

# Médecine des troubles liés à l'usage des substances

Huit éléments que les cliniciens, ainsi que les patients devraient remettre en question

par

La société médicale canadienne sur l'addiction

Dernière mise à jour : octobre 2022



## 1 N'utilisez pas le traitement du sevrage comme seul traitement pour contrer les troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Les hauts taux de rechute liée aux opioïdes après un sevrage sont bien établis et associés à un risque accru de décès par surdose, d'infections transmissibles par le sang et de surdoses non mortelles causant une importante morbidité à long terme. Par conséquent, nous devons éviter le traitement du sevrage comme seul traitement, et il est important de conseiller attentivement les patients au sujet des risques significatifs associés à cette avenue thérapeutique. Le traitement par agonistes opioïdes est le traitement standard des troubles liés à la consommation d'opioïdes.

## 2 Évitez de demander des tests de dépistage urinaire de drogues pour les patients atteints de troubles liés à l'usage de substances sans une justification clinique claire.

Les données probantes concernant l'utilité des tests de dépistage urinaire des drogues et leurs effets sur les résultats en matière de santé au niveau individuel et communautaire sont insuffisantes. Par ailleurs, nous devons interpréter les résultats de ces tests avec prudence, car leur sensibilité et leur précision sont limitées. Néanmoins, nous pouvons envisager des tests de dépistage urinaire de drogues pour confirmer la consommation de substances au départ, évaluer la stabilité clinique avant et pendant la prescription de doses à prendre à domicile, s'assurer de l'adhérence aux médicaments, ainsi que dépister les drogues illicites pendant une thérapie afin d'assurer une administration de traitement sécuritaire, d'évaluer la réponse au traitement ainsi que vérifier si le traitement correspond aux objectifs thérapeutiques du patient.

## 3 N'exigez pas systématiquement des tests de confirmation du dépistage urinaire de drogues lorsqu'un dépistage hors laboratoire est suffisant.

Bien que les tests de confirmation de dépistage urinaire de drogues, comme la chromatographie en phase gazeuse ou liquide et la spectroscopie de masse, présentent une plus haute sensibilité et une plus grande spécificité pouvant fournir des renseignements qualitatifs et quantitatifs, ils sont plus coûteux et leurs résultats peuvent prendre des jours, voire des semaines. Ces longs délais d'obtention des résultats ont un impact sur l'utilité des tests de confirmation du dépistage urinaire de drogues. Les immunodosages cliniques, par ailleurs, peuvent fournir des données en temps réel afin d'orienter la thérapie et de soutenir une prise de décision partagée.

## 4 Ne collectez pas systématiquement les échantillons d'urines en présence d'un témoin.

Les tests de dépistage urinaire de drogues supervisés ou en présence d'un témoin demeurent au cœur de nombreux programmes de traitement des troubles liés à l'usage de substances. Les données probantes qui démontrent une association entre la collecte d'échantillons d'urine en présence d'un témoin et une amélioration des résultats cliniques centrés sur le patient sont insuffisantes.

## 5 Ne prescrivez pas de benzodiazépines pour traiter les symptômes de sevrage des opioïdes.

Les données probantes soutenant l'emploi de benzodiazépines pour le traitement des symptômes de sevrage des opioïdes au moment de l'induction d'un traitement par agonistes opioïdes sont limitées. De plus, l'utilisation simultanée d'opioïdes et de benzodiazépines est associée à une augmentation du risque de dépression respiratoire, d'hypotension et d'arrêt cardiaque. Les benzodiazépines ne devraient pas être systématiquement utilisées durant le traitement des symptômes de sevrage des opioïdes.

**6 N'attendez pas les résultats des enzymes hépatiques pour amorcer le traitement avec la naltrexone aux doses usuelles.**

L'administration de la naltrexone est une intervention fondée sur des données probantes contre les troubles liés à l'usage de substances, y compris le trouble lié à l'usage d'alcool. Cette médication est contre-indiquée dans les cas d'hépatite aiguë et d'insuffisance hépatique. Chez les personnes pour lesquelles une maladie hépatique n'est pas soupçonnée, les tests de la fonction hépatique pré-traitement ne devrait pas retarder la mise en route du traitement à la naltrexone. Selon les résultats de recherche disponibles, il existe un risque minime d'hépatotoxicité liée à la naltrexone prescrite à la dose usuelle pour traiter le trouble lié à l'usage d'alcool (50 mg). De plus, un délai dans le début du traitement pourrait entraîner une perte de suivi de la patiente ou du patient, et le risque de ne pas recevoir les interventions ayant le potentiel de soutenir leur rétablissement. Un suivi périodique des enzymes hépatiques est recommandé dans le cadre des soins complets des personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'alcool.

**7 Ne surveillez pas ou ne distribuez pas la buprénorphine et la naloxone sur une base quotidienne sans avoir une raison spécifique.**

Les taux de détection de la buprénorphine dans les cas de décès par surdose sont faibles au Canada, soulignant l'innocuité relative de ce médicament pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes. Étant donné le profil d'innocuité rassurant de la buprénorphine et sa faible propension à causer des dommages associés au détournement, les lignes directrices les plus récentes soutiennent la flexibilité envers l'administration de doses à domicile sans témoin pour la plupart des prescriptions de buprénorphine.

**8 N'interrompez pas systématiquement l'administration de la buprénorphine durant la période périopératoire ou dans le contexte d'une douleur aiguë nécessitant d'autres analgésiques opioïdes.**

Étant donné le manque de données probantes appuyant une amélioration des résultats à la suite de l'interruption de l'administration de la buprénorphine dans le contexte d'une douleur aiguë et le haut risque de mortalité associé avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes non traité, l'administration de la buprénorphine ne doit pas être systématiquement interrompue dans le contexte d'une douleur aiguë ou d'une intervention chirurgicale.

## De quelle façon la liste a-t-elle été créée?

Le comité des politiques de la Canadian Society of Addiction Medicine – La société médicale canadienne sur l'addiction (CSAM-SMCA) a élaboré les recommandations de Choisir avec soins relatives à la médecine des troubles liés à l'usage des substances présentées ci-dessus avec la contribution de professionnels de la médecine des troubles liés à l'usage des substances œuvrant dans différents milieux cliniques, partout au Canada.

Le comité des politiques a suggéré une première liste de recommandations fondées sur l'expérience clinique des membres afin de limiter les interventions de médecine des troubles liés à l'usage des substances qui pourraient entraîner des méfaits pour les patients, qui ne sont pas appuyées par des données probantes suffisantes et qui pourraient entraîner un excès d'utilisation des ressources des soins de santé. Nous avons transmis la liste au conseil d'administration de la CSAM-SMCA et à la communauté élargie de la médecine des troubles liés à l'usage des substances à l'aide de la liste de diffusion META:PHI à des fins d'examen et d'ajouts.

Une revue de la documentation pour douze recommandations initiales a suivi pour informer la base des données probantes et la force des recommandations. Nous avons présenté ces douze recommandations au Forum en médecine familiale 2020, où nous avons encouragé les participants à la conférence à commenter, à poser des questions et à voter pour les recommandations au moyen d'un outil de sondage.

En 2021, nous avons mis sur pied un sous-comité de Choisir avec soins formé de membres du comité des politiques de la CSAM-SMCA afin d'approfondir la revue des recommandations et épurer la liste, pour retenir neuf propositions. Nous avons transmis cette liste à l'ensemble des membres de la CSAM-SMCA en 2021 afin qu'ils examinent les neuf recommandations et donnent leurs avis. Les suggestions et les documents additionnels fournis par les membres de la CSAM-SMCA ont été examinés et intégrés, le cas échéant, avec la supervision et contribution du comité des politiques de CSAM-SMCA. Nous avons retiré une recommandation après une revue complétée par le programme Choisir avec soins, car elle ne cadrerait pas avec l'esprit des recommandations présentées par ce programme. Vous trouverez ci-dessus la liste définitive des huit recommandations.

## Sources

- 1 Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. [A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder](#). Publié le 5 juin 2017 (en anglais seulement). Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. [Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#). Publié en 2018.
- 2 Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé mentale et des dépendances de la Colombie-Britannique. [Urine Drug Testing in Patients Prescribed Opioid Agonist Treatment — Breakout Resource](#). Publié le 28 juillet 2021. Kolla B, Callizo G, Schneekloth T. Utility of Urine Drug Testing in Outpatient Addiction Evaluations. *J Addict Med*. 1er mai 2019;13(3):188-92. PMID : 30418336. McEachern J. et al. Lacking evidence for the association between frequent urine drug screening and health outcomes of persons on opioid agonist therapy. *Int J Drug Policy*. février 2019; 64:30-33. PMID : 30551003.
- 3 Beck O, Carlsson S, Tusic M, Olsson R, Franzen L, Hulten P. Laboratory and clinical evaluation of on-site urine drug testing. *Scand J Clin Lab Invest*. novembre 2014; 74(8):681-6. PMID : 25046332. Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé mentale et des dépendances de la Colombie-Britannique. [Urine Drug Testing in Patients Prescribed Opioid Agonist Treatment — Breakout Resource](#). Publié le 28 juillet 2021.
- 4 Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé mentale et des dépendances de la Colombie-Britannique. [Urine Drug Testing in Patients Prescribed Opioid Agonist Treatment — Breakout Resource](#). Publié le 28 juillet 2021.
- 5 Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. [A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder](#). Publié le 5 juin 2017. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med*. juin 2019;9(5):358-367. PMID : 26406300. Sun E, Dixit A, Humphreys K, Darnall B, Baker L, Mackey S. Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: a retrospective analysis. *BMJ*. mars 2017; 356:j760. PMID : 28292769.
- 6 Anton, R. et al. Combined Pharmacotherapies and Behavioural Interventions for Alcohol Dependence. The COMBINE Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. mai 2006;295(17), 2003-2017. PMID : 16670409. Bolton M. et al. Serious adverse events reported in placebo randomized controlled trials of oral naltrexone systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. janvier 2019;17(10). PMID : 30642329. Croop R. The Safety Profile of Naltrexone in the Treatment of Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. décembre 1997;54(12):1130-1135. PMID : 9400350. Yen M, Ko H, Tang F, Lu R, Hong J. Study of hepatotoxicity naltrexone in the treatment of alcoholism. *Alcohol*. février 2006;38(2):117-120. PMID : 16839858.
- 7 Centre de toxicomanie et de santé mentale. [Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder](#). Publié en mai 2021. Crabtree A, Lostchuck E, Chong M, Shapiro A, Slaunwhite A. [Toxicology and prescribed medication histories among people experiencing fatal illicit drug overdose in British Columbia, Canada](#). *CMAJ*. août 2020;192(34):E967-72. Lofwall MR, Walsh SL. A review of buprenorphine diversion and misuse: the current evidence base and experiences from around the world. *Journal Addict Med*. 2014;8(5):315-26. PMID : 25221984.
- 8 Anderson T, et al. To Stop or Not, That Is the Question: Acute Pain Management for the Patient on Chronic Buprenorphine. *Anesthesiology*. juin 2017;126(6):1180-1186. PMID : 28511196. Goel A, et al. Perioperative Pain and Addiction Interdisciplinary Network (PAIN) clinical practice advisory for the perioperative management of buprenorphine: results of a modified Delphi process. *British Journal of Anaesthesia*. août 2019; 123 (2): 333-342. PMID : 31153631. Macintyre P, et al. Pain relief and opioid requirements in the first 24 hours after surgery in patients taking buprenorphine and methadone opioid substitution therapy. *Anaesth Intensive Care*. mars 2013;41(2):222-230. PMID : 23530789. Martin Y, et al. Perioperative opioid requirements of patients receiving sublingual buprenorphine-naloxone: a case series. *BMC Anesthesiol*. mai 2019;19(1):68. PMID : 31068127.

## Au sujet de La société médicale canadienne sur l'addiction

La Société médicale canadienne sur l'addiction est une société nationale de professionnels de la santé et de scientifiques voués à aider les Canadiens à comprendre, accepter et guérir les troubles liés à l'usage des substances.



## Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.