



Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes

NATIONALE

**ORIENTATION
OPÉRATIONNELLE**



CRISM-ICRAS

Canadian Research Initiative
in Substance Misuse

Initiative Canadienne de
Recherche en Abus de Substance



CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research
Instituts de recherche en santé du Canada

Titre : Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes

Citation recommandée : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes. Publié le 23 septembre, 2019. Disponible au : <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>

Auteur :

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS)

Éditeur :

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS)

Objectif du document :

Encadrement concernant la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables.

Date de publication :

Le 23 septembre, 2019

Public cible :

Responsables des politiques

Chefs cliniques et opérationnels des autorités sanitaires locales (ou l'équivalent)

Chefs d'équipe

Bailleurs de fonds

Organismes fournissant des traitements et des soins pour les troubles liés à l'usage de substances

Coordonnées de la personne-ressource :

Nadia Fairbairn

nadia.fairbairn@bccsu.ubc.ca

Reconnaissance des terres

Nous tenons à reconnaître respectueusement que les travaux d'orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes ont été organisés sur le territoire ancestral et traditionnel non cédé des peuples Salish du littoral, notamment les territoires ancestraux des Nations x^wməθkwəyəm (Musqueam), Sḵw̓x̓wú7mesh (Squamish), et səliwətaʔ (Tseil-Waututh).

Le projet de recherche canadien sur l'utilisation abusive des opioïdes

Mis sur pied par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) est un consortium national de recherche sur les troubles liés à l'usage de substances comprenant quatre grandes équipes régionales interdisciplinaires (pôles) représentant la Colombie-Britannique, les provinces des Prairies, l'Ontario et la région du Québec et des Maritimes. Chaque pôle de l'ICRAS est un réseau d'experts composé de chercheurs, de prestataires de services, de responsables des politiques, de dirigeants de collectivités et de gens ayant une expérience concrète de troubles liés à l'usage de substances. La mission de l'ICRAS est de traduire les meilleures observations scientifiques en pratique clinique et en changements fondamentaux. Pour de plus amples renseignements, visitez le <https://crism.ca/>.

Auteurs et collaborateurs

Rédactrice médicale

Josey Ross, MA; rédactrice médicale, British Columbia Centre on Substance Use

Présidents et présidentes du comité

Nadia Fairbairn, M.D., FRCPC, certificat de la Société internationale pour les aérosols en médecine; professeure adjointe, faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique; chercheuse, British Columbia Centre on Substance Use

D. Scott MacDonald, M.D.; médecin responsable, Providence Health Care's Crosstown Clinic

Eugenia Oviedo-Joekes, Ph. D.; professeure agrégée, École de santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique; Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences, Providence Health Care

Christy Sutherland, M.D., CMFC (AM), diplômée de l'ABAM; directrice médicale, PHS Community Services Society; professeure adjointe clinique, Université de la Colombie-Britannique; médecin en chef de l'éducation, British Columbia Centre on Substance Use

Membres du comité

Jeffrey Allingham; intervenante en services de soutien aux pairs, Mental Health & Addictions—Alberta Health Services

Sherif Amara, BSN RN (C); gestionnaire des opérations cliniques MHSU, Fraser Health Authority

Daniel Ashenden; personne ayant une expérience concrète

Kim Corace, Ph. D., Cpsych; directrice, Programmation clinique et recherche, Programme sur la toxicomanie et les troubles concomitants, Le Royal; professeure adjointe, psychiatrie, Université d'Ottawa

Céline Côté; intervenante psychosociale, Montréal, Québec, Société de développement social, formatrice pour PROFAN avec Méta d'âme et pair

Dianne Dyer, BN MN; expert-conseil de l'initiative provincial, Dépendance et santé mentale, Alberta Health Services

Julie Foreman, RN BSN; coordonnatrice clinique, Providence Crosstown Clinic

Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc.; Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec; Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Québec

Cynthia Horvath, RN, B. Sc.N., M. Sc. N., CCHN (C); responsable de projet infirmier, Santé publique d'Ottawa

Sean LeBlanc; président, Drug User Advocacy League (DUAL)

Jessica McEachern, intervenante en services de soutien aux pairs, Alberta Health Services

Dave Murray; membre, Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU); directeur, SALOME/NAOMI Association of Patients (SNAP)

Michel Perreault, Ph. D.; chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill

Ginette Poulin, RD, M.D., CMFC (AM), CISAM, CMCBT; directrice médicale, Addictions Foundation of Manitoba; directrice, Mentorship and Clinical Enhancement Program for IMG, College of Medicine, PGME, Université du Manitoba

Nicolas Quijano; travailleur des services d'approche, Méta d'Âme

Cynthia Russell, RN, MN; infirmière clinique spécialiste en santé mentale, First Nations Health Authority

Essi Salokangas, B. Sc. Pharm APA; pharmacienne clinique, équipe Addiction Recovery and Community Health (ARCH), Inner City Health and Wellness Program, Alberta Health Services (AHS)

Patti Torgersen, RPN; coordonnatrice clinique, Venture, Vancouver Coastal Health

Michael Trew, M.D. FRCPC; responsable médical AMH Special Projects, Alberta Health Services

Jeffrey Turnbull M.D.; directeur médical, Inner City Health Ottawa

Stephen Wainwright; personne avec une expérience concrète

Stacey Whitman, RN MN; gestionnaire, Alberta Health Services

Examineurs externes

Peter Blanken, Ph. D.; chercheur principal au Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Brijder Addiction Treatment, Parnassia Group

Lisa Bromley, M.D., CMFC (AM), FCMF; médecin de famille, pratique axée sur la médecine des toxicomanies, Sandy Hill Community Health Centre; directrice médicale, Programme sur la toxicomanie, hôpital d'Ottawa

Annina Carstens, psychiatre, directrice médicale, ASKLEPIOS Hamburg Nord, département de toxicomanie, Altona Outpatient Clinic, Hamburg, Allemagne

Alexandra de Kiewit; membre du conseil, Drug User Activist, CAPUD (Canadian Association of People who Use Drugs)

Scott Elliott; directeur administratif, Dr. Peter AIDS Foundation

Christine Hoeft, adjointe en médecine, ASKLEPIOS Hamburg Nord, département de toxicomanie, Altona Outpatient Clinic, Hamburg, Allemagne

Leslie McBain; responsable de l'engagement de la famille, British Columbia Centre on Substance Use; cofondatrice, Moms Stop The Harm

Hans-Guenter Meyer-Thompson, médecin spécialiste en médecine de dépendance, ASKLEPIOS Hamburg Nord, département de toxicomanie; éditeur(www.forum-substitutionspraxis.de), Hamburg, Allemagne

Katrin Reincke, infirmière, ASKLEPIOS Hamburg Nord, département de toxicomanie, Altona Outpatient Clinic, Hamburg, Allemagne

Reconnaisances

Le Comité d'orientation opérationnelle souhaite remercier Emily Wagner, Erin Eydt, Steffanie Fisher, Chiarine Hsu, Kevin Hollett, Cheyenne Johnson, Nirupa Goel, et Shirley Wong pour leur soutien dans l'élaboration de ces lignes directrices. Le Comité d'orientation opérationnelle souhaite également remercier Evan Wood, Jurgen Rehm et autres principaux investigateurs et employés de l'ICRAS, ainsi que tous les réviseurs externes. Le Comité tient à souligner la contribution des membres du comité ayant une expérience concrète de troubles liés à l'usage d'opioïdes et les remercier pour leur partage de connaissances, d'expérience et d'expertise.

Note : Dans le présent document, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.

Avis de non-responsabilité pour les prestataires de soins de santé

Les recommandations figurant dans le présent document représentent la perspective du Comité national d'examen du document d'orientation opérationnelle nationale, formulées après un examen attentif des observations scientifiques disponibles et un examen par des pairs externes. La mise en pratique des lignes directrices contenues dans le présent document n'écarte pas la responsabilité des professionnels de soins de santé de prendre les décisions selon les exigences, préférences et valeurs d'un patient, en consultation avec celui-ci (et son ou ses tuteurs ou sa famille, le cas échéant) et, lorsque nécessaire, selon des experts externes (consultation auprès d'un spécialiste). Lorsqu'ils exercent leur jugement clinique dans le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, les professionnels de la santé doivent tenir pleinement compte de ce document d'orientation tout en s'acquittant de leur devoir de respecter les valeurs et principes fondamentaux du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, particulièrement la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect d'autrui, la justice et l'imputabilité, ainsi que les normes nécessaires à la bonne pratique clinique définie par les corps administratifs compétents au sein des territoires régionaux ou locaux. Rien dans ce document d'orientation ne doit être interprété d'une manière qui serait incompatible avec le respect de ces obligations.

Mention légale

Bien que les personnes et les groupes impliqués dans la production de ce document aient tout mis en œuvre pour garantir l'exactitude des renseignements contenus dans cette directive de traitement, il convient de noter que ces renseignements sont fournis « en l'état » et que l'ICRAS et les IRSC ne font aucune déclaration ni ne donnent de garantie de quelque nature, implicite ou explicite, quant à l'exactitude ou à l'adéquation des renseignements pour un usage particulier. Dans la mesure du possible, en vertu de la loi applicable, l'ICRAS et les IRSC ne seront liés par aucune déclaration ou garantie expresse, implicite ou statutaire (y compris, sans limitation, déclarations ou garanties de propriété ou non-contrefaçon) et déclinent toute obligation.

Le présent document vise à assurer une orientation pour la mise en place d'un programme de traitement par agonistes opioïdes injectables. Le présent document d'orientation ne vise pas à remplacer les conseils ou le jugement d'un professionnel de la santé ni à constituer l'unique approche de gestion d'un problème clinique. Nous ne pouvons répondre aux patients ou aux défenseurs des droits des patients qui demandent des conseils sur des enjeux liés aux conditions de traitements. Pour tout conseil médical, veuillez communiquer avec un professionnel de la santé de votre région.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	14
1.0 INTRODUCTION	16
1.1 Objet et portée	16
1.1.i Public cible	17
1.2 Épidémiologie de surdoses d'opioïdes au Canada	17
1.3 Le continuum de soins pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes	18
1.3.i Traitement par agonistes opioïdes injectables	19
1.4 Processus de développement	21
1.4.i Développement du contenu	21
1.4.ii Processus d'examen	22
2.0 MISE EN OEUVRE	23
2.1 Approche philosophique : soins axés sur le patient et réduction des méfaits	23
2.1.i Soins sensibles aux traumatismes	24
2.1.ii Fournir des soins aux groupes susceptibles de vivre des expériences marginalisantes.	24
2.1.iii Sécurité et humilité culturelles dans le travail avec les peuples autochtones	25
2.1.iv Populations LGBT2Q+	26
2.1.v Mieux-être et progrès autodéfini	27
2.1.vi Cheminements de référence et soins primaires	27
2.1.vii Participation du cercle familial et social aux soins	28
2.2 Consultation précédant la mise en œuvre	29
2.2.i Personnes avec une expérience concrète	29
2.2.ii Organismes de réglementation professionnels	30
2.2.iii Ministères provinciaux concernés	31
2.2.iv Autorité sanitaire régionale ou l'équivalent	31
2.2.v Autorités locales	32
2.2.vi Soutien politique et collectif	32
2.2.vii Santé Canada	32
2.3 Modèles de soins	33
2.3.i Modèles de soins en vigueur au Canada	33
2.3.ii Éléments supplémentaires pour tous les modèles de soins	37
2.3.iii Conception de site	37
2.4 Considérations pour déterminer le ou les modèles de soins à mettre en œuvre	39
2.4.i Définir le nombre de patients potentiels	40
2.4.ii Contexte collectif	40
2.4.iii Critères minimaux recommandés pour les modèles de soins	41
2.5 Obtenir et entreposer des médicaments injectables	41
2.5.i Détermination des médicaments à fournir	41
2.5.ii Se procurer de l'hydromorphone injectable	42
2.5.iii Se procurer de la diacétylmorphine injectable	42
2.5.iv Exigences en matière d'entreposage	44
2.6 Formation et compétences du personnel	44
2.6.i Les pairs	46
2.6.ii Les prescripteurs	46

2.6.iii Les infirmières.....	47
2.6.iv Les pharmaciens.....	48
2.6.v Les intervenants sociaux	48
2.6.vi Le personnel non réglementé des soins de santé.....	49
2.7 Dotation en personnel.....	49
2.7.i Orientation et enseignement au patient	49
2.7.ii Supervision de l'injection.....	49
2.7.iii Augmentation et diminution de doses	50
2.7.iv Administration d'un médicament injectable par un prestataire de soins de santé	50
2.7.v Services supplémentaires et soins complémentaires	50
2.7.vi Aide sociale et suivi.....	51
2.8 Espace.....	51
2.9 Sécurité.....	51
2.10 Dossiers médicaux.....	52
2.11 Protocoles et ordonnances préimprimées	52
2.11.i Ordonnances préimprimées	52
2.12 Coût et couverture	53
2.12.i Coût.....	53
2.12.ii Couverture.....	54
3.0 FONCTIONNEMENT.....	55
3.1 Sommaire du Guide de pratique clinique.....	55
3.2 Considérations générales	56
3.3 Population de patients et admissibilité.....	56
3.3.i Populations particulières	57
3.4 Préparation et approvisionnement de médicaments injectables	59
3.4.i Préparation d'hydromorphe.....	59
3.4.ii Préparation de diacétylmorphine.....	60
3.4.ii Supervision des injections.....	60
3.4.iv Évaluation avant et après injection.....	61
3.4.v Administration de médicaments injectables	61
3.4.vi Approvisionnement de TAO par voie orale supplémentaire	62
3.5 Consommation de substances en cours	62
3.6 Transitions de traitement	62
3.6.i Hospitalisation et douleur aiguë	63
3.6.ii Transition vers un traitement par voie orale.....	64
3.6.iii Continuité des soins	65
4.0 : ÉVALUATION.....	66
5.0 CALENDRIER DE PLANIFICATION DE PROGRAMME.....	67
5.1 Calendrier de planification de programme	67
ANNEXES.....	69
Annexe 1 : Données probantes à l'appui du traitement par agonistes opioïdes injectables pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes.....	69
Traitement par agonistes opioïdes injectables dans d'autres territoires	69
Sommaire des données probantes.....	69
Annexe 2 : Considérations opérationnelles et budgétaires	74

Exigences opérationnelles	74
Considérations budgétaires	77
Annexe 3 : Exemple d'accord et de consentement au traitement	80
Annexe 4 : Ressources pour les références	82
1. Ressources pour les équipes de soin	82
2. Ressources pour les patients et les personnes qui consomment des drogues.....	82
3. Ressources pour la famille	83
Annexe 5 : Foire aux questions.....	85
RÉFÉRENCES.....	90

Résumé

Les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (TLUO) sont l'une des formes les plus difficiles de troubles liés à l'utilisation de drogues auxquels est confronté le système de soins de santé canadien et l'un des principaux responsables de l'augmentation récente des décès par surdose à travers le pays. En 2018, au moins 4 460 Canadiens sont morts d'une surdose d'opioïdes, 94 % de ces surdoses ayant été déclarées non intentionnelles (accidentelles). Ceci représente une augmentation de 48 % des décès par surdose par rapport à 2016 et une augmentation de 9 % par rapport à 2017. L'émergence récente du fentanyl de rue, du carfentanyl et d'autres opioïdes synthétiques empiète de plus en plus sur le marché de l'héroïne et autres drogues de rue, y compris la cocaïne et la méthamphétamine et est un souci de santé publique majeur qui a considérablement contribué à la crise actuelle des surdoses. Le fentanyl et ses analogues synthétiques ont joué un rôle dans 73 % des décès associés aux opioïdes au Canada en 2018, par rapport à 67 % en 2017 et 50 % en 2016. Même si les décès liés aux opioïdes au Canada n'étaient pas recensés avant 2016 pour l'ensemble du Canada, on sait qu'il y a eu au moins 655 décès où le fentanyl était une cause principale ou secondaire entre 2009 et 2014, comparé à 3 256 décès, selon les estimations, où le fentanyl ou un analogue avaient joué un rôle rien qu'en 2018.

Cette urgence de santé publique sans précédent souligne l'importance de développer des services de soins de santé complets, collaboratifs, empreints de compassion et fondés sur des données probantes afin de remédier aux méfaits liés aux TLUO non traités. Le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) est une option de traitement rentable à haute intensité fondée sur des données probantes pour les patients qui n'ont pu tirer avantage d'autres traitements et pour ceux dont la situation et les besoins indiquent qu'ils pourraient bénéficier d'un traitement par agonistes opioïdes injectables.

Lorsqu'un TCO est traité efficacement, les bienfaits ne sont pas qu'individuels (réduction de la morbidité et de la mortalité, par ex.), ils sont aussi collectifs (moins de démêlés avec le système de justice pénale, par ex.). Le principal objectif d'un TAOi est d'améliorer la santé d'une personne en diminuant les risques de surdose et les autres dommages imminents sur les plans sanitaire et social associés à l'usage continu de drogues injectables. Le second objectif d'un TAOi est d'engager dans le traitement de la dépendance des personnes qui n'ont pas eu de résultats positifs avec des traitements moins intensifs ou qui ont été incapables d'accéder à d'autres formes de traitement. Les patients peuvent ne pas obtenir de résultats positifs avec des médicaments par voie orale comme la buprénorphine-naloxone, la méthadone et la morphine orale à libération lente pour diverses raisons, notamment les effets secondaires, l'état de manque persistant malgré la posologie optimale du TAO ou l'impossibilité d'atteindre une dose thérapeutique. Des tentatives répétées de traitement par voie orale sans bénéfice significatif pour ces patients peuvent entraîner un risque accru de problèmes de santé et de conséquences sociales, notamment de surdose mortelle ou non.

L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), un réseau de recherches financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a réuni un comité d'experts interdisciplinaires composé de 26 personnes, comprenant des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des personnes avec une expérience concrète, des chercheurs et du personnel de première ligne pour

élaborer ce document. Ce document d'orientation offre un aperçu de la justification et des preuves à l'appui d'un TAOi, ainsi qu'un guide pour la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des programmes de TAOi. Le document connexe, Lignes directrices cliniques de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes, prévoit trois recommandations cliniques principales, ainsi qu'un guide clinique sur l'administration de TAOi. Le public cible du présent document est les responsables des politiques, les chefs cliniques et opérationnels des autorités sanitaires locales, les chefs d'équipe, les bailleurs de fonds et les organismes fournissant des traitements et des soins pour les troubles liés à l'usage de substance.

1.0 Introduction

1.1 OBJET ET PORTÉE

Ce document d'orientation a été rédigé pour fournir un aperçu de la justification et des preuves à l'appui d'un traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi), ainsi que pour la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des programmes de TAOi. La mise en œuvre de cette orientation comprend un aperçu de modèles de soins potentiels et la manière de choisir le bon modèle pour un site donné; des consultations avec des intervenants, notamment les ministères concernés, les pairs et les groupes de défense pour les utilisateurs de drogues, les organisations de réglementation et les autorités sanitaires; la compétence du personnel; et l'orientation entourant l'acquisition et l'entreposage de médicaments injectables. L'orientation opérationnelle comprend la préparation et l'approvisionnement de médicaments injectables, les considérations d'admissibilité et la gestion de la consommation de substances en cours. L'orientation d'évaluation comprend les outils d'évaluation recommandés et les recommandations pour plus d'orientation.

La crise de surdoses d'opioïdes détaillée dans la section suivante a révélé des lacunes importantes dans les options de traitement des TLUO au Canada. L'objectif principal du présent document n'est pas de suggérer l'élargissement du TAOi en tant que panacée à la crise de surdoses d'opioïdes. La crise a plutôt mis en évidence un besoin profond d'améliorer l'ensemble du système de soins des TLUO, notamment en élargissant le traitement pour les patients avec des TLUO n'ayant pas bénéficié d'autres traitements.

Le paysage canadien change continuellement, notamment en ce qui concerne l'évolution rapide de la puissance et du contenu des drogues de rue, l'extension et la disponibilité des traitements fondés sur des données probantes, et l'évolution des politiques pertinentes. Le présent document est conçu en fonction des données probantes et de l'expertise clinique actuellement disponibles et doit être compris comme un cadre permettant de proposer un traitement par agonistes opioïdes injectables dans les différents territoires du Canada. Le présent document doit être considéré comme un document évolutif qui sera mis à jour régulièrement pour refléter les changements de données probantes, de politiques et de pratiques. Au fur et à mesure de la mise en œuvre et de l'expansion du TAOi, de nouveaux cadres de réglementation et de formation émergeront et seront ajoutés à ce document. D'autres documents sont disponibles sur le [site Web de l'ICRAS](#), y compris des mises à jour pertinentes qui se produisent en dehors des mises à jour planifiées pour le document entier.

1.1.i Public cible

Le public cible du présent document est les responsables des politiques, les chefs cliniques et opérationnels des autorités sanitaires locales, les chefs d'équipe, les bailleurs de fonds et les organismes fournissant des traitements et des soins pour les troubles liés à l'usage de substance.

Le document connexe, [Lignes directrices cliniques de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes](#) (Lignes directrices cliniques de TAOi), prévoit une orientation clinique pour l'administration de TAOi. Les personnes qui planifient, mettent en œuvre ou gèrent un programme de TAOi sont encouragées à lire les lignes directrices cliniques pour mieux documenter leurs activités.

1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE DE SURDOSES D'OPIOÏDES AU CANADA

Les troubles liés à l'usage d'opioïdes sont l'une des formes de troubles liés à l'usage de substances les plus complexes pour le système de soins de santé canadien. Les personnes aux prises avec un TLUO qui s'injectent des opioïdes font face à des risques importants pour leur santé, notamment une surdose mortelle, une endocardite, une sepsie, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une hépatite C, de la violence physique et psychologique, la stigmatisation et la discrimination^{1,2}. Le fardeau qui pèse sur les collectivités comprend les coûts des soins médicaux, de la santé publique et de justice pénale, le désordre public, des années de vie perdues en raison d'empoisonnements non intentionnels par les opioïdes, et des crimes contre les personnes et les biens. Bien que les estimations canadiennes actuelles manquent, on estime que les TLUO touchent environ 0,69 % des Américains³.

En 2018, au moins 4 460 Canadiens sont morts d'une surdose d'opioïdes et 94 % de ces surdoses étaient non intentionnelles (accidentelles)^a. Cela représente une augmentation de 9 % de décès par surdose depuis 2017 et une augmentation de 48 % depuis 2016⁴. L'émergence récente du fentanyl de rue, du carfentanil et d'autres opioïdes de synthèse extrêmement puissants entraîne une réduction croissante de l'héroïne et des drogues illicites (de rue), y compris de la cocaïne et de la méthamphétamine, et est un problème criant de santé publique qui a largement contribué à l'urgence liée aux surdoses. La contamination des drogues de rue est en cours et progressive, de nouveaux agents tels que l'analogue de benzodiazépine, l'étizolam, étant retrouvés dans des substances vendues comme opioïdes⁵. Le fentanyl et ses analogues de synthèse ont été impliqués dans 73 % des décès liés aux

a Les données épidémiologiques et la littérature scientifique réfèrent souvent au terme « surdose » ou « surdose accidentelle » pour désigner les intolérances mortelles et non mortelles aux opioïdes sur ordonnance et illicites. En cas de contamination du médicament par le fentanyl et d'autres opioïdes de synthèse extrêmement puissants, les surdoses mortelles et non mortelles peuvent raisonnablement être considérées comme des « empoisonnements », car la falsification de médicaments rend difficile, voire impossible, la détermination d'une dose sécuritaire sans connaître la composition et la concentration d'opioïdes illicites et d'autres substances pouvant également contenir des opioïdes de synthèse extrêmement puissants.

opioïdes au Canada en 2018, comparativement à 67 % en 2017 et à 50 % en 2016⁴. Même s'il n'existait aucun suivi des décès liés aux opioïdes avant 2016, au moins 655 décès liés au fentanyl sont survenus entre 2009 et 2014⁶, comparativement à 3 256 décès évalués impliquant le fentanyl ou ses analogues en 2018 seulement⁴.

Bien que toutes les régions du Canada aient été touchées par la crise des opioïdes, les provinces et les territoires n'ont pas tous été touchés de la même manière. Les statistiques provinciales sur les surdoses et le taux par 100 000 habitants aident à mettre l'ampleur de la crise en perspective. La Colombie-Britannique a connu à la fois le plus grand nombre de décès par surdose d'opioïdes (1 008 en 2016, 1 512 en 2017 et 1 525 en 2018) et le taux le plus élevé (30,6/100 000 en 2018). L'Ontario a enregistré le deuxième plus grand nombre de décès par surdose (867 en 2016, 1 265 en 2017 et 1 471 en 2018 avec un taux de 10,3/100 000 en 2018), tandis que l'Alberta a le deuxième taux le plus élevé (18,0/100 000 en 2018 et 775 décès)⁴. Dans chacun de ces territoires et dans d'autres au Canada, les taux de décès par surdose ont augmenté chaque année au cours des trois dernières années. Les habitudes de consommation de substances continuent à changer rapidement.

Cette urgence de santé publique sans précédent souligne l'importance de développer des services de soins de santé complets, collaboratifs, empreints de compassion et fondés sur des données probantes afin de remédier aux méfaits associés aux TLUO. Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) s'est avéré être la stratégie la plus efficace pour réduire la morbidité et la mortalité associées aux TLUO⁷⁻¹¹. Selon les lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique des troubles liés à l'usage d'opioïdes [de l'ICRAS](#), un TAO par voie orale avec la buprénorphine-naloxone ou la méthadone devrait être considéré comme la première et la deuxième ligne de traitement pharmacologique pour les TLUO. La morphine orale à libération lente devrait, elle, être considérée comme solution de rechange. Alors que le TAO par voie orale représente un élément essentiel et fondamental du traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, certaines personnes avec un TLUO présentent des limitations connues. Il existe des données probantes substantielles soutenant l'utilisation d'un TAOi chez les personnes aux prises avec un trouble grave lié à l'usage d'opioïdes qui n'ont pas tiré avantage d'un TAO par voie orale^{12,13}. Ce document vise donc à fournir une orientation aux responsables des politiques, aux responsables cliniques et opérationnels des autorités sanitaires et aux bailleurs de fonds qui prennent des décisions concernant la mise en œuvre et le développement de l'administration de TAOi dans leur région.

1.3 LE CONTINUUM DE SOINS POUR LES TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'OPIOÏDES

Le continuum de soins pour les TLUO comprend les traitements pharmacologiques (TLUO injectable ou par voie orale) et les interventions non pharmacologiques (aide psychosociale), ainsi que du soutien pour répondre aux besoins des individus et de la population. Les lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique des TLUO [de l'ICRAS](#) offrent une orientation sur les TAO par voie orale

et traitent des données probantes à l'appui de l'utilisation de naltrexone, un antagoniste de l'opioïde, pour les TLUO, tandis que le présent document se concentre particulièrement sur le rôle des TAOi.

Il a été prouvé qu'un traitement par agonistes opioïdes est l'approche la plus efficace pour soutenir l'abstinence de la consommation d'opioïdes illicites et réduire la morbidité et la mortalité⁷⁻¹¹. Au Canada, la buprénorphine-naloxone, la méthadone et, de plus en plus, la morphine orale à libération lente sont les médicaments les plus utilisés dans le traitement des TLUO. La buprénorphine et la méthadone sont étayées par un grand nombre de preuves pour le traitement des TLUO¹¹ et font partie de la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé¹⁴. Cependant, il existe des limitations connues, notamment des effets secondaires^b, des événements indésirables, le coût des médicaments et des taux de maintien incohérents à long terme. Alors que les statistiques canadiennes font défaut, une étude réalisée en 2012 sur des individus inscrits à Medicaid aux États-Unis a révélé que 63 % des nouveaux épisodes de traitement des TLUO n'incluaient pas le TAO⁸. Le maintien à long terme d'un TAO et la prévention des rechutes chez les personnes qui commencent un TAO demeurent un défi permanent. À titre d'exemple, entre 36 et 92,5 % des patients qui commencent un TAO de méthadone, cessent le traitement la première année et font une rechute^{7,15-18}. De plus, des études révèlent que 34,3 à 74 % des personnes qui avaient commencé un TAO de buprénorphine-naloxone avaient cessé leur traitement au sixième mois^{15,18,19}.

1.3.i Traitement par agonistes opioïdes injectables

Les personnes avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes pourraient ne pas obtenir de résultats positifs avec les médicaments oraux d'un TAO pour diverses raisons, notamment une gestion inadéquate des symptômes de sevrage des opioïdes; l'état de manque d'opioïdes persistant malgré les efforts pour optimiser le dosage; des événements indésirables associés au TAO par voie orale; des contre-indications à un ou plusieurs médicaments du TAO; l'amélioration insuffisante de l'état de santé, de la fonction sociale ou de la qualité de la vie; ou une préférence du patient de ne pas initier un TAO par voie orale (par exemple, en raison d'une expérience antérieure avec un TAO par voie orale comprenant des réactions intolérables à un médicament particulier ou d'une réduction insuffisante de l'état de manque et de l'usage de drogues illicites). Les personnes qui n'obtiennent pas de résultats positifs avec les médicaments de première ligne, à l'instar d'autres personnes qui consomment des opioïdes illicites, font face à des risques importants, notamment la mort prématurée, une surdose non mortelle, l'acquisition et la transmission de maladies infectieuses transmissibles par le sang (par exemple, le VIH et l'hépatite C), la violence et les arrestations^{1,2}. La recherche a démontré que, parmi les patients réfractaires à la méthadone, la diacétylmorphine injectable sur ordonnance (administrée

b Bien que les effets secondaires des opioïdes soient un effet de classe, chaque personne peut avoir une expérience différente avec différents médicaments opioïdes.

c Il convient de noter que ce terme a été délibérément abandonné, car il peut perpétuer par inadvertance la stigmatisation à l'encontre des personnes aux prises avec un TLUO. Les troubles liés à l'usage de substances sont des affections chroniques et récurrentes pouvant nécessiter plusieurs approches de traitement au cours d'une vie. Le présent document utilise ce terme, lorsque cela est nécessaire, pour refléter son utilisation dans la littérature scientifique.

sous la supervision de professionnels de la santé formés en clinique) réduit la consommation illicite d'opioïdes, l'arrêt prématuré du traitement (ou « abandon de traitement »), l'activité criminelle, l'incarcération et la mortalité^{12,13,20,21}.

Bien que le TAOi soit encore considéré comme un traitement émergent au Canada, ce traitement est une norme de soins bien établie dans plusieurs autres pays où, en général, la diacétylmorphine est complétée par des doses flexibles de TAO par voie orale, à la discrétion du patient et du prescripteur²². Dans la quasi-totalité des pays où elle est disponible, la diacétylmorphine délivrée sur ordonnance est administrée aux patients présentant un TLUO sévère, réfractaire au traitement, dans des conditions cliniques surveillées (garantissant l'observance et permettant de surveiller la sécurité et les détournements)¹³. Certains territoires ont élargi leurs critères d'admissibilité au-delà de ceux des TLUO réfractaires au traitement. Par exemple, entre 2005 et 2010 en Suisse, plus de 90 % des patients recevant un TAOi de diacétylmorphine avaient déjà été sous TAO par voie orale, laissant une petite, mais notable minorité de patients n'ayant jamais reçu de TAO par voie orale^{12,22}. Les taux de maintien du traitement par la diacétylmorphine dans les essais cliniques sont systématiquement élevés, avec un taux de maintien de 87,8 % sur 12 mois constatés dans l'essai NAOMI²¹, et des résultats de taux de maintien sur 12 mois compris entre 67 et 88 % dans l'ensemble^{21,23,24}, contre un taux de maintien de 54,1 % sur 12 mois pour la méthadone dans l'essai NAOMI²¹. Les taux de maintien pour la diacétylmorphine et l'hydromorphone étaient semblables dans l'essai SALOME à Vancouver en Colombie-Britannique. Les taux de maintien au cours des essais cliniques pendant six mois (patients ayant reçu au moins 28 doses au cours des 30 derniers jours) étaient de 80 % pour la diacétylmorphine et de 77 % pour l'hydromorphone²⁰.

Plusieurs essais randomisés et études de cohortes ont montré que le TAOi fourni dans des cliniques spécialisées était réalisable, sûr et efficace pour les consommateurs chroniques d'opioïdes par injection pour lesquels les options de TAO par voie orale offertes n'étaient pas efficaces^{21,23-29}. Dans ces études, les patients traités à la diacétylmorphine et à l'hydromorphone ont présenté des améliorations dans un certain nombre de domaines, notamment la réduction de consommation d'héroïne illicite et, dans l'essai SALOME, d'autres opioïdes illicites²⁰, ainsi que la consommation de cocaïne, la baisse de l'activité criminelle et l'amélioration de la santé physique et psychologique^{21,23-27}. En outre, des études menées en Europe et au Canada ont montré que le traitement injectable à la diacétylmorphine était plus rentable que le traitement à la méthadone par voie orale, en raison de la réduction significative de l'activité criminelle et des coûts associés³⁰⁻³². De même, l'hydromorphone s'est avérée plus efficace et moins coûteuse que le traitement à la méthadone par voie orale, en raison de la réduction significative de l'activité criminelle, de l'hospitalisation et des coûts associés³³. En plus de l'efficacité et du coût, les données de la Colombie-Britannique montrent que les personnes recevant de l'hydromorphone et de la diacétylmorphine injectables gagnent plus d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) que les personnes recevant de la méthadone (8,4 [IC à

d La Suisse, l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas utilisent ce modèle. Le modèle britannique à emporter sans surveillance et les cliniques espagnoles limitées en semaine sont des exceptions. Consultez l'[annexe 1](#) pour de plus amples renseignements sur le TAOi dans les autres territoires.

95 % = 7,4 à 9,5] et 8,3 [IC à 95 % = 7,2 à 9,5] contre 7,4 [IC à 95 % = 6,5 à 8,3]), respectivement. Consultez l'[annexe 1](#) pour un examen détaillé des données probantes à l'appui du TAOi, y compris l'efficacité en matière de sécurité et de coûts.

Sommaire des données probantes à l'appui du traitement par agonistes opioïdes

- 36 à 92,5 % des patients sont maintenus sous traitement à la méthadone au cours de la première année^{7,15-18}
- 26 à 65,7 % des patients sont maintenus sous traitement à la buprénorphine-naloxone au cours des six premiers mois^{15,18,19}
- 67 à 88 % des patients sont maintenus sous diacétylmorphine injectable au cours de la première année^{21,23,24}
- 77 % des patients sont maintenus sous hydromorphone injectable dans les six premiers mois²⁰
- Le traitement par la diacétylmorphine injectable supervisé est bénéfique en matière de réduction de la consommation d'opioïdes illicites, d'abandon de traitement, d'activité criminelle, d'incarcération et de mortalité^{12,13,20}

1.4 PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT

1.4.i Développement du contenu

L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), un réseau de recherches financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), est composée de quatre réseaux (pôles) régionaux répartis à travers le pays (la Colombie-Britannique, les Prairies, l'Ontario et le Québec et les maritimes) ayant élaboré le présent document d'orientation nationale avec une approche structurée de revue de la littérature. Des termes de recherche pertinents et des stratégies de recherche structurées ont été utilisés pour effectuer des recherches dans PubMed, dans la base de données de la Cochrane Library et dans des listes de références (jusqu'au 1^{er} août 2018) en utilisant une approche hiérarchique, privilégiant les méta-analyses et les revues systématiques, suivies des essais cliniques randomisés (ECR) individuels, des études quasi expérimentales, des études observationnelles et, enfin, de l'opinion d'experts. La rédactrice médicale a passé en revue manuellement les titres, les résumés et le texte intégral des citations identifiées, a sélectionné les données probantes à inclure et a compilé une analyse des preuves pour le comité d'examen du document d'orientation. Toutes les questions ou incertitudes liées à la recherche documentaire, à la révision des données probantes et aux processus de synthèse ont été soumises aux présidents aux fins de précision et de consensus. L'orientation contenue dans le présent document peut être considérée comme une orientation opérationnelle reposant sur la littérature existante et le consensus des experts du Comité d'examen du document d'orientation opérationnelle nationale de TAOi.

1.4.ii Processus d'examen

Le document d'orientation opérationnelle nationale de TAOi a été rédigé par le Comité d'examen du document d'orientation opérationnelle nationale de TAOi. Une fois achevé, le document opérationnel a été examiné par le Comité d'examen des lignes directrices cliniques nationales de TAOi, puis par des personnes ayant une expérience concrète, des experts en la matière et un membre de la famille touché par un trouble de la consommation d'opioïdes.

Composition du Comité d'examen des directives

Le comité directeur national de TAOi de l'ICRAS a été formé pour coordonner la préparation des directives incluant le recrutement de membres représentant chacun des quatre pôles de l'ICRAS, soit la Colombie-Britannique, les Prairies, l'Ontario et le Québec et les maritimes. Le comité directeur comprenait des membres représentant la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec. Chaque membre avait une expertise pertinente, notamment dans la prescription de traitement par agonistes opioïdes injectables, la recherche, et la planification de services. Le Comité directeur national de TAOi a décidé de produire deux documents complémentaires : des lignes directrices cliniques et un document d'orientation opérationnelle. À cette fin, le comité directeur national de TAOi a réuni des comités d'experts pour chaque document. Chaque membre du comité directeur a été invité à désigner des experts compétents de leur propre province et de l'ensemble du pays. Lorsque les membres du comité ont accepté l'invitation, ils ont été encouragés à nommer des membres supplémentaires, afin de créer un comité diversifié représentant une gamme d'expériences et de compétences. La composition finale du comité a été déterminée par consensus des coprésidents. Le Comité d'examen du document d'orientation opérationnelle nationale de TAOi était composé de 26 personnes, dont les quatre coprésidents, comprenant des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des personnes ayant une expérience concrète, des chercheurs et du personnel de première ligne.

2.0 Mise en oeuvre

L'administration d'un TAOi nécessite non seulement la mise en œuvre et le fonctionnement d'éléments logistiques et programmatiques, mais également l'intégration d'une valeur fondamentale des soins axés sur le patient tout au long de la planification, de la mise en œuvre et du fonctionnement du TAOi, quels que soient les modèles de soins choisis. Cette approche philosophique devrait sous-tendre l'administration d'un TAOi afin de fournir des soins respectueux et adaptés aux besoins de chaque patient. Nous commençons par une introduction aux soins axés sur le patient, suivi de considérations logistiques, y compris la consultation, les compétences en dotation, les modèles de soins en cours de fonctionnement, les besoins d'espace et les considérations de coûts et de couverture des médicaments.

2.1 APPROCHE PHILOSOPHIQUE : SOINS AXÉS SUR LE PATIENT ET RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les soins axés sur le patient prennent en compte les besoins, les valeurs et les préférences uniques de chaque patient et visent à impliquer et à responsabiliser les patients en tant qu'experts de leurs propres soins, notamment en agissant comme principal agent de réduction des méfaits liés à la toxicomanie, en définissant un traitement individualisé, en fixant des objectifs de traitement individualisés qui sont réalistes et significatifs, et en sélectionnant conjointement les options de traitement ou les interventions qui contribueront le mieux à atteindre leurs objectifs individuels³⁴. Les soins axés sur le patient regroupent une variété d'approches qui tentent de prendre en compte les déséquilibres de pouvoir et les expériences de marginalisation tout en maintenant un engagement envers les principes de réduction des méfaits. Au sens large, la réduction des méfaits fait référence aux politiques, programmes et pratiques visant à réduire les conséquences néfastes pour la santé, la société et l'économie associées à l'usage de substances licites et illicites³⁵. Plusieurs principes fondamentaux de réduction des méfaits ont été déterminés³⁶ et doivent également être compris pour éclairer l'administration de TAOi. Citons notamment les suivants :

- **Pragmatisme** : Accepter que l'usage non médical de substances psychoactives ou modifiant l'humeur soit un phénomène culturel humain presque universel.
- **Droits de la personne** : Respecter la dignité humaine fondamentale et les droits des consommateurs de drogues injectables, y compris le droit à l'autodétermination et à une prise de décision éclairée dans un contexte dénué de jugement, ce qui peut inclure la poursuite de la consommation d'opioïdes illicites et d'autres substances.
- **Cibler les méfaits** : Donner la priorité à la réduction des conséquences négatives de la consommation de drogues pour la personne et les autres et reconnaître les changements progressifs comme un succès.

- **Optimiser les options d'intervention** : Reconnaître qu'il existe différentes approches de prévention ou de traitement et que les personnes qui utilisent des drogues injectables devraient pouvoir choisir et avoir accès à un large éventail d'interventions.
- **Priorité des objectifs immédiats** : Rencontrer la personne qui a consommé la drogue et répondre d'abord aux besoins immédiats.
- **Implication du consommateur de drogue** : faire en sorte que les personnes participent activement à leurs propres soins et à la planification des politiques et des interventions de réduction des méfaits. Reconnaître la capacité de chacun à faire des choix et à changer sa propre vie.

Il est recommandé que chaque programme de TAOi élabore son propre ensemble de valeurs, en fonction de l'approche philosophique ci-dessus, qui guidera le programme. Ces valeurs peuvent inclure un engagement envers la philosophie et les principes de la réduction des méfaits (y compris [les principes et pratiques de réduction des méfaits chez les Autochtones](#) qui intègrent les méthodes de connaissance culturelles dans les stratégies et les services de réduction des méfaits); un engagement envers des soins axés sur le patient; un engagement à reconnaître et à éliminer les obstacles aux soins pour les groupes marginalisés; et un engagement à fournir des soins fondés sur des données probantes.

2.1.i Soins sensibles aux traumatismes

Les personnes aux prises avec des troubles liés à l'usage de substances présentent des taux plus élevés de traumatismes antérieurs et de stress post-traumatiques comorbides par rapport à la population en général³⁷. Par exemple, une revue systématique australienne a révélé des taux de stress post-traumatique sur 12 mois de 5 à 66 % chez les personnes présentant des troubles liés à l'usage de substances³⁸, tandis que des études épidémiologiques ont montré des taux de 26 à 52 % au cours d'une vie³⁹. Ainsi, les programmes de TAOi doivent intégrer les principes de la pratique sensibles aux traumatismes (p. ex., sensibilisation aux traumatismes; sécurité et fiabilité; choix, collaboration et mise en relation; approches fondées sur les points forts et renforcement des compétences) dans leur conception, leur prestation de services et les soins cliniques. Il existe plusieurs ressources utiles pour apprendre et intégrer les pratiques sensibles aux traumatismes. Parmi ceux-ci, citons la [Trousse pour soin sensibles au traumatisme](#) du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#); [Trauma-informed: The trauma toolkit](#) du [Klinic Community Health Centre](#) et [Trauma-Informed Practice and the Opioid Crisis](#) du [Centre of Excellence in Women's Health](#).

2.1.ii Fournir des soins aux groupes susceptibles de vivre des expériences marginalisantes.

Les déterminants sociaux de la santé peuvent être compris comme « les facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé des personnes⁴⁰ ». Ils incluent, notamment le revenu, le logement, l'exclusion sociale, le genre, le statut d'autochtone, la race et le statut d'invalidité⁴⁰, qui influent sur la santé selon

un gradient social, les plus défavorisés sur le plan socioéconomique ayant les pires résultats⁴¹. Les programmes de TAOi prodiguant des soins aux groupes susceptibles de vivre des expériences marginalisantes, qui incluent les consommateurs de drogues injectables ainsi que les peuples autochtones, les personnes racialisées, les minorités sexuelles et de genre, les femmes, les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes handicapées, les personnes souffrant de douleur chronique, les nouveaux arrivants et ceux avec des barrières linguistiques et les personnes vivant dans la pauvreté devraient être sensibles à la manière dont ces lieux sociaux sont soumis à une répartition inégale du pouvoir, des possibilités économiques et des ressources⁴¹. Les programmes et prestataires de TAOi doivent également être conscients du fait que les multiples localisations sociales d'une personne (p. ex., le genre, la race et la sexualité) interagissent et ont une incidence entre elles⁴², et devraient s'efforcer de supprimer tout obstacle à l'accès des patients aux soins.

La sécurité doit être une priorité pour tous les patients, y compris la sécurité émotionnelle et culturelle. Les patients appartenant à des groupes susceptibles de vivre des expériences marginalisantes peuvent également bénéficier d'une défense des droits des patients, par exemple pour obtenir un logement, demander de l'aide pour personnes handicapées ou accéder à des services psychosociaux. Les programmes de TAOi doivent faire en sorte que le personnel connaisse les déterminants sociaux de la santé, soit sensible au différentiel de pouvoir entre le personnel et les patients, et puisse apporter un soutien aux patients par le biais des soins du personnel ou de références, afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

2.1.iii Sécurité et humilité culturelles dans le travail avec les peuples autochtones

La sécurité culturelle peut être comprise comme un résultat dans lequel les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins dans un environnement exempt de racisme et de discrimination, résultant d'un engagement respectueux visant à remédier aux déséquilibres de pouvoir inhérents au système de soins de santé. L'humilité culturelle est un processus entrepris pour comprendre, à travers l'autoréflexion, les préjugés personnels et systémiques, et pour élaborer et maintenir des processus et des relations dans le respect et fondés sur la confiance mutuelle. Cela nécessite de se reconnaître humblement en tant qu'apprenant pour tenter de comprendre l'expérience d'une autre personne.^e

Afin de comprendre en quoi le système de santé dominant est souvent hostile et peu sûr pour les peuples autochtones sur le plan culturel, et comment les fournisseurs de soins de santé peuvent ne pas savoir comment leurs approches, comportements et programmes créent des obstacles pour les membres des communautés autochtones, le présent document recommande vivement aux prescripteurs et au personnel non autochtones de suivre une formation sur la sécurité et l'humilité culturelles afin d'améliorer leur capacité à établir des partenariats positifs avec des clients autochtones recherchant des soins pour la consommation de substances et les méfaits connexes. Il existe

^e Définitions empruntées et légèrement adaptées de [l'autorité sanitaire des Premières nations](#).

plusieurs possibilités d'apprentissage de la sécurité culturelle liées à la santé en ligne, notamment des programmes de formation et des webinaires. Ils sont habituellement conçus pour accroître les connaissances, améliorer la conscience de soi et renforcer les compétences des gens qui travaillent de près ou de loin avec les peuples autochtones. Ces possibilités d'apprentissage incluent la [National Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series](#), le [Ontario Indigenous Cultural Safety Program](#), les [Modules de compétence culturelle du Programme Nunavut](#), la [Saskatoon Health Region Cultural Competency & Cultural Safety Tool Kit](#), la [Manitoba Indigenous Cultural Safety Training](#), le webinaire sur la sécurité culturelle du [College & Association of Registered Nurses of Alberta](#), la [San'yas Indigenous Cultural Safety Training](#) élaborée par la Provincial Health Services Authority (PHSA) Aboriginal Health Program en Colombie-Britannique, et la Cultural Safety and Cultural Humility Webinar Series [de la First Nations Health Authority \(FNHA\) et du BC Patient Safety & Quality Council](#). De plus, des formations en personne sont offertes dans certains territoires.

Afin d'améliorer la sécurité culturelle, les programmes de TAOi sont encouragés à s'associer aux communautés autochtones locales et à des programmes tels que les infirmiers pivots, les intervenants pivots et les Anciens. Pour de plus amples renseignements sur la prestation de soins compétents sur le plan de la sécurité culturelle, reportez-vous aux [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

2.1.iv Populations 2SLGBTQ+

Les personnes lesbiennes, gai.e.s, bisexuel.le.s, transgenres, Bispirituel.le.s, queers, et autres genres et sexualités divers (2SLGBTQ+) font face à des défis uniques qui doivent être résolus lors de la prise en charge de patients 2SLGBTQ+ présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Les personnes 2SLGBTQ+ signalent des taux disproportionnés de consommation de substances⁴³⁻⁴⁵ et entament un traitement avec une gravité accrue des problèmes de toxicomanie⁴⁶. Les programmes de TAOi doivent être sensibles à la culture et veiller à ce que le personnel soit au courant des problèmes auxquels les personnes 2SLGBTQ+ seront probablement confrontées.

Les programmes de TAOi devraient communiquer activement que des services sont offerts aux patients 2SLGBTQ+, établir des relations avec des organisations servant diverses communautés marginalisées et utiliser un langage inclusif dans les formulaires, les documents cliniques et lors des rendez-vous⁴⁶. Ils devraient dresser une liste de références des groupes de soutien locaux et des ressources pour les personnes 2SLGBTQ+. Ils devraient également favoriser l'accessibilité à leurs services, particulièrement aux personnes transgenres et de genre non conforme. Les stratégies visant à démontrer la sensibilisation et la sensibilité à la transgenralité comprennent la mise en place de brochures et d'affiches inclusives dans les salles d'attente, les questions sur l'identité de genre dans les formulaires d'inscription (en évitant la confusion entre les genres et les sexes)^{f47}, la mise à disposition de salle

^f Le sexe fait généralement référence à la désignation d'une personne en tant qu'homme, femme ou personne intersexuée à la naissance, habituellement en fonction de l'apparence de l'anatomie externe. Le genre fait référence au sentiment profond d'appartenance à un genre, qu'il soit ou non harmonisé au sexe assigné à la naissance. Il ne faut pas présumer que le sexe d'une personne correspond à son genre, par exemple qu'une personne aura des organes génitaux ou une anatomie de reproduction spécifique en fonction de son identité de genre.

de bains neutres et l'assurance que le personnel ne porte pas de jugement, et qu'il est sensible aux obstacles auxquels les personnes transgenres sont confrontées pour accéder aux soins de santé.

Pour de plus amples renseignements sur la prestation de soins à cette population, reportez-vous aux [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

2.1.v Mieux-être et progrès autodéfini

L'un des objectifs de traitement dans le continuum de soins pour les TLUO devrait être le mieux-être, en sachant que le mieux-être est différent pour chaque personne et qu'il comprend de nombreuses voies possibles.

Les programmes de TAOi devraient intégrer et utiliser un langage qui favorise le mieux-être dans la prestation de leurs services. Cela implique de veiller au respect de l'autonomie et de l'individualité du patient, de mettre l'accent sur les compétences et les points forts et d'éviter de recourir aux modèles paternalistes de prestation de soins⁴⁸. L'importance des pairs pivots et du soutien par les pairs devrait également être reconnue à travers le continuum de soins pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes. Pour la planification du mieux-être, les programmes de TAOi devraient envisager d'intégrer les pairs pivots pour soutenir les objectifs de traitement à long terme axés sur le patient. Consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur le soutien au mieux-être et le progrès autodéfini.

2.1.vi Cheminements de référence et soins primaires

Quels que soient le ou les modèles de soins choisis, un TAOi nécessite une approche de soins multidisciplinaire dans laquelle les individus reçoivent, au besoin et de manière appropriée, un traitement des dépendances; des soins primaires; des soins de santé mentale; une gestion de la douleur chronique; et des services psychosociaux, notamment l'accès au logement, aux services d'emplois, à la thérapie des traumatismes et aux services spécialisés destinés aux femmes, aux jeunes et aux peuples autochtones.

Dans le cadre de leur mise en œuvre et de leur fonctionnement, les programmes de TAOi devraient établir des cheminements de références entièrement fonctionnels pour les programmes de traitement de la consommation de substances axés sur le rétablissement, ainsi que le soutien et les services de réduction des méfaits dans leur région, pour garantir l'accès à divers services connexes.

Les prestataires devraient discuter avec leurs patients du type de programme le mieux adapté à leurs objectifs, besoins et intérêts changeants. Les patients doivent être liés à un prestataire de soins primaires ou à une équipe intégrée de soins primaires. Selon la population desservie, les besoins des

patients, les services colocalisés et les obstacles infrastructurels, certains ou la totalité des services supplémentaires et complémentaires suivants peuvent être offerts ou recommandés :

- Soins primaires
- Traitement des dépendances
- Soutien
- Travail social
- Soins de santé mentale
- Soins dentaires
- Soutien nutritionnel et programmes alimentaires
- Inhalothérapie
- Gestion de la pharmacothérapie
- Gestion de l'argent et aide financière
- Sensibilisation et santé à domicile
- Soutien aux travailleurs/ses du sexe
- Gestion de la douleur
- Soutien aux aînés
- Psychiatrie
- Soutien spirituel
- Heures réservées aux femmes
- Outils de réduction des méfaits
- Services de consommation supervisée
- Gestion de cas graves (« service complet »)
- Aide au logement
- Services juridiques
- Soins palliatifs
- Soutien par les pairs
- Soins médicaux spécialisés

2.1.vii Participation du cercle familial et social aux soins

Ce document souligne le rôle important que jouent les familles (telles que définies par les patients, pouvant inclure des partenaires amoureux, des amis proches et d'autres personnes importantes qui peuvent ou non être légalement reconnues comme membres de la famille), en tant que partenaires dans les soins aux patients, le cas échéant. Il est recommandé que les membres de la famille soient inclus dans les processus décisionnels et les soins à tous les niveaux lorsque le patient adulte et son équipe de soins le jugent à propos. Les patients ne doivent pas subir de pression pour inclure des membres de la famille et doivent avoir toute latitude pour décider d'inclure la famille, le cas échéant. Les membres de la famille souhaitant un soutien doivent être référés à des services et soutiens externes, afin d'éviter le chevauchement des prestataires de services, ce qui peut avoir une incidence sur la confiance des clients et créer des problèmes de confidentialité ou de conflit d'intérêts.

Les programmes de TAOi peuvent favoriser l'implication active et positive de la famille (au choix du patient) en fournissant un enseignement sur le TAOi et d'autres options de traitement, et la réduction

des méfaits, y compris la formation à la naloxone, et en offrant des ressources aux membres de la famille. Une liste de ressources et de références pour les familles se trouve à l'[annexe 4](#). Pour les parents et les personnes responsables des enfants, il peut être utile d'offrir des séances de groupe ou individuelles (des séances d'orientation pour les parents). Comme mentionné ci-dessus, à moins que l'utilisateur ait expressément consenti à recevoir les services des mêmes prestataires, les parents et les personnes responsables des enfants doivent être aiguillés vers des services externes pour éviter le chevauchement des prestataires.

L'équipe de soins doit avoir une connaissance complète et à jour des protocoles de consentement pour la divulgation d'informations, y compris la législation de leur territoire en matière de protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements sur l'inclusion de la famille et des personnes importantes dans les soins, consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

2.2 CONSULTATION PRÉCÉDANT LA MISE EN OEUVRE

Une fois le financement obtenu et la planification des programmes commencée, de nombreux intervenants, régulateurs et autres entités peuvent avoir besoin d'être consultés ou informés au cours de la phase précédant la mise en œuvre lors de la conception d'un programme ou de programmes de TAOi. Comme pour tout traitement médical nouveau ou élargi, la consultation peut aider à faciliter la mise en œuvre. Toutefois, ce processus devrait être au service de la planification du programme et ne devrait pas entraver la planification ou créer des obstacles. Ces consultations doivent plutôt être comprises comme des processus mis en place pour faciliter la planification et la prestation des services. Différentes communautés et différents contextes nécessiteront différents niveaux et types de consultation.

2.2.i Personnes avec une expérience concrète

L'importance vitale d'inclure des personnes ayant une expérience concrète^g, y compris les pairs pivots, le soutien par les pairs et les groupes des utilisateurs de drogues, devrait être reconnue tout au long du continuum de soins pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes. Le présent document et ses auteurs reconnaissent avec gratitude le plaidoyer et l'organisation infatigables des pairs et groupes de défense pour les utilisateurs de drogues, notamment The Canadian Association of People Who Use Drugs (CAPUD) et le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), qui plaide en faveur du TAOi et la nécessité de réduire le niveau d'obstacles, en particulier dans le contexte actuel de groupes criminalisés créant des drogues toxiques contaminés au fentanyl et autres opioïdes de synthèse extrêmement puissants.

^g Les personnes ayant une expérience concrète sont désignées de différentes façons, notamment les pairs, les personnes qui utilisent des drogues, les premières voix et les consommateurs de drogues. Le présent document utilise principalement « personnes ayant une expérience concrète » pour mettre en évidence les connaissances et les idées des personnes ayant une expérience concrète de troubles liés à l'usage d'opioïdes. En règle générale, « pair » est utilisé lorsque des personnes ayant une expérience concrète agissent en tant que pair avec d'autres utilisateurs de services (par exemple, des pairs aidants).

Les pairs et groupes de défense pour les utilisateurs de drogues (également appelés Premières voix au Canada atlantique), les groupes de défense des droits des patients et les pairs aidants devraient être intégrés à toutes les étapes de la mise en œuvre de TAOi, de la planification à l'exploitation. Les pairs et groupes de défense pour les utilisateurs de drogues peuvent aider à déterminer les besoins, les obstacles et les stratégies de mise en œuvre de TAOi et disposent souvent de réseaux communautaires et politiques actifs pour soutenir le programme. Les plans stratégiques devraient inclure la voix des clients qui accéderont à ces services. Les groupes locaux de chaque territoire devraient être consultés. Une liste de pairs et de groupes de défense pour les utilisateurs de drogues se trouve à l'[annexe 4](#). Dans les territoires où un TAOi n'a jamais été proposé, il peut être utile de consulter des groupes externes dont les membres ont l'expérience de recevoir et de soutenir l'expansion de TAOi.

[“Nothing About Us Without Us”—Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative](#) détermine plusieurs avantages importants pour la participation des pairs particulièrement pertinents pour la prestation de TAOi. Ceux-ci incluent une plus grande adhésion des patients au programme; la capacité des patients à être reconnue et traitée; la prestation de services qui répond aux besoins des patients en étant réalistes, peu contraignants et utiles; et un sentiment de propriété pour les pairs⁴⁹. Une étude qualitative d'un programme d'intervention en cas de surdose gérée par des pairs dans des abris d'urgence a mis en évidence plusieurs facteurs qui renforcent le sentiment de sécurité des pairs aidants par rapport au personnel non rémunéré, notamment la sécurité sociale due à des expériences partagées, une absence de dynamique inégale du pouvoir, et une perception de prise en charge qui contraste avec leurs expériences quotidiennes⁵⁰. Les pairs aidants qui travaillent au sein du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) ont cernés plusieurs avantages importants à leur travail, notamment une diminution des risques liés au commerce du sexe, au trafic de drogue ou au vol, ainsi qu'une augmentation des contacts sociaux, de la reconnaissance sociale, de la structure, de l'objectif collectif et une reconnaissance de leur travail⁵¹.

2.2.ii Organismes de réglementation professionnels

Les organismes de réglementation professionnels appropriés dans chaque territoire peuvent être consultés lors de la planification et de la mise en œuvre des programmes de TAOi. La forme de consultation variera en fonction du territoire et de l'organisme de réglementation, et peut aller d'un véritable processus de collaboration à un support d'information ou de collecte.

L'organisme de réglementation des médecins et des chirurgiens de chaque territoire peut être sensibilisé au TAOi afin d'obtenir l'appui nécessaire pour l'inclure dans le continuum des soins et, le cas échéant, être consulté pour aider à mettre en place un processus visant à garantir que les exigences en matière d'éducation et de formation requises ont été respectées.

L'organisme de réglementation des infirmières de chaque territoire devrait être consulté pour s'assurer que les soins de TAOi sont inclus dans le champ d'activité des infirmières (ce qui peut inclure l'injection intramusculaire dans le cas de patients qui ne peuvent pas s'administrer leur dose, ainsi

que les privilèges de prescription pour les infirmières praticiennes); qu'un processus visant à garantir que les exigences en matière d'éducation et de formation requises ont été respectées; et que les politiques et les pratiques respectent les normes, les limites, les conditions et les pratiques de prescription sûres établies par l'organisme de réglementation, y compris les exigences relatives à la prescription de médicaments et de substances contrôlés.

L'organisme de réglementation des intervenants sociaux de chaque territoire peut être consulté pour s'assurer que les soins de TAOi sont inclus dans le champ d'activité; qu'un processus visant à garantir que les exigences en matière d'éducation et de formation requises ont été respectées; et que les politiques et les pratiques respectent les normes, les limites et les conditions établies par l'organisme de réglementation.

Dans les territoires où le modèle pharmaceutique (voir la section [Modèles de soins](#)) sera mis en œuvre, il convient de consulter l'organisme de réglementation des pharmaciens afin de s'assurer que la délivrance et la supervision du TAOi sont incluses dans le champ d'activité des soins pour les pharmaciens; qu'un processus visant à garantir que les exigences en matière d'éducation et de formation requises ont été respectées; et que les politiques et les pratiques respectent les normes, les limites, les conditions et les pratiques de prescription sûres établies par l'organisme de réglementation, y compris les exigences relatives à la délivrance de médicaments et de substances contrôlés. L'organisme de réglementation devrait également collaborer avec les pharmacies locales souhaitant fournir le TAOi pour s'assurer qu'elles sont en mesure de satisfaire aux exigences de l'établissement.

2.2.iii Ministères provinciaux concernés

Afin de nouer des relations de collaboration et de garantir l'accès à des soins fondés sur des données probantes, les planificateurs de programmes de TAOi sont encouragés à consulter les ministères concernés dans chaque territoire au stade de la planification. Le ministère chargé de la santé, qui détermine les services et les médicaments à proposer dans chaque territoire, peut être consulté. Ce ministère déterminera également la couverture des services et des médicaments. Reportez-vous aux sections [Coût et couverture](#) et [Consultation pour la diacétylmorphine](#) dans le présent document. Le ministère chargé de la justice et de la sécurité publique peut également être consulté, car la réduction des coûts de la criminalité et de la justice pénale représente un avantage important de la prestation de TAOi. En outre, ce ministère devrait être consulté pour assurer la continuité du traitement en cas d'incarcération.

2.2.iv Autorité sanitaire régionale ou l'équivalent

Si une autorité sanitaire gère un programme de TAOi, elle devrait créer une politique interne indiquant l'emplacement des programmes de TAOi, ainsi que des politiques assurant le financement initial et continu. Les autorités sanitaires régionales détermineront également les cliniciens pouvant doter leurs programmes internes de TAOi et la formation requise, le nombre de places disponibles pour les patients, les besoins globaux en personnel et les exigences en matière d'entreposage des

médicaments. Les cliniciens travaillant en dehors du système des autorités sanitaires n'ont pas besoin de consulter celles-ci, mais peuvent souhaiter le faire afin de soutenir et de maintenir des relations de collaboration.

Dans les territoires où il n'existe pas de programme complet de surveillance des ordonnances, il est recommandé aux autorités sanitaires régionales de collaborer avec les organismes de réglementation compétents pour en élaborer un afin d'assurer la sécurité des patients, des contrôles adéquats et une surveillance, en particulier lorsqu'ils proposent de nouvelles options de traitement.

2.2.v Autorités locales

Les autorités locales, y compris les administrations municipales et les services de police, devraient être consultées et formées afin de créer des relations positives et d'apporter une assistance en matière de réglementation.

2.2.vi Soutien politique et collectif

La mise en œuvre et l'expansion du TAOi peuvent faire face à une opposition politique dans certaines collectivités. Dans les collectivités où l'opposition politique est préoccupante, l'appui politique peut être obtenu par le biais d'un enseignement aux élus locaux et au gouvernement, aux groupes communautaires, au corps policier et aux associations médicales sur les approches de réduction des méfaits, le continuum des soins pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes et le TAOi en tant qu'élargissement des approches de soins existantes. Toutefois, à l'instar de l'élargissement des autres traitements médicaux, cela ne devrait pas être considéré comme une exigence au lancement d'un programme de TAOi.

2.2.vii Santé Canada

La Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada est responsable de l'octroi de licences d'hydromorphe et de diacétylmorphe pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes. Puisque le TAOi est étendu à l'ensemble du pays, les administrateurs de la santé et les ministères responsables des soins de santé devraient consulter Santé Canada afin de garantir un accès adéquat aux médicaments nécessaires. Cela peut inclure de travailler avec les fabricants pharmaceutiques nationaux pour obtenir un numéro d'identification du médicament (DIN) pour la diacétylmorphe et commencer la production nationale, ainsi que pour obtenir davantage d'hydromorphe (p. ex. 100mg/ml et 200mg/ml, ce qui réduirait le volume de médicaments nécessaires pour chaque dose).

Consultation pour la diacétylmorphe

En raison des obstacles réglementaires limitant l'importation et l'approvisionnement de diacétylmorphe, il existe des considérations supplémentaires particulières aux programmes qui fourniront de la diacétylmorphe.

Si les prescripteurs cherchent à prescrire de la diacétylmorphine dans le cadre de leur programme de TAOi, ils doivent faire une demande auprès du [Programme d'accès spécial](#) de Santé Canada pour chaque patient.

Pour avoir accès à la diacétylmorphine pour un grand nombre de patients, le responsable de la santé publique provincial ou territorial peut demander que la diacétylmorphine soit ajoutée à la [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique](#) de Santé Canada. **Remarque :** Depuis le 25 avril 2019, la diacétylmorphine a été ajoutée à la [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique pour l'ensemble du pays](#). Si cela change à l'avenir, le texte ci-dessus devrait guider les personnes souhaitant prescrire de la diacétylmorphine.

Le Bureau des substances contrôlées [de Santé Canada](#) doit être consulté pour assurer une planification adéquate de l'importation de diacétylmorphine. Cela permettra d'éviter les problèmes d'approvisionnement inattendus.

Reportez-vous à la section [Détermination des médicaments à fournir](#) du présent document pour plus de considérations sur la sélection des médicaments.

2.3 MODÈLES DE SOINS

Chaque programme de TAOi doit déterminer le ou les modèles de soins à offrir, en fonction de divers facteurs, notamment les besoins, le contexte communautaire, les ressources disponibles et les réglementations propres à chaque territoire. Selon les besoins, la capacité et les services existants, les programmes de TAOi peuvent adopter l'un des modèles de soins existants au Canada ou des éléments d'un ou de plusieurs modèles de soins dans la conception d'un programme unique. Quels que soient les éléments constituant le ou les modèles de soins offerts, la prestation d'un TAOi devrait être guidée par l'approche philosophique mentionnée précédemment, qui comprend des soins axés sur le patient, la réduction des méfaits, les soins sensibles aux traumatismes, la sécurité des patients et la sécurité et l'humilité culturelles (voir la section [Approche philosophique](#)). La prestation d'un TAOi nécessite une approche de soins multidisciplinaire dans laquelle les individus ont accès, au besoin et de manière appropriée, à un traitement des dépendances; des soins primaires; des services de réduction des méfaits; des soins de santé mentale; une gestion de la douleur chronique; et des services psychosociaux, notamment l'accès au logement, aux services d'emplois, à la thérapie des traumatismes et aux services spécialisés destinés aux femmes, aux jeunes, aux personnes LGBTQ+ et aux peuples autochtones.

2.3.i Modèles de soins en vigueur au Canada

Plusieurs modèles de soins sont actuellement en vigueur au Canada. Dans un souci de clarté, le présent document présente quatre modèles de soins distincts. Toutefois, ces modèles présentent des zones de chevauchement importantes et de nombreux programmes de TAOi existants utilisent des

éléments d'un ou de plusieurs modèles de soins afin de mieux répondre aux besoins de leur clientèle. Le modèle 1 (Programme exhaustif et dédié de traitement par agonistes opioïdes injectables) est le plus étudié et fonctionne depuis de nombreuses années en Europe. Les trois autres modèles sont plus récents, ayant été mis en œuvre pour la première fois en Colombie-Britannique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur ces trois nouveaux modèles. Un aperçu de chaque modèle de soins est présenté ci-après.

1. Programme exhaustif et dédié de traitement par agonistes opioïdes injectables

Dans ce modèle de soins, un modèle exhaustif de soins dédié particulièrement à la prestation de TAOi supervisé pour les personnes aux prises avec un TLUO sévère à long terme est instauré. Cela peut être un établissement autonome ou situé dans un hôpital ou un autre centre de soins de courte durée. En plus de se présenter à la clinique jusqu'à trois fois par jour pour l'administration de doses injectables d'hydromorphone ou de diacétylmorphine sous la supervision de professionnels de la santé qualifiés ou d'un personnel qualifié encadré par des professionnels de la santé qualifiés, les patients peuvent bénéficier de services auxiliaires situés à la clinique ou être recommandés à des services communautaires. Ces services peuvent inclure le traitement des dépendances; des soins primaires; des soins de santé mentale; une gestion de la douleur chronique; et des services psychosociaux, notamment l'accès au logement, aux services d'emplois, à la thérapie des traumatismes et aux services spécialisés destinés aux femmes, aux jeunes, aux personnes 2SLGBTQ+ et aux peuples autochtones. La clinique Crosstown de Providence à Vancouver et la clinique de TAOi du centre de santé Sheldon M. Chumir à Calgary sont des exemples d'un modèle de TAOi supervisé exhaustif et dédié. La majorité des pays européens qui proposent un TAOi (la Suisse, l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas) utilisent également le modèle supervisé exhaustif et dédié, avec une combinaison de cliniques autonomes et de cliniques co-localisées avec d'autres services psychosociaux et de traitement des dépendances (l'Angleterre, avec son modèle à emporter sans surveillance, et l'Espagne, dont le programme est limité à la semaine, sont des exceptions).

2. Programme intégré de traitement par agonistes opioïdes injectables

Dans ce modèle de soins, les cliniques de santé communautaires existantes, les programmes de réduction des méfaits (tels que les sites de consommation supervisée) et les programmes de logement intègrent un programme de TAOi dans leur gamme de traitements et de programmes proposés. Semblable au programme exhaustif et dédié de TAOi présenté ci-dessus, le modèle intégré favorise les relations entre clients et prestataires de soins de santé, la continuité et l'exhaustivité des soins. Comme les patients sont peut-être déjà familiarisés avec le personnel et les services du programme existant, l'intégration d'un programme de TAOi représente une extension de la gamme de programmes déjà offerts aux clients. Les services supplémentaires, qui peuvent ne pas être offerts sur place, doivent être référés. Ceux-ci peuvent inclure le traitement des dépendances; des soins primaires; des soins de santé mentale; une gestion de la douleur chronique; et des services psychosociaux, notamment

l'accès au logement, aux services d'emplois, à la thérapie des traumatismes et aux services spécialisés destinés aux femmes, aux jeunes et aux peuples autochtones.

Des exemples de ce programme intégré comprennent les programmes de TAOi intégrés dans les cliniques de santé et les établissements de soins de courte durée, les refuges, les sites de prévention de surdoses, les programmes de soins de fin de vie et de logement avec services de soutien. Plusieurs programmes de ce type existent, notamment des programmes intégrés dans les cliniques de santé existantes et les programmes de logement avec services de soutien à Vancouver, en Colombie-Britannique, et le programme d'opioïdes géré en résidence à Ottawa, en Ontario. Ce modèle pourrait également être intégré à des sites d'injection supervisée préexistants.

3. Programme de traitement par agonistes opioïdes injectables en pharmacie

Dans ce modèle de soins, les services de soins primaires et de traitement des dépendances sont fournis dans les cliniques existantes avec une supervision de l'administration du TAOi assurée par des pharmaciens dûment formés dans des pharmacies sélectionnées, une fois que les patients ont commencé leur traitement et ont atteint une dose stable. Cela permet l'accès au TAOi dans les collectivités où le modèle intégré peut ne pas être approprié ou réalisable. Ce modèle offre également plus de flexibilité aux patients qui peuvent être dans une phase de leur vie où ils n'ont pas besoin ou ne veulent pas de modèles de soins plus complets, par exemple pour ceux qui préfèrent avoir accès à une pharmacie plus proche de leur lieu de résidence. Cette option peut être appropriée, dans les territoires où elle est réalisable, pour les patients déjà bien connectés à d'autres services ou dans des endroits où il est plus logique de fournir des médicaments dans une pharmacie et de connecter les patients à des services fournis dans d'autres contextes. Les patients qui ne sont pas connectés à des services adéquats doivent être recommandés au besoin. Ces services peuvent inclure des soins de santé mentale; une gestion de la douleur chronique; et des services psychosociaux, notamment l'accès au logement, aux services d'emplois, à la thérapie des traumatismes et aux services spécialisés destinés aux femmes, aux jeunes, aux personnes 2SLGBTQ+ et aux peuples autochtones.

Semblables à l'ingestion quotidienne de méthadone supervisée en pharmacie, des seringues prescrites d'hydromorphone ou de diacétylmorphine sont préparées et délivrées, et l'auto-administration est supervisée par des pharmaciens, des infirmières ou un personnel qualifié et supervisé. Les patients sont titrés pour une dose stable au cabinet du prescripteur ou à la clinique, l'injection étant supervisée par des professionnels de la santé qualifiés ou un personnel qualifié supervisé par des professionnels de la santé qualifiés. Les patients sont ensuite transférés à la pharmacie pour une injection supervisée, avec des visites régulières au prescripteur afin de garantir un dosage et un approvisionnement appropriés d'autres traitements de la dépendance. Selon ce modèle, les pharmacies doivent mettre au point des processus garantissant la prestation sécuritaire du TAOi (par exemple, prévenir le détournement, faire en sorte que les risques de surdosage soient pris en compte) et le personnel de la pharmacie doit suivre une formation supplémentaire (par exemple, intervention en cas de surdosage, sensibilisation à la prévention des détournements, premiers soins). Dans ce modèle de TAOi supervisé en pharmacie, il incomberait au pharmacien de mener à bien les évaluations avant

et après l'injection (voir [les Lignes directrices cliniques de TAOi](#)) et de fournir une référence au soin en cours des plaies au site d'injection. La supervision sur place permet une intervention et un traitement immédiats en cas d'événement indésirable ou d'intolérance à la dose (par exemple, composer le 9-1-1, administrer de la naloxone, effectuer une respiration artificielle ou fournir de l'oxygène, selon le cas), garantissant la sécurité du patient.

Dans ce modèle, le pharmacien et le prescripteur travaillent en étroite collaboration pour garantir une posologie adéquate, modifier le dosage au besoin et offrir des soins continus de traitement des dépendances afin de s'assurer que les besoins psychosociaux et de santé de base des patients sont satisfaits. La coordination continue des soins et la communication régulière entre le pharmacien et le prescripteur aident à veiller à ce que tout problème de soins émergeant en dehors du champ de pratique des professionnels de la pharmacie (par exemple, soin des plaies) puisse être rapidement transmis au médecin prescripteur ou à une infirmière praticienne.

Toutes les pharmacies doivent respecter les règlements en vigueur de l'organisme de réglementation des pharmaciens de leur province, notamment en matière de sécurité, d'élimination des médicaments, de documentation appropriée et de gestion des stocks. En outre, les pharmacies assurant la supervision pharmaceutique du TAOi doivent fournir des rapports aux prescripteurs et mettre à jour les dossiers de santé électroniques provinciaux en ce qui concerne les doses administrées, signaler les événements indésirables et, le cas échéant, gérer l'espace d'injection, y compris la gestion des fournitures et de l'équipement, la prise en charge des surdoses et le signalement des surdoses.

4. Traitement par agonistes opioïdes injectables en milieu hospitalier

Dans ce modèle de soins, le TAOi est instauré à l'hôpital (y compris dans les hôpitaux psychiatriques), puis transféré aux prescripteurs communautaires au moment de la sortie de l'hôpital. Le traitement peut être débuté pour les patients hospitalisés lors du séjour ou de services de consultation externe hospitaliers (p. ex., la [clinique d'accès rapide de traitement des dépendances](#) de l'Hôpital St Paul à Vancouver, en Colombie-Britannique) ou des services de traitement des dépendances pour patients hospitalisés (p. ex. l'équipe [Addiction Recovery and Community Health \[ARCH\]](#) de l'hôpital Royal Alexandra par le site de consommation supervisée pour patients hospitalisés d'Edmonton, en Alberta). Ce modèle pourrait également être utilisé dans les hôpitaux psychiatriques, afin de garantir l'accès au TAOi pour les personnes présentant une consommation d'opioïdes et des troubles psychiatriques. Les programmes en milieu hospitalier devraient avoir un processus en place pour le transfert des soins de l'hôpital à un prescripteur communautaire de TAOi avant de commencer le traitement.

Le modèle hospitalier peut également fournir le TAOi aux personnes admises à l'hôpital qui sont déjà stabilisées sous un TAOi communautaire. Consultez la section [Hospitalisation](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les exigences de programme pour l'initiation d'un TAOi à l'hôpital et la section [Hospitalisation et douleur aiguë](#) pour en savoir plus au sujet des politiques et procédures à mettre en place.

2.3.ii Éléments supplémentaires pour tous les modèles de soins

Tous les programmes de TAOi doivent intégrer l'enseignement sur la réduction des méfaits, les fournitures et les services (y compris l'approvisionnement en naloxone et la formation), élaborer des règles pour guider leur programme et veiller à ce que l'achalandage de patients permette une observation et une surveillance constantes, quels que soient le ou les modèles de soins proposés. Référez-vous à la section [Critères minimaux recommandés](#) pour de plus amples renseignements.

2.3.iii Conception de site

La conception des sites de chaque programme de TAOi variera en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment l'espace physique, le nombre de clients, le ou les modèles de soins proposés et l'infrastructure existante. En règle générale, chaque site devrait comporter des zones désignées pour l'évaluation et l'administration de médicaments injectables, un espace de surveillance ou de « détente » et un espace privé pour des conversations avec des intervenants sociaux et d'autres personnes, et garantir que l'achalandage de patients permet une observation et une surveillance constantes. Une variété de matériel supplémentaire est offerte sur le [site Web de l'ICRAS, y compris des exemples de conception de site à partir de programmes de TAOi existants et de diagrammes d'achalandage de patients](#).

Réduction des méfaits

Au Canada, les initiatives en matière de réduction des méfaits comprennent les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, la prévention des surdoses au moyen de naloxone à emporter et les services d'injection ou de consommation supervisés. L'inclusion de ces approches de réduction des méfaits dans le continuum des soins de traitement des dépendances offre des mécanismes supplémentaires pour promouvoir la santé et la sécurité chez diverses populations de patients, y compris les personnes ayant des difficultés à maintenir l'abstinence ou à réduire leur consommation. Il existe des preuves substantielles que la participation aux services de réduction des méfaits est associée à une diminution significative des méfaits liés aux substances, notamment les comportements à risque, le VIH et l'hépatite C et les décès par surdose⁵²⁻⁵⁹. En outre, des recherches ont montré que la participation à des services de réduction des méfaits peut favoriser l'accès au traitement de la dépendance⁶⁰⁻⁶³. Au-delà des interventions particulières de réduction des méfaits, les programmes doivent adopter une approche de traitement non punitive fondée sur les forces et qui rencontre les patients là où ils se trouvent.

Il existe une variété de services et de réseaux de réduction des méfaits au Canada. Ceux-ci incluent notamment : [Toward the Heart](#), qui fournit un répertoire en ligne de services et de fournitures de réduction des méfaits en Colombie-Britannique; [Street Connections](#) qui fournit une carte de recherche des emplacements de services de réduction des méfaits à Winnipeg, au Manitoba; [Alberta](#)

[Health Services, SafeWorks Harm Reduction Program](#), et les [Alberta Community Council on HIV Harm Reduction Projects](#); le [Ontario Harm Reduction Distribution Program](#), qui comprend une base de données consultable sur les services de réduction des méfaits; le [Nova Scotia Take-Home Naloxone Program](#); [CACTUS Montréal](#), qui fournit des services et des fournitures de réduction des méfaits et exploite un site d'injection supervisée, [Méta d'Âme, un groupe de pairs offrant une formation et des fournitures en matière de réduction des méfaits](#), et [L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues \(AQPSUD\)](#), qui fournit des services et des fournitures de réduction des méfaits au Québec; le [Safe Works Access Program](#) à Terre-Neuve-et-Labrador, qui gère un programme d'échange de seringues et offre un enseignement sur la réduction des méfaits; le [programme d'échange de seringues](#) de l'Île-du-Prince-Édouard, qui offre une variété de services et de fournitures de réduction des méfaits; le Blood Ties [Four Directions Centre](#) qui propose des fournitures pour la réduction des méfaits et une liste des autres services au Yukon, ainsi que le programme [Whitehorse Outreach Van](#).

Naloxone

Les programmes de TAOi devraient mettre en place des politiques garantissant que tous les patients reçoivent une éducation en matière de prévention des surdoses et de la naloxone lorsqu'ils entament un TAOi et disposent d'un accès permanent aux services et aux produits de réduction des méfaits. Les familles et autres personnes importantes (éventuellement des collègues, des amis et d'autres êtres chers) devraient également être impliquées pour recevoir une formation en matière de réaction aux surdoses et de prévention ainsi qu'une formation à l'utilisation des trousse de naloxone. Dans les territoires où la naloxone n'est pas offerte gratuitement, les programmes de TAOi devraient inclure l'approvisionnement de trousse de naloxone dans leur budget.

Contrats de sécurité/accords patients

Chaque programme de TAOi devrait élaborer son propre ensemble de règles, en collaboration avec les utilisateurs de services et les pairs, à inclure dans le processus d'orientation et de consentement des patients. L'élaboration de règles ou d'accords avec les patients doit être guidée par les principes de sécurité et de dignité des patients, et de sécurité du personnel et doit être faite en collaboration avec le personnel, les patients et les groupes de pairs.

Les règles peuvent inclure le traitement respectueux du personnel et des autres usagers; ne pas se présenter sous l'effet de substances; des règles relatives aux tentatives de détournement; ainsi que des règles suggérées par les clients, telles qu'une déclaration des droits du patient. Des exemples de règles et une déclaration des droits des patients sont disponibles dans les documents supplémentaires sur le [site Web de l'ICRAS](#).

Les programmes devraient également élaborer des règles qui définissent les soins que les personnes jugées non admissibles au TAOi ou pour un modèle de soins particuliers doivent recevoir (par exemple, une personne nécessitant des soins plus intensifs que ceux offerts dans le modèle pharmaceutique). Cela devrait inclure l'orientation et le suivi de ces personnes, afin de s'assurer qu'elles reçoivent les soins et le traitement dont elles ont besoin.

2.4 CONSIDÉRATIONS POUR DÉTERMINER LE OU LES MODÈLES DE SOINS À METTRE EN ŒUVRE

Dans un souci de clarté, le présent document présente quatre modèles de soins distincts (exhaustifs et dédié, intégrés, pharmaceutique et hospitalier). Toutefois, ces modèles présentent des zones de chevauchement importantes et des programmes particuliers pourraient comprendre un modèle de soins ou plus à offrir ou un modèle unique composé d'éléments d'un ou de plusieurs modèles. Le ou les modèles de soins à proposer dans un territoire donné dépendent de nombreux facteurs. Citons notamment les suivants :

- Le nombre de patients qui pourraient bénéficier d'un TAOi;
- L'infrastructure et les services en place;
- La méthode d'approvisionnement en médicaments (p. ex., à l'hôpital ou hors de celle-ci);
- Le modèle de soins en place (le cas échéant, par exemple un site d'injection supervisé ou une clinique communautaire);
- Le financement disponible;
- Le contexte, entre autres considérations, les milieux ruraux et urbains auront probablement une infrastructure et un nombre de patients admissibles différents;
- La population de patients et leurs besoins (p. ex, les personnes nécessitant une surveillance médicale très étroite en raison de l'utilisation simultanée de stimulants et d'opioïdes conduisant à des cas répétés de toxicité mixte doivent recevoir un niveau de soins plus intensifs comme le programme de TAOi exhaustif et dédié);
- Le nombre de membres du personnel disponible et les modèles de dotation en personnel disponibles (cela peut inclure les médecins [soins primaires par rapport aux spécialistes], les infirmières praticiennes, les intervenants sociaux, les pharmaciens, les travailleurs en santé mentale et travailleurs de soutien par les pairs, et dépend de leur champ de pratique professionnelle et des lois et règles locales);
- L'accès à d'autres membres du personnel et services auxiliaires, notamment des services

de traitement des dépendances, des psychologues, des conseillers, des diététistes, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes;

- La possibilité de regrouper ou d'intégrer des programmes de TAOi dans d'autres programmes (p. ex., des centres de consommation sécurisés, des sites de prévention des surdoses, des services d'urgence hospitaliers, des hôpitaux psychiatriques ou des cliniques de soins primaires).

2.4.i Définir le nombre de patients potentiels

Chaque territoire devra déterminer le nombre potentiel de patients qui seraient admissibles au TAOi et en bénéficieraient. Bien qu'il n'existe pas d'algorithme simple pour déterminer ce nombre, plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Dans les pays européens dans lesquels le TAOi est proposé, ce dernier représente <1 % à 12 % de tous les patients sous traitement pour un TLUO^{22,64,65}. La Suisse, qui propose un TAOi comme traitement standard depuis 20 ans, indique que 12 % de ses patients traités par TAO ont reçu un TAOi⁶⁵. Ainsi, on peut estimer que, dans certaines zones urbaines comptant un grand nombre d'utilisateurs d'opioïdes par injection, environ 10 à 15 % des patients admissibles au TAO bénéficieraient du TAOi. En plus des personnes sous TAO par voie orale qui ne bénéficient pas suffisamment du traitement, les personnes qui accèdent à des sites de consommation sécuritaires représentent une population qui devrait être mise en relation avec des médecins pour évaluation, dont certaines pourraient bénéficier d'un renvoi aux programmes de TAOi. En outre, les programmes suisses ont régulièrement constaté qu'environ 30 % des usagers du TAOi décident chaque année de passer à un TAO par voie orale, certains revenant éventuellement au TAO⁶⁶.

2.4.ii Contexte collectif

Il existe de nombreuses façons de planifier, concevoir et mettre en œuvre des services de TAOi en fonction du contexte communautaire, du nombre de personnes pouvant bénéficier d'un TAOi, de la disponibilité des médicaments, du réseau de services existant pour les utilisateurs de drogues, des enjeux locaux, y compris la couverture d'assurance, et les ressources disponibles, qui comprennent le financement, les locaux et le personnel. Ces considérations, ainsi que d'autres issues du processus de consultation, façonneront le ou les modèles de soins à mettre en œuvre. Comme pour tout nouveau traitement, les utilisateurs de drogues locaux devraient être impliqués dans la planification et l'exécution de ces travaux de faisabilité et dans la planification des services. Dans les collectivités où aucun TAOi n'est offert, il peut également être utile d'inclure des personnes de l'extérieur ayant reçu un TAOi dans le processus de planification.

En plus de la faisabilité et de la planification des services de TAOi, chaque autorité sanitaire régionale devrait s'efforcer de créer un contexte communautaire dans lequel un traitement efficace de la dépendance est disponible tout au long du continuum de soins. Il est donc recommandé que les autorités sanitaires régionales accordent également la priorité au renforcement d'un TAO par voie orale afin de garantir que la buprénorphine-naloxone, la méthadone et la morphine orale à libération

lente soient disponibles pour le début d'un traitement le jour même en plus d'une gamme complète de traitements de la dépendance et de soutien, y compris un TAOi. Cette capacité accrue ne doit pas être comprise comme une condition préalable à l'offre d'un TAOi, mais bien comme l'extension nécessaire de tous les traitements fondés sur des données probantes dans l'ensemble du pays, afin que les patients et leurs familles aient accès à un continuum de soins complet pour le traitement du TLUO dans chaque région.

2.4.iii Critères minimaux recommandés pour les modèles de soins

Chaque modèle de soins, quels que soient les détails, doit répondre aux critères minimaux recommandés ci-dessous afin de garantir la sécurité des patients et d'assurer la continuité des soins. Ces critères devraient être réalisables dans divers contextes, avec une programmation adaptée aux besoins et aux capacités de la collectivité.

2.5 OBTENIR ET ENTREPOSER DES MÉDICAMENTS INJECTABLES

Le ministère responsable des soins de santé dans chaque territoire doit déterminer les fournisseurs appropriés et durables pour chaque médicament. Lorsque les fournisseurs ont été choisis et qu'une entente a été conclue, le département responsable des services pharmaceutiques doit travailler avec chaque programme de TOAi pour assurer un accès rapide aux médicaments nécessaires. Le [Bureau des substances contrôlées](#) doit être avisé de la prescription de diacétylmorphine et d'hydromorphone, y compris des quantités prescrites, car des augmentations imprévues peuvent avoir une incidence sur la disponibilité, et entraîner une pénurie créant des écarts dans le traitement

2.5.i Détermination des médicaments à fournir

L'hydromorphone et la diacétylmorphine sont des choix raisonnables en fonction de la disponibilité, du choix du patient et du jugement du prescripteur. Toutefois, en raison des contraintes importantes de l'importation de diacétylmorphine, sa disponibilité est limitée dans la plupart des territoires. Un producteur local de diacétylmorphine est nécessaire afin d'en augmenter la disponibilité pour ceux qui en ont besoin. Ainsi, pour la majorité des territoires, l'hydromorphone est le principal médicament disponible pour les TAOi.

2.5.ii Se procurer de l'hydromorphone injectable

Les pharmacies peuvent fournir l'hydromorphone de deux manières différentes : soit par une composition avancée et par la préparation de doses dans une pharmacie conforme à l'ANORP⁶⁷, soit par la livraison de flacons à usage unique par une pharmacie locale, qui sont ensuite introduits dans une seringue avant administration. Le choix du format utilisé dépendra du nombre de patients pour lesquels le médicament est nécessaire dans un contexte particulier, ainsi que de l'infrastructure et des ressources disponibles et des réglementations provinciales applicables aux professionnels de la santé sur le site. La composition avancée présente des avantages, dans la mesure du possible, notamment la prévention du gaspillage de médicaments et du potentiel de détournement. Toutefois, l'absence d'une pharmacie intégrée offrant ce service ne devrait pas empêcher d'envisager la proposition d'un tel traitement aux patients qui en bénéficieraient. Dans les territoires dotés d'un programme de TAOi plus avancé, davantage d'options peuvent être offertes (p. ex., des flacons à usage unique, des formulations plus concentrées). Cependant, alors que le plaidoyer se poursuit pour plus de formulations et un accès accru aux services, les programmes de TAOi nouvellement en place s'efforcent de répondre à un besoin urgent de santé publique avec les options existantes.

2.5.iii Se procurer de la diacétylmorphine injectable

La diacétylmorphine est disponible en flacons de 100ml (100mg/ml). Les autorités sanitaires devraient être impliquées dans l'approvisionnement de ce médicament et associées à la sous-traitance des services de pharmacie dans leur région. Il convient de noter que les mécanismes d'approvisionnement pour l'accès à la diacétylmorphine évoluent rapidement. Le présent document contient les renseignements les plus à jour et précis au moment de la publication. La mise à jour du document est planifiée tous les deux ans. Les avancements qui s'inscrivent en dehors du calendrier de mise à jour seront publiés sur le [site Web de l'ICRAS](#).

La diacétylmorphine est actuellement offerte selon deux mécanismes fédéraux :

1. [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique \(BUMSP\)](#)⁶⁸ : Les médicaments inscrits sur cette liste en ligne ont été demandés par un responsable fédéral ou provincial de la santé publique afin de répondre à un besoin immédiat et urgent en matière de santé publique relevant de leur compétence. Ce mécanisme vise à répondre aux besoins de la population plutôt qu'aux besoins individuels des patients (qui sont pris en charge avec le programme d'accès spécial). Les médicaments auxquels on accède par le biais de la procédure réglementaire de la BUMSP permettent à un responsable de la santé publique de demander une quantité de médicaments jugée nécessaire dans leur territoire pour un besoin urgent de santé publique au Canada, et de permettre l'importation récurrente du médicament au besoin pendant une période d'un an. Les médicaments inscrits sur cette liste peuvent être renouvelés par le responsable de la santé publique annuellement. Les personnes qui souhaitent obtenir de la diacétylmorphine au moyen de la

BUMSP sont invitées à communiquer avec le ministre responsable de la santé de leur territoire pour obtenir de l'aide sur le processus d'accès au médicament.

2. [Programme d'accès spécial \(PAS\)](#) : Ce programme offre un autre moyen de permettre l'accès aux médicaments dont la vente n'est pas autorisée au Canada. Ce mécanisme réglementaire est conçu pour répondre aux besoins individuels des patients. La décision d'autoriser ou de refuser une demande de PAS est discrétionnaire et prise au cas par cas. Ceci est basé sur la disponibilité de médicaments de substitution et sur les renseignements fournis par le praticien demandeur concernant l'utilisation, l'innocuité et l'efficacité du médicament. Si la demande est approuvée, et que l'accès au médicament est autorisé, le praticien doit signaler l'utilisation du médicament chez le patient concerné. Cela comprend tout événement indésirable et le décompte de toutes les quantités reçues. Les renseignements doivent être fournis à la fois au fabricant et au PAS.

Il est important de noter que depuis le 19 mai 2018, en vertu du paragraphe 24(4) du *Règlement sur les stupéfiants*, la vente et l'approvisionnement de diacétylmorphine sont restreints de la manière suivante. La diacétylmorphine peut être vendue ou distribuée par un distributeur autorisé aux personnes suivantes :

- (a) un autre distributeur autorisé;
- (b) un employé d'un hôpital, si cet hôpital offre des traitements ou des soins aux gens;
- (c) un médecin ou une infirmière praticienne;
 - (c.1) s'il ou elle pratique dans un hôpital qui offre des traitements ou des soins aux gens, un dentiste;
 - (c.2) un pharmacien;
- (d) une personne exemptée en vertu de l'article 56 de la *Loi à l'égard de la possession de ce narcotique à des fins scientifiques*.

La diacétylmorphine ne peut être importée au Canada que par le fabricant de la Suisse par un distributeur autorisé de Santé Canada. Le rôle du distributeur autorisé est défini dans le *Règlement sur les stupéfiants*, la conformité nécessitant des connaissances, des installations et des processus hautement spécialisés⁶⁹. Des critères particuliers d'admissibilité doivent être respectés et les demandes sont examinées au cas par cas.

Le bureau de la santé publique ou l'autorité sanitaire est responsable des stupéfiants à toutes les étapes, y compris les déclarations de gaspillage, de perte et de destruction du médicament. Une expertise est nécessaire pour la gestion du calendrier des permis d'importation et d'exportation pour assurer un approvisionnement adéquat en médicaments tout en respectant les exigences nécessaires en matière d'entreposage.

Quand utiliser le programme d'accès spécial ou les drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique

Bien que certains patients reçoivent une approbation pour la diacétylmorphine par le biais du Programme d'accès spécial (PAS), celui-ci doit être compris comme un outil de plaidoyer faisant valoir la nécessité d'un meilleur accès à la diacétylmorphine, plutôt qu'un processus permettant aux patients de recevoir de la diacétylmorphine. En raison de l'absence de fabricants canadiens, la diacétylmorphine doit entièrement être importée, ce qui ne peut se faire pour un petit nombre de patients.

À cet égard, la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique est plus utile pour l'approvisionnement. Afin que la diacétylmorphine soit ajoutée à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique, un agent de la santé publique doit déclarer une urgence. Vous trouverez davantage de renseignements sur l'ajout de médicaments à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique dans le document « [Questions et réponses : Accès à des drogues – circonstances exceptionnelles](#) » de Santé Canada.

Remarque : Depuis le 25 avril 2019, la diacétylmorphine a été ajoutée à la [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique pour l'ensemble du pays. Si cela change à l'avenir, le texte ci-dessus devrait guider les personnes souhaitant prescrire de la diacétylmorphine.](#)

2.5.iv Exigences en matière d'entreposage

Toutes les pharmacies doivent respecter les règlements en vigueur de l'organisme de réglementation des pharmaciens de leur territoire, notamment en matière de sécurité, d'élimination des médicaments, de documentation appropriée et de gestion des stocks.

Le transport de la diacétylmorphine et l'hydromorphone doit se faire de la même manière que tout autre opioïde.

2.6 FORMATION ET COMPÉTENCES DU PERSONNEL

Tout le personnel participant à un programme de TAOi, y compris les prescripteurs, les infirmières, les intervenants sociaux, les pharmaciens, les pairs et le personnel non réglementé des soins de santé (p. ex., le personnel de bureau ou administratif), devrait posséder les compétences générales suivantes : les pratiques sensibles aux traumatismes (voir la section [Pratique sensible aux traumatismes](#)), incluant [les approches fondées sur les forces](#); les compétences en matière de soins sécuritaires sur le plan culturel (voir la section [Sécurité et humilité culturelles](#)); une compréhension des différences de pouvoir inhérentes au travail avec des collectivités marginalisées en tant que personne disposant d'un pouvoir institutionnel (voir la section [Fournir des soins aux groupes susceptibles de vivre une expérience marginalisante.](#)); une formation en intervention non violente en situation de crise, désescalade ou semblable; les interventions en cas de surdosage, incluant les appels à l'aide ou l'administration de la naloxone; et une compréhension des approches non stigmatisantes.

Il existe de nombreux documents sur les pratiques exemplaires et les normes de paiement pour les personnes qui consomment des drogues. Cela inclut [Peer Engagement Principles and Best Practices](#) et [Peer Payment Standards](#) du BC Centre for Disease Control; [Harm Reduction at Work: A Guide for Organizations Employing People Who Use Drugs](#) de l'Open Society Foundations; et [Best Practices in Peer Support](#) de Dépendances et santé mentale d'Ontario; qui offrent des conseils pour les programmes qui impliquent et embauchent des personnes ayant une expérience concrète. Les programmes qui emploient des pairs aidants peuvent envisager, de concert avec ces pairs, de mettre en place un mentorat et d'autres mécanismes de soutien pour les pairs aidants, afin de soutenir leur mieux-être et leurs progrès autodéfinis. Les pairs aidants doivent être compris comme des membres égaux de l'équipe qui devraient être entièrement intégrés et rémunérés équitablement.

De plus, le personnel devrait être formé (en fonction de leurs rôles et responsabilités) sur les sujets suivants :

- Les protocoles et procédures, notamment :
 - Supervision des injections;
 - Évaluation avant l'administration d'une dose;
 - Évaluation après l'administration d'une dose et traitement des événements indésirables (p. ex., intolérance à la dose, voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour un exemple de protocole);
 - Protocole pour une dose manquée.
- Objectifs du programme;
- Approches et politiques sur les enjeux comme les comportements perturbateurs, les rendez-vous manqués et l'importance de la cohérence au sein du personnel;
- Stratégies pour que les patients se sentent bien accueillis et soutenus;
- Prévention et atténuation des stigmatisations en évitant le langage, les étiquettes et les comportements stigmatisants^h;
- Familiarité avec les lois pertinentes, y compris les lois régissant les soins de santé mentale, la tutelle pour adultes et le processus de certification en santé mentale;
- Compréhension approfondie de la gamme d'options de traitement le long du continuum de soins et des ressources et programmes communautaires locaux;
- Formation sur la philosophie, la pratique et l'éducation aux patients de réduction des méfaits, y compris des conseils sur les pratiques d'injection plus sûres et l'administration de naloxone.

^h [Toward the Heart](#) dispose de nombreuses ressources pour réduire la stigmatisation, notamment des modules de formation et des conseils sur le langage respectueux.

En plus des possibilités de formation offertes dans chaque territoire, le BC Centre on Substance Use propose une formation générale sur le traitement des dépendances, notamment des modules sur le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, les soins centrés sur le patient, les compétences culturelles et la collaboration avec les communautés 2SLGBTQ+ par le biais de son certificat en ligne sur les traitements et les soins de la dépendance ([Addict Care and Treatment Online Certificate](#)), ouverte à tous les particuliers du Canada.

Chaque programme déterminera ses propres besoins en matière de personnel, modèles et rôles. Les compétences suggérées ci-dessous ne doivent pas être comprises comme une exigence pour chaque catégorie de personnel dans toutes les équipes de soins, mais plutôt comme des compétences de base suggérées pour les membres du personnel en fonction de leur rôle.

2.6.i Les pairs

En plus des compétences générales décrites précédemment, le personnel de pairs doit recevoir une formation pour lui permettre d'offrir des orientations vers les pairs à de nouveaux clients. Les pairs peuvent également être formés à l'identification des infections et à l'enseignement sur les pratiques d'injection plus sûres, ce qui leur permettra de confirmer les marques de suivi des patients mal à l'aise lorsqu'un prestataire de soins le fait lors d'un examen physique. Dans certains territoires, les pairs peuvent également aider les clients ayant de la difficulté à s'administrer leurs doses. Ces pairs devraient être formés aux pratiques d'injection sécuritaires. Pour les personnes intéressées par une formation et une certification plus poussées, [Agrément et certification du soutien par les pairs Canada \(PSACC\)](#) offre un certificat national de soutien par les pairs et un certificat de mentorat de soutien par les pairs.

2.6.ii Les prescripteurs

Santé Canada permet aux médecins et aux infirmières praticiennes de prescrire de la diacétylmorphine et de l'hydromorphone. Toutefois, l'organisme de réglementation responsable des infirmières praticiennes dans chaque territoire doit déterminer si la prescription de TAOi fait partie du champ de pratique des infirmières praticiennes et de quelle formation elles ont besoin.

Chaque territoire a ses propres attentes en matière de formation et de maintien de la compétence des prescripteurs. Ceci est déterminé par les ministères de la Santé, les autorités sanitaires régionales et les ordres professionnels. Cependant, les critères suivants sont recommandés comme exigences minimales :

- Expérience antérieure et formation à la prescription de TAO par voie orale;
- Compréhension du modèle biopsychosocial de la dépendance et des facteurs qui influent sur la dépendance;

- Formation en technique d'entrevue motivationnelle;
- Formation complétée sur les TAOi;
- Un préceptorat (qui pourrait être complété à distance par la télésanté);
- Capacité de travailler en collaboration avec une équipe interprofessionnelle.

Le BC Centre on Substance Use offre une formation en ligne sur la prescription de TAOi avec le [Provincial Opioid Addiction Treatment Support Program](#).

2.6.iii Les infirmières

En plus des compétences générales décrites précédemment, les infirmières (incluant les infirmières autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées) devraient posséder les compétences suivantes :

- Trouver une veine;
- Expérience antérieure et formation en traitement de la dépendance;
- Formation complétée sur les TAOi.

Le BC Centre on Substance Use offre une formation en ligne sur la prescription de TAOi avec le [Provincial Opioid Addiction Treatment Support Program](#).

Les compétences suivantes sont également recommandées :

- Compréhension du modèle biopsychosocial de la dépendance et des facteurs qui influent sur la dépendance;
- Formation en technique d'entrevue motivationnelle et connaissances suffisantes pour offrir les soins associés ou faire les références appropriées aux compétences suivantes : Thérapie comportementale, thérapie comportementale dialectique, thérapie axée sur les solutions, thérapie de groupe, théorie des systèmes familiaux;
- Compétences en gestion de cas;
- Compréhension des étapes du modèle de changement;
- Aptitude à effectuer une évaluation psychosociale axée sur la toxicomanie (p. ex., antécédents d'utilisation, antécédents de traitement, détermination de l'état de préparation du patient au changement);
- Capacité de travailler en collaboration avec une équipe interprofessionnelle.

2.6.iv Les pharmaciens

En plus des compétences générales décrites précédemment, les pharmaciens devraient posséder les compétences et les autorisations suivantes :

- Expérience antérieure en traitement des dépendances, y compris la prestation d'un TAO par voie orale;
- Formation complétée sur les TAOi;
- Capacité de collaborer et communiquer avec d'autres disciplines et rôles;
- Autorisation d'administrer des médicaments injectables;
- Certification actuelle en RCR et en secourisme;
- Autorisation de prescrire des médicaments (en fonction du territoire de pratique du pharmacien).

2.6.v Les intervenants sociaux

En plus des compétences générales décrites précédemment, les intervenants sociaux travaillant dans un programme de TAOi devraient avoir les compétences suivantes :

- Compréhension du modèle biopsychosocial de la dépendance et des facteurs qui influent sur la dépendance;
- Formation en technique d'entrevue motivationnelle et connaissances suffisantes pour offrir les soins associés ou faire les références appropriées aux compétences suivantes : Thérapie comportementale, thérapie comportementale dialectique, thérapie axée sur les solutions, thérapie de groupe, théorie des systèmes familiaux;
- Compréhension des troubles de santé mentale souvent concomitants, du DSM-5 et de la psychopharmacologie de base;
- Compétences en gestion de cas;
- Compréhension des substances licites et illicites fréquemment utilisées et de leurs effets sur le corps;
- Capacité à effectuer une évaluation psychosociale axée sur la toxicomanie (p. ex., antécédents d'utilisation, antécédents de traitement, détermination de l'état de préparation du patient au changement);
- Capacité de travailler en collaboration avec une équipe interprofessionnelle.

2.6.vi Le personnel non réglementé des soins de santé

En plus des compétences générales décrites précédemment, le personnel non réglementé des soins de santé devrait recevoir une formation pour bien comprendre les exigences en matière de confidentialité et ses limites, ainsi qu'une formation sur l'administration du naloxone pour contrer les effets de surdoses.

2.7 DOTATION EN PERSONNEL

Les niveaux de dotation et les rôles dépendront à la fois du modèle de soins et du nombre de patients inscrits au programme. Les responsabilités suivantes doivent être planifiées avec les membres du personnel à qui elles sont confiées.

2.7.i Orientation et enseignement au patient

Avant l'admission, les personnes susceptibles de bénéficier d'un TAOi devraient suivre un processus d'admission impliquant un consentement éclairé et une orientation donnée par des pairs aidants afin de s'assurer que les règlements du programme, les engagements en matière de temps et d'autres exigences sont parfaitement compris. Certains patients qui commencent un TAOi n'ont jamais été impliqués dans le système de santé; ces patients peuvent bénéficier d'un soutien par les pairs pour naviguer dans le système, et d'un plaidoyer au besoin.

Les pairs devraient également être inclus dans l'enseignement aux patients potentiels et à la collectivité dans son ensemble. Travailler avec des pairs pour créer un message clair sur les attentes, les avantages et les exigences d'un TAOi aidera à garantir que les nouveaux patients ont des attentes réalistes à l'égard du traitement.

2.7.ii Supervision de l'injection

Les clients s'administrent eux-mêmes l'injection sous la supervision d'un membre qualifié du personnel.ⁱ La formation du personnel qui supervisera l'injection comprend une formation sur les évaluations avant et après injection, les interventions en cas de surdoses, le suivi, ainsi que l'orientation vers un programme d'injection supervisée existant, dans la mesure du possible.

La supervision de l'injection implique une évaluation préalable à l'injection, l'encadrement ou l'aide à la recherche de veines ou au jaugeage (pour une injection intramusculaire), l'encadrement de la santé

ⁱ Tout travailleur de la santé non réglementé ayant reçu une formation appropriée peut superviser l'injection, à condition qu'un professionnel de la santé réglementé soit également dans la salle et puisse s'occuper de tout problème qui pourrait survenir.

et du maintien de la veine, l'observation directe de l'injection et une évaluation après l'injection (voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour de plus amples renseignements sur les évaluations avant et après l'injection).

2.7.iii Augmentation et diminution de doses

Un médecin, une infirmière praticienne, un pharmacien (selon le modèle; en consultation avec le médecin prescripteur ou une infirmière praticienne) ou une infirmière (en consultation avec le médecin prescripteur ou une infirmière praticienne) peut, en consultation avec le patient, prescrire une plus faible dose en fonction de la réponse du patient et des préoccupations en matière de sécurité. Les patients peuvent aussi choisir de ne pas s'injecter la totalité de la dose prescrite. Seuls les prescripteurs (médecins et infirmières praticiennes, le cas échéant) peuvent augmenter une dose ou la diminuer de façon permanente.

2.7.iv Administration d'un médicament injectable par un prestataire de soins de santé

Selon le modèle de soins et le territoire, les prestataires de soins de santé peuvent procéder aux injections sous-cutanées ou intramusculaires dans les muscles deltoïde, ventrofessier ou dorsofessier. Les infirmières peuvent offrir l'injection intraveineuse lorsque le patient en fait la demande et que cela est jugé approprié. Cependant, des différences régionales peuvent exister en ce qui concerne les médicaments pouvant être administrés par injection intraveineuse par des professionnels en soins infirmiers. Des politiques institutionnelles devraient être élaborées pour définir les prescriptions appropriées requises, les protocoles standard pour l'injection intraveineuse et la formation nécessaire du personnel. Consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour de plus amples renseignements sur l'administration de médicaments injectables par un prestataire de soins de santé.

2.7.v Services supplémentaires et soins complémentaires

Les services supplémentaires peuvent inclure des programmes de traitement ambulatoire, hospitalier et résidentiel; des services axés sur le rétablissement, y compris les programmes de soutien par les pairs; des logements de réhabilitation supervisés; du soutien et des interventions psychosociales; la gestion de la douleur chronique; les soins primaires; des consultations avec un spécialiste en toxicomanie; la thérapie des traumatismes; et des services spécialisés pour les femmes, les jeunes, les personnes 2SLGBTQ+ et les peuples autochtones.

Certains programmes peuvent cohabiter avec des organismes communautaires fournissant des services psychosociaux ou s'associer à ceux-ci, d'autres peuvent offrir certains services sur site (p. ex., des conseils, des agents de logement) et se référer à d'autres services communautaires, et d'autres utiliseront des cheminements de références pour veiller à ce que les utilisateurs des services puissent accéder aux services psychosociaux dont ils ont besoin et dont ils bénéficieront. Les programmes qui fournissent des services auxiliaires sur site devront assurer un personnel adéquat.

2.7.vi Aide sociale et suivi

Les programmes de TAOi doivent assurer la prestation de services d'aide sociale et de suivi nécessaires pouvant impliquer du personnel de programme, notamment des intervenants sociaux, des infirmières, des travailleurs en santé mentale, et d'autres membres du personnel; ou encore un partenariat avec des équipes d'aide sociale. Dans certains cas, le programme de TAOi peut négocier à l'avance des protocoles pour le suivi des patients admis en cas d'incarcération ou d'hospitalisation imprévue.

2.8 ESPACE

Les exigences en matière d'espace varieront en fonction des modèles de soins offerts, du nombre de patients et de la présence d'autres services ou programmes. Les exigences générales en matière d'espace comprennent une zone dédiée aux injections et, idéalement, une zone d'entreposage pour les effets personnels des patients; une zone d'entreposage pour les fournitures d'injection; un endroit sécurisé pour l'entreposage et la préparation des médicaments; un endroit pour l'élimination des seringues permettant le décompte et l'examen des seringues; une section sécurisée pour les narcotiques adaptée aux installations et à la capacité; une entrée surveillée de la salle d'injection; un espace pour la surveillance après l'injection; un espace pour les traitements en cas de surdose; et une salle privée pour des discussions avec les intervenants sociaux ou autre prestataire de soins de santé. Les exigences en matière d'espace pour chaque modèle de soins se trouvent à l'[annexe 2](#).

2.9 SÉCURITÉ

Les exigences particulières en matière de sécurité varieront selon les modèles de soins offerts et le type de médicament administré. Les exigences générales comprennent la supervision de l'auto-administration pour la prévention des détournements; la sécurité des narcotiques adaptée aux installations et à la capacité; une entrée surveillée des salles de préparation et d'injection; l'élimination des seringues permettant le décompte et l'examen des seringues; et l'étiquetage des seringues qui respectent les exigences des organismes de réglementation compétents. Les exigences en matière de sécurité pour chaque modèle de soins se trouvent à l'[annexe 2](#). Les exigences générales en matière d'entreposage de la diacétylmorphine et de l'hydromorphone se trouvent dans la section [Exigences en matière d'entreposage](#).

2.10 DOSSIERS MÉDICAUX

Les dossiers médicaux, qu'il s'agisse de dossiers médicaux électroniques (DME) ou d'autres dossiers médicaux accessibles pour communiquer des renseignements importants sur les soins des patients, doivent être utilisés, le cas échéant, pour la communication de renseignements importants sur les soins. Par exemple, le dossier médical doit être partagé avec les prestataires de soins de l'hôpital si un patient est hospitalisé, afin de communiquer les renseignements importants sur les soins comme la date et la taille de la dernière dose reçue, ainsi que les coordonnées du programme de TAOi.

Lorsque cela est possible, les DME peuvent être utilisés pour suivre les doses et déclencher le protocole de dose oubliée (voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#)), ainsi que pour rappeler à quel moment les prescriptions doivent être renouvelées.

2.11 PROTOCOLES ET ORDONNANCES PRÉIMPRIMÉES

Chaque programme peut disposer des éléments suivants (les pratiques dépendent de la province ou du territoire et des réglementations et autorisations professionnelles spécifiques) :

- Protocoles d'évaluation et de traitement avant et après l'administration, avec, si nécessaire, une ordonnance du prescripteur de l'utilisateur pour appliquer les protocoles si un incident critique imprévu survient (p. ex., intolérance à la dose, convulsions) (voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#));
- Hospitalisation et douleur aiguë (voir la section [Hospitalisation et douleur aiguë](#));
- Transition vers un TAO par voie orale pour les transitions à court et long terme (voir la section [Transition vers un TAO par voie orale](#));
- Doses oubliées (voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#)).

Des exemples de protocoles de traitement sont disponibles dans les documents supplémentaires sur le [site Web de l'ICRAS](#).

2.11.i Ordonnances préimprimées

Lorsque cela est possible, une variété d'ordonnances préimprimées peuvent être utilisées afin de gagner du temps, de réduire le risque d'erreur de médication, de réduire le besoin de suivi auprès des prescripteurs et d'améliorer la documentation. Les pratiques dépendent de la province ou du

territoire et des réglementations et autorisations professionnelles spécifiques. Voici des exemples d'ordonnances préimprimées :

- Ordonnance de titration de diacétylmorphine;
- Ordonnance de jours manqués pour la dose de diacétylmorphine après l'initiation;
- Ordonnance de titration pour l'hydromorphone à forte dose;
- Protocole de jours manqués pour la dose d'hydromorphone à forte dose après l'initiation;
- Ordonnance de médicaments.

Dans certaines provinces, comme l'Alberta, les infirmières peuvent exiger qu'une ordonnance préimprimée soit destinée à un client particulier et signée par le prescripteur avant la mise en œuvre des ordonnances. Ces ordonnances peuvent ensuite être utilisées pour les soins du patient pendant son séjour à la clinique ou jusqu'à ce que son état justifie un changement d'ordonnance.

Des exemples d'ordonnances préimprimées sont disponibles dans les documents supplémentaires sur le [site Web de l'ICRAS](#).

2.12 COÛT ET COUVERTURE

2.12.i Coût

Le coût dépendra de plusieurs facteurs, notamment le modèle de soins offert, le nombre de patients, le modèle de dotation en personnel et les médicaments fournis. Comme décrit ailleurs dans ce document, dans la population qui continue à utiliser des opioïdes illicites malgré les tentatives de TAO par voie orale, le TAOi est supérieure au TAO par voie orale. Le TAOi étant à la fois plus efficace et plus économique que le TAO par voie orale^{30,33}, il devrait être élargi. Il convient toutefois de noter que les économies de coûts dépendront du coût des médicaments. Consultez la section [Rentabilité](#) pour de plus amples renseignements.

Le coût de l'hydromorphone varie en fonction de la province ou du territoire, selon le prix négocié, le nombre de patients et les particularités du programme (p. ex., en milieu hospitalier ou non). Le coût de l'hydromorphone peut varier de façon significative, selon les négociations faites entre chaque province et le fournisseur. L'approbation récente par Santé Canada de l'hydromorphone injectable pour le traitement des troubles graves liés à l'usage d'opioïdes pourrait contribuer à réduire les coûts à l'avenir^{70,71}.

Consultez l'[annexe 2](#) pour de plus amples renseignements sur les considérations budgétaires.

Négociations du coût des médicaments

Chaque territoire doit négocier avec le fournisseur pour déterminer quels produits (et donc, quelle teneur) seront ajoutés à son formulaire et quel sera le taux unitaire. Ce processus pouvant prendre beaucoup de temps, il est recommandé aux planificateurs d'entamer les négociations au début du processus de planification.

Chaque territoire peut avoir des intervenants supplémentaires qui devraient être impliqués dans les négociations, mais, en général, les intervenants suivants seront impliqués : le ou les ministères responsables de la santé, [la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada](#) et le ou les fournisseurs potentiels. Parmi les autres intervenants susceptibles d'appuyer les négociations, mentionnons [l'Alliance pancanadienne pharmaceutique](#), qui mène des négociations conjointes entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral et a réussi à faire baisser les prix des médicaments par le passé, ainsi que les sociétés de conseil en pharmacie, qui peuvent aider à négocier les prix. Les ministères provinciaux responsables de la santé peuvent également choisir de collaborer pour réduire les coûts au moyen d'une stratégie d'approvisionnement combinée.

Présentement, [Sandoz](#) produit l'hydromorphe indiquée dans le traitement de troubles sévères liés à l'usage d'opioïdes au Canada⁷¹. L'hydromorphe HP 10 (10mg/ml), hydromorphe HP 20 (20mg/ml), hydromorphe HP 50 (50mg/ml), et hydromorphe HP Forte (100mg/ml) sont tous indiqués dans un TAOi supervisé chez un adulte avec un TLUO sévère qui s'injecte de l'opioïde et qui n'a pas tiré avantage d'un TAO par voie orale⁷¹. À l'avenir, des fournisseurs supplémentaires pourraient permettre d'autres négociations des coûts.

Diamo produit et exporte actuellement la diacétylmorphine utilisée dans le traitement des troubles sévères liés à l'usage d'opioïdes au Canada. Toutefois, si un fabricant canadien devait être sécurisé, cela ferait baisser le prix et éliminerait les obstacles empêchant un plus grand nombre de patients de recevoir un TAOi à base de diacétylmorphine.

2.12.ii Couverture

La couverture du médicament est déterminée par le ministère de la Santé de chaque province. Pour une analyse sur la rentabilité, consultez [l'annexe 1](#).

3.0 Fonctionnement

3.1 SOMMAIRE DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

Le tableau suivant résume le guide clinique qui se trouve dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi, le document connexe](#). Le guide clinique contient des directives cliniques détaillées, ainsi que trois recommandations cliniques clés formulées à l'aide de l'outil Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE), ainsi que des données probantes à l'appui de chacune d'elles.

Considérations générales	Les personnes atteintes de troubles sévères liés à la consommation d'opioïdes qui s'injectent des opioïdes et qui continuent à subir des conséquences importantes pour leur santé ou leur société et qui n'ont pas bénéficié des précédentes tentatives de traitement par un agoniste opioïde oral, ou d'autres circonstances et risques laissant à penser qu'elles pourraient bénéficier d'un TAOi.
Admissibilité	Considérations recommandées pour l'admissibilité en conjonction avec le jugement clinique et les précautions.
Sélection médicale	L'hydromorpnone et la diacétylmorphine sont des choix raisonnables en fonction de la disponibilité, du choix du patient et du jugement du prescripteur.
Processus de titration	Suivre le protocole de titration.
Évaluation avant l'injection	Effectuée par un professionnel de la santé qualifié ou un autre membre du personnel qualifié, supervisée par un professionnel de la santé, afin de s'assurer que le patient n'est pas intoxiqué, ni dans un autre état clinique aigu contre-indiqué.
Administration de médicaments injectables	Habituellement, jusqu'à trois visites par jour. Les personnes peuvent s'injecter leur dose elles-mêmes sous la supervision d'un professionnel de la santé qualifié. Les patients peuvent s'injecter leur dose par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée. Les injections par voie intraveineuse sont recommandées sur le haut du corps uniquement. Il faut discuter de l'injection aux membres inférieurs et cibler les risques pour ceux qui ne trouvent pas de site approprié dans leurs membres supérieurs ou qui préfèrent une injection intraveineuse dans leurs jambes ou leurs pieds. Les sites intramusculaires doivent être déterminés par un professionnel de la santé qualifié et doivent faire l'objet d'une rotation conformément aux normes de pratique établies.

Évaluation après l'injection	Effectuée par un professionnel de la santé qualifié ou un autre membre du personnel qualifié, supervisé par un professionnel de la santé, afin de s'assurer la sécurité et d'intervenir en cas d'intolérance à la dose ou autre type d'événement indésirable.
Prescription complémentaire de TAO par voie orale	Envisager la prescription complémentaire de morphine orale à libération lente ou de méthadone pour prévenir le sevrage et les états de manque entre les doses de TAOi, en particulier pendant la nuit.
Doses manquées	Consulter le protocole de doses manquées.
Consommation de substances en cours	La consommation de substances en cours de TAOi peut indiquer la nécessité d'intensifier le traitement, notamment en augmentant la dose, en adoptant en modèle de soins plus intensifs ou en améliorant le soutien psychosocial et autre type de soutien. Consulter les indications propres à la substance.

3.2 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le traitement par agonistes opioïdes injectables est généralement envisagé chez les personnes présentant un TLUO sévère qui s'injectent des opioïdes et continuent à subir des conséquences sanitaires et sociales importantes liées à leur TLUO, malgré des expériences antérieures ou des tentatives avec un TAO par voie orale correctement dosée (conformément aux [lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique des troubles liés à l'usage d'opioïdes de l'ICRAS](#)), des tentatives précédentes de TAO par voie orale sans parvenir à obtenir une dose thérapeutique, ou autres circonstances et risques indiquant que le patient peut bénéficier d'un TAOi (voir [Les lignes directrices cliniques de TAOi](#)).

3.3 POPULATION DE PATIENTS ET ADMISSIBILITÉ

Comme les situations varient, des considérations sur l'admissibilité, les précautions d'admissibilité et les précautions générales à prendre pour le traitement, plutôt que des critères d'admissibilité stricts, sont présentées dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#). Lors de la mise en œuvre des critères d'admissibilité, il est conseillé aux gestionnaires de programme de permettre un jugement clinique et une prise de décision collaborative afin de déterminer avec chaque patient le ou les traitements les plus susceptibles de garantir les objectifs des soins, qui devraient inclure la survie, la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues, la stabilisation,^j l'amélioration de la qualité de vie et tout autre objectif défini par le patient en fonction de son contexte et de ses besoins.

^j Les définitions de la stabilisation seront propres à chaque patient. Consultez les définitions du [Glossaire](#) pour de plus amples renseignements.

3.3.i Populations particulières

Hospitalisation

Les hôpitaux (y compris les installations psychiatriques) offrant l'intégration d'un TAOi devraient se munir d'une politique qui régit les intégrations, les soins continus et la transition vers des soins en milieu communautaire. Cette politique devrait comprendre les éléments suivants :

- Des considérations d'admissibilité.
 - Celles-ci devraient inclure la stabilité et l'évaluation cliniques d'un médecin ayant une expertise en matière de TAOi.
- Une supervision étroite et un enseignement sur les techniques d'injection sûres pour les personnes ayant une infection liée à l'injection de substances.
- Un enseignement et du soutien pour le personnel de soins afin de garantir des soins axés sur le patient et sécuritaires sur le plan culturel (voir la section [Approche philosophique](#) du présent document).
- Des exigences selon lesquelles les intégrations en milieu hospitalier doivent être effectuées en coordination avec un prescripteur ambulatoire ou un programme qui accepte d'offrir des soins au patient à la sortie.
- Un processus défini pour un transfert transparent des soins, qui peut inclure un rendez-vous avant la sortie avec l'intervenant social de la collectivité, une visite accompagnée au nouveau programme pour rencontrer le prescripteur de la collectivité (p. ex., avec un proche, un pair ou un intervenant social), et un ensemble de départ comprenant des renseignements sur la posologie, le moment et la quantité de la dernière dose, ainsi qu'une trousse de naloxone à emporter.

Jeunesse

La recherche à ce jour sur les TAOi n'a pas inclus de participants âgés de moins de 18 ans (19 en Colombie-Britannique). Ainsi, les résultats de recherche présentés dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) ont été extrapolés à partir d'études menées auprès de populations adultes, en reconnaissant que les prescripteurs peuvent rencontrer des populations d'adolescents (âgés de 12 à 17 ans) et de jeunes adultes (âgés de 18 à 25 ans) atteints de TLUO sévères qui répondent à certains ou à l'ensemble des critères d'admissibilité au TAOi dans leur pratique. Les décisions de traitement pour les jeunes (12 à 25 ans) doivent être prises par des professionnels de la santé expérimentés dans le traitement d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles liés à l'utilisation de substances ou en consultation avec ceux-ci. Les programmes de TAOi pouvant rencontrer des jeunes qui répondent à certains ou à l'ensemble des critères d'admissibilité à un TAOi doivent s'assurer que

des cheminements de référence sont en place, si la prise en charge des jeunes dépasse le cadre de la pratique, de l'expertise ou de l'expérience du personnel du programme. Vous trouverez davantage de renseignements sur les traitements offerts aux jeunes dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

Comme pour tout traitement, les jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de la majorité légale du Canada n'ont pas besoin du consentement de leurs parents pour recevoir un traitement. La capacité de consentement de ces jeunes est déterminée en fonction de leur capacité à comprendre pleinement le traitement et les conséquences possibles du traitement, sauf au Québec, où l'âge de consentement est de 14 ans et plus⁷², et au Nouveau-Brunswick, où il est de 16 ans, à moins que deux médecins reconnaissent que la personne est capable de consentir et que la procédure médicale en question sert l'intérêt supérieur du patient⁷³. Les programmes de TAOi devraient avoir des politiques et une formation en place garantissant que tous les membres du personnel connaissent l'âge du consentement de leur territoire, le cas échéant, ou la manière de déterminer la capacité de consentement et les limites de la confidentialité (par exemple, l'obligation de déclarer). Pour plus de renseignements sur la détermination de la capacité à donner le consentement chez les mineurs, consultez les directives de l'Association canadienne de protection médicale⁷² et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁷³.

Environnement et approche axés sur les jeunes

Plusieurs études sur le TAO par voie orale et le traitement des dépendances en général ont montré que les adolescents et les jeunes considèrent l'environnement de la plupart des services de traitement axé sur l'adulte comme un obstacle à l'accès au traitement et à son maintien⁷⁴⁻⁷⁶. Il convient toutefois de noter que les données probantes disponibles concernent le traitement des troubles liés à l'usage de substances plus généralement et le TAO par voie orale plutôt que le TAOi. Les programmes de TAOi qui desservent les jeunes devraient tenir compte de la tranche d'âge du personnel et des clients, orienter les patients vers des services auxiliaires destinés aux jeunes (soins de santé mentale, agents de logement, thérapie des traumatismes, par exemple) et envisager d'inclure des pairs pivots et des pairs aidants pour les jeunes, ce qui favoriserait également une approche axée sur les jeunes, par exemple en aidant les jeunes qui peuvent être ambivalents à recevoir des soins de professionnels adultes qui n'ont pas vécu une expérience de TLUO à se sentir plus à l'aise d'avoir accès à un traitement. Vous trouverez davantage de renseignements sur les approches axées sur les jeunes dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

Femmes

Les femmes qui commencent un TAOi sont plus vulnérables par rapport aux hommes, notamment en raison des taux plus élevés d'abus physique et sexuel au cours de la vie, d'infections par le VIH et l'hépatite C, de consommation de cocaïne, des tentatives de suicide, du travail du sexe précédent, de l'âge inférieur et des taux d'emploi plus bas⁷⁷⁻⁷⁹. En plus de ces vulnérabilités, une étude récente sur les sites de prévention des surdoses (SPS) à Vancouver, en Colombie-Britannique, a révélé que de

nombreux SPS désignés non sexistes sont perçus comme des espaces à prédominance masculine ou « masculins », qui peuvent constituer un obstacle à l'accès des femmes. Les femmes ont déclaré avoir été victimes de harcèlement de la part des hommes aux SPS, y compris des hommes ayant eu accès au SPS qui les avaient déjà agressées⁸⁰. Pour ces raisons, dans la mesure du possible, il est recommandé de proposer des services ou des horaires réservés aux femmes.

Grossesse et personnes en âge de procréer

Les programmes de TAOi doivent veiller à ce que toutes les patientes en âge de procréer qui entament un TAOi se voient proposer un dépistage de la grossesse à l'admission, des conseils en matière de contraception et des ordonnances, le cas échéant, et une planification continue de la santé sexuelle et de la grossesse conformément aux normes en matière de soins primaires. Des services de conseil et des fournitures en matière de contraception devraient également être proposés aux patientes enceintes afin de réduire les risques de grossesse non planifiée, car des intervalles rapprochés entre les grossesses peuvent perturber le traitement en cours et augmenter les risques pour la guérison et la santé à long terme⁸¹.

Pour un examen des données probantes et des conseils sur le TAOi pour les femmes enceintes, consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

3.4 PRÉPARATION ET APPROVISIONNEMENT DE MÉDICAMENTS INJECTABLES

Consultez la section [Obtenir et entreposer des médicaments injectables](#) ci-dessus pour des renseignements sur la façon d'obtenir et d'entreposer des médicaments injectables.

3.4.i Préparation d'hydromorphone

L'hydromorphone doit être préparée au point de service pour un usage immédiat ou à l'avance si l'infrastructure et les procédures adéquates sont en place. La date d'utilisation dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'équipement et de l'infrastructure. Les programmes de TAOi doivent être conformes aux [normes de préparation stérile de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie \(ANORP\)](#)⁶⁷ et aux règlements de l'organisme de réglementation des pharmaciens de chaque province. Veuillez consulter le site Web de l'organisme de réglementation compétent pour plus d'informations sur les règlements. Les autorités sanitaires devraient être impliquées dans l'approvisionnement de ce service et associées à la sous-traitance des services de pharmacie dans leur région. Le choix du format utilisé dépendra du nombre de personnes pour lesquelles le médicament est nécessaire dans un contexte particulier, ainsi que de l'infrastructure et des ressources disponibles. La composition avancée présente des avantages, dans la mesure du possible, notamment

la prévention du gaspillage de médicaments et du potentiel de détournement. Toutefois, l'absence d'une pharmacie intégrée offrant ce service ne devrait pas empêcher d'envisager la proposition d'un tel traitement aux patients qui en bénéficieraient.

3.4.ii Préparation de diacétylmorphine

Actuellement, le chlorhydrate de diacétylmorphine est acheté auprès du fournisseur sous forme de poudre lyophilisée (flacons de 10g) et préparé pour injection avec de l'eau stérile à une concentration finale de 100mg/ml sous une hotte à flux laminaire, conformément aux procédures de fonctionnement standard comme celles définies par les [normes de préparation stérile de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie \(ANORP\)](#) ou les [lignes directrices de préparations magistrales de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux](#). À l'avenir, à mesure que l'accès à la diacétylmorphine sera élargi et si un fournisseur canadien est sécurisé, la diacétylmorphine peut être préparée au point de service pour une utilisation immédiate ou à l'avance si l'infrastructure et les procédures appropriées sont en place. La date d'utilisation dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'équipement et de l'infrastructure. Les programmes de TAOi doivent être conformes aux [normes de préparation stérile de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie \(ANORP\)](#)⁶⁷ et aux règlements de l'organisme de réglementation des pharmaciens de chaque province. Veuillez consulter le site Web de l'organisme de réglementation compétent pour plus d'informations sur les règlements. Les autorités sanitaires régionales devraient être impliquées dans l'approvisionnement de ce médicament et associées à la sous-traitance des services de pharmacie dans leur région. Il convient de noter que les mécanismes d'approvisionnement pour l'accès à la diacétylmorphine évoluent rapidement et que le présent document peut être mis à jour tous les deux ans pour refléter les mises à jour les plus récentes. Les développements intervenant en dehors du calendrier de mise à jour seront énumérés sur le [site Web de l'ICRAS](#).

3.4.ii Supervision des injections

Les utilisateurs du service s'administrent eux-mêmes leur dose sous la supervision d'un membre du personnel qualifié^k ou ils peuvent, lorsque cela est cliniquement indiqué et réalisable, recevoir l'injection par le prestataire de soins de santé (voir les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#)). Les options disponibles pour l'injection administrée par les fournisseurs de soins de santé seront déterminées par les règlements de chaque province et le champ d'exercices du professionnel de la santé. La formation des membres du personnel implique une orientation vers un programme d'injection supervisée existant, ainsi qu'une formation sur la réalisation d'évaluations avant et après l'injection, l'intervention en cas de surdose et le suivi.

^k Tout travailleur de la santé non réglementé ayant reçu une formation appropriée peut superviser l'injection, à condition qu'un professionnel de la santé réglementé soit également dans la salle et puisse s'occuper de tout problème qui pourrait survenir.

La supervision de l'injection implique de réaliser une évaluation avant l'injection, une observation directe de l'injection et une évaluation après l'injection (voir la section suivante pour de plus amples renseignements sur les évaluations avant et après l'injection).

3.4.iv Évaluation avant et après injection

L'évaluation avant l'injection vise à s'assurer que le patient n'est pas intoxiqué, y compris par des sédatifs ou des stimulants à action centrale, ou par tout autre état clinique aigu pouvant augmenter le risque d'événement indésirable lors de l'utilisation du TAO injectable.

Les patients peuvent quitter les lieux lorsqu'ils se jugent aptes après une période d'observation minimale de 15 minutes après l'administration de la dose. Chaque programme doit créer une politique sur les périodes d'observation après une dose, en fonction du contexte et de la population de patients, qui accorde la priorité à la sécurité des patients. La période d'observation après l'injection peut être un moment idéal pour engager les utilisateurs de services dans des services psychosociaux et autres soins médicaux, bien que certaines personnes puissent ne pas vouloir s'engager après avoir reçu leur dose.

Le protocole d'évaluation avant et après la dose se trouve dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

3.4.v Administration de médicaments injectables

Il est recommandé que les patients aient accès au programme de TAOi jusqu'à trois fois par jour. Toutefois, certains programmes peuvent fournir des doses supplémentaires par jour lorsque cela est réalisable et nécessaire, tandis que d'autres peuvent administrer deux injections par jour en raison des préférences du patient ou de contraintes opérationnelles. Les patients s'administrent leur dose préparée sous la supervision d'un professionnel de la santé qualifié. Pour des raisons de sécurité, il est recommandé de n'autoriser l'injection intraveineuse que dans les membres supérieurs (mains et bras, aucune utilisation de la jugulaire ou de la veine fémorale), tandis que l'injection intramusculaire peut être autorisée dans les muscles deltoïde, ventrofessier ou dorsofessier. Toutefois, pour les personnes qui ne trouvent pas de site approprié dans leurs extrémités supérieures, une injection intraveineuse peut être autorisée dans les jambes ou les pieds. L'injection sous-cutanée ou la transition à court terme vers le TAO par voie orale est également une option pour les patients qui doivent reposer leurs veines pour guérir les lésions veineuses.

Lorsque cela est indiqué sur le plan clinique, certains prestataires de soins de santé peuvent administrer le médicament injectable. Consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour de plus amples renseignements sur les injections administrées par un prestataire de soins de santé.

3.4.vi Approvisionnement de TAO par voie orale supplémentaire

Un TAO par voie orale (méthadone ou morphine orale à libération lente) est fréquemment prescrit avec un TAOi afin de prévenir les sevrages et les états de manque entre les doses de TAOi, particulièrement pendant la nuit puisqu'il s'agit d'une longue période entre deux doses et que les médicaments injectables agissent sur une courte durée. De cette manière, la prescription complémentaire d'un TAO par voie orale contribue à améliorer la stabilité clinique. Les programmes de TAOi peuvent fournir un TAO par voie orale supplémentaire sur place lorsque les patients se présentent pour une de leurs doses, ou peuvent les référer à une pharmacie locale pour ces doses.

3.5 CONSOMMATION DE SUBSTANCES EN COURS

La consommation de substances en cours de TAOi peut indiquer la nécessité d'intensifier le traitement, notamment en augmentant la dose, en adoptant un modèle de soins plus intensifs ou en améliorant le soutien psychosocial et autre type de soutien selon la substance consommée. Consultez les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) pour un guide clinique sur la consommation de substances en cours. Les personnes qui planifient des programmes de TAOi doivent s'assurer que leurs programmes et leurs formations répondent aux besoins des patients qu'ils serviront (p. ex., dans les territoires où l'usage de substances multiples est courant, des services et du soutien doivent être en place pour gérer de manière appropriée l'usage de substances multiples en cours).

3.6 TRANSITIONS DE TRAITEMENT

On recommande, dans le présent document, l'utilisation d'un modèle de continuum de soins échelonné et intégré pour le traitement des TLUO, dans lequel les approches de traitement sont continuellement ajustées pour correspondre aux besoins et à la situation des patients. On reconnaît également que de nombreuses personnes peuvent tirer avantage de la capacité de passer d'un traitement à l'autre. Cela inclut l'intensification (p. ex., l'initiation d'un TAOi lorsque les approches de TAO par voie orale n'ont pas été couronnées de succès); la désintensification (p. ex., la transition d'un TAOi vers un TAO par voie orale) lorsque les patients obtiennent de bons résultats et souhaitent passer à des traitements de faible intensité; et la capacité de recommencer un TAOi au besoin, si une personne ne bénéficie pas de manière adéquate du TAO par voie orale après la transition du TAOi.

Les décisions de transition vers un autre type de soins doivent être prises en collaboration entre le patient (et sa famille, si elle est incluse dans les soins), le prescripteur de TAOi et tout autre prestataire de soins de santé concerné, et non imposées par le prescripteur ou les politiques du programme.

Les programmes d'agonistes opioïdes injectables devraient avoir des politiques et des procédures en place qui garantissent que le traitement du patient ne soit pas interrompu sans son consentement. Par exemple, des procédures devraient être mises en place pour garantir que, dans le cas d'un prescripteur qui prend sa retraite ou déménage, le patient aurait le choix d'être transféré vers un autre prescripteur de TAOi, d'être titré graduellement du TAOi ou d'être transféré vers un TAO par voie orale; ainsi que des politiques pour des transitions particulières comme pour une hospitalisation, un voyage et une incarcération (voir les sections suivantes de ce document). Comme il est mentionné dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#), les patients et l'équipe de soins peuvent également profiter de la rédaction d'un plan de sécurité de l'utilisateur ou d'un accord de comportement au début du traitement. Cela pourrait comprendre la détermination des déclencheurs et des irritants, les stratégies de retour au calme, ainsi qu'une entente sur l'intervention du personnel si un patient est contrarié ou qu'il enfreint les règles du programme (comme un comportement qui menace le personnel et les autres clients), afin de garantir la sécurité de tous les clients et du personnel et de maintenir l'accès aux soins dans la mesure du possible.

Vous trouverez davantage de renseignements sur les stratégies de transition de traitement dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

3.6.i Hospitalisation et douleur aiguë

Les personnes sous TAOi peuvent présenter des comorbidités qui les exposent à un risque accru d'hospitalisation, que ce soit pour un problème de santé physique ou mentale aigu ou chronique. Pour cette raison, les programmes de TAOi communautaires doivent avoir des protocoles en place pour l'hospitalisation des patients. Dans le cadre de l'accord de traitement et du processus de consentement (voir l'[Annexe 3](#)), il convient de rechercher un consentement pour la communication entre les prestataires de soins de santé, afin de garantir la sécurité et la continuité des soins.

Les éléments suivants sont recommandés, dans la mesure du possible, afin de favoriser la continuité des soins :

- Protocole en place permettant au prescripteur communautaire de communiquer avec le principal prestataire de soins de l'hôpital pour l'informer que le patient est sous TAOi et qu'il aura donc une tolérance élevée aux opioïdes;
- Protocole en place permettant au prescripteur communautaire de communiquer avec l'équipe de consultation en médecine des dépendances dans les hôpitaux où ces services existent. En l'absence de ces services, le prestataire de services communautaires doit être consulté pour faciliter les soins aux patients hospitalisés;
- Protocole en place permettant aux prescripteurs de soins aigus et aux services de consultations pour le traitement des dépendances de communiquer avec le prescripteur communautaire;

- Protocole en place permettant à l'équipe hospitalière fournissant les soins d'avoir accès à la date et à la taille de la dernière dose reçue par le patient (p. ex., renseignements téléchargés dans le dossier de santé électronique provincial ou dans le programme de surveillance des médicaments, dans la mesure du possible);
- Coordonnées de tous les programmes de TAOi, y compris la possibilité de communiquer avec le programme en dehors des heures de service.

Vous trouverez davantage de renseignements sur l'hospitalisation et les douleurs aiguës dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

3.6.ii Transition vers un traitement par voie orale

Les personnes recevant un TAOi peuvent devoir passer à un traitement oral à court terme (p. ex., pour voyager) ou à plus long terme (p. ex., en raison de leur incarcération). Les programmes de TAOi devraient avoir des protocoles en place pour les transitions à court et à long terme vers un traitement oral.

Pour la transition à court terme en raison d'un voyage, la méthadone ou la morphine orale à libération lente peuvent être prescrites. Les prescripteurs doivent s'assurer qu'une ingestion supervisée de la morphine ou de la méthadone est possible sur le lieu de destination de l'utilisateur et être conscients que les ordonnances remplies à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence pourraient ne pas être remboursées par le régime de médicaments du patient. Des directives précises sur la transition à court terme vers un TAO par voie orale, y compris un tableau de conversion, figurent dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

L'incarcération ne devrait pas entraîner un traitement inadéquat des TLUO, et tout devrait être mis en œuvre pour fournir les meilleurs soins possibles pour les TLUO, quel que soit le contexte. Toutefois, à l'heure actuelle, aucun TAOi n'est offert aux personnes incarcérées dans les établissements correctionnels au Canada. Il convient toutefois de noter que deux programmes carcéraux de TAOi sont actuellement en vigueur en Suisse⁸². De plus, une étude de cas réalisée en 2018 a fait état de l'intégration réussie d'un TAOi dans un programme de traitement d'un tribunal consacré en matière de drogues en Colombie-Britannique, avec des résultats positifs sur les plans sanitaire et social signalés pour l'individu⁸³. Le milieu carcéral représente un site important pour l'élargissement de TAOi, compte tenu de la forte prévalence de la consommation d'opioïdes à la fois immédiatement avant et pendant l'incarcération⁸⁴⁻⁸⁶ et du risque de surdose après la libération⁸⁷. Les patients qui ont été reconnus coupables d'un crime et qui sont passibles d'une période d'incarcération doivent passer à une option de TAO par voie orale appropriée avant ou le plus rapidement possible après leur entrée dans le système correctionnel. Des recommandations détaillées sur la gestion de cette transition sont disponibles dans les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#).

Les éléments suivants sont recommandés, dans la mesure du possible, afin de favoriser la continuité des soins :

- Protocole en place permettant au prescripteur communautaire de communiquer avec le principal prestataire de soins de l'établissement carcéral pour l'informer que le patient est sous TAOi et qu'il aura donc une tolérance élevée aux opioïdes¹;
- Protocole en place permettant au prescripteur communautaire de communiquer avec la direction et faire des recommandations si un patient est soumis à un environnement de détention lorsqu'il est sous TAOi;
- Protocole en place pour que le principal prestataire de soins de l'établissement carcéral communique avec le prescripteur communautaire;
- Protocole en place permettant à l'équipe de soins carcéraux fournissant les soins d'avoir accès à la date et à la taille de la dernière dose reçue par le patient (p. ex., renseignements téléchargés dans le dossier de santé électronique provincial ou dans le programme de surveillance des médicaments, dans la mesure du possible);
- Coordonnées de tous les programmes de TAOi, y compris la possibilité de communiquer avec le programme en dehors des heures de service.

3.6.iii Continuité des soins

Les programmes doivent garantir que, quelles que soient les décisions prises concernant la transition d'un TAOi vers un TAO par voie orale, les individus aient un accès continu aux services auxiliaires proposés dans le cadre du programme (p. ex., intervenants sociaux, agents de logement, soutiens psychosociaux) afin de garantir la continuité et que les patients continuent à recevoir des soins de haute qualité.

¹ Les dossiers médicaux électroniques provinciaux ou les programmes de surveillance des médicaments sont idéaux. Toutefois, dans les territoires dépourvus de ces systèmes, les programmes doivent fournir aux patients des documents (p. ex., une carte pour portefeuille) pouvant être remis au personnel correctionnel.

4.0 : Évaluation

Les nouveaux programmes de TAOi sont encouragés à envisager d’intégrer l’évaluation aux activités de planification le plus tôt possible. L’évaluation de TAOi doit être comprise comme une priorité pour éclairer la planification, les politiques et les pratiques en cours, tout en reconnaissant les atouts potentiels de la collaboration pour générer un ensemble de données national. Le tableau 1 ci-dessous répertorie divers outils d’évaluation validés pouvant être utilisés pour évaluer les programmes de TAOi. Un modèle logique peut être utile lors de la planification d’activités d’évaluation. Les planificateurs de programmes sont invités à communiquer avec la direction de l’ICRAS pour obtenir des conseils supplémentaires sur l’évaluation de programmes.

Tableau 1 : Outils d’évaluation

Outil d’évaluation	Objet	Durée d’administration
Maudsley Addiction Profile ⁸⁸	Résultats liés au traitement	12 minutes
Addiction Severity Index ^{89,90}	Renseignements de base en matière de diagnostic, évaluation des changements de l’état de l’usager et résultats liés au traitement.	30 à 45 minutes
Indice de traitement aux opiacés ⁹¹	Efficacité des mesures de traitements médicamenteux.	20 à 30 minutes
Questionnaire sur la perception du traitement ⁹²	Satisfaction relative au traitement	3 minutes
Questionnaire de satisfaction de la clientèle ⁹³ combiné à deux questions à développement ⁹⁴ : Qu’avez-vous aimé du programme? Que pourrait-on améliorer?	Satisfaction relative au traitement	3 à 8 minutes
EuroQoL (Eq-5D) ^{95,96}	Qualité de vie liée à la santé	<10 minutes
Profil des résultats du traitement ⁹⁷	Une méthode systématique pour mesurer les progrès qualitatifs et quantitatifs permettant d’évaluer les répercussions du traitement.	<10 minutes
Symptom Checklist-90-Revised ⁹⁸	Autoévaluation pour un vaste éventail de problèmes d’ordre psychologique	12 à 15 minutes
Bref inventaire des symptômes ⁹⁹	Permet d’avoir un aperçu sur les symptômes liés aux problèmes d’ordre psychologique et leur intensité.	8 à 10 minutes

5.0 Calendrier de planification de programme

Le temps nécessaire à chaque programme pour suivre l'ensemble du processus de planification et de mise en œuvre variera considérablement, en fonction de l'infrastructure locale, des réglementations provinciales ou territoriales, du financement, du contexte local et d'autres facteurs. Ainsi, un calendrier universellement applicable est impossible à fournir. Toutefois, sur la base d'autres programmes, une plage générale de 6 à 12 mois devrait être considérée comme un calendrier raisonnable pour la planification, la mise en œuvre et la mise en service d'un nouveau programme de TAOi.

Chaque programme devra planifier et traiter les points suivants : Approbation du financement du programme; approbation du financement des prescripteurs; processus d'embauche de prescripteurs; sélection du site; consultation et engagement de la collectivité; financement des médicaments; embauche de personnel; processus d'orientation du personnel.

5.1 CALENDRIER DE PLANIFICATION DE PROGRAMME

Bien que chaque calendrier et ordonnance particuliers du calendrier peut varier, les étapes suivantes doivent être suivies :

1. Déterminer le besoin d'un TAOi
2. Commencer les consultations
3. Sélectionner les modèles de soins à offrir
4. Entreprendre les négociations avec les fabricants de médicaments et les bailleurs de fonds provinciaux
5. Se procurer des locaux
6. Déterminer le modèle de dotation en personnel
7. Rédiger les règles du programme
8. Rédiger les ordonnances et les protocoles préimprimés
9. Planifier l'évaluation du programme
10. Mettre en œuvre le programme
11. Évaluer les résultats du programme

Les planificateurs de programmes, les administrateurs et le personnel des programmes actuels de TAOi ont ciblé plusieurs leçons apprises dans le processus de planification, ce qui peut aider ceux qui entreprennent un processus de planification et de mise en œuvre. Ces leçons apprises ont été compilées et peuvent être consultées sur le [site Web de l'ICRAS](#).

ANNEXE 1 : DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DU TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES INJECTABLES POUR LES TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'OPIOÏDES

Traitement par agonistes opioïdes injectables dans d'autres territoires

Le Royaume-Uni offre des ordonnances de diacétylmorphine injectable sans supervision pour le traitement des TLUO depuis plus de cent ans^{22,33}. Les traitements par la diacétylmorphine sous ordonnance supervisés sont disponibles en Suisse depuis le début d'une étude clinique nationale en 1994²⁸ (suivie d'une vaste étude de cohorte menée de 1994 à 2000²⁹) et comme traitement pharmacologique normalisé depuis 1999⁹⁷. En 2008, dans le cadre d'un référendum national, 68 % des électeurs suisses ont soutenu l'institution permanente d'un programme de diacétylmorphine sur ordonnance légalisé financé par l'assurance maladie nationale¹⁰⁰. Plus récemment, l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas ont également adopté un traitement de diacétylmorphine sur ordonnance supervisé destiné aux patients atteints d'un TLUO sévère et réfractaire au traitement²². Dans ces pays, la diacétylmorphine est utilisée pour <1 % à 12 % de l'ensemble des patients suivant un traitement contre le TLUO^{22,64,65} et a été enregistrée en tant que médicament par les commissions nationales d'évaluation des médicaments aux Pays-Bas¹⁰¹ et en Allemagne¹⁰². Le modèle de programme exhaustif et dédié de traitement par agonistes opioïdes injectables a été largement appliqué dans les pays européens^m où les patients reçoivent des soins complets en matière de toxicomanie, dans le but de répondre sur place au plus grand nombre de leurs besoins psychosociaux et de santé. Il existe à la fois des cliniques autonomes et des cliniques partageant les lieux (ou situées très près) avec d'autres services psychosociaux et de traitement des dépendances²².

Sommaire des données probantes

Les méta-analyses d'essais cliniques menés chez des patients présentant une dépendance à l'héroïne réfractaire au traitement à long terme ont démontré l'efficacité de la diacétylmorphine par rapport à la méthadone en ce qui concerne la réduction de la consommation illicite d'héroïne, de l'activité

^m La Suisse, l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas utilisent ce modèle. Le modèle britannique à emporter sans surveillance et les cliniques espagnoles limitées en semaine sont des exceptions.

criminelle et de la participation au travail du sexe, ainsi que l'amélioration de la santé et du fonctionnement social en général^{12,13}. Ces méta-analyses incluent une revue systématique Cochrane de 2011, qui portait sur huit essais contrôlés randomisés et montrait qu'une injection supervisée de diacétylmorphine, associée à des doses flexibles de méthadone, était supérieure à la méthadone orale seule pour conserver les patients réfractaires sous traitement tout en contribuant à réduire l'utilisation de drogues illicites¹². Les auteurs de la revue systématique Cochrane ont conclu à la valeur de la prescription de diacétylmorphine complétée avec des doses flexibles de méthadone et que, en raison du risque plus élevé d'événements indésirables, un traitement par la diacétylmorphine en milieu clinique assurant un suivi approprié devrait être envisagé pour ces patients qui n'ont pas bénéficié d'un traitement par agoniste oral¹². En 2015, les chercheurs principaux des essais de TAOi ont mené une revue systématique et une méta-analyse de l'efficacité de la diacétylmorphine injectable, en complément de la revue systématique Cochrane¹³. Six essais contrôlés randomisésⁿ (en Suisse, aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne, au Canada et en Angleterre) ont été identifiés et inclus dans l'analyse, qui a révélé des réductions plus importantes de la consommation d'héroïne illicite chez les personnes recevant de la diacétylmorphine injectable supervisée par rapport à celles recevant seulement de la méthadone par voie orale¹³. Soutenant également l'utilisation d'un TAOi pour les patients n'ayant pas bénéficié d'un TAO par voie orale, un examen des données probantes entrepris et publié par Santé publique Ontario en 2017 a conclu que la littérature disponible sur les TAOi démontre l'efficacité d'un TAOi par rapport à la méthadone en matière de maintien du traitement, de réduction de la consommation de drogues illicites et de réduction des activités criminelles¹⁰⁴.

Bien que le traitement à la diacétylmorphine soit une norme de soins dans un certain nombre de pays²², il est considéré comme un traitement émergent au Canada et, pour le moment, il est uniquement accessible par le [programme d'accès spécial](#) ou inclus dans la [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique](#) de Santé Canada. En raison des restrictions d'accès à la diacétylmorphine, la Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness (SALOME), essai contrôlé randomisé à double insu de phase 3 mené à Vancouver, a comparé la diacétylmorphine à l'hydromorphone injectable chez une population d'individus ayant un TLUO réfractaire au traitement à long terme²⁰. Après six mois de traitement, les chercheurs ont découvert que l'hydromorphone injectable n'était pas inférieure à la diacétylmorphine injectable pour les utilisateurs à long terme d'opioïdes injectables de rue ne bénéficiant pas actuellement des traitements disponibles^o. Les deux médicaments, livrés dans des conditions identiques, ont eu des effets positifs tels que des taux de maintien élevés, une réduction de la consommation d'opioïdes de rue (passant d'une consommation quotidienne à quelques jours par mois) et une réduction des activités illégales²⁰. Ainsi, dans les pays où la diacétylmorphine n'est actuellement pas disponible, ou chez les patients pour lesquels elle est contre-indiquée ou en échec, l'hydromorphone constitue une alternative efficace certifiée²⁰.

n Ces six études sont également comprises dans la revue systématique 2011. La revue systématique de 2015 était limitée à la diacétylmorphine injectable, qui excluait une étude sur la diacétylmorphine inhalable²⁴. Elle excluait également une étude comparant le traitement non supervisé à la diacétylmorphine (traitement habituel) à la méthadone orale (condition expérimentale)¹⁰³.

o Cette étude était un essai de non-infériorité, dont la conception repose sur l'hypothèse selon laquelle une conclusion de non-infériorité indique que le médicament à l'essai se révélerait supérieur au placebo dans un essai contrôlé par placebo. Puisque les résultats de l'essai ont montré la non-infériorité par rapport à la diacétylmorphine, on suppose que l'hydromorphone montrerait la même efficacité (c'est-à-dire non inférieure) que la diacétylmorphine par rapport à la méthadone²⁰.

Durée de traitement

Une perte de bénéfice du traitement (lorsque le traitement par la diacétylmorphine sur ordonnance a été interrompu à une date de fin prédéterminée) a été constatée dans deux cohortes d'observation d'essais contrôlés post-randomisés^{24,105}. Ces deux études ont révélé une augmentation de la consommation d'héroïne de rue après le traitement à des niveaux comparables à ceux du groupe témoin. Une étude a montré que 82 % des personnes ayant terminé un traitement injectable et manifestant une réponse au traitement à 12 mois se détérioraient de manière significative à 14 mois²⁴. L'autre étude, suivie à 15 mois, soit 3 mois après la fin du traitement, a montré que la consommation d'héroïne de rue avait considérablement augmenté dans le groupe expérimental (méthadone et diacétylmorphine) et que la différence entre les groupes n'était plus significative¹⁰⁵. Une étude distincte a comparé les personnes qui étaient passées volontairement de la diacétylmorphine injectable à la méthadone par voie orale avant la fin d'un essai contrôlé randomisé à celles qui avaient subi une transition involontaire à la fin de l'essai de 12 mois¹⁰⁶. Alors que les deux groupes avaient réduit leur consommation d'héroïne par rapport au niveau initial à 24 mois, la consommation moyenne d'héroïne illicite au cours des 30 derniers jours était plus élevée dans le groupe des non volontaires que chez les volontaires, et le taux de maintien du traitement était significativement plus bas. Ainsi, les [Lignes directrices cliniques de TAOi](#) recommandent que le TAOi soit administré en tant que traitement ouvert, conformément à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé préconisant que le traitement par agoniste opioïde soit ouvert¹⁰⁷.

Admissibilité prolongée

La majorité des essais cliniques évaluant les TAOi ont une participation restreinte aux personnes ayant déjà reçu un TAO par voie orale. Ainsi, la base de données probantes peut être comprise comme une aide au TAOi pour le traitement de patients n'ayant pas bénéficié d'un TAO par voie orale. Cependant, un grand essai randomisé comparant la diacétylmorphine injectable à la méthadone orale incluait un sous-ensemble de participants (n = 107 sur un total de 1 015) atteints d'un trouble sévère lié à la consommation d'opioïdes, mais n'ayant aucune expérience antérieure avec TAO par voie orale^{23,108}. Les auteurs de l'étude ont constaté que les résultats du traitement par la diacétylmorphine étaient similaires, que les patients aient une expérience antérieure de TAO par voie orale ou non, et que parmi le sous-groupe de participants n'ayant aucune expérience antérieure de TAO, la diacétylmorphine était supérieure à la méthadone pour réduire la consommation d'héroïne non médicale et la participation criminelle, et aussi efficace que la méthadone pour améliorer la santé en général et maintenir les patients en traitement¹⁰⁸. La pratique clinique en Colombie-Britannique a également évolué vers des considérations d'admissibilité plus vastes, incluant une expérience antérieure avec un TAO par voie orale correctement dosé tout en continuant à subir des conséquences sanitaires et sociales importantes liées aux TLUO; de multiples tentatives de TAO par voie orale sans pouvoir atteindre une dose thérapeutique; ou d'autres circonstances et risques indiquant que la personne peut bénéficier d'un TAOi. En outre, certains pays européens ont élargi leurs critères d'admissibilité au-delà de ceux qui ont essayé et n'ont pas suffisamment bénéficié d'un TAOi par voie orale.

Sécurité

L'optimisation de la sécurité des patients a été un facteur important dans la désignation du TAOi en tant qu'intervention alternative lorsque le TAO par voie orale n'a pas été efficace (dans les pays où le TAOi est disponible), et dans le sens où les doses doivent être administrées dans des environnements cliniques supervisés et structurés. Tout traitement injectable fréquemment administré est associé à des risques plus élevés de complications cutanées et infectieuses par rapport à sa formulation orale équivalente. Dans le contexte de TAOi, le début d'action plus rapide et la durée plus courte pour atteindre les effets maximaux (notamment la dépression respiratoire) obtenus par injection plutôt que par ingestion orale de médicaments à base d'agonistes de l'opioïde complets à forte dose doivent également être pris en compte. Pour cette raison, et comme souligné tout au long du présent document, un TAOi ne doit être administré que dans des environnements cliniques désignés, avec des fournitures stériles, dans des conditions de propreté et de sécurité, et sous la surveillance d'un personnel qualifié et formé pour intervenir en cas d'événement indésirable ou urgent. En outre, bien que le traitement injectable puisse conférer un risque plus élevé d'effets indésirables que le traitement par voie orale, il est important de noter que les risques liés à l'injection de drogues illicites sont considérablement plus élevés que l'injection d'un TAOi prescrit.

Des études menées en Europe et au Canada ont révélé des cas de dépression respiratoire importante chez les personnes recevant des opioïdes injectables, à un taux global d'environ 1 injection sur 6 000, ce qui est nettement inférieur au risque associé à l'injection d'héroïne de rue¹³. Chacun de ces incidents a été géré en toute sécurité avec des mesures de réanimation appropriées, ce qui témoigne de la nécessité d'une surveillance des injections par un personnel qualifié¹³. Il convient de noter que l'essai SALOME sur l'hydromorphone présentait nettement moins d'événements indésirables et d'événements indésirables graves et que²⁰, par conséquent, la diacétylmorphine pouvait entraîner un risque accru d'autres événements indésirables (p. ex., réactions à l'histamine, convulsions et intolérances de dose) comparativement à l'hydromorphone injectable²⁰ et la méthadone orale^{12,13}. Il est important de noter que la majorité des événements indésirables graves se produisent quelques minutes après avoir reçu une injection²³. Par conséquent, la période recommandée de 15 minutes de supervision après l'injection, qui serait nécessaire quels que soient le type de programme ou le type de traitement, serait suffisante pour reconnaître et résoudre la majorité des événements indésirables graves. De plus, l'association de diacétylmorphine sur ordonnance et de doses flexibles de méthadone orale peut avoir un effet protecteur contre le surdosage fatal, comme le démontre un risque de mortalité réduit non statistiquement significatif par rapport à la méthadone par voie orale seule^{12,13}.

Un risque supplémentaire de complications infectieuses telles que la septicémie, l'ostéomyélite, la cellulite et les abcès est une autre préoccupation liée au traitement continu par agonistes opioïdes injectables. Lorsque la peau est perforée (même avec une aiguille stérile en milieu clinique), elle constitue un point d'entrée potentiel pour les bactéries ou autres micro-organismes, en particulier lorsque les injections sont administrées plusieurs fois par jour (comme c'est le cas avec la diacétylmorphine et l'hydromorphone). Cela dit, le risque d'infection et de séquelles infectieuses dans un environnement stérile et surveillé ne représente qu'une fraction du risque encouru par les personnes qui

s'injectent de l'héroïne de rue. Par exemple, dans l'essai NAOMI de 12 mois, deux événements indésirables graves impliquant une sepsie ou d'autres infections ont été rapportés, tandis que trois autres impliquant des abcès ou une cellulite ont été rapportés, sur un total de 89 924 injections²¹. Dans l'essai SALOME, sur une période de 180 jours de traitement, 18 événements indésirables impliquant des complications infectieuses ont été rapportés (14 cellulites, 4 abcès sous-cutanés) sur un total de 85 451 injections, ce qui correspond à 3,4 % et 4,8 % de tous les événements indésirables liés aux traitements par hydromorphone et diacétylmorphine injectables, respectivement¹⁰⁹. Bien qu'il soit difficile de comparer et qu'il soit nécessaire de disposer de plus de données, ces chiffres sont comparés aux taux de prévalence des infections de la peau et des tissus mous chez les consommateurs de drogues illicites (sur une période de 6 à 12 mois), qui vont de 6,9 % à 37,3 %¹¹⁰. De plus, le risque de contracter une maladie transmissible par le sang (comme le VIH ou l'hépatite C) est éliminé avec l'utilisation d'équipement stérile en milieu supervisé.

Dans la majorité des études sur la diacétylmorphine prescrite, les infirmières ont supervisé l'auto-administration des médicaments aux patients et les ont surveillés de près pour assurer leur sécurité à la fois avant (p. ex., aucun signe d'intoxication) et après (p. ex., aucun signe de sédation excessive ou de dépressions respiratoires) l'administration du traitement. Si une intolérance à la dose survient après l'injection du médicament, la supervision permet un traitement immédiat sur site, garantissant la sécurité du patient. C'est pour cette raison que l'administration supervisée de TAOi est recommandée plutôt que les doses à emporter^{12,13,109}. L'offre d'opioïde injectable sous surveillance garantit également la sécurité de la collectivité, par exemple en empêchant qu'un opioïde injectable prescrit ne se retrouve dans la rue à des fins d'utilisation illicite. Bien que des préoccupations aient été exprimées à propos de la sécurité (sécurité publique) et du potentiel de détournements des sites proposant des opioïdes injectables prescrits, les constatations après plus de deux décennies ne suggèrent aucun effet négatif pour la sécurité publique¹³.

Rentabilité

Des études menées en Europe et au Canada ont montré que le traitement injectable à la diacétylmorphine était plus rentable que le traitement à la méthadone par voie orale, en raison de la réduction significative de l'activité criminelle et des coûts associés³⁰⁻³². De même, l'hydromorphone s'est avéré plus efficace et moins coûteuse que le traitement à la méthadone par voie orale, en raison de la réduction significative de l'activité criminelle, de l'hospitalisation et des coûts associés³³. Il convient de noter que ces économies de coûts dépendent de l'efficacité des négociations du prix de l'hydromorphone. En plus de l'efficacité du coût, les données de la Colombie-Britannique montrent que les personnes recevant de l'hydromorphone et de la diacétylmorphine injectables gagnent plus d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) que les personnes recevant de la méthadone (8,4 [IC à 95 % = 7,4 à 9,5] et 8,3 [IC à 95 % = 7,2 à 9,5] contre 7,4 [IC à 95 % = 6,5 à 8,3]), respectivement³³. Cela concorde avec les données de la Suisse et des Pays-Bas montrant une rentabilité et une augmentation de l'AVAQ par patient^{22,32,111}.

ANNEXE 2 : CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES ET BUDGÉTAIRES

Chacun des modèles de soins en vigueur a des exigences opérationnelles et budgétaires qui incluent l'espace, l'entreposage et la préparation, la sécurité, la pharmacie préparatrice, la dotation en personnel et les exigences de sécurité. Bon nombre de ces exigences sont semblables, tandis que d'autres varient en fonction de l'infrastructure et du contexte de chacun. Les exigences pour chacun des quatre modèles sont décrites ci-dessous.

Exigences opérationnelles

Tableau 2 : Exigences opérationnelles

Exigences	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Zone d'injection			
Salle privée avec un espace réservé aux injections supervisées		X	Tous les modèles à l'exception du modèle hospitalier dans lequel les infirmières administrent les médicaments injectables
Surface de table ou de banc entièrement lavable (pas de surface en bois)		X	
Sièges facilement amovibles et lavables		X	
Modèle 1, table ronde		X	
Modèle 2, isolements d'injection (avec un espace latéral suffisant entre chaque patient s'il y a plus d'un isolement d'injection)		X	
Tuile en miroir ou miroir en face de chaque espace d'injection pour permettre la supervision		X	
Espace pour la surveillance après l'injection		X	
Espace pour les traitements en cas de surdose		X	
Espace privé pour les conversations avec les intervenants sociaux et autres		X	Recommandé lorsque possible
Zone d'entreposage pour les effets personnels des patients pour prévenir le détournement		X	

Entreposage et préparation	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Entreposage pour les garrots, lingettes stériles et aiguilles de différents calibres	X		
Zone sécurisée pour l'entreposage et la préparation des médicaments qui ne soit pas accessible aux patients et aux étrangers	X		
Journal de suivi des entrées et sorties de médicaments, numéros de lot, dose utilisée, et élimination de toute dose non utilisée	X		
Sécurité	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Élimination des seringues permettant d'examiner et de compter les seringues avant de les placer dans un conteneur pour la destruction.	X		
Accès à une méthode de tenue de dossiers électroniques pour enregistrer chaque ordonnance, dose, heure et variance comme la prévention du gaspillage	X		
Système de surveillance pour assurer un minimum de trois heures entre chaque dose	X		
Un système permettant à deux membres du personnel de vérifier l'inventaire et de témoigner de la destruction de doses afin de prévenir le détournement	X		
Équipement de réanimation	X		
Exigences en matière de pharmacie préparatrice	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Les pharmacies qui souhaitent faire la préparation de médicaments injectables doivent se conformer au modèle de normes relatives à la préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) pour la préparation en pharmacie de préparations stériles non dangereuses ⁴⁸	X		

Modèle de dotation en personnel	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Professionnels de la santé qualifiés ou personnel formé et supervisé pour l'évaluation avant et après l'injection, l'administration de la bonne dose, la supervision des injections autoadministrées et les interventions en cas d'événements indésirables	X		
Tout le personnel de pharmacie doit être formé afin de suivre les politiques et procédures en place, y compris les procédures cliniques si la pharmacie fait état de clinique		X	Modèle pharmaceutique seulement
Au moins deux membres du personnel doivent être disponibles en tout temps afin de garantir une intervention adéquate en cas d'intolérance à la dose		X	Modèle pharmaceutique seulement
Accès à des professionnels de la santé qualifiés et à du personnel formé sept jours par semaine et 365 jours par année	X		
Les heures d'ouverture doivent permettre un minimum de trois heures entre les doses	X		
Pairs aidants et travailleurs de la santé alliés pour le soutien et la connexion avec des agences et des services communautaires	X		
Prescripteur pour les évaluations régulières, les ajustements de dose et les transitions vers d'autres médicaments	X		
Considérations sur la sécurité	Tous les modèles	Modèles particuliers seulement	Remarques
Supervision des injections autoadministrées pour prévenir le détournement		X	Tous les modèles à l'exception du modèle hospitalier dans lequel les infirmières administrent les médicaments injectables
Sécurité des narcotiques adaptée au cadre et à la capacité (p. ex., entreposage sécuritaire dans la collectivité, armoire à narcotiques verrouillée ou système de médication en boucle fermée en milieu hospitalier)	X		
Coffres-forts verrouillés		X	

Entretien de l'inventaire quotidien perpétuel, tenant compte de chaque milligramme produit, gaspillé, perdu en production, distribué, avant le gaspillage, inutilisé, en attente de destruction et détruit		X	Modèle pharmaceutique seulement
Rapports mensuels indiquant le décompte quotidien des énumérations ci-dessus pour assurer un bilan comparatif adéquat		X	Modèle pharmaceutique seulement
Entrées contrôlées dans la salle d'injection pouvant être simplement un accompagnement par un membre du personnel		X	Tous les modèles à l'exception du modèle hospitalier dans lequel les infirmières administrent les médicaments injectables
Les seringues doivent être comptabilisées après les injections et avant que l'utilisateur ne quitte les lieux	X		
Les exigences des organismes de réglementation compétents en matière d'identification des seringues doivent être respectées	X		
Facultatif : Les seringues peuvent être identifiées (avec une étiquette de couleur, par exemple) pour éviter que les seringues du programme ne soient remplacées par des seringues de source externe aux fins de détournement	X		

Considérations budgétaires

La prestation de TAOi nécessite un prescripteur, des médicaments, un soutien pharmaceutique, un local dans lequel les patients peuvent s'administrer eux-mêmes le médicament, un professionnel de la santé qualifié ou un membre du personnel formé et supervisé par un professionnel de la santé qualifié pour superviser l'auto-administration, des services psychosociaux supplémentaires ou une référence à de tels services et les fournitures nécessaires. Les considérations budgétaires dépendront du modèle de soins, du nombre de patients servis par jour et des coûts de main-d'œuvre liés aux services auxiliaires fournis sur place. En raison de la variation possible des coûts due au nombre de patients, aux coûts de main-d'œuvre et aux contextes communautaires, les éléments suivants présentent des considérations budgétaires plutôt que des coûts projetés.

Les coûts des médicaments varient selon les doses. La couverture en hydromorpnone et en diacétylmorphine devra être déterminée en fonction du territoire. Référez-vous à la section [Coût et couverture](#) pour de plus amples renseignements.

Les considérations opérationnelles pour chacun des trois modèles de soins sont décrites ci-dessous.

1. Programme exhaustif et dédié de traitement par agonistes opioïdes injectables

Selon les opérations de la clinique Crosstown à Vancouver, en Colombie-Britannique, il est estimé que le modèle de soins complet et dédié de TAOi nécessiterait 4,5 infirmières pour que la clinique fonctionne 12 heures par jour, servant environ 150 patients par jour se présentant à des moments différents et programmés. Les cliniques autorisées à fournir de la diacétylmorphine en plus de l'hydromorphone nécessiteront certaines fonctions de logistique et de sécurité qui devront être intégrées au budget global (voir la section [Obtenir et entreposer des médicaments injectables](#)).

Les coûts supplémentaires comprendraient les salaires du coordinateur clinique, des médecins et infirmières praticiennes, des intervenants sociaux autorisés ou des intervenants sociaux cliniques autorisés, des conseillers, des pairs aidants et de tout autre personnel requis, ainsi que les coûts non liés à la main-d'œuvre. Les coûts non liés à la main-d'œuvre comprennent la sécurité des cliniques, la réparation et l'entretien du matériel, ainsi que les fournitures médicales et de bureau.

Pour les programmes de TAOi complets et dédiés situés dans des hôpitaux ou d'autres établissements de soins de courte durée, les coûts de main-d'œuvre peuvent être considérablement réduits grâce à l'aiguillage vers des services auxiliaires situés dans des hôpitaux ou d'autres établissements de soins de courte durée.

2. Programme intégré de traitement par agonistes opioïdes injectables

Dans le cadre intégré, les coûts incluent les espaces réservés aux injections, les professionnels de la santé qualifiés ou le personnel qualifié et supervisé par des professionnels de la santé qualifiés pour la supervision de l'auto-administration, ainsi que les soins médicaux et infirmiers dans un établissement de soins primaires jusqu'à stabilisation du patient. Certains des coûts associés au modèle de soins complet et dédié peuvent être compensés par la localisation de ce service avec les services actuels, par exemple, le coordinateur clinique, les coûts non liés à la main-d'œuvre et tout autre prestataire de services déjà présent sur ce site.

3. Programme de traitement par agonistes opioïdes injectables en pharmacie

Dans le modèle de TAOi en pharmacie, les coûts incluent les espaces réservés aux injections, les professionnels de la santé qualifiés ou le personnel qualifié et supervisé par des professionnels de la santé qualifiés pour la supervision de l'auto-administration, les soins médicaux et infirmiers dans un établissement de soins primaires jusqu'à stabilisation du patient, les coûts des médicaments et les coûts liés à la pharmacie.

4. Programme de traitement par agonistes opioïdes injectables en milieu hospitalier

Dans le modèle de TAOi en milieu hospitalier, les coûts incluent les espaces réservés aux injections, les professionnels de la santé qualifiés ou le personnel qualifié et supervisé par des professionnels de la santé qualifiés pour la supervision de l'auto-administration, les coûts des médicaments et les coûts liés à la pharmacie.

ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ACCORD ET DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Accord et consentement au traitement par agonistes opioïdes injectables dans d'autres territoires

Renseignement du Patient

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ BMSP : _____

Accord du Patient

Je comprends et accepte ce qui suit :

- Je commence à prendre le médicament suivant :
 - Hydromorphe pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes.
 - Diacétylmorphine pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes.
- Pendant que je reçois un traitement à l'hydromorphe ou la diacétylmorphine, je n'obtiendrai pas d'ordonnances d'opioïdes ou d'autres médicaments psychoactifs (somnifères, analgésiques, etc.) de la part d'autres médecins, d'infirmières praticiennes, de cliniques ou autres. Si j'ai besoin d'opioïdes pour le traitement de la douleur aiguë, j'informerai le prescripteur que je suis sur un TAOi et accepterai une communication entre ce prescripteur et mon prescripteur de TAOi afin de mieux coordonner la sécurité.
- Pour ma sécurité, j'autorise mon prescripteur d'hydromorphe ou de diacétylmorphine à communiquer avec mon pharmacien et tout autre médecin ou infirmière praticienne actuels ou ayant déjà été impliqués dans mes soins, et à vérifier le programme de surveillance des médicaments de ma province.
- Je travaillerai avec mon équipe de traitement pour élaborer un plan de traitement et établir des objectifs. Nous les examinerons régulièrement et les changerons au besoin.
- En plus de l'hydromorphe ou de la diacétylmorphine, je peux participer à des groupes de conseil ou de soutien par les pairs et à d'autres programmes dans le cadre de mon plan de traitement. Mon équipe de traitement me donnera des renseignements concernant les options et les programmes offerts dans ma collectivité.
- Mon équipe de traitement peut inclure l'ensemble ou certains des professionnels suivants : prescripteur, infirmières, intervenant social, pharmacien et autre. Mon équipe de traitement travaillera en collaboration et de façon respectueuse avec moi dans la planification des traitements et la prestation de soins.
- Je peux compter sur la confidentialité de mon traitement de la part de mon équipe de traitement et des autres prestataires de soins de santé. Mes renseignements personnels ne seront pas divulgués, sauf avec d'autres prestataires de soins de santé, comme convenu précédemment. Je comprends que la confidentialité devra être brisée si je représente un danger pour moi-même ou pour autrui ou si un enfant est en danger.
- Je peux décider de poursuivre, cesser ou modifier mon plan de traitement en tout temps. J'accepte de prendre cette décision avec mon prescripteur.
- Un traitement par l'hydromorphe ou la diacétylmorphine nécessitera plusieurs déplacements quotidiens à l'installation où je reçois mon médicament, ce qui peut avoir une incidence sur mon travail, mes études ou d'autres responsabilités.
- Si je ne me présente pas à l'installation où je reçois mon médicament pour trois doses consécutives ou pendant une journée (le nombre de doses manquées peut varier lorsque je serai stable sur le plan clinique), mon prescripteur et moi discuterons des raisons qui ont mené à ces absences.
- Je comprends que l'omission de plus de six à neuf doses (trois jours) peut entraîner une perte de tolérance et nécessiter la prise de plus faibles doses pour ma sécurité, jusqu'à ce que je sois stable.
- Si l'on évalue mon état et que l'on me juge intoxiqué lors de l'évaluation avant l'injection, ma dose sera reportée ou omise pour ma sécurité.
- J'ai discuté des effets indésirables et des événements indésirables potentiels (convulsions, surdose, constipation, prurit [démangeaisons sévères], hypogonadisme [anomalies hormonales pouvant entraîner de faibles taux de testostérone, un dysfonctionnement érectile et des troubles menstruels] et l'apnée du sommeil) associés au TAOi avec mon prestataire de soins de santé et nous avons convenu d'un plan d'atténuation des risques.
- On ne cessera pas mon traitement. Si l'hydromorphe ou la diacétylmorphine ne procure pas les résultats escomptés, mon prescripteur collaborera avec moi pour ajuster la posologie, améliorer les soutiens psychosociaux et explorer d'autres options de traitement. Si mon prescripteur n'est plus en mesure de m'offrir des soins, il me mettra en communication avec un prescripteur qui prendra la relève.

Je comprends que je dois :

- Fournir un échantillon d'urine pour le dépistage des drogues sur demande.
- Fournir des échantillons d'urine à la clinique et que ces échantillons ne doivent pas être altérés. Les échantillons d'urine qui sont froids ou qui semblent avoir été altérés seront traités comme un enjeu majeur pouvant influencer mon plan de traitement.
- M'abstenir de consommer de l'alcool ou d'autres drogues, comme des médicaments opioïdes sous ordonnance ou en vente libre, des somnifères ou des tranquillisants. Je comprends que la combinaison de ces médicaments avec l'hydromorphone ou la diacétylmorphine peut entraîner une surdose ou d'autres préjudices importants et peut influencer mon plan de traitement.
- Informer tout prestataire de soins de santé que je reçois des soins et que je prends de l'hydromorphone ou de la diacétylmorphine pour le traitement d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes.
- Informer mon prestataire de soins principal si je suis enceinte
Je comprends que je dois informer mon prescripteur si je suis enceinte ou si je prévois le devenir.
- Respecter le personnel et les autres patients.

Objectifs du Patient

- _____
- _____
- _____
- _____

Accord de L'équipe Traitante

Je confirme ce qui suit :

- Le présent formulaire a été examiné en détail avec le patient et ce dernier en comprend parfaitement le contenu. Il devrait être réexaminé lorsque le patient ne sera pas en sevrage.
- Le patient a eu le temps nécessaire pour poser des questions et obtenir des précisions avant de signer le présent document.
- Les données probantes d'autres options de traitement ont été examinées et le patient accepte l'utilisation d'hydromorphone ou de diacétylmorphine.
- L'information et les ressources pour soutenir les interventions de traitement psychosocial et les soutiens seront fournies au patient.
- Le programme provincial de surveillance des médicaments a été examiné (le cas échéant) pour déterminer d'autres médicaments sous ordonnance. Il sera vérifié à chaque rendez-vous subséquent.
- Un plan de traitement avec des objectifs clairs a été mis en place avec le patient et sera examiné et documenté régulièrement au cours du traitement.

Consentement

Signature du patient : _____ Date: _____

Signature de l'employé : _____ Date: _____

ANNEXE 4 : RESSOURCES POUR LES RÉFÉRENCES

1. Ressources pour les équipes de soin

Plusieurs ressources supplémentaires sont offertes sur le [site Web de l'ICRAS](#). Citons notamment les suivantes :

- Exemples d'ordonnances préimprimées
- Foire aux questions destinée aux patients et à leur famille
- Études de cas
- Un exemple de plan de traitement

2. Ressources pour les patients et les personnes qui consomment des drogues

[Opioides : A Survivor's Guide](#) a été écrit par des personnes suivant un TAO pour des personnes suivant un TAO en Colombie-Britannique.

Si ce n'est pas déjà fait, certains usagers du TAOi pourraient bénéficier de la connexion avec des groupes de pairs et de défense pour les utilisateurs de drogues.

Colombie-Britannique et Yukon

[Vancouver Area Network of Drug Users \(VANDU\)](#)

[SOLID \(Victoria\)](#)

[BC Association of People on Methadone \(BCAPOM\)](#)

[SALOME and NAOMI Association of Patients \(SNAP\)](#)

[Western Aboriginal Harm Reduction Society \(WAHRS\)](#)

[i2i Peer Support \(Sunshine Coast\)](#)

Le Diverse Organization Providing Education and Regional Services (DOPERS; Langley et Surrey)

[BC/Yukon Drug War Survivors](#)

[The Coalition of Substance Users in the North \(CSUN\)](#)

[AIDS Network Kootenay Outreach and Support Society \(ANKORS\)](#)

[Substance Users Society Teaching Advocacy Instead of Neglect \(SUSTAIN; Powell River\)](#)

Alberta

[Alberta Addicts Who Educate and Advocate Responsibly](#)

[Alberta Community Council on HIV](#)

Ontario

[Toronto Drug Users Union](#)

[Drug Users Advocacy League Ottawa \(DUAL\)](#)

[The Community Addictions Peer Support Association \(CAPSA\)](#)

Québec

[L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues \(AQPSUD\)](#)

[Méta d'Âme](#)

Nouvelle-Écosse

[Halifax Area Network of Drug Using People \(HANDUP\)](#)

À l'échelle du pays

[The Canadian Association of People Who Use Drugs \(CAPUD\)](#)

3. Ressources pour la famille

[Family and Caregiver Resources](#) est une plateforme de ressources, hébergée par le BC Centre on Substance Use pour les familles et les proches aidants de personnes ayant une dépendance ou pour ceux et celles qui ont perdu un être cher à cause d'une dépendance.

[Moms Stop the Harm](#) est un réseau de familles canadiennes qui ont perdu un proche à cause de la toxicomanie ou qui souhaitent le rétablissement d'un proche.

[From Grief to Action](#) est un groupe de défense et de soutien de Colombie-Britannique pour les familles et les amis touchés par la consommation de drogues.

[Niagara Area Moms Ending Stigma \(NAMES\)](#) est un groupe de défense et de soutien composé de parents et de membres de la famille de la région de Niagara en Ontario qui ont perdu un être cher à la suite de préjudices liés à la toxicomanie ou qui ont un être cher encore aux prises avec une dépendance.

[Families for Addiction Recovery \(FARCanada\)](#) offre aux parents dont les enfants (de tout âge) sont aux prises avec la toxicomanie un soutien éducatif et téléphonique.

[mums united and mandated to saving the lives of Drug Users \(mumsDU\)](#) est une coalition de mères et de pères canadiens qui ont perdu leurs fils et leurs filles à cause d'une surdose de drogue et d'autres méfaits liés à la drogue.

[Grief Recovery After a Substance Passing \(GRASP\)](#) est un groupe de soutien et de deuil pour les personnes ayant perdu un être cher à la suite de préjudices liés à la toxicomanie, avec des succursales en [Alberta](#), en [Colombie-Britannique](#), et en [Ontario](#).

[Broken No More](#) offre des groupes de soutien en ligne pour ceux et celles qui ont perdu un être cher à la suite de préjudices liés à la toxicomanie.

ANNEXE 5 : FOIRE AUX QUESTIONS

Veillez prendre note que cette foire aux questions (FAQ) est personnalisée en fonction du public cible du présent document (responsables des politiques, chefs cliniques et opérationnels des autorités sanitaires locales, chefs d'équipe, bailleurs de fonds et organismes fournissant des traitements et des soins pour les troubles liés à l'usage de substance). Des FAQ supplémentaires adaptées aux patients et aux membres du public sont disponibles sur le [site Web de l'ICRAS](#).

Les patients ont-ils besoin de doses croissantes de TAOi?

Dans chaque essai contrôlé randomisé, la dose moyenne enregistrée était d'environ la moitié de la dose quotidienne maximale. En outre, l'expérience clinique acquise dans plusieurs programmes de TAOi à Vancouver et dans plusieurs pays européens indique qu'une fois que les patients ont atteint une dose suffisante pour traiter le sevrage et les états de manque, ils ont tendance à rester stables à cette dose avec le temps ou commencent progressivement à réduire leur dose.

Le public devrait-il s'inquiéter des programmes de TAOi créant des enjeux de sécurité et de sécurité publique?

Les résultats de trois essais contrôlés randomisés portant sur l'incidence des nouvelles cliniques de TAOi sur la criminalité dans leurs collectivités aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Canada n'ont révélé aucun effet négatif sur la sécurité publique et ont révélé un soutien croissant du public local.

Pourquoi mes impôts devraient-ils servir à fournir un TAOi gratuitement?

Le traitement par agoniste opioïde injectable s'est avéré efficace chez les personnes qui n'ont pas bénéficié d'autres options de traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Les évaluations économiques ont systématiquement révélé que le traitement efficace des troubles liés à la consommation d'opioïdes réduisait les coûts pour la société en raison de la participation criminelle et de divers coûts liés aux soins de santé.

Est-ce simplement une façon de donner aux gens des médicaments gratuits?

Un traitement par agoniste opioïde injectable doit être compris comme une partie d'un continuum de soins pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïde. Selon les besoins particuliers de chaque patient, cet ensemble complet de services, fournis sur place ou par référence, peut comprendre un logement de réadaptation, des interventions et du soutien en matière de traitement psychosocial, des services de soins primaires, une thérapie des traumatismes et des services spécialisés pour les femmes, les jeunes et les populations autochtones. En stabilisant les patients et en établissant un point de contact régulier avec les services de santé, les cliniques de TAOi facilitent l'établissement des relations et des routines thérapeutiques nécessaires, qui favorisent l'amélioration de la santé, du fonctionnement social et de la qualité de vie des patients.

Pourquoi avons-nous besoin de cela? Les gens ne peuvent-ils pas simplement prendre de la méthadone ou de la buprénorphine-naloxone?

Bien que les traitements par agoniste opioïde par voie orale (méthadone, buprénorphine-naloxone [Suboxone], et morphine orale à libération lente) fonctionnent bien pour certaines personnes avec un trouble lié à la consommation d'opioïdes, d'autres sont incapables de cesser ou de réduire leur consommation illicite et continuent de vivre d'importants préjudices liés à la consommation illicite d'opioïdes, y compris le risque de surdose mortelle ou non mortelle.

L'objectif est-il de faire cesser le TAOi des personnes le plus rapidement possible?

Le présent document recommande que les approches de traitement correspondent continuellement aux besoins et à la situation de chaque patient. Des recherches antérieures ont montré que le fait de fournir un traitement avec une date de fin prédéterminée ou de forcer les patients à quitter un TAOi avant qu'ils ne soient prêts a des conséquences négatives importantes pour la santé. Lorsque le patient et l'équipe de soins le jugent approprié, le patient est transféré à de nouvelles approches de traitement.

Ne vous contentez-vous pas de remplacer un médicament par un autre?

Les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes sont physiquement dépendantes des opioïdes et présenteront des symptômes de sevrage douloureux (p. ex., fièvre et frissons, diarrhée et autres symptômes pseudo-grippaux) lorsqu'elles sont privées de toute forme d'opioïde. Les agonistes opioïdes, qu'ils soient oraux ou injectables, sont conçus pour prévenir les symptômes de sevrage et gérer les états de manque, en plus de remplacer les opioïdes illicites potentiellement contaminés par des agonistes opioïdes de qualité pharmaceutique dans des environnements sûrs et hygiéniques, réduisant ainsi les préjudices liés à l'utilisation de médicaments intraveineux. Cela permet aux gens de reprendre contact avec le système de santé et la société plutôt que d'avoir recours à un comportement criminel et à la recherche de drogue pour éviter les symptômes de sevrage.

Si une personne a connu plusieurs surdoses, est-ce qu'elle est candidate à un TAOi?

Les considérations relatives à l'admissibilité dans ce document d'orientation ont été mises au point avec une souplesse suffisante pour garantir que les situations individuelles et le jugement clinique éclairent la décision de prescrire un TAOi aux personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes lorsque jugé approprié par l'équipe de soins. Des antécédents de surdose non mortelle peuvent être utiles pour éclairer le pouvoir discrétionnaire du prescripteur, mais ne doivent pas être compris comme une condition d'admissibilité, car une telle exigence pourrait involontairement promouvoir un comportement à haut risque.

Est-ce qu'un TAOi est destiné uniquement aux personnes qui ont essayé un TAO par voie orale et qui n'en ont pas bénéficié?

Le traitement par agonistes opioïdes injectables est généralement envisagé chez les personnes présentant un trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes qui s'injectent des opioïdes et continuent à subir des conséquences sanitaires et sociales importantes liées à leur trouble, malgré des expériences antérieures ou des tentatives avec un TAO par voie orale correctement dosée, des tentatives précédentes de TAO par voie orale sans parvenir à obtenir une dose thérapeutique, ou autre circonstance et risque indiquant que le patient peut bénéficier d'un TAOi. Souvent, les personnes recevant un TAOi se verront également prescrire un TAO par voie orale complémentaire pour combler les intervalles de doses.

La naltrexone injectable à action prolongée est-elle une option pour le trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes? Cette approche devrait-elle être tentée avant l'hydromorphone ou la diacétylmorphine?

La naltrexone est une forme différente de médicament utilisée pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes. Contrairement aux traitements par agonistes opioïdes (hydromorphone, méthadone, etc.), la naltrexone est un antagoniste des opioïdes, ce qui signifie qu'elle bloque totalement l'effet des opioïdes, mais ne réduit pas nécessairement les états de manque. Actuellement, la naltrexone orale est disponible au Canada et peut être utilisée dans la prévention des rechutes de consommation d'opioïdes, bien que des études démontrent une faible observance de ce médicament. La naltrexone à longue action sous forme injectable n'est seulement disponible au Canada par le Programme d'accès spécial ou par son ajout sur la [Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique](#). L'efficacité de la naltrexone injectable chez les patients présentant un trouble sévère lié à la consommation d'opioïdes, y compris ceux n'ayant pas suffisamment bénéficié d'un TAO par voie orale, est inconnue. Si un patient demande de la naltrexone injectable, le médecin ou l'infirmière praticienne doit évaluer la pertinence de ce traitement au cas par cas. Ce traitement ne devrait pas être nécessaire avant qu'un TAOi ne soit considéré.

La buprénorphine injectable à action prolongée est-elle une option pour le trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes? Cette approche devrait-elle être tentée avant l'hydromorphone ou la diacétylmorphine?

Les injections de buprénorphine à action prolongée sont actuellement disponibles au Canada seulement par le Programme d'accès spécial. L'efficacité de la buprénorphine injectable à action prolongée chez les patients présentant un trouble sévère lié à la consommation d'opioïdes, y compris ceux n'ayant pas suffisamment bénéficié d'un TAO par voie orale, est inconnue. Si un patient demande de la buprénorphine injectable à action prolongée, le médecin ou l'infirmière praticienne doit évaluer la pertinence de ce traitement au cas par cas. Ce traitement ne devrait pas être nécessaire avant qu'un TAOi ne soit considéré.

Qu'advient-il des patients du programme qui continuent à consommer du fentanyl et d'autres opioïdes sur une base régulière?

L'usage continu d'opioïdes illicites lors d'un TAOi doit être considéré comme une indication permettant d'évaluer le patient et d'envisager un traitement plus intensif. L'intensification du traitement peut inclure l'ajout d'une dose du soir de morphine orale à libération lente ou de méthadone, l'augmentation de la dose du soir de morphine orale à libération lente ou de méthadone, l'augmentation de la dose de médicament injectable, le passage à un modèle de soins plus intensifs (p. ex., le passage d'une clinique de santé communautaire à un modèle de TAOi complet et dédié), ou l'augmentation des interventions et du soutien au traitement psychosocial.

Si l'on juge qu'un patient est intoxiqué lors de l'évaluation avant l'injection, sa dose devra être reportée ou omise. Les constatations répétées d'intoxication lors de l'évaluation avant l'injection doivent être considérées comme une indication permettant d'évaluer le patient et d'envisager un traitement plus intensif, comme indiqué plus haut.

Que faire si les patients veulent se présenter plus de trois fois par jour pour un TAOi?

L'expérience clinique révèle que, habituellement, les patients ne souhaitent pas se présenter plus de trois fois par jour. Se présenter plusieurs fois par jour est un engagement de temps considérable qui peut perturber d'autres activités de la vie. En outre, une fois que les patients sont stabilisés, ils ont tendance à se présenter moins souvent, en collaboration avec leur prescripteur, afin de réduire le nombre d'injections par jour. Dans certains territoires, là où l'hydromorphone à haute teneur n'est pas couvert, des injections supplémentaires peuvent être nécessaires pour s'assurer que le patient reçoit les doses dont il a besoin. De plus, certains modèles de soins (p. ex., les programmes résidentiels qui proposent également un TAOi) peuvent donner accès à plus de doses par jour, lorsque cela est cliniquement approprié (p. ex., dans les territoires où l'hydromorphone à haute teneur n'est pas couvert).

Si le gouvernement fournit de l'hydromorphone et de l'héroïne sur ordonnance, cela signifie-t-il que tous les médicaments seront mis à disposition par le gouvernement?

L'hydromorphone et la diacétylmorphine sont des traitements factuels généralement pris en compte chez les patients présentant un trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes qui n'ont pas bénéficié d'un traitement par agonistes opioïdes par voie orale ou qui présentent d'autres situations et risques qui en induiraient un bénéfice. Les autres opioïdes injectables n'ont pas fait l'objet d'études empiriques dans ce contexte et ne sont pas recommandés pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes pour le moment. La légalisation ou l'approvisionnement dans un contexte autre que l'approvisionnement en hydromorphone et diacétylmorphine dans le but spécifique de traiter un trouble lié à l'usage d'opioïdes dépasse le cadre du présent document.

Les prescripteurs de TAOi devraient-ils avoir l'expérience et la capacité de prescrire de la méthadone (dans les territoires où tous les prescripteurs ne peuvent pas automatiquement prescrire de la méthadone)?

Le présent document recommande que tous les prescripteurs de TAOi aient une expérience en prescription de TAO par voie orale. Cela garantit à la fois une expérience significative dans la prestation de traitements fondés sur des données probantes pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes et la capacité de prescrire un TAO par voie orale complémentaire à des personnes sous TAOi. Cela réduit les obstacles aux soins et les perturbations potentielles qui pourraient survenir si une personne devait voir plusieurs prescripteurs pour recevoir ses médicaments.

Les patients qui ont fait une overdose de cocaïne contenant du fentanyl se verront-ils proposer un TAOi?

Le traitement par agoniste opioïde injectable est indiqué pour les patients ayant un trouble lié à l'usage d'opioïde qui n'ont pas bénéficié d'un TAO par voie orale. Les utilisateurs de stimulants qui ne présentent pas de trouble lié à l'usage d'opioïdes ne seraient pas pris en compte pour un TAOi. En raison de l'approvisionnement en médicaments de plus en plus contaminé, il se peut que certaines personnes ayant vécu une surdose d'opioïdes ne présentent pas de trouble lié à l'usage d'opioïdes et n'aient aucune autre indication pour un TAOi.

Glossaire

Agonistes opioïdes : Toute substance qui se lie au récepteur opiacé mu (μ) et les active, soulageant les symptômes de sevrage et les états de manque chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïde, et soulageant la douleur si elle est utilisée pour le traitement de la douleur chronique. Les agonistes opioïdes oraux utilisés pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes comprennent la méthadone, la buprénorphine et la morphine orale à libération lente. Les agonistes opioïdes injectables utilisés pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes comprennent la diacétylmorphine et l'hydromorphone.

Antagoniste opioïde : Médicament qui agit en bloquant les récepteurs opiacés, empêchant ainsi le corps de réagir aux opioïdes. Les médicaments antagonistes des opioïdes peuvent être utilisés pour déplacer rapidement les molécules agonistes opioïdes des récepteurs en cas de surdose (comme la naloxone), ou pour faciliter l'abstinence continue de l'utilisation de médicaments opioïdes (comme la naltrexone). Au Canada, la naloxone est disponible en injection intramusculaire ou en vaporisation intranasal (selon la disponibilité), tandis que la naltrexone est disponible sous forme de comprimé à prendre par voie orale une fois par jour.

Détournement : Toute utilisation non intentionnelle ou non médicale d'un opioïde prescrit (y compris un agoniste opioïde prescrit), ou son utilisation par une personne autre que celle pour qui il a été prescrit.

Interventions psychosociales: Traitements structurés ou manuels dispensés par un prestataire de soins qualifié, intégrant les principes de la thérapie comportementale, de la thérapie interpersonnelle, des techniques d'entrevue motivationnelle, de la thérapie comportementale dialectique, de la gestion des contingences, de la prévention des rechutes structurées, de la rétroaction biologique, de consultations familiales ou de groupe. Les interventions psychosociales peuvent comprendre des approches propres à la culture comme des guérisseurs professionnels, la participation des personnes âgées et les cérémonies de guérison autochtones.

2SLGBTQ+ : Lesbienne, gai, bisexuel.le, transgenre, Bispirituel.le, queer et autres personnes qui font partie de la diversité de la sexualité, du genre et de son expression.

Bispirituel.le : Terme utilisé par certaines sociétés autochtones nord-américaines pour décrire des personnes aux identités de genre, aux expressions de genre, aux rôles de genre et aux orientations sexuelles différents. Les personnes Bigenres ou Bispirituelles ont été et sont perçues différemment dans différentes communautés autochtones^p.

^p Définitions empruntées et légèrement adaptées de la « [Qmunity's Queer Terminology from A to Q](#) »

Lesbienne : Une femme dont l'attrait physique, romantique ou émotionnel persiste envers d'autres femmes. Certaines lesbiennes préféreront peut-être s'identifier comme gaies (adj.) ou comme femmes gaies^q.

Gai.e : L'adjectif utilisé pour décrire des personnes qui ont des attractions physiques, romantiques et émotionnelles durables envers des personnes du même genre⁵.

Bisexuel.le : Une personne qui a la capacité d'avoir des attractions physiques, amoureuses et émotionnelles durables envers des personnes du même genre et celles d'un autre genre. Les gens peuvent ressentir cette attirance de différentes manières et à différents degrés au cours de leur vies⁵.

Trans : Le terme générique qui désigne un large éventail de personnes dont le genre et/ou l'expression de genre diffère de leur sexe attribué et/ou des attentes sociétales et culturelles de leur sexe⁵.

Queer : Adjectif utilisé par certaines personnes, en particulier les plus jeunes, dont la sexualité n'est pas hétérosexuelle. Autrefois considéré comme un terme péjoratif, le mot queer a été repris par certaines personnes 2SLGBTQ+ pour se décrire. Cependant, ce terme n'est pas universellement accepté, même au sein de la communauté 2SLGBTQ+⁵.

Prestataire de soins de santé : Un prestataire de soins de santé formé et qualifié, habilité à offrir des soins liés au TAOi, comprenant la supervision de l'administration de médicaments et, dans certains territoires et modèles de soins, l'injection intramusculaire ou sous-cutanée administrée par un prestataire de soins de santé. Peut désigner des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des pharmaciens.

Programme de soutien mutuel ou de soutien par les pairs : Soutien fourni par un réseau de pairs au moyen de réunions, de discussions ouvertes sur des expériences personnelles et des obstacles à la demande d'aide, de parrainage, de programmes en 12 étapes et d'autres outils de rétablissement. Le mouvement des Alcooliques anonymes, les Narcotiques anonymes, SMART Recovery, et LifeRing Secular Recovery en sont des exemples.

Rechute : Peut être défini différemment par chaque personne, mais une définition générale inclurait la réapparition ou l'augmentation de la gravité des symptômes du trouble lié à l'usage d'opioïdes ou des préjudices liés à la consommation d'opioïdes après une période de stabilité.

^q Définitions empruntées et légèrement adaptées de [GLAAD Media Reference Guide](#)

Réduction des méfaits : Politiques et programmes visant à réduire au minimum les préjudices immédiats pour la santé, la société et l'économie (transmission de maladies infectieuses, mortalité par surdose, activités criminelles) associés à la consommation de substances psychoactives, sans exiger nécessairement une réduction de la consommation de substances ou un objectif d'abstinence. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les programmes de naloxone à emporter, les services de consommation ou d'injections supervisés, et les programmes de sensibilisation et d'éducation destinés aux populations à haut risque sont des exemples.

Réfractaire au traitement : Désigne un trouble lié à l'usage d'opioïdes qui a été traité avec les thérapies pharmacologiques de première ligne habituelles, sans que la personne n'en tire les bienfaits suffisants et/ou la consommation d'opioïdes illicites continuée, et l'expérience de la mauvaise santé physique et mentale ou d'instabilisation de sa situation sociale. Soulignons que l'on s'est intentionnellement éloigné de l'expression « réfractaire au traitement » car elle pourrait par inadvertance perpétuer la stigmatisation des personnes atteintes d'un TLUO. Le présent document utilise ce terme, lorsque cela est nécessaire, pour refléter son utilisation dans la littérature scientifique. Cependant, les troubles liés à l'utilisation de substances sont connus pour être des affections chroniques et récurrentes pouvant nécessiter plusieurs approches de traitement tout au long de la vie, rendant ainsi ce terme et le concept autrement discutables.

Rétablissement : Un processus de changements dans lequel une personne améliore sa santé et son mieux-être mène une vie autonome et aspire à atteindre son plein potentiel^r.

Sécurité et humilité culturelles : La sécurité culturelle peut être comprise comme un résultat dans lequel les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins dans un environnement exempt de racisme et de discrimination. Elle résulte d'un engagement respectueux visant à remédier aux déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. L'humilité culturelle est un processus entrepris pour comprendre, à travers l'autoréflexion, les préjugés personnels et systémiques, et pour élaborer et maintenir des processus et des relations dans le respect et fondés sur la confiance mutuelle. Cela nécessite de se reconnaître humblement en tant qu'apprenant pour tenter de comprendre l'expérience d'une autre personne^s.

Soutien psychosocial : Services de soutien social non thérapeutiques visant à améliorer la stabilité et la qualité de vie des individus ou de la famille, notamment les services communautaires, les services sociaux et familiaux, les logements temporaires et assistés, les programmes d'aide au revenu, la formation professionnelle, les cours d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle et les services juridiques.

^r Définitions empruntées de Substance Abuse and Mental Health Administration's « [SAMHSA's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles of Recovery](#) »

^s Définitions empruntées et légèrement adaptées de [l'autorité sanitaire des Premières nations](#).

Suivi médical : Le suivi médical des troubles liés à l'usage d'opioïdes consiste en un conseil informel non structuré, axé sur le plan médical, fourni par le médecin traitant en conjonction avec un traitement pharmacologique. La surveillance médicale inclut, notamment : effectuer des contrôles de santé et de mieux-être, fournir du soutien et des conseils, évaluer la motivation et déterminer les obstacles au changement, créer un plan de traitement, encourager l'observance du traitement, optimiser la posologie, soutenir l'observance du traitement et prévenir les rechutes, et fournir des références à des services de santé et sociaux appropriés.

Stabilisation : La stabilisation sera propre au patient, en fonction de la situation et des besoins de chaque patient et de son évolution au fil du temps. Les diagnostics DSM-5 des patients, les comorbidités pour la santé physique et mentale et les déterminants sociaux de la santé (comme la pauvreté et l'itinérance) doivent être identifiés au départ et suivis au fil du temps. La stabilisation comprend la stabilisation clinique (moins d'états de manque, amélioration de la qualité et de la durée du sommeil et mieux-être général), ainsi que la stabilisation psychosociale (intégration de nouvelles activités, rétablissement des liens avec la famille et mise en place d'un logement sûr).

Traitement par agonistes opioïdes (TAO) : Médicaments agonistes opioïdes prescrits pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le traitement par agonistes opioïdes est généralement fourni en conjonction avec les conseils proposés par le fournisseur; une surveillance à long terme de l'usage de substances (p. ex., évaluations régulières, suivi et tests de dépistage de drogues dans l'urine); des soins préventifs et primaires complets; et des références pour des interventions de traitement psychosocial, du soutien psychosocial et des soins spécialisés, au besoin. Dans le présent document, un TAO fait référence à un traitement à long terme (>6 mois) avec un médicament agoniste opioïde qui dispose d'une base de données probantes pour son utilisation dans le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes. « Traitement par agonistes opioïdes (TAO) » est la terminologie préférée représentant un changement intentionnel de l'utilisation des « traitement de substitution aux opioïdes (TSO) », « traitement d'entretien aux opioïdes (TEO) » et « traitement de remplacement aux opioïdes (TRO) ».

Buprénorphine : Opioïde synthétique à longue action agissant comme un agoniste partiel des récepteurs opiacés mu (μ) avec une demi-vie d'environ 24 à 42 heures. La buprénorphine a une grande affinité pour le récepteur opiacé, mais en tant qu'agoniste partiel, elle a une activité ou un effet intrinsèque plus faible au niveau du récepteur opiacé par rapport aux opioïdes agonistes complets. Ces propriétés pharmacologiques créent un « plafond » pour les effets opioïdurgiques, y compris la dépression respiratoire, à des doses plus élevées. La grande affinité de la buprénorphine pour le récepteur opiacé confère également un effet antagoniste aux autres opioïdes. Elle se lie préférentiellement au récepteur et déplace les autres opioïdes s'ils sont présents, ce qui peut provoquer un sevrage précipité (voir ci-dessous). Au Canada, la buprénorphine est disponible en formule combinée avec la naloxone (voir ci-dessous). Des implants et des dépôts d'injection de buprénorphine ont récemment été approuvés par Santé Canada, mais n'a pas encore été ajouté aux formulaires provinciaux.

Buprénorphine-naloxone : Une formulation combinée 4:1 de buprénorphine et de naloxone disponible en comprimés sublinguaux au Canada. La naloxone est un antagoniste de l'opioïde avec une faible biodisponibilité orale en cas d'ingestion ou d'administration sublinguale. Elle est incluse dans le traitement afin d'empêcher l'injection et l'insufflation non médicales. Lorsque la buprénorphine-naloxone est prise comme indiqué par voie sublinguale, le composant naloxone a des effets négligeables et l'effet thérapeutique de la buprénorphine prédomine. Toutefois, si la naloxone est absorbée par une voie d'insufflation, sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, une quantité suffisante de naloxone est absorbée pour induire certains symptômes de sevrage chez les utilisateurs d'opioïdes actifs physiquement dépendants. La buprénorphine-naloxone est généralement prise une fois par jour, mais en raison de son profil d'innocuité et de ses propriétés pharmacologiques favorables, elle peut également être prescrite à des doses plus élevées, à des intervalles d'un jour à l'autre.

Diacétylmorphine : La diacétylmorphine, opioïde semi-synthétique à courte action, a un début d'action rapide et une courte demi-vie. La diacétylmorphine injectée évite le métabolisme de premier passage et pénètre rapidement dans le cerveau où elle est désacétylée en une 3-monoacétylmorphine inactive et une 6-monoacétylmorphine active qui est ensuite désacétylée en morphine, qui agit comme un agoniste du récepteur opiacé mu (μ) complet. La diacétylmorphine injectable est utilisée dans le traitement du trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes au Canada et dans plusieurs pays européens.

Hydromorphone : Un agoniste du récepteur opiacé mu (μ) semi-synthétique à courte action. En raison d'obstacles réglementaires limitant l'accès à la diacétylmorphine, l'hydromorphone a été étudiée comme alternative à la diacétylmorphine pour le traitement du trouble sévère lié à l'usage d'opioïdes et n'a pas été jugée inférieure.

Méthadone : Opioïde synthétique à longue action agissant comme un agoniste complet du récepteur opiacé mu (μ). La méthadone a une demi-vie d'environ 24 à 36 heures et est bien absorbée. Au Canada, elle est administrée le plus souvent en solution orale et est habituellement donnée en dose quotidienne unique. Les comprimés de méthadone sont également disponibles dans un contexte limité (p. ex., pour les déplacements) dans certains territoires.

Morphine orale à libération lente : Une formulation de morphine à libération lente qui dure 24 heures, un agoniste complet du récepteur opiacé mu (μ) à prendre une fois par jour par voie orale. Au Canada, la morphine orale à libération lente est disponible sous forme de capsule contenant des granules de sulfate de morphine enrobées de polymère (pour ralentir l'absorption et la libération). Sa demi-vie est d'environ 11 à 13 heures. Elle est actuellement approuvée pour le traitement de la douleur au Canada et son utilisation pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes serait considérée comme non conforme.

Traitement de la dépendance : Dans le présent document, le traitement de la dépendance fait référence aux soins continus pour un ou des troubles liés à l'usage de substances offerts par un prestataire de soins qualifié. Pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes, cela pourrait inclure un traitement pharmacologique fondé sur des données probantes (traitement par agonistes ou antagonistes des opioïdes), des traitements psychosociaux fondés sur des données probantes, un traitement résidentiel ou des combinaisons de ces options de traitement. Le traitement de la dépendance peut être ambulatoire ou hospitalier. Pris individuellement, la gestion du sevrage, les services de réduction des méfaits, les hébergements présentant peu d'obstacles et les services de soutien non structurés entre pairs ne seraient pas considérés comme un « traitement de la dépendance ».

Traumatisme : Un traumatisme peut être compris comme une expérience qui dépasse la capacité d'un individu à se débrouiller. Un traumatisme peut être causé par une série d'événements ou un événement important. Un traumatisme peut survenir au début de la vie (p. ex., maltraitance d'un enfant, attachement perturbé, témoin ou victime de violence ou de négligence) ou plus tard dans la vie (p. ex., accidents, guerre, perte inattendue, violence ou autres événements de la vie hors de notre contrôle). Les traumatismes peuvent être dévastateurs et nuire au sentiment de sécurité, au sentiment de soi et au sentiment d'auto-efficacité d'une personne. Un traumatisme peut également affecter la capacité d'une personne à réguler ses émotions et à naviguer dans ses relations. Les personnes qui ont subi un traumatisme peuvent consommer des substances ou utiliser d'autres comportements pour faire face aux sentiments de honte, de terreur et d'impuissance.

Traumatisme intergénérationnel : La transmission de l'oppression historique et des traumatismes non résolus des parents ou des proches aux enfants. Le concept de traumatisme intergénérationnel ou historique a été développé par les peuples autochtones du Canada dans les années 1980 pour expliquer le cycle de traumatismes dont ils étaient témoins dans leurs communautés en raison du système de pensionnats, de la perte de culture et de la colonisation en général. Peut également être utilisé pour décrire les effets émotionnels, les adaptations et les schémas d'adaptation développés lorsque l'on vit avec un survivant d'un traumatisme.

Pratique sensible aux traumatismes : Soins de santé et autres services fondés sur une compréhension du traumatisme intégrant les principes suivants : sensibilisation aux traumatismes; sécurité et fiabilité; choix, collaboration et connexion; approches fondées sur les forces et renforcement des compétences. Les services sensibles aux traumatismes privilégient la sécurité et l'autonomisation et évitent les approches conflictuelles.

Trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO) : Un schéma problématique d'utilisation d'opioïdes conduisant à une déficience cliniquement significative ou à une détresse qui répond aux critères de diagnostic du DSM-5 pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes (voir l'annexe 4). Le TLUO comprend l'utilisation d'opioïdes synthétiques ou d'origine naturelle, prescrits ou obtenus illégalement. La terminologie du DSM-5 représente un abandon délibéré de la terminologie du DSM-IV, « abus d'opioïdes » ou « dépendance aux opioïdes », qui peut être considérée comme péjorative et stigmatisante pour décrire cet état.

Références

1. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011; 106(1):32-51. 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x
2. Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*. 2009; 374(9697):1284-1293. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)
3. Martins SS, Sarvet A, Santaella-Tenorio J, Saha T, Grant BF, Hasin DS. Changes in us lifetime heroin use and heroin use disorder: Prevalence from the 2001-2002 to 2012-2013 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(5):445-455. 10.1001/jamapsychiatry.2017.0113
4. Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. National report: Apparent opioid-related deaths in canada (june 2019). Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2019. <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/national-surveillance-opioid-mortality.html#AORD>.
5. Woo A. In vancouver, front-line workers are facing ‘a different kind of overdose’ in new synthetic drug. *The Globe and Mail*. April 10, 2019, 2019.
6. The Canadian Centre on Substance Abuse and the Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use. *Deaths involving fentanyl in canada, 2009-2014*. 2015. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Fentanyl-Deaths-Canada-Bulletin-2015-en.pdf>.
7. Nosyk B, Marsh DC, Sun H, Schechter MT, Anis AH. Trends in methadone maintenance treatment participation, retention, and compliance to dosing guidelines in british columbia, canada: 1996-2006. *J Subst Abuse Treat*. 2010; 39(1):22-31. 10.1016/j.jsat.2010.03.008
8. Stein BD, Gordon AJ, Sorbero M, Dick AW, Schuster J, Farmer C. The impact of buprenorphine on treatment of opioid dependence in a medicaid population: Recent service utilization trends in the use of buprenorphine and methadone. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 123(1-3):72-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.10.016>
9. Rosenthal RN, Lofwall MR, Kim S, et al. Effect of buprenorphine implants on illicit opioid use among abstinent adults with opioid dependence treated with sublingual buprenorphine: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2016; 316(3):282-290. 10.1001/jama.2016.9382
10. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009; 3.
11. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014; 2:CD002207. 10.1002/14651858.CD002207.pub4
12. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; (12). 10.1002/14651858.CD003410.pub4
13. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, et al. Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*. 2015; 207(1):5-14. 10.1192/bjp.bp.114.149195

14. World Health Organization. Who model list of essential medicines. 19th ed: World Health Organization; 2015. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2015_FINAL_amended_NOV2015.pdf?ua=1.
15. Timko C, Schultz NR, Cucciare MA, Vittorio L, Garrison-Diehn C. Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *Journal of addictive diseases*. 2016; 35(1):22-35. 10.1080/10550887.2016.1100960
16. Reisinger HS, Schwartz RP, Mitchell SG, et al. Premature discharge from methadone treatment: Patient perspectives. *Journal of psychoactive drugs*. 2009; 41(3):285-296.
17. Magura S, Nwakeze PC, Demsky S. Research report pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*. 1998; 93(1):51-60. 10.1046/j.1360-0443.1998.931516.x
18. Hser YI, Saxon AJ, Huang D, et al. Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction*. 2014; 109(1):79-87. 10.1111/add.12333
19. Proctor SL, Copeland AL, Kopak AM, Herschman PL, Polukhina N. A naturalistic comparison of the effectiveness of methadone and two sublingual formulations of buprenorphine on maintenance treatment outcomes: Findings from a retrospective multisite study. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2014; 22(5):424-433. 10.1037/a0037550
20. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, et al. Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(5):447-455. 10.1001/jamapsychiatry.2016.0109
21. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*. 2009; 361(8):777-786. doi:10.1056/NEJMoa0810635
22. Strang J, Groshkova T, Metrevian, N. New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in europe and beyond. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ed. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2012. 10.2810/50141
23. Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; 191:55-62.
24. van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, van Zwieten BJ, van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Two randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003; 327(7410):310.
25. March JC, Oviedo-Joekes E, Perea-Milla E, Carrasco F. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat*. 2006; 31. 10.1016/j.jsat.2006.04.007
26. Strang J, Metrebian N, Lintzeris N, et al. Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in england after persistent failure in orthodox treatment (riott): A randomised trial. *The Lancet*. 2010; 375(9729):1885-1895. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60349-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60349-2)
27. Demaret I, Quertemont E, Litran G, et al. Efficacy of heroin-assisted treatment in belgium: A randomised controlled trial. *European Addiction Research*. 2015; 21(4):179-187.

28. Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ : British Medical Journal*. 1998; 317(7150):13-18.
29. Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: A follow-up study. *The Lancet*. 2001; 358(9291):1417-1420. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06529-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06529-1)
30. Nosyk B, Guh DP, Bansback NJ, et al. Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2012; 184(6):E317-328. 10.1503/cmaj.110669
31. Byford S, Barrett B, Metrebian N, et al. Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. Oral methadone for chronic heroin addiction. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013; 203(5):341-349. 10.1192/bjp.bp.112.111583
32. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2005; 330(7503):1297.
33. Bansback N, Guh D, Oviedo-Joekes E, et al. Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: Findings from the salome randomized clinical trial. *Addiction*. 2018; 113(7):1264-1273. 10.1111/add.14171
34. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51(7):1087-1110.
35. Harm Reduction International. What is harm reduction? A position statement from harm reduction international. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
36. BC Centre on Substance Use. *Supervised consumption services: Operational guidance*. BC Centre on Substance Use; n.d.
37. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. Epidemiology of dsm-5 drug use disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-iii. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(1):39-47. 10.1001/jamapsychiatry.2015.2132
38. Kingston REF, Marel C, Mills KL. A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in australia. *Drug and alcohol review*. 2017; 36(4):527-539. 10.1111/dar.12448
39. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016; 4:Cd010204. 10.1002/14651858.CD010204.pub2
40. Canadian Public Health Association. What are the social determinants of health? n.d.; <https://www.cpha.ca/what-are-social-determinants-health>. Accessed September 17, 2018.
41. CSDH. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
42. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A canadian perspective. *Critical Public Health*. 2008; 18(3):271-283. 10.1080/09581590802294296

43. Marshall BD, Wood E, Shoveller JA, Patterson TL, Montaner JS, Kerr T. Pathways to hiv risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: A multi-cohort gender-based analysis. *BMC public health*. 2011; 11(1):20. 10.1186/1471-2458-11-20
44. Cochran BN, Stewart AJ, Ginzler JA, Cauce AM. Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(5):773-777.
45. Balsam KF, Huang B, Fieland KC, Simoni JM, Walters KL. Culture, trauma, and wellness: A comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit native americans. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*. 2004; 10(3):287-301. 10.1037/1099-9809.10.3.287
46. Cochran BN, Cauce AM. Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006; 30(2):135-146. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009>
47. Vries A, Cohen-Kettenis P, Henriette D-V, Waal D, White Holman C, Goldberg J. *Caring for transgender adolescents in bc: Suggested guidelines clinical management of gender dysphoria in adolescents ethical, legal, and psychosocial issues in care of transgender adolescents*. 2006.
48. BC Harm Reduction Strategies and Services. Respectful language and stigma: Regarding people who use substances. Toward the Heart; 2017. <http://towardtheheart.com/assets/uploads/1502392191GWLgQDb5w5G1ajwRuiq4IPoSyhSoMkp3T7rL5ml.pdf>.
49. Canadian HIV/AIDS Legal Network. "Nothing about us without us"—greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative. Toronto, ON2005. <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+ENG.pdf>.
50. Bardwell G, Kerr T, Boyd J, McNeil R. Characterizing peer roles in an overdose crisis: Preferences for peer workers in overdose response programs in emergency shelters. *Drug and Alcohol Dependence*. 2018; 190:6-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.023>
51. Bardwell G, Anderson S, Richardson L, et al. The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. *International Journal of Drug Policy*. 2018; 55:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.004>
52. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, et al. Interventions to prevent hiv and hepatitis c in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*. 2014; 25(1):34-52. 10.1016/j.drugpo.2013.07.001
53. Marshall BDL, Milloy MJ, Wood E, Montaner JSG, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of north america's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet (London, England)*. 2011; 377(9775):1429-1437. 10.1016/s0140-6736(10)62353-7
54. Walley AY, Xuan ZM, Hackman HH, et al. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in massachusetts: Interrupted time series analysis. *Bmj-British Medical Journal*. 2013; 346. 10.1136/bmj.f174
55. Milloy MJ, Kerr T, Tyndall M, Montaner J, Wood E. Estimated drug overdose deaths averted by north america's first medically-supervised safer injection facility. *PLoS One*. 2008; 3(10):e3351. 10.1371/journal.pone.0003351

56. Salmon AM, van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in sydney, australia. *Addiction*. 2010; 105(4):676-683. 10.1111/j.1360-0443.2009.02837.x
57. Turner KME, Hutchinson S, Vickerman P, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis c virus in injecting drug users: Pooling of uk evidence. *Addiction*. 2011; 106(11):1978-1988. 10.1111/j.1360-0443.2011.03515.x
58. Potier C, Laprevote V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 145:48-68. 10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012
59. McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the bradford hill criteria. *Addiction*. 2016; 111(7):1177-1187. 10.1111/add.13326
60. DeBeck K, Kerr T, Bird L, et al. Injection drug use cessation and use of north america's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 113(2-3):172-176. 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023
61. Small W, Van Borek N, Fairbairn N, Wood E, Kerr T. Access to health and social services for idu: The impact of a medically supervised injection facility. *Drug and alcohol review*. 2009; 28(4):341-346.
62. Strathdee SA, Celentano DD, Shah N, et al. Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1999; 76(4):448-460. 10.1007/bf02351502
63. Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*. 2007; 102(6):916-919. 10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x
64. Federal Institute for Drugs and Medical Devices. Report on the substitution register. 2017; https://www.bfarm.de/EN/FederalOpiumAgency/SubstitutionRegister/Report/_node.html. Accessed June 14, 2017, 2017.
65. Nordt C, Vogel M, Dey M, et al. One size does not fit all-evolution of opioid agonist treatments in a naturalistic setting over 23 years. *Addiction*. 2018. 10.1111/add.14442
66. Office Fédéral de la Santé Publique. *Traitement avec prescription d'héroïne (hegebe) en 2009 et 2010*. Swiss: Office Fédéral de la Santé Publique; 2011.
67. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Model standards for pharmacy compounding of non-hazardous sterile preparations. Ottawa, Canada2015. <https://napra.ca/general-practice-resources/model-standards-pharmacy-compounding-non-hazardous-sterile-preparations>.
68. Government of Canada. Health canada to propose regulatory change to enable consideration of applications under the special access programme to facilitate treatment of chronic relapsing opioid dependence. 2016; <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2016/05/health-canada-to-propose-regulatory-change-to-enable-consideration-of-applications-under-the-special-access-programme-to-facilitate-treatment-of-chronic-relapsing-opioid-dependence.html>.
69. Ministry of Justice. *Narcotic control regulations*. 2017. https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/C.R.C.,_c._1041/.

70. Health Canada. Government of Canada approves new treatment options for opioid use disorder and supports research, treatment and harm reduction projects in Ontario. 2019; <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2019/05/government-of-canada-approves-new-treatment-options-for-opioid-use-disorder-and-supports-research-treatment-and-harm-reduction-projects-in-ontario.html>. Accessed July 16, 2019.
71. Sandoz Canada Inc. Prescribing information. Boucherville, QC2019. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00050892.PDF.
72. The Canadian Medical Protective Association. Can a child provide consent? *Duties and responsibilities: Expectations of physicians in practice* 2016; <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2014/can-a-child-provide-consent>. Accessed May 31, 2017.
73. Jackman M, and McRae, A. *Medical decision-making and mature minors*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2013. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/cases/section-1/medical-decision-making-mature-minors-e>.
74. Guarino HM, Marsch LA, Campbell WS, 3rd, Gargano SP, Haller DL, Solhkhah R. Methadone maintenance treatment for youth: Experiences of clients, staff, and parents. *Substance use & misuse*. 2009; 44(14): 1979-1989. 10.3109/10826080802494800
75. Aap committee on substance use and prevention. medication-assisted treatment of adolescents with opioid use disorders. *Pediatrics*. 2016; 138(3):e20161893.
76. Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2016; 25(3):473-487. 10.1016/j.chc.2016.03.002
77. Palis H, Marchand K, Guh D, et al. Men's and women's response to treatment and perceptions of outcomes in a randomized controlled trial of injectable opioid assisted treatment for severe opioid use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2017; 12(1):25. 10.1186/s13011-017-0110-9
78. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, et al. Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence in women. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 111(1-2):50-57. 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.016
79. Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive behaviors*. 2011; 36(1):55-60. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.020>
80. Boyd J, Collins AB, Mayer S, Maher L, Kerr T, McNeil R. Gendered violence and overdose prevention sites: A rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addiction*. 2018; 113(12):2261-2270. 10.1111/add.14417
81. American Society of Addiction Medicine. *Substance use, misuse, and use disorders during and following pregnancy, with an emphasis on opioids*. 2017 <https://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2017/01/19/substance-use-misuse-and-use-disorders-during-and-following-pregnancy-with-an-emphasis-on-opioids>.
82. Uchtenhagen A. The role and function of heroin-assisted treatment at the treatment system level. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2017; 19(2):17-24.
83. Jun JH, Fairbairn N. Integrating injectable opioid agonist treatment into a drug treatment court program: A case study. *Substance Abuse*. 2018:1-11. 10.1080/08897077.2018.1485129

84. Kouyoumdjian FG, Calzavara LM, Kiefer L, Main C, Bondy SJ. Drug use prior to incarceration and associated socio-behavioural factors among males in a provincial correctional facility in ontario, canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2014; 105(3):e198-202.
85. Bozinoff N, DeBeck K, Milloy MJ, et al. Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated persons with opioid use disorder in vancouver, canada. *Drug Alcohol Depend*. 2018; 193:42-47. 10.1016/j.drugalcdep.2018.09.003
86. Kendall PR, Pearce M. Drug testing in canadian jails: To what end? *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2000; 91(1):26-28.
87. Merrall EL, Kariminia A, Binswanger IA, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*. 2010; 105(9):1545-1554. 10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x
88. Marsden J, Gossop M, Stewart D, et al. The maudslay addiction profile (map): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*. 1998; 93(12):1857-1867.
89. Cacciola JS, Alterman AI, Habing B, McLellan AT. Recent status scores for version 6 of the addiction severity index (asi-6). *Addiction (Abingdon, England)*. 2011; 106(9):1588-1602. 10.1111/j.1360-0443.2011.03482.x
90. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2006; 15(2):113-124. 10.1080/10550490500528316
91. Darke S, Ward J, Hall W, Heather N WA. *The opiate treatment index (oti) researcher's manual*. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre; 1991.
92. Marsden J, Stewart D, Gossop M, et al. Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the treatment perceptions questionnaire (tpq). *Addiction Research*. 2000; 8(5):455-470. 10.3109/16066350009005590
93. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979; 2(3):197-207.
94. Perreault M, Pawliuk N, Veilleux R, Rousseau M. Qualitative assessment of mental health service satisfaction: Strengths and limitations of a self-administered procedure. *Community mental health journal*. 2006; 42(3):233. 10.1007/s10597-005-9028-1
95. Euroqol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1990; 16(3):199-208.
96. Brooks R. Euroqol: The current state of play. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1996; 37(1):53-72.
97. Marsden J, Farrell M, Bradbury C, et al. Development of the treatment outcomes profile. 2008; 103(9):1450-1460. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02284.x
98. Derogatis L. *Symptom checklist 90-r: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN1994.
99. Derogatis L. Brief symptom inventory (bsi) 10. Administration, scoring, and procedures manual minneapolis (mn): Ncs pearson. Inc; 2001.
100. Hallam C. Heroin assisted treatment: The state of play. *International Drug Policy Consortium Briefing Paper*. 2010:14.

101. Fischer B, Oviedo-Joekes E, Blanken P, et al. Heroin-assisted treatment (hat) a decade later: A brief update on science and politics. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2007; 84(4):552-562. 10.1007/s11524-007-9198-y
102. Verthein U. Diamorphine treatment in germany. Paper presented at: International Symposium on Supervised Injectable Opioid Assisted Treatment; May 26, 2017, 2017; Vancouver, BC.
103. Hartnoll RL, Mitcheson MC, Battersby A, et al. Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37(8):877-884.
104. Ontario Agency for Public Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Leece P, Tenanbaum M. *Evidence brief: Effectiveness of supervised injectable opioid agonist treatment (sioat) for opioid use disorder*. Toronto, ON 2017.
105. Demaret I, Quertemont E, Litran G, et al. Loss of treatment benefit when heroin-assisted treatment is stopped after 12 months. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2016; 69:72-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.06.005>
106. Oviedo-Joekes E, Guh D, Marchand K, et al. Differential long-term outcomes for voluntary and involuntary transition from injection to oral opioid maintenance treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014; 9:23. 10.1186/1747-597x-9-23
107. World Health Organization. *Atlas on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. World Health Organization; 2010. http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/.
108. Haasen C, Verthein U, Eiroa-Orosa FJ, Schafer I, Reimer J. Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a german randomised controlled trial. *Eur Addict Res*. 2010; 16(3):124-130.
109. Oviedo-Joekes E, Brissette S, MacDonald S, et al. Safety profile of injectable hydromorphone and diacetylmorphine for long-term severe opioid use disorder. *Drug & Alcohol Dependence*. 2017; 176:55-62. 10.1016/j.drugalcdep.2017.02.021
110. Larney S, Peacock A, Mathers BM, Hickman M, Degenhardt L. A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 171:39-49. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.029>
111. Gutzwiller F, Steffen T. *Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment*. Basel, Switzerland 2000. 10.1159/isbn.978-3-318-00432-8

