patient vers le prescripteur	Selon l'évaluation, recommencer à 50 % de la dose régulière
	5 jours ou plus	Annuler l'ordonnance en cours. Diriger le patient vers le prescripteur	Reprendre la dose initiale et la phase d'induction

⁹ Les consignes contenues dans cette annexe ont été formulées par un groupe d'experts québécois, médecins et pharmaciens, en matière de traitement du TUO.

— Références

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., Paris, Elsevier/Masson, 1200 p.

QUÉBEC (2020). [Code civil du Québec : RLRQ, c. CCQ-1991](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des infirmières et infirmiers : RLRQ, c. I-8, r. 9](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des médecins : RLRQ, c. M-9, r. 17](#).

QUÉBEC (2020). [Code de déontologie des pharmaciens : RLRQ, c. P-10, r. 7](#).

QUÉBEC (2020). *Code des professions : RLRQ, c. C-26*.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : lignes directrices*, Montréal, 33 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2009). *La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : lignes directrices*, Montréal, 48 p.

GUILLOTTE, E., et A.-S. THOMMERET-CARRIÈRE (2016). « La prescription d'opioïdes : succès ou échec? », *Médecin du Québec*, vol. 51, n° 11, p. 27-31.

INITIATIVE CANADIENNE DE RECHERCHE SUR L'ABUS DE SUBSTANCES (2018). [Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#), 142 p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. (2019). [Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : avis](#), 198 p.

QUÉBEC (2020). [Loi médicale : RLRQ, c. M-9](#).

CANADA (2020). [Loi réglementant certaines drogues et autres substances : L.C. 1996, c. 19](#).

QUÉBEC (2020). [Loi sur la pharmacie : RLRQ, c. P-10](#).

QUÉBEC (2020). [Loi sur les infirmières et les infirmiers : RLRQ, c. I-8](#).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2015). [Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins](#), Montréal, 8 p.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2016). [Guide d'application des standards de pratique](#).

— Références

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2012). [Préparations magistrales non stériles en pharmacie : Norme 2012.01](#), 84 p.

QUÉBEC (2020). [Règlement sur le permis de psychothérapeute : RLRQ, c. C-26, r. 222.1.](#)

QUÉBEC (2020). [Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence : RLRQ, c. M-9, r. 2.1.](#)

CANADA (2020). [Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées : DORS/2000-217.](#)

QUÉBEC (2020). [Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées : RLRQ, c. M-9, r. 23.1.](#)

QUÉBEC (2020). [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin : RLRQ, c. M-9, r. 25.1.](#)

CANADA (2020). [Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens : DORS/2012-230.](#)

CANADA (2020). [Règlement sur les stupéfiants : C.R.C., c. 1041.](#)

QUÉBEC (2020). [Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, c. S-5, r. 5.](#)

SANTÉ CANADA (2009). [Politique sur la fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada : POL-0051](#), 12 p.

— Comité de rédaction

Madame France Laflamme, conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Docteur Anas Nseir, inspecteur
Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins

Madame Caroline Roy, directrice adjointe, Pratique infirmière avancée et relations avec les partenaires
Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Madame Chantal St-Arnaud, inspectrice et directrice adjointe à l'inspection
Ordre des pharmaciens du Québec

— Collaborateurs

Monsieur Joseph Amiel, pharmacien

Docteur David Barbeau, médecin de famille

Madame Mylène Boissy, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM)

Docteur François Couturier, médecin de famille

Docteur Jacques Dumont, médecin de famille

Docteur Serge Dupont, inspecteur
Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins

Monsieur Yan Ferguson, professionnel de recherche
Institut universitaire sur les dépendances

Madame Marie Mireille Gagnon, conseillère cadre en soins infirmiers-continuum en santé mentale

Docteure Sophie Gosselin, spécialiste en médecine d'urgence

Docteure Marie-Ève Goyer, professeur adjoint de clinique
Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

Madame Karine Hudon, chargée de projet
Institut universitaire sur les dépendances

Docteur Marc-Andrée Lavallée, médecin de famille

Madame Shany Lavoie, professionnelle de recherche
Institut universitaire sur les dépendances

Monsieur Livio Parolin, pharmacien

Docteure Marie-Chantal Pelletier, médecin de famille

Docteur Jean-Guy Ricard, médecin de famille

Madame Catherine Ruel, conseillère clinique en soins infirmiers

Madame Félice Saulniers, pharmacienne

Madame Isabelle Têtu, infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IP SPL)