

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées

2019

ccsmh.ca



Canadian Coalition
for Seniors' Mental Health

Coalition Canadienne pour
la Santé Mentale des
Personnes Âgées



cagp | **acgp**

CANADIAN ACADEMY OF
GERIATRIC PSYCHIATRY | ACADEMIE CANADIENNE
DE GERONTOPSYCHIATRIE

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées

Déni de responsabilité :

La présente publication est conçue uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprétée ou utilisée comme une norme d'exercice de la médecine. Tous les efforts ont été faits pour assurer que les renseignements contenus dans cette publication sont exacts. Toutefois, l'éditeur et toutes les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent aucune garantie à l'effet que son contenu est exact, complet ou actuel. La présente publication est distribuée compte tenu que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et tous autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient sur une base individuelle, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de la présente publication déclinent toute responsabilité découlant d'un contrat, d'une négligence ou de tout autre motif d'action, envers toute partie, pour le contenu de la publication ou toute conséquence découlant de son utilisation. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que celles-ci soient attribuées à la bonne source. Veuillez voir la citation suggérée ci-dessous :

Citation suggérée : Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, Canada (2019)

Remerciements :

Le financement des lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA a été assuré par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada.

La CCSMPA désire exprimer sa reconnaissance envers Santé Canada pour son soutien constant et son engagement continu dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées. Nous désirons remercier le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et le Groupe de collaboration sur l'usage de substances de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, pour leur soutien. Nous souhaitons remercier le D^r Meldon Kahan pour ses conseils, et pour la révision externe, ainsi que le D^r Ashok Krishnamoorthy, la D^{re} Nancy Vasil et le D^r John Fraser. Merci à Tonya Mahar pour son aide à la recherche documentaire. Enfin, nous souhaitons souligner le dévouement constant des membres de notre comité directeur, plus particulièrement le co-directeur D^r David Conn, de même que la contribution extraordinaire de notre directrice, Claire Checkland, et de ses coordonnateurs, Indira Fernando, Natasha Kachan et Marc-André LeBlanc.

La CCSMPA est un projet de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées

Launette Rieb, M. D., M. Sc., CCFP(AM), FCFP, DABAM

Co-responsable
Professeure clinique agrégée, département de médecine familiale
Université de Colombie-Britannique
Division de médecine des dépendances, département de médecine familiale et communautaire
Hôpital St. Paul

Zainab Samaan, MBChB, MRCPsych (UK), PhD

Co-responsable
Professeure agrégée, directrice de programme,
Programme de recherche clinique
Psychiatrie
Université McMaster

George P. Budd, Pharm. D., B. Sc. Pharm, R. Ph.

Pharmacien clinique
Vancouver C.-B.

Douglas Coleman, M. D. CCFP CASAM ABAM

Personne ayant une expérience vécue

Sid Feldman, M. D. CCFP (COE) FCFP

Directeur médical exécutif du programme résidentiel et chef,
Département de médecine familiale et communautaire, Baycrest Health Sciences;
Professeur agrégé, Département de médecine familiale et communautaire
Université de Toronto

Andrea D. Furlan, M. D., PhD

Chercheuse, Institute for Work & Health
Chercheuse principale, KITE | Toronto Rehabilitation Institute University Health Network
Professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto

Lillian Hung, RN PhD

Infirmière clinique spécialiste, Hôpital général de Vancouver
Directrice de l'éducation, Association canadienne des infirmières et infirmiers en gérontologie

Kiran Rabheru, M. D., CCFP, FRCP

Psychiatre gériatrique, TOH
Professeur de psychiatrie, Université d'Ottawa

Comité directeur du projet de lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA :

Président, CCSMPA D^r David Conn

Coprésident, CCSMPA D^r Kiran Rabheru

Directrice, CCSMPA Claire Checkland

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées D^r Peter Butt et Marilyn White-Campbell

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de BZRA chez les personnes âgées D^r David Conn et D^r David Hogan

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées D^r Jonathan Bertram, D^{re} Amy Porath et D^r Dallas Seitz

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées D^{re} Launette Rieb et D^{re} Zainab Samaan

Table des matières

Contexte	4
Résumé des recommandations et des classements	5
Explication	10
Pharmacologie des opioïdes et des médicaments opioïdes commercialisés au Canada	10
Dépendance et crise des opioïdes	11
Trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées.	12
Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées.	14
Prévention du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées	14
Dépistage et évaluation du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées	19
Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées	21
Traitement pharmacologique	29
Traitement psychosocial	30
Discussion	32
Orientations futures	33
Conclusion	33
Références	34

La méthodologie des lignes directrices et l'introduction aux lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de substances se trouvent sur notre site Web, à ccsmh.ca

Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées

Contexte

Santé Canada a mandaté la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées pour élaborer des lignes directrices sensées sur le plan clinique et fondées sur des données probantes, pour la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées. Le présent ensemble de lignes directrices sur le trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) chez les personnes âgées (≥ 65 ans) est l'un de quatre d'une série qui comprend également des lignes directrices sur l'alcool, le cannabis et les benzodiazépines. Ces lignes directrices s'adressent principalement aux cliniciens de soins primaires et aux spécialistes offrant des services aux personnes âgées. Ces lignes directrices visent également à informer les patients, les soignants et les administrateurs d'établissements de soins.

La méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) a été utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices. La description de cette méthode est fournie dans un document distinct qui se trouve au ccsmh.ca.

Une introduction aux lignes directrices mettant en lumière les enjeux de pertinence relatifs à tous les quatre, se trouve à ccsmh.ca.

Ces lignes directrices ne visent pas à servir de guide complet sur l'utilisation de ces substances, que ce soit sur prescription médicale ou pour un usage récréatif. L'objectif du présent document est plutôt de fournir une orientation utile aux cliniciens pour soit prévenir le développement d'un trouble lié à l'utilisation des opioïdes ou évaluer et traiter de façon optimale les personnes âgées ayant développé un trouble de ce type.

Bien que nos lignes directrices soient décrites dans quatre documents distincts, l'usage de multiples substances est courant. Les cliniciens sont donc invités à utiliser toutes les lignes directrices qui s'appliquent.

Résumé des recommandations et des classements

Nous avons utilisé la méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) comme méthode de classement de la qualité des données probantes et de la solidité des recommandations. Conformément au processus de classement GRADE, la première étape consistait à classer la qualité des données probantes connues à l'appui de chaque recommandation. Nous avons ensuite déterminé la solidité générale de la recommandation, en tenant compte non seulement de la qualité des données probantes mais aussi d'autres facteurs tels que le potentiel de conséquences nocives, le coût et la faisabilité.

Nous avons également créé une catégorie distincte pour les recommandations qui ne sont pas fondées sur des données empiriques, mais avons convenu qu'elles représentent les meilleures pratiques cliniques. Citons par exemple : processus d'évaluation optimaux et les recommandations liées à l'éducation ou aux politiques. Ces recommandations ont été classées dans la catégorie « C » pour consensus. Nous n'avons pas utilisé la méthode GRADE pour ces recommandations. Une façon de faire semblable a été utilisée pour d'autres ensembles de lignes directrices, par exemple les lignes directrices de la British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et coll., 2012). Bien que ce type de recommandations ne soit pas fondé sur des données empiriques, nous croyons qu'elles sont tout de même utiles et importantes.

GRADE

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS
La qualité des données probantes pour chaque recommandation est déterminée au terme d'un examen approfondi des facteurs suivants : 1) la structure de l'étude et la qualité des études incluses; 2) le caractère direct des données probantes (caractère généralisable ou applicable) et 3) la conviction que le traitement sera bénéfique aux patients.	La solidité de chaque recommandation est déterminée au terme de l'examen de facteurs suivants : 1) l'équilibre entre les avantages et les effets indésirables/risques; 2) l'incertitude ou la variabilité des valeurs et préférences des patients; et 3) les ressources liés aux options de gestion.

*** Des données probantes de qualité élevée ne donnent pas nécessairement lieu à des recommandations élevées, et des recommandations élevées peuvent découler des données probantes de faible qualité.

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES

ÉLEVÉE	Des recherches plus poussées sont peu susceptibles de modifier le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs.
MODÉRÉE	Des recherches plus poussées sont susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et pourraient donner lieu à leur modification.
FAIBLE	Des recherches plus poussées sont très susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et de donner lieu à leur modification.

Note : Les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés sont considérés comme étant de qualité élevée, alors que les études observationnelles sont considérées comme étant de faible qualité.

SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS

ÉLEVÉE	Des recommandations élevées dénotent une forte conviction que les conséquences désirables de la ligne de conduite proposée l'emportent sur les conséquences indésirables, ou vice versa.
FAIBLE	Des recommandations faibles indiquent qu'il y a un équilibre étroit entre les avantages et les inconvénients (y compris les effets nuisibles et le fardeau du traitement), une incertitude entourant l'ampleur des avantages et des inconvénients, une incertitude ou grande variabilité à l'égard des valeurs et des préférences des patients, ou que le coût ou le fardeau de l'intervention proposée pourrait ne pas être justifié.

(adapté de Guyatt et coll., 2008)

QUESTION A : Chez les personnes âgées, quelles mesures peuvent permettre de réduire le risque de développement d'un TUO?

RECOMMANDATION N° 1 :

Afin d'éviter le risque de développer un TUO, les personnes âgées qui souffrent d'une douleur aiguë pour laquelle un opioïde est envisagé doivent recevoir la plus faible dose efficace de l'opioïde à libération immédiate le moins puissant pour une durée maximale de 3 jours et rarement supérieure à 7 jours. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 2 :

Dans la plupart des circonstances, éviter de prescrire des opioïdes aux personnes âgées souffrant de DCNC. Pour la douleur intense qui ne répond pas à un traitement non opioïde chez les patients sans antécédents de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et sans maladie mentale active, l'essai d'un traitement opioïde peut être envisagé. Il faut envisager d'obtenir une seconde opinion avant de prescrire un traitement opioïde de longue durée. Après avoir expliqué au patient les risques et les bienfaits, prescrire le traitement uniquement selon les lignes directrices publiées pour les adultes, amorcer et maintenir le traitement par opioïdes à une dose inférieure à celle pour les adultes plus jeunes et cesser le traitement si le fonctionnement ne s'améliore pas ou si des effets indésirables surviennent. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 3 :

Les patients et leur famille doivent être informés d'entreposer les opioïdes de façon sécuritaire, de ne jamais partager leurs médicaments et de retourner les médicaments inutilisés à la pharmacie pour qu'ils soient éliminés. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 4 :

On conseille aux pharmaciens et au personnel infirmier d'informer le prescripteur en cas de soucis relatifs à la coprescription, au respect du traitement ou à l'intoxication. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

QUESTION B : Chez les personnes âgées présentant un risque de développer un TUO, quelles mesures préventives peuvent diminuer le risque de surdose d'opioïdes?

RECOMMANDATION N° 5 :

Chez les personnes âgées chez qui la polypharmacie et les comorbidités augmentent le risque de surdose d'opioïdes (p. ex., utilisation de benzodiazépines, insuffisance rénale, apnée du sommeil), la plus faible dose efficace d'opioïde doit être utilisée et la diminution progressive de la dose d'opioïde ou d'autres médicaments doit être envisagée. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 6 :

Une fois que la décision de diminuer la dose d'opioïde est prise, un calendrier de diminution progressive et lente (p. ex., baisse de 5 % toutes les 2 à 8 semaines avec périodes de repos) en clinique externe est préférable à une diminution plus rapide. On peut essayer un calendrier de diminution plus rapide dans des circonstances particulières où il y a une nécessité médicale, si le patient se trouve dans un milieu de traitement sous supervision médicale. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 7 :

Fournir des trousse de naloxone à toute personne utilisant régulièrement des opioïdes pour quelque raison que ce soit (DCNC, TUO, etc.) et former les personnes de l'entourage immédiat et le personnel de soutien sur la façon de l'utiliser. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 8 :

Intégrer des pharmaciens ou du personnel infirmier compétents aux équipes de soins pour éduquer les patients sur l'utilisation appropriée des opioïdes et des autres médicaments. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 9 :

Les personnes âgées présentant ou susceptibles de présenter un TUO doivent recevoir des conseils sur les stratégies à utiliser pour réduire le risque de surdose d'opioïdes ainsi que des renseignements sur les centres de consommation supervisée, si de tels sites existent dans la communauté. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

QUESTION C : Chez les personnes âgées, quand et comment doit-on procéder au dépistage d'un TUO?

RECOMMANDATION N° 10 :

Les personnes âgées doivent subir un test de dépistage du TUO au moyen d'outils validés, s'il y a lieu (p. ex., CAGE-AID, ASSIST, PDUQp, ORT, POMI, COMM). La vérification des médicaments et des tests de dépistage urinaire de drogues doivent être réalisés si le patient prend des opioïdes en raison d'une DCNC ou d'un TUO.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

QUESTION D : Chez les personnes âgées présentant un risque de développer un TUO, quels sont les éléments de l'évaluation?

RECOMMANDATION N° 11 :

Poser un diagnostic de TUO par la réalisation d'une évaluation complète, comprenant les antécédents médicaux, psychiatriques, cognitifs, psychosociaux, d'utilisation de substances psychoactives et de douleur en fonction du contexte culturel, et d'une brève évaluation fonctionnelle. L'utilisation d'outils d'évaluation validés peut être utile pour procéder à cette évaluation. De plus, un examen physique détaillé doit être réalisé, en mettant l'accent sur les signes d'intoxication ou de sevrage et les séquelles de l'utilisation de substances psychoactives. Des analyses de laboratoire et d'autres investigations (y compris le dépistage urinaire de drogues) doivent être réalisées le cas échéant en fonction des troubles médicaux décelés. La réévaluation est essentielle et doit être effectuée périodiquement pendant toute la durée des soins à long terme. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

QUESTION E : Chez les personnes âgées souffrant ou présentant un risque de souffrir d'un TUO, quels sont les éléments importants à considérer pour les patients durant le processus d'évaluation?

RECOMMANDATION N° 12 :

Une explication complète des résultats et du diagnostic doit être fournie au patient et, s'il y a lieu, aux soignants. On doit faire preuve d'optimisme thérapeutique (c.-à-d. offrir l'espoir que la dépendance est un trouble qui se traite et que les personnes âgées, en particulier les femmes âgées, obtiennent généralement de meilleurs résultats de traitement que les adultes plus jeunes). [Consensus]

QUESTION F : Chez les personnes âgées présentant un TUO, quelles méthodes et quels médicaments sont sécuritaires et efficaces pour la prise en charge du sevrage des opioïdes?

RECOMMANDATION N° 13 :

La gestion du sevrage d'opioïdes ne devrait être offerte que dans le contexte d'une prise en charge à long terme de la dépendance.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 14 :

L'introduction d'un traitement agoniste opioïde est recommandée plutôt qu'un traitement non opioïde, pour la prise en charge du sevrage chez les personnes âgées souffrant d'un TUO. Si une diminution progressive de la dose est tentée, l'option d'amorcer un traitement agoniste opioïde ou un traitement antagoniste opioïde de longue durée doit être offerte. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 15 :

L'association buprénorphine/naloxone doit être envisagée comme traitement de première intention pour la prise en charge du sevrage des opioïdes chez les personnes âgées. La méthadone peut être utilisée comme option de rechange, mais il faut tenir compte du risque supplémentaire d'événements indésirables. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 16 :

Pour le soulagement des symptômes lors de la prise en charge du sevrage des opioïdes, des médicaments d'appoint (voir les commentaires) peuvent être utilisés, pendant une période de temps limitée, mais avec précaution en raison des comorbidités médicales, du risque d'effets secondaires et d'autres préoccupations liées à l'âge avancé. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

QUESTION G : Quels médicaments et ajustements au protocole peuvent être utilisés de façon sécuritaire et efficace pour le traitement d'un TUO chez les personnes âgées pour améliorer les résultats?

RECOMMANDATION N° 17 :

Le traitement d'entretien à la buprénorphine doit être envisagé comme traitement de première intention d'un TUO chez les personnes âgées. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 18 :

Le traitement d'entretien à la méthadone ne peut pas être envisagé pour les personnes âgées qui ne tolèrent pas le traitement d'entretien à la buprénorphine ou chez qui ce traitement s'est révélé inefficace. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 19 :

Si la fonction rénale est adéquate, l'ingestion quotidienne de morphine orale à libération prolongée sous surveillance directe peut être envisagée avec précaution chez les personnes âgées pour qui le traitement d'entretien à la buprénorphine et à la méthadone s'est avéré inefficace ou intolérable. Il est recommandé de procéder d'abord à l'instauration d'un traitement par morphine à action brève sous supervision étroite, avant de passer à un traitement d'entretien par préparation à action prolongée de 24 heures. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 20 :

La naltrexone peut être offerte aux personnes âgées pour qui un traitement agoniste opioïde est contre-indiqué, est inacceptable, n'est pas offert ou a été abandonné et qui font preuve d'abstinence depuis assez longtemps. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 21 :

Fournir les médicaments pour le traitement d'un TUO en lien avec un traitement de la dépendance, des soins de santé mentale et des soins primaires de longue durée, dans un contexte où un suivi étroit et un ajustement posologique rigoureux peuvent être effectués. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 22 :

Informers les patients que la consommation d'alcool, de benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques est dangereuse lorsqu'elle est jumelée à un traitement agoniste opioïde. Si la personne âgée vit dans la communauté et présente déjà une dépendance physiologique à l'une de ces substances, la diminution progressive de la ou des substances (si possible jusqu'à l'abandon) est recommandée, plutôt que l'arrêt brusque. Si le patient se trouve dans un centre hospitalier, un centre de traitement ou un milieu de soins de longue durée et qu'il est pris en charge par un prestataire expérimenté, la désintoxication peut se faire plus rapidement, en même temps que l'instauration ou la stabilisation d'un traitement pharmacologique pour le TUO. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 23 :

La prise hâtive du traitement d'entretien à la buprénorphine à domicile, y compris l'induction à domicile pour les patients qui présentent un risque faible, peut être envisagée s'il est difficile pour le patient de se présenter au cabinet pendant le sevrage et si le patient a accès à du soutien social à la maison. Cette façon de faire ne doit pas être envisagée pour l'instauration du traitement à la méthadone sauf sous supervision (p. ex., administration par du personnel médical ou par un soignant fiable). [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

QUESTION H : Chez les personnes âgées, comparativement aux adultes plus jeunes, quels ajustements doivent être apportés à la dose ou au protocole d'administration lors de l'instauration ou du maintien d'un traitement pharmacologique du TUO?

RECOMMANDATION N° 24 :

Diminuer la dose initiale des médicaments pour le traitement d'un TUO (p. ex., de 25 à 50 %); augmenter lentement la dose (p. ex., de 25 à 50 %); utiliser la plus faible dose efficace pour réprimer les envies impérieuses, les symptômes de sevrage et la consommation de drogues; assurer une surveillance étroite (en particulier pour l'apnée du sommeil, la sédation, le déficit cognitif et les chutes si la personne prend des agonistes opioïdes). [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 25 :

Le seuil auquel une personne âgée présentant des comorbidités sociales, psychologiques ou physiques doit être admise à un centre de soins hospitaliers ou à un centre de traitement pour la prise en charge du sevrage des opioïdes ou l'induction à des médicaments pour un TUO doit être plus bas que pour un adulte plus jeune. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 26 :

Chez les personnes âgées prenant des médicaments pour le traitement d'un TUO et nécessitant la prise en charge d'une DCNC ou d'une douleur aiguë d'intensité faible ou modérée, des stratégies ne faisant pas appel à des médicaments ou à des opioïdes sont recommandées. Pour les personnes prenant un agoniste opioïde pour un TUO et souffrant d'une douleur aiguë intense ne répondant pas aux stratégies sans opioïdes, on peut envisager un opioïde à action brève pendant une courte période de temps (de 1 à 7 jours) ainsi qu'une diminution progressive de la dose au besoin (de 1 à 7 jours). [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

QUESTION I : Chez les personnes âgées, quelles interventions psychosociales sont efficaces pour traiter un TUO et améliorer les résultats?

RECOMMANDATION N° 27 :

Des interventions psychosociales doivent être offertes en même temps que des médicaments pour un TUO, à un rythme adapté à l'âge et aux besoins du patient, mais elles ne doivent pas être considérées comme une exigence obligatoire pour obtenir une pharmacothérapie.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;

Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 28 :

L'organisation des contingences peut être offerte dans le cadre des programmes de traitement opioïde et utilisée si elle est acceptée par le patient.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;

Solidité : faible]

QUESTION J : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUO, quels sont les facteurs de traitement à prendre en compte pour les populations particulières (en particulier les Peuples autochtones)?

RECOMMANDATION N° 29 :

Les méthodes de guérison traditionnelles utilisées par les communautés autochtones peuvent être jumelées au traitement à la buprénorphine pour améliorer l'issue du traitement d'un TUO.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

QUESTION K : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUO, quelles sont les recommandations spécifiques au traitement pour les établissements qui ne sont pas en milieu communautaire?

RECOMMANDATION N° 30 :

S'ils en ont l'expérience, les cliniciens peuvent prendre en charge des personnes souffrant d'un TUO léger ou modéré. Cependant, pour les patients dont le trouble est plus grave ou complexe, il est recommandé que du personnel ou des équipes possédant des compétences avancées dans la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives soient accessibles pour soutenir les cliniciens et accroître leur capacité à prendre soin des patients dans tous les milieux. Le seuil justifiant l'admission d'une personne âgée à un centre hospitalier ou à un centre de traitement des problèmes de drogue ou d'alcool sous les soins d'une spécialiste médicale de la toxicomanie est plus bas que pour un adulte plus jeune. Un suivi plus étroit est également requis à la sortie du patient pour s'assurer que le soutien dans la communauté soit approprié.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;

Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 31 :

Les personnes âgées qui souffrent d'un TUO et qui sont admises dans un centre hospitalier, un centre de traitement des problèmes de drogue et d'alcool ou dans un établissement non médical où des soins médicaux sont offerts (p. ex., prisons, refuges) doivent recevoir un traitement agoniste opioïde au début du sevrage (préférentiellement en l'espace de 1-3 jours), de même qu'un traitement pharmacologique de transition à la sortie avec confirmation du transfert des soins.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;

Solidité : élevée]

QUESTION L : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUO, quels facteurs systémiques favorisent le rétablissement?

RECOMMANDATION N° 32 :

Le coût du traitement pharmacologique ou non pharmacologique recommandé par un médecin pour un TUO chez les personnes âgées devrait être couvert par le régime public d'assurance-maladie.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;

Solidité : élevée]

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées

Explication

Les opioïdes sont utilisés depuis des milliers d'années à des fins médicales et religieuses. Le potentiel de dépendance liée à cette classe de substances est documentée depuis des siècles dans la littérature médicale occidentale (Astryakaki et coll., 2010; Dormandy, 2012). La crise des opioïdes actuelles a débuté par la surprescription d'opioïdes pour la douleur aiguë et la douleur chronique et atteint désormais des proportions épidémiques, en raison de la distribution incontrôlée d'opioïdes illicites puissants (Volkow et coll., 2019).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le décès de personnes âgées de plus de 50 ans représentait, à l'échelle mondiale, 27 % des décès dus aux troubles liés à l'usage de drogues en 2000, proportion qui a augmenté à 39 % en 2015. Parmi ces décès survenus chez les personnes âgées (≥ 65 ans), environ 75 % étaient liés à l'utilisation d'opioïdes (Degenhardt et Hall, 2012; ONUDC, 2018). Malgré ces statistiques, il y a un manque de données sur les nombreuses façons dont les opioïdes affectent les personnes âgées en particulier et sur les soins à apporter à celles qui développent une dépendance, qu'on appelle trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO) (American Psychiatric Association, 2013).

L'objectif des présentes lignes directrices est de mettre en évidence les problèmes auxquels sont confrontées les personnes âgées souffrant ou présentant un risque de souffrir d'un TUO et de fournir des recommandations sur la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement des TUO chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces lignes directrices peuvent aussi s'appliquer aux personnes qui sont jusqu'à 10 ans plus jeunes en âge chronologique, mais dont l'usage de drogues a entraîné le vieillissement fonctionnel (Bachi et coll., 2017).

Pharmacologie des opioïdes et des médicaments opioïdes commercialisés au Canada

Le terme « opioïde » se rapporte à toute substance qui se lie à un récepteur opioïde. Les peptides opioïdes endogènes (p. ex., les endorphines), les agonistes exogènes naturels ou synthétiques des récepteurs opioïdes (p. ex., la morphine) et les antagonistes des récepteurs opioïdes (p. ex., la naloxone) sont tous, par définition, des opioïdes (Inturrisi et coll., 2018). Cependant, pour les fins des présentes lignes directrices et sauf indication contraire, le terme « opioïde » ne s'appliquera qu'à la description d'agonistes exogènes complets ou partiels, naturels ou synthétiques, des récepteurs opioïdes.

Les opioïdes se lient de façon allostérique aux récepteurs opioïdes mu, kappa, delta ou NORpr qui se trouvent dans le système nerveux central, les intestins et les cellules immunitaires circulantes. Certains effets des opioïdes sont bénéfiques sur le plan clinique, par exemple l'analgésie, le soulagement de la diarrhée, l'apaisement respiratoire dans la maladie pulmonaire obstructive chronique et leur rôle dans la gestion des soins de fin de vie (Inturrisi et coll., 2018; Busse et coll., 2018). Certains autres effets à court ou à long terme des opioïdes sont néfastes, par exemple la nausée et les vomissements, la constipation, la sédation, les changements d'humeur, l'infarctus du myocarde, l'immunosuppression et les traumatismes, ce qui comprend les chutes, les fractures et les accidents d'automobile. Parmi les autres effets nocifs des opioïdes, notons la suppression hormonale entraînant le dysfonctionnement sexuel et l'ostéoporose, la sécheresse buccale entraînant la carie

dentaire, la dépression respiratoire entraînant l'apnée du sommeil ou une surdose, ainsi que la dépendance (Baldini et coll., 2012).

La plupart des cliniciens savent que l'utilisation chronique d'opioïdes peut entraîner à la fois une tolérance physiologique et une dépendance, de même qu'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la prise d'opioïdes (ou lorsque la dose est réduite rapidement). Toutefois, de nombreux fournisseurs de soins et patients ne savent pas que l'utilisation d'opioïdes peut aussi, paradoxalement, causer une augmentation généralisée de la sensibilité à la douleur (appelée hyperalgésie induite par les opioïdes) (Mao, 2002; Rivat et Ballantyne, 2016). Pendant le sevrage, une sensibilité supplémentaire à la douleur peut apparaître lorsque l'hyperalgésie se révèle (Hooten et coll., 2015). En outre, durant le sevrage des opioïdes, d'anciens sites de lésion cicatrisés peuvent redevenir douloureux (ce qu'on appelle douleur à un site de lésion associée au sevrage), et il peut s'écouler des semaines, voire des mois, avant que la sensibilité à la douleur revienne à la normale après l'arrêt des opioïdes (Rieb et coll., 2016; 2018). Ces problèmes sont particulièrement importants chez les personnes âgées, puisque de 30 à 40 % de celles-ci souffrent de douleur chronique, dont la prévalence augmente constamment jusqu'à l'âge de 85 ans. L'utilisation d'opioïdes pour traiter la douleur croît à mesure que la population de baby-boomers vieillit (Johannes et coll., 2010; Schofield, 2018).

Il existe quatre opioïdes alcaloïdes (aussi appelés opiacés) dérivés de l'opium qui peuvent être extraits de la plante de pavot (*Papaver somniferum*) : la morphine, la codéine, la thébaïne et la papavérine. Les opioïdes semi-synthétiques comprennent l'hydromorphone et la diacétylmorphine (héroïne). Des agonistes synthétiques des récepteurs opioïdes mu sont offerts sur ordonnance au Canada pour le soulagement de la douleur : tramadol, oxycodone, mépéridine, tapentadol, fentanyl, rémifentanyl, sufentanyl, méthadone et buprénorphine. Il existe des opioïdes présentant à la fois un effet agoniste sur les récepteurs kappa et un effet antagoniste sur les récepteurs mu pour traiter la douleur, soit la pentazocine, le butorphanol et la nalbuphine.

Les médicaments pour traiter le TUO comprennent à la fois des agonistes et des antagonistes des opioïdes. Plusieurs traitements par agoniste opioïde sont homologués pour le traitement du TUO au Canada. Le traitement à la méthadone liquide est le plus courant et celui qui est utilisé depuis le plus longtemps. La buprénorphine sublinguale, qui est également homologuée comme traitement par agoniste opioïde, est offerte en mélange avec la naloxone (BUP-NX) sous forme de préparation sublinguale pour en dissuader l'injection. D'autres préparations de buprénorphine seront bientôt offertes au Canada, notamment sous forme d'injection sous-cutanée mensuelle et de capsule implantable libérant le médicament sur une période de plusieurs mois. La morphine orale à libération prolongée, une capsule qu'on ouvre et qu'on saupoudre sur de la compote de pommes ou dans un liquide, prise une fois par jour, est également offerte comme traitement par agoniste opioïde dans certaines provinces.

La buprénorphine possède des caractéristiques uniques. Elle agit comme agoniste complet des récepteurs opioïdes mu en ce qui a trait à son effet analgésique, mais n'est qu'un agoniste partiel de ces récepteurs en ce qui a trait à son effet sur l'humeur (euphorie) et sur la dépression respiratoire (Raffa et Pergolizzi, 2013). Une revue systématique a révélé que dans vingt-cinq études sur vingt-six, la buprénorphine présentait une efficacité analgésique clinique comparable ou supérieure à celle de la morphine (Raffa et coll., 2014). Un autre effet unique de la buprénorphine est sa fonction d'antagoniste des récepteurs opioïdes kappa, qui pourrait lui conférer un effet positif sur l'humeur (Falcon et coll., 2016).

Les antagonistes des récepteurs opioïdes mu offerts sur ordonnance au Canada sont entre autres la naloxone injectable ou intranasale, la méthyl-naltrexone, le naloxéol et la naltrexone, utilisée soit seule ou comme produit agoniste/antagoniste en association avec l'oxycodone. La naloxone est biodisponible lorsqu'elle est administrée par voie parentérale ou intranasale, mais elle est inefficace lorsqu'elle est administrée par voie orale. C'est pourquoi elle n'est utilisée qu'à des fins de réanimation. Cependant, la naltrexone est biodisponible autant lorsqu'elle est administrée par voie orale que par voie parentérale et peut être utilisée comme traitement d'un TUO fondé sur l'abstinence. Au moment de la rédaction du présent document, le fabricant d'une préparation injectable de naltrexone à libération prolongée (XR-NTX) n'avait pas encore présenté une demande d'homologation auprès de Santé Canada. Les médecins peuvent toutefois prescrire la XR-NTX à leurs patients si leur gouvernement provincial ou les autorités

sanitaires présentent une demande d'autorisation spéciale à Santé Canada en raison de circonstances exceptionnelles, tel que le constitue la crise des opioïdes actuelle.

On peut se procurer sur le marché noir au Canada, bon nombre des opioïdes sur ordonnance présentés ci-dessus, de même que divers dérivés puissants et souvent mortels du fentanyl, tels que le carfentanil.

Dépendance et crise des opioïdes

Le processus de dépendance est plus complexe que le simple développement d'une tolérance et d'un sevrage. Dans un TUO, la personne développe une relation pathologique avec un opioïde, ce qui entraîne l'utilisation compulsive de cette substance malgré les conséquences négatives ainsi qu'un état émotionnel négatif durant les périodes d'abstinence. Ces comportements et ces états affectifs correspondent à des modifications de la chimie et du fonctionnement du cerveau, en particulier dans le système mésolimbique, l'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal (Volkow et Koob, 2018). Les opioïdes peuvent provoquer un genre de conditionnement pavlovien, où une association apprise s'établit entre l'usage de la drogue et les effets physiologiques et perceptifs de cette drogue. Cela peut entraîner des envies impérieuses (ou une pulsion à soulager la douleur) ou un usage accru des opioïdes (Volkow et McLellan, 2016). La neurobiologie de la dépendance peut donc être résumée par un cadre cyclique à trois stades : consommation excessive/intoxication, sevrage/affect négatif et préoccupation/anticipation (Uhl et coll., 2019).

Historiquement, le manque de formation sur la douleur et la dépendance dans les facultés de médecine et les programmes de résidence a mené à un manque de préparation et de compétences de la population de cliniciens qui doivent identifier et prendre en charge ces troubles médicaux potentiellement mortels (Rieb et Wood, 2014; Volkow et McLellan, 2016; Klimas et coll., 2017).

Au cours des dernières années, la crise des opioïdes a souvent fait les manchettes en Amérique du Nord, mais les répercussions sur les personnes âgées sont souvent passées sous silence. Au Canada, entre 2007 et 2015, le nombre d'hospitalisations pour une surdose d'opioïdes (désignée sous le terme d'intoxication) était constamment plus élevé chez les personnes âgées que dans tout autre groupe d'âge. À un taux de plus de 20 hospitalisations par 100 000 personnes, le taux d'hospitalisation chez les personnes âgées est presque deux fois plus élevé que celui des personnes de 15 à 24 ans et représente 30 % de toutes les hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2018b). La plupart des intoxications aux opioïdes chez les personnes âgées au Canada sont accidentelles; cependant, 33 % sont intentionnelles (Initiative nationale pour le soin des personnes âgées [NICE], 2018). Une étude récente a révélé que chez les personnes âgées, le mésusage des opioïdes était associé à une

probabilité accrue d'idées suicidaires (Schepis et coll., 2019); les opioïdes sont souvent la substance en cause autant dans les tentatives de suicide et les suicides réussis, lorsque des médicaments sont utilisés.

Parmi les autres facteurs pouvant contribuer au taux élevé d'intoxication aux opioïdes chez les personnes âgées au Canada, notons la dépendance, une erreur de prescription, la confusion du patient quant aux instructions posologiques, des erreurs de dose en raison de problèmes cognitifs, les interactions médicamenteuses et les changements métaboliques. En outre, la polypharmacie peut jouer un rôle dans les intoxications aux opioïdes, y compris les surdoses fatales, chez les personnes âgées. L'ingestion concomitante d'alcool et de médicaments d'ordonnance (p. ex., benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques et possiblement gabapentinoïdes) peut accroître le risque de dépression respiratoire et de décès (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé [ACMTS], 2011). La fréquentation du marché des drogues illicites par les adultes et la consommation de drogues comme la cocaïne ou d'autres stimulants ainsi que d'opioïdes puissants, comme le fentanyl et d'autres dérivés, ont été associées à une hausse des enquêtes du coroner et à une augmentation de l'accessibilité de ces drogues dans la rue en Colombie-Britannique (Baldwin et coll., 2018).

Trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées

En 2016, le nombre de personnes âgées a dépassé pour la première fois le nombre d'enfants au Canada et représentait 13 % de la population. Au 1^{er} juillet 2018, cette proportion atteignait 17,2 % (Statistique Canada, 2018). Aux États-Unis, on estime que la proportion de la population que représentent les personnes de plus de 65 ans passera de 15 % en 2014 à 21 % en 2030. Une croissance semblable est prévue au Canada (United States Census Bureau, 2018). On désigne souvent les adultes nés entre 1946 et 1954 comme la génération des baby-boomers. Les boomers, comme on les surnomme, ont eu une attitude plus permissive envers l'utilisation de drogues, un accès plus facile aux médicaments opioïdes et une exposition plus grande à l'usage de drogues illicites que toutes les générations précédentes (Burgos-Chapman et coll., 2016). Par conséquent, il existe deux grandes cohortes de personnes âgées développant un TUO.

Le premier groupe de personnes souffrant d'un TUO est composé des personnes qui ont été exposées pendant de nombreuses années aux opioïdes en essayant de la drogue, souvent en commençant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Certaines de ces personnes ont reçu un diagnostic de TUO et ont reçu un traitement, et bon nombre d'entre elles ont subi des

conséquences médicales indésirables en raison de leur consommation de drogues et pour d'autres raisons (Lofwall et coll., 2005; Hser et coll., 2007; Grella et Lovinger, 2011). Le second groupe de personnes âgées qui pourraient avoir développé un TUO sont celles à qui un fournisseur de soins a prescrit des opioïdes pour un problème lié à la douleur et qui pourraient avoir continué à prendre des opioïdes d'ordonnance pendant une période prolongée (Jinks et Raschko, 1990; Kalapatapu et Sullivan, 2010). D'autres ont pu se tourner vers le marché noir pour maintenir un approvisionnement constant en opioïdes à la suite de l'arrêt de la prescription par un professionnel de la santé.

Une étude, menée sur 75 adultes âgés jusqu'à 70 ans qui avaient été hospitalisés en raison d'un TUO, a montré que pour 46 % d'entre eux, leur dépendance a débuté par une « ordonnance légitime » (Canfield et coll., 2010). Selon l'enquête nationale sur l'usage de drogues et la santé (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH) des États-Unis menée en 2005-2006, sur les 10 953 personnes âgées de plus de 50 ans sondées, 1,4 % avaient fait un mauvais usage de leurs médicaments d'ordonnance au cours des 12 derniers mois (0,6 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus); parmi ces personnes, 21 % ont commis ce mauvais usage pour la première fois après l'âge de 50 ans (Blazer et Wu, 2009). Sur la base de ces données, les auteurs ont estimé qu'entre 9 et 10 % des personnes faisant un mésusage de leurs médicaments développeront un TUO. Une autre étude menée aux États-Unis a déterminé qu'une source majeure des médicaments d'ordonnance qu'on peut se procurer dans la rue au Delaware provenait de personnes âgées, qui étaient enclines à en vendre à quelques amis de confiance ou à un revendeur qui vendait ensuite les médicaments à d'autres personnes (Inciardi et coll., 2009).

D'après la plus récente enquête NSDUH de 2016, 0,8 % des adultes sondés satisfaisaient aux critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition) relatifs au TUO au cours des 12 mois précédents (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2017). En revanche, la prévalence du TUO lié aux opioïdes d'ordonnance ou illicites chez les personnes âgées du Canada est difficile à estimer à l'aide des données d'enquêtes actuelles. Cette situation peut être due en partie à la réticence des participants à révéler s'adonner à des activités illégales ainsi qu'à des questions d'enquête pour recueillir des renseignements sous une forme qui ne correspond pas aux critères diagnostiques du DSM (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2018). Au Canada, 43,9 % des adultes âgés de plus de 55 ans ont utilisé un opioïde sous ordonnance, et ce, de façon quotidienne (ou quasi quotidienne) au cours des 12 derniers mois chez 1,1 % des personnes de ce groupe d'âge (ibid.). Dans les décennies précédant l'année 2015, la quantité d'opioïdes prescrite au Canada avait augmenté de façon substantielle. Toutefois, de 2015 à 2016, bien que la dose d'opioïdes prescrite ait dans les faits diminué, le nombre total d'ordonnances rédigées pour des opioïdes a continué à augmenter (ICIS, 2018a). Au cours de cet intervalle, plus de 20 % des personnes âgées canadiennes ont reçu au moins une ordonnance d'opioïde, dont

les conséquences négatives sont importantes (ibid.). Sur les 128 personnes âgées dont le décès était lié aux opioïdes en Ontario entre 2013 et 2016, 73 (57 %) avaient une ordonnance active d'opioïde au moment de leur décès, alors que les autres n'en avaient pas (Gomes et coll., 2018), ce qui laisse supposer soit l'accumulation de comprimés provenant d'une ordonnance antérieure ou l'usage illicite d'opioïdes.

Lors des entretiens cliniques, le tableau clinique du TUO peut être subtile chez les personnes âgées et une approche nuancée est nécessaire pour le dépister (Sullivan et Levin, 2016). Les signes du TUO peuvent chevaucher avec ceux de la tolérance physiologique et peuvent être confondus avec d'autres troubles médicaux ou être masqués par ceux-ci. Les conséquences de l'utilisation d'opioïdes peuvent ne pas être décelées chez les personnes âgées qui ont cessé de travailler et dont le réseau social est restreint, ce qui limite la symptomatologie dans ces domaines. Il peut être difficile, dans l'achalandage d'un cabinet ou d'un milieu hospitalier, de procéder à l'anamnèse d'une personne âgée, en particulier si celle-ci souffre d'un déficit cognitif. Il est important d'assurer la confidentialité et d'éviter la stigmatisation pour obtenir une coopération efficace du patient et établir une bonne relation avec les personnes âgées en général, mais ces aspects s'avèrent essentiels dans le contexte d'un TUO potentiel. L'engagement du patient dans le processus thérapeutique constitue l'une des façons de s'assurer de détecter toutes les personnes présentant un TUO, y compris les personnes âgées, par le dépistage et l'évaluation et de leur fournir un traitement pharmacologique et psychosocial approprié fondé sur des données probantes. Il ne faut pas oublier que les personnes âgées qui développent une dépendance aux opioïdes peuvent présenter des comportements semblables à ceux de leurs homologues plus jeunes, y compris la recherche de médicaments auprès de plusieurs fournisseurs, le vol de bloc d'ordonnances dans les cabinets et l'achat d'opioïdes auprès d'amis ou de vendeurs de drogues.

Les adultes qui arrivent à un âge avancé ont un effet sur les caractéristiques démographiques de la consommation de substances, sur la nécessité de fournir un traitement, sur son utilisation et sur son coût. Par exemple, une étude menée à New York a révélé qu'en date de 2012, les adultes âgés de plus de 60 ans représentaient 13,1 % des personnes participant à des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes, comparativement à 1,7 % en 2006 (Han et coll., 2015). Cette étude a également fait état d'une transition des drogues illicites vers celles obtenues sur ordonnance comme principal type d'opioïdes utilisé. En 2003, on a estimé que le nombre de personnes âgées aux États-Unis devant être traitées pour un TUO augmentera de 70 % d'ici 2020, pour atteindre 4,4 millions de personnes (Gfroerer, 2003). De plus, comparativement à leurs homologues plus jeunes, les anciens combattants américains âgés souffrant d'un TUO présentent un taux plus élevé de comorbidités comme le trouble de l'humeur, le trouble de stress post-traumatique, l'hépatite C, l'infection au virus de l'immunodéficience humaine et la douleur chronique, y compris la neuropathie, ce qui fait notamment augmenter le coût des soins (Larney et coll., 2015).

Au Canada, il est probable que le besoin accru de ressources pour le traitement des personnes âgées souffrant d'un TUO sera proportionnel aux estimations américaines. Le traitement du TUO fondé sur des données probantes pour la population adulte en général est rentable et permet de réduire à la fois la morbidité et la mortalité (Krebs et coll., 2018). Les économies à vie réalisées par les systèmes de santé provinciaux et national grâce à ce modèle fondé sur des données probantes pourraient être substantielles. Tous les éléments du système de soins de santé canadien doivent se préparer à offrir des traitements contre la dépendance aux personnes âgées, y compris celles souffrant d'un TUO.

Prévention du trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées

Selon le modèle proposé par George Vaillant, M.D., le développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives est influencé par des facteurs liés à l'hôte et à l'agent ainsi que par des facteurs de risque et de protection liés à l'environnement, notamment la génétique, le modèle de rôle social et l'exposition aux drogues (Vaillant, 1995). Les facteurs de risque de TUO connus chez les personnes âgées sont entre autres le sexe masculin, l'exposition aux opioïdes illicites dans sa jeunesse, l'isolement social ou la solitude, la présence d'un trouble psychiatrique avant le développement du TUO et la douleur (Burgos-Chapman et coll., 2016). Pour freiner les cas d'intoxication aux opioïdes et de TUO, des mesures doivent être mises en place autant pour la prévention primaire (avant le début de l'utilisation d'un opioïde) que pour la prévention secondaire (pendant l'utilisation d'un opioïde mais avant l'apparition de problèmes indiquant un TUO). Ces enjeux sont décrits dans les questions (A-B) et abordés dans les recommandations (1 à 9) énumérées ci-dessous.

QUESTION A : Chez les personnes âgées, quelles mesures peuvent permettre de réduire le risque de développement d'un TUO?

RECOMMANDATION N° 1 :

Afin d'éviter le risque de développer un TUO, les personnes âgées qui souffrent d'une douleur aiguë pour laquelle un opioïde est envisagé doivent recevoir la plus faible dose efficace de l'opioïde à libération immédiate le moins puissant pour une durée maximale de 3 jours et rarement supérieure à 7 jours.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité : élevée]

Des lignes directrices récemment publiées aux États-Unis recommandent que les opioïdes soient utilisés en dernier recours pour la prise en charge de la douleur aiguë et que la dose et la durée du traitement aux opioïdes soient les plus faibles possibles pour éviter une exposition inutile à un traitement prolongé aux opioïdes (Dowell et coll., 2016).

En Ontario, les normes de qualité de 2018 recommandent de prescrire la plus faible dose efficace de l'opioïde à libération immédiate le moins puissant, pour une durée maximale de 3 jours et rarement supérieure à 7 jours (Qualité des services de santé Ontario [QSSO], 2018). Deux études rétrospectives de cohortes, dont la qualité est passable, ont montré que le traitement aux opioïdes prescrit pour la douleur aiguë était associé à une probabilité accrue d'utilisation à long terme d'opioïdes (Alam et coll., 2012). Une autre grande étude prospective de cohorte a révélé que le prédicteur le plus puissant d'utilisation continue d'opioïdes après un an était l'obtention d'une première ordonnance pour une durée supérieure à 10 ou à 30 jours (Shah et coll., 2017). Ces études portaient sur des adultes et n'ont pas été menées spécifiquement sur des populations de personnes âgées, mais les messages véhiculés sont de même nature.

Il est peu probable que cette recommandation entraîne des effets indésirables, en autant que d'autres options pour soulager la douleur aiguë soient offertes et permettent

d'éviter la souffrance inutile, en particulier pour la douleur postchirurgicale (QSSO, 2018). Il a précédemment été recommandé de diminuer progressivement la dose chez les personnes âgées prenant des opioïdes pour la DCNC et ne répondant pas aux critères du TUO, ou de les faire passer à la buprénorphine pour ensuite diminuer progressivement la dose (Le Roux et coll., 2016).

RECOMMANDATION N° 2 :

Dans la plupart des circonstances, éviter de prescrire des opioïdes aux personnes âgées souffrant de DCNC. Pour la douleur intense qui ne répond pas à un traitement non opioïde chez les patients sans antécédents de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et sans maladie mentale active, l'essai d'un traitement opioïde peut être envisagé. Il faut envisager d'obtenir une seconde opinion avant de prescrire un traitement opioïde de longue durée. Après avoir expliqué au patient les risques et les bienfaits, prescrire le traitement uniquement selon les lignes directrices publiées pour les adultes, amorcer et maintenir le traitement par opioïdes à une dose inférieure à celle pour les adultes plus jeunes et cesser le traitement si le fonctionnement ne s'améliore pas ou si des effets indésirables surviennent.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité : élevée]

Il y a consensus entre trois ensembles de lignes directrices internationales récemment publiées provenant du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, à l'effet que la prescription d'un traitement opioïde de longue durée pour la douleur chronique non cancéreuse doit être évitée (Abdulla et coll., 2013; Dowell et coll., 2016; Busse et coll., 2017). La plupart des données probantes utilisées dans ces lignes directrices s'appliquent aux adultes, mais ces recommandations sont encore plus importantes pour les personnes âgées, chez qui la polypharmacie et les comorbidités multiples sont fréquentes. Dans une étude sur des adultes souffrant de douleur chronique au bas du dos, à la hanche ou au genou, le traitement par opioïdes n'était pas plus efficace qu'un traitement par médicaments non opioïdes pour améliorer le fonctionnement lié au site de douleur sur une période de 12 mois (Krebs et coll., 2018).

Il est peu probable que cette recommandation entraîne des effets indésirables. Il est toutefois important de prendre en charge la douleur chronique à l'aide de traitements non opioïdes et d'interventions non pharmacologiques afin d'éviter la souffrance inutile et une faible qualité de vie. L'éducation des patients, les stratégies de prise en charge individuelle, les interventions basées sur le mouvement, les thérapies de l'esprit et du corps, les traitements alternatifs et le soutien psychosocial sont tous des éléments importants de la prise en charge continue à long terme de la douleur chronique non cancéreuse (QSSO, 2018).

Lorsqu'on choisit un opioïde pour traiter la douleur cancéreuse ou la douleur chronique non cancéreuse, un timbre transdermique de buprénorphine peut constituer une option efficace présentant un risque moins élevé même pour les personnes âgées de plus de 70 ans, bien que la prise de tout opioïde puisse tout de même entraîner un déficit cognitif (Griessinger et coll., 2005).

RECOMMANDATION N° 3 :

Les patients et leur famille doivent être informés d'entreposer les opioïdes de façon sécuritaire, de ne jamais partager leurs médicaments et de retourner les médicaments inutilisés à la pharmacie pour qu'ils soient éliminés. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Certains patients (et soignants) ne savent peut-être pas que leurs ordonnances contiennent des opioïdes. Il est important d'informer les patients que certains médicaments (tels que Tylenol no 3[®], Tramacet^{MD}, OxyLR[®], etc.) contiennent des opioïdes et peuvent potentiellement être utilisés à des fins non médicales, par exemple pour se « geler ».

Au Canada, les pharmacies, les hôpitaux et les entreprises de transport sont tenus de signaler à Santé Canada chaque incident de perte de drogues contrôlées, que ce soit en raison d'un vol ou d'une erreur (Gouvernement du Canada, 2019). Santé Canada indique que la disparition de neuf millions de doses de substances contrôlées, pour la plupart des opioïdes, a été signalée entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 septembre 2017. Le nombre annuel de comprimés, de timbres et d'emballages dont la disparition a été signalée a constamment augmenté depuis 2013 (Carman et Adhopia, 2018). Le détournement décrit ci-dessus ne comprend pas les comprimés qui sont volés ou perdus des armoires de pharmacie du domicile de patients. Ce type de détournement s'applique particulièrement aux personnes âgées qui ont des adolescents dans leur entourage, qui ont plusieurs soignants ou qui souffrent de déficit cognitif.

Des lignes directrices canadiennes récemment publiées sur l'utilisation d'opioïdes pour la DCNC recommandent de rapporter les timbres de fentanyl utilisés à la pharmacie avant de recevoir la prescription suivante (programme d'échange de timbres) (Busse et coll., 2017). Cette façon de faire est obligatoire en Ontario; sa généralisation pour inclure tout opioïde inutilisé (pilules, comprimés, liquide, timbres ou onguent topiques) pourrait être une bonne pratique.

Il est peu probable que la mise en œuvre de cette recommandation entraîne des effets indésirables. Toutefois, le prescripteur et le préparateur en pharmacie devront peut-être prendre le temps d'expliquer cette recommandation aux patients et aux soignants et de répondre à leurs questions.

RECOMMANDATION N° 4 :

On conseille aux pharmaciens et au personnel infirmier d'informer le prescripteur en cas de soucis relatifs à la coprescription, au respect du traitement ou à l'intoxication.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Bien qu'il y ait peu de données probantes directes corroborant cette façon de faire, une bonne pratique à respecter pour les prescripteurs et les préparateurs en pharmacie consiste à communiquer entre eux en cas de soucis relatifs aux opioïdes qui sont prescrits. Cela s'applique particulièrement à la population de personnes âgées, chez qui les cas de polypharmacie, de mauvais respect du traitement ou de risque accru de surdose sont souvent présents (Association des pharmaciens du Canada, 2016; Dowell et coll., 2016).

Il est peu probable que la mise en œuvre de cette recommandation entraîne des effets indésirables. Le prescripteur et le préparateur en pharmacie pourraient toutefois avoir de la difficulté à trouver les occasions de communiquer entre eux pour discuter de leurs soucis.

QUESTION B : Chez les personnes âgées présentant un risque de développer un TUO, quelles mesures préventives peuvent diminuer le risque de surdose d'opioïdes?

RECOMMANDATION N° 5 :

Chez les personnes âgées chez qui la polypharmacie et les comorbidités augmentent le risque de surdose d'opioïdes (p. ex., utilisation de benzodiazépines, insuffisance rénale, apnée du sommeil), la plus faible dose efficace d'opioïde doit être utilisée et la diminution progressive de la dose d'opioïde ou d'autres médicaments doit être envisagée.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Des lignes directrices canadiennes et américaines récemment publiées sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la DCNC recommandent de réduire la dose d'opioïde à la plus faible dose efficace pour minimiser les risques d'événements indésirables, y compris le TUO, la surdose et le décès (Dowell et coll., 2016; Busse et coll., 2017; 2018). Cette recommandation est particulièrement importante pour les personnes âgées, chez qui la polypharmacie et les comorbidités sont fréquentes.

Il est peu probable que la mise en œuvre de cette recommandation entraîne des effets indésirables; elle pourrait cependant réduire les décès accidentels liés aux opioïdes. Nous reconnaissons toutefois que la diminution

progressive de la dose d'opioïdes peut constituer un défi pour le prescripteur et le patient. Il est important de mobiliser les ressources qui pourront aider à réaliser la diminution progressive de la dose d'opioïdes en améliorant les connaissances, les compétences et la confiance en soi du prescripteur. Plusieurs projets éducatifs partout au Canada (en personne ou en ligne) offrent de la formation sur la façon sécuritaire et efficace de diminuer progressivement la dose d'opioïde chez les patients souffrant de DCNC (Busse et coll., 2017; Rx Files, 2018).

RECOMMANDATION N° 6 :

Une fois que la décision de diminuer la dose d'opioïde est prise, un calendrier de diminution progressive et lente (p. ex., baisse de 5 % toutes les 2 à 8 semaines avec périodes de repos) en clinique externe est préférable à une diminution plus rapide. On peut essayer un calendrier de diminution plus rapide dans des circonstances particulières où il y a une nécessité médicale, si le patient se trouve dans un milieu de traitement sous supervision médicale.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

La décision de diminuer progressivement la dose d'opioïde et de potentiellement arrêter soit le traitement opioïde de longue durée de la douleur ou le traitement agoniste opioïde de la dépendance est complexe et nécessite une évaluation réfléchie et la prise en considération de chaque patient individuellement. La diminution progressive de la dose d'opioïdes chez les personnes âgées souffrant de douleur (et ne souffrant pas d'un TUO) peut offrir l'avantage d'une vivacité d'esprit accrue et diminuer le risque de résultats potentiellement indésirables (p. ex., chutes, infarctus du myocarde, apnée du sommeil, surdose). La diminution progressive de la dose d'opioïdes peut toutefois poser certains risques si elle est effectuée inadéquatement. Une diminution de dose trop importante ou trop fréquente ou l'arrêt brutal du traitement peut entraîner des symptômes accablants de sevrage, notamment la douleur, l'anxiété, l'insomnie, la dégradation de l'humeur (y compris un risque accru de suicide), des envies impérieuses, la décision d'utiliser des opioïdes illicites ou accumulés et une baisse dangereuse de la tolérance (Rieb et coll., 2016).

Au contraire, un calendrier plus lent de diminution progressive (p. ex., baisse de 5 % toutes les 2 à 8 semaines) pourrait être requis avec des périodes de repos de 2 à 3 mois lorsque des symptômes apparaissent. Un calendrier de diminution plus rapide peut être utilisé si le patient est sous supervision médicale dans un centre de traitement ou un centre hospitalier et qu'il y a une indication médicale de diminuer la dose d'opioïde plus rapidement. Il peut arriver un point où une diminution supplémentaire de la dose peut nuire à la santé du patient. Dans ce cas, il peut être approprié de stabiliser la dose et de réexaminer la situation dans 6 mois. Il existe des lignes directrices cliniques sur la diminution progressive de la dose d'opioïdes pour les adultes souffrant de DCNC (Berna et coll., 2015), mais pas pour les personnes âgées.

En général, pour les patients présentant un TUO, un traitement agoniste opioïde (sans diminution progressive) est recommandé, en raison du taux très élevé de reprise des opioïdes (« rechute ») à l'arrêt du traitement et du risque subséquent accru de décès en raison de l'absence de tolérance (Bruneau et coll., 2018).

Cependant, la réduction ou l'arrêt du traitement agoniste opioïde peut être envisagé dans les circonstances suivantes : préférence du patient, événements indésirables, emploi ou activité sportive comportant un enjeu de sécurité, utilisation concomitante dangereuse d'autres drogues ou médicaments ou absence de bienfait. Les chances de réussite de la diminution progressive ou de l'arrêt sont plus grandes si le patient présente un bon potentiel de rétablissement et n'a pas adopté de comportements d'usage de drogues ou d'alcool (à l'exception de l'usage approprié de médicaments prescrits) pour une période de 1 à 2 ans (QSSO). Les patients adultes qui diminuent progressivement la dose de buprénorphine semble mieux réussir que ceux qui diminuent la dose de méthadone, alors qu'un calendrier de diminution lente (p. ex., 5 % aux 2-8 semaines) avec périodes de repos (2-3 mois en présence de symptômes) fonctionne mieux qu'une diminution rapide (10 % aux 1-2 semaines) (Nosyk et coll., 2012). Il est bon de réitérer que si des raisons médicales le justifie, le processus de diminution peut se faire plus rapidement sous supervision médicale, en particulier si le patient est hospitalisé.

RECOMMANDATION N° 7 :

Fournir des trousse de naloxone à toute personne utilisant régulièrement des opioïdes pour quelque raison que ce soit (DCNC, TUO, etc.) et former les personnes de l'entourage immédiat et le personnel de soutien sur la façon de l'utiliser.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

De faibles données probantes provenant d'études menées sur de jeunes adultes indiquent que le fait d'avoir un antidote à la maison pourrait permettre à certains patients d'éviter la mort s'ils subissent une surdose d'opioïdes (Walley, Doe-Simkins et coll., 2013; Walley, Xuan et coll., 2013). Cette pratique est reconnue comme étant une stratégie de santé publique sécuritaire et est approuvée par de nombreux organismes de santé publique.

Les trousse de naloxone sont fournies gratuitement dans plusieurs provinces canadiennes, mais une formation est requise pour en obtenir une et l'utiliser correctement, et il faut généralement qu'une autre personne administre la naloxone au patient. L'administration de naloxone ne remplace pas le traitement de la dépendance.

Il faut savoir que la mise en œuvre de cette recommandation, par la distribution de trousse de naloxone, peut parfois avoir des conséquences imprévues, par exemple de penser à tort que toutes les surdoses d'opioïdes peuvent être contrées, et les utilisateurs d'opioïdes peuvent être enclins à prendre une dose accrue (expérience clinique).

RECOMMANDATION N° 8 :

Intégrer des pharmaciens ou du personnel infirmier compétents aux équipes de soins pour éduquer les patients sur l'utilisation appropriée des opioïdes et des autres médicaments. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

De faibles données probantes provenant d'études menées sur de jeunes adultes indiquent qu'il peut être utile d'intégrer une infirmière ou un pharmacien compétent au processus multidisciplinaire de prise en charge du traitement opioïde ou d'un TUO de patients souffrant de DCNC (Costello et Thompson, 2015; Manworren et Gilson, 2015; Jukiewicz et coll., 2017).

La mise en œuvre de cette recommandation requiert des ressources et du financement pour permettre aux équipes interprofessionnelles et multidisciplinaires de collaborer à l'éducation des patients, à l'essai initial du traitement opioïde, au suivi et à la diminution progressive de la dose.

RECOMMANDATION N° 9 :

Les personnes âgées présentant ou susceptibles de présenter un TUO doivent recevoir des conseils sur les stratégies à utiliser pour réduire le risque de surdose d'opioïdes ainsi que des renseignements sur les centres de consommation supervisée, si de tels sites existent dans la communauté. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les personnes souffrant d'un TUO doivent recevoir de l'éducation sur les stratégies, l'équipement et les établissements de réduction des méfaits et y avoir accès, afin de diminuer leur propre morbidité et d'améliorer leurs chances de survie, tout en diminuant le risque de mettre le reste de la société en danger. Les centres d'injection supervisée, les programmes d'échange de seringues et la distribution de trousse de naloxone constituent des exemples de telles stratégies (Bastos et Strathdee, 2000; Kerr et coll., 2005; Ng et coll., 2017). De plus, certaines pratiques en matière de prescription des opioïdes peuvent limiter les dangers du TUO et de la surdose. Par exemple, on peut faire intervenir le pharmacien ou un membre de la famille pour administrer la médication ou en superviser la prise, interdire les renouvellements hâtifs, restreindre la dose ou la quantité fournie à chaque fois, utiliser des emballages inviolables ou des emballages-coques pour la prise des médicaments à la maison et mettre en place un système de rappels aléatoires pour le comptage des comprimés et le dépistage urinaire de drogues.

Tableau 1. Trouble lié à l'utilisation des opioïdes : Ce terme se rapporte à un schéma problématique d'utilisation d'opioïdes qui entraîne une incapacité ou une souffrance cliniquement significative, qui se manifeste par la survenue d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

CRITÈRES DU DSM-5 POUR LE TUO	FACTEURS À CONSIDÉRER POUR LES PERSONNES ÂGÉES
L'opioïde est pris en quantité plus importante ou sur une période plus prolongée que prévu.	Le déficit cognitif peut empêcher le patient de s'auto-surveiller adéquatement. Les opioïdes eux-mêmes peuvent diminuer davantage les fonctions cognitives chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes.
Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation des opioïdes.	Même chose que pour la population générale adulte.
La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer la substance, à la consommer ou à se rétablir de ses effets.	Les conséquences de l'usage d'opioïdes peuvent se produire après la consommation d'une quantité relativement faible.
Envie impérieuse (<i>craving</i>), fort désir ou besoin pressant de consommer un opioïde.	C'est la même chose que pour la population adulte générale, mais les personnes âgées ayant des habitudes ancrées ne reconnaîtront peut-être pas les envies de la même façon que la population générale adulte.
Consommation répétée d'opioïdes menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.	Les personnes âgées n'ont peut-être pas les mêmes obligations que les adultes plus jeunes en raison des changements de stade de vie, comme la retraite. Les obligations qui sont plus courantes dans les stades ultérieurs de la vie sont de prendre soin d'un conjoint ou d'un membre de sa famille malade, comme un petit-enfant.
Utilisation continue de l'opioïde malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par ses effets.	Les personnes âgées ne se rendent peut-être pas compte que les problèmes qu'elles subissent sont causés par l'utilisation d'opioïdes.
Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants en raison de l'utilisation d'opioïdes.	Qu'elles prennent ou non des opioïdes, les personnes âgées peuvent pratiquer moins d'activités, ce qui rend le dépistage plus difficile.
Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela pose un danger physique.	Il est possible que les personnes âgées ne comprennent pas ou ne se rendent pas compte que leur consommation pose un danger, en particulier s'ils prennent une petite quantité d'opioïdes.
Utilisation persistante de l'opioïde bien que la personne sache qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'usage du médicament.	Les personnes âgées ne se rendent peut-être pas compte des problèmes qu'elles subissent sont causés par l'utilisation d'opioïdes.
Tolérance, définie soit par le besoin d'une quantité notablement plus forte d'opioïde pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré OU par un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de l'opioïde (remarque : on considère que ce critère n'est pas valable dans le cas d'une personne prenant le médicament uniquement sous surveillance médicale).	Étant donné que les personnes âgées sont plus sensibles aux effets des substances psychoactives à mesure qu'elles vieillissent, leur tolérance peut sembler avoir diminué plutôt qu'augmenter.
Sevrage se manifestant soit par des symptômes de sevrage caractéristiques OU par la prise de l'opioïde pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.	Les manifestations des symptômes de sevrage peuvent être plus subtiles et se prolonger. Les utilisateurs d'opioïdes qui ne présentent pas de problèmes peuvent développer une dépendance physiologique.

Adapté de Kuerbis, A. et coll. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 629-654.

Dépistage et évaluation du trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées

Le dépistage et l'évaluation constituent les points de départ des soins d'une personne souffrant d'un TUO. Il existe de nombreuses méthodes efficaces pour réaliser ces deux interventions auprès des adultes (Rieb, 2019). Le [tableau 1](#) offre un survol de certains des problèmes qui peuvent nécessiter une modification de la méthode de dépistage et d'évaluation du TUO pour l'adapter aux besoins particuliers des personnes âgées, en fonction des critères du DSM-5 (Kuerbis et coll., 2014). En raison de ces problèmes, Kuerbis et ses collègues suggèrent de procéder à une évaluation approfondie si une personne âgée présente une seule caractéristique qui indique un TUO (ibid.). Le terme « trouble lié à des opiacés non spécifié » (« Unspecified Opioid Related Disorder »), utilisé dans le DSM-5, sert simplement à décrire le mésusage ou l'usage non médical d'un opioïde et peut s'avérer un diagnostic pertinent une fois que la dépendance est exclue.

On retrouvera ci-dessous des questions (C-E) ainsi que des recommandations (10-12) au sujet du dépistage et de l'évaluation du TUO s'appliquant spécifiquement aux personnes âgées (Kuerbis et coll., 2014) :

QUESTION C : Chez les personnes âgées, quand et comment doit-on procéder au dépistage d'un TUO?

RECOMMANDATION N° 10 :

Les personnes âgées doivent subir un test de dépistage du TUO au moyen d'outils validés, s'il y a lieu (p. ex., CAGE-AID, ASSIST, PDUQp, ORT, POMI, COMM). La vérification des médicaments et des tests de dépistage urinaire de drogues doivent être réalisés si le patient prend des opioïdes en raison d'une DCNC ou d'un TUO.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Le tableau clinique du TUO chez les personnes âgées est souvent atypique; il peut donc être difficile, voire impossible, de le détecter et de le reconnaître en temps opportun. Bien qu'il y ait peu de données probantes validant l'utilisation d'outils de dépistage du TUO spécifiques à l'âge chez les personnes âgées, les cliniciens devraient utiliser des outils validés pour la population des personnes âgées lorsqu'ils conviennent (p. ex., CAGE-AID, ASSIST, PDUQp). Le dépistage peut aider à déceler le mésusage qui peut être difficile à reconnaître pour le clinicien et à favoriser le recours hâtif à des traitements appropriés. L'outil de dépistage ASSIST a été utilisé avec succès dans le cadre du programme BRITE (Brief Intervention and Treatment for Elders, intervention brève et traitement pour les personnes âgées) en milieu hospitalier et non hospitalier (Schonfeld et coll., 2015). La vérification des médicaments et des tests de dépistage urinaire de drogues doivent être réalisés si le patient prend des opioïdes pour quelque raison (Draper et coll., 2015). Le questionnaire sur les analgésiques (Pain Medication Questionnaire) est un outil de dépistage validé pour les personnes âgées qui souffrent de douleur et à qui des opioïdes sont déjà prescrits (Park et coll., 2011). Les outils de dépistage validés pour la population générale adulte à qui des opioïdes sont prescrits pour traiter la douleur sont entre autres les outils COMM (Current Opioid Misuse Measure, mesure du mésusage actuel d'opioïdes), POMI (Prescription Opioid Misuse Index, indice de mésusage d'opioïdes d'ordonnance) et ORT (Opioid Risk Tool, outil de dépistage du risque lié aux opioïdes) (Becker et coll., 2013). Les lignes directrices nationales du CCDUS (2016) et de l'ASAM (2015)

recommandent le dépistage, le redépistage et le suivi systématiques, en particulier si la personne s'est présentée à l'urgence ou a consulté à répétition en soins primaires pour obtenir des médicaments contre la douleur.

Il faut garder à l'esprit d'autres signes qui peuvent aider à distinguer une personne âgée présentant un TUO d'une autre qui souffre uniquement de douleur, notamment (d'après l'expérience clinique) : les patients souffrant de douleur et d'un TUO ont tendance à prendre une dose supérieure à la dose habituellement prescrite pour leur trouble sous-jacent; ils manquent parfois de médicaments opioïdes plus tôt que prévu ou présentent d'autres types de comportements aberrants; ils présentent habituellement des facteurs de risque sous-jacents (p. ex., anxiété, insomnie, dépression, antécédents de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives); ils peuvent présenter une perturbation ou une dégradation du fonctionnement et de l'humeur; ils rapportent parfois d'importants symptômes de sevrage; ils peuvent présenter une résistance extrême à la diminution progressive ou à l'arrêt de la dose, même si l'opioïde ne semble pas leur procurer une grande efficacité analgésique; des membres de leur famille ont exprimé des inquiétudes au sujet de leur consommation d'opioïdes.

QUESTION D : Chez les personnes âgées présentant un risque de développer un TUO, quels sont les éléments de l'évaluation?

RECOMMANDATION N° 11 :

Poser un diagnostic de TUO par la réalisation d'une évaluation complète, comprenant les antécédents médicaux, psychiatriques, cognitifs, psychosociaux, d'utilisation de substances psychoactives et de douleur en fonction du contexte culturel, et d'une brève évaluation fonctionnelle. L'utilisation d'outils d'évaluation validés peut être utile pour procéder à cette évaluation. De plus, un examen physique détaillé doit être réalisé, en mettant l'accent sur les signes d'intoxication ou de sevrage et les séquelles de l'utilisation de substances psychoactives. Des analyses de laboratoire et d'autres investigations (y compris le dépistage urinaire de drogues) doivent être réalisées le cas échéant en fonction des troubles médicaux décelés. La réévaluation est essentielle et doit être effectuée périodiquement pendant toute la durée des soins à long terme.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Lorsqu'on juge qu'un patient présente un risque de développer un TUO, une évaluation complète doit être réalisée (Rieb, 2019). Pour confirmer un diagnostic de TUO, la littérature médicale suggère aux cliniciens d'utiliser une approche systématique et adaptée à l'âge comprenant une évaluation fonctionnelle, l'examen des antécédents d'utilisation de substances psychoactives et de comorbidités médicales, de même que l'examen des antécédents de douleur et des facteurs psychiatriques, cognitifs psycho-socio-spirituels en fonction du contexte culturel (Wu et Blazer, 2011; RCP, 2015; CCDUS, 2016; Rao et Crome, 2016). L'utilisation d'outils d'évaluation validés peut être utile pour procéder à ces évaluations, et même les outils de dépistage peuvent être utilisés comme point de départ pour une exploration plus approfondie du sujet. De plus, un examen physique détaillé doit être réalisé, en mettant l'accent sur les signes d'intoxication à des substances psychoactives et de sevrage et sur les séquelles de l'utilisation d'opioïdes et d'autres substances psychoactives. Des analyses de laboratoire et d'autres investigations (y compris entre autres les tests de fonction hépatique et rénale et le dépistage urinaire de drogues) doivent être réalisées le cas échéant, en fonction des troubles médicaux décelés. La réévaluation est essentielle et doit être effectuée périodiquement pendant toute la durée des soins à long terme.

Une revue réalisée par le RCP (2015) a relevé des facteurs de risque liés au mésusage de substances psychoactives chez les personnes âgées, y compris des facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Rao et Crome (2016) ont suggéré des questions d'évaluation spécifiques à sujet. Dans sa publication de protocole d'amélioration de traitement TIP 63, la SAMHSA des États-Unis donne des outils de dépistage et

d'évaluation des adultes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, y compris des mesures du sevrage des opioïdes et l'interprétation des tests de dépistage urinaire de drogues (SAMHSA, 2018).

QUESTION E : Chez les personnes âgées souffrant ou présentant un risque de souffrir d'un TUO, quels sont les éléments importants à considérer pour les patients durant le processus d'évaluation?

RECOMMANDATION N° 12 :

Une explication complète des résultats et du diagnostic doit être fournie au patient et, s'il y a lieu, aux soignants. On doit faire preuve d'optimisme thérapeutique (c.-à-d. offrir l'espoir que la dépendance est un trouble qui se traite et que les personnes âgées, en particulier les femmes âgées, obtiennent généralement de meilleurs résultats de traitement que les adultes plus jeunes).

[GRADE : Consensus]

Dans le cadre d'une étude fondée sur questionnaire portant sur 197 personnes (Luoma et coll., 2007) bon nombre des sondés ont déclaré qu'en raison de leur diagnostic de trouble de dépendance à une substance psychoactive, ils avaient ressenti une certaine stigmatisation, de la part des autres autant que d'eux-mêmes, et qu'ils avaient subi des conséquences négatives à cause de ce diagnostic, en particulier s'ils avaient accepté d'être traités pour cette maladie.

Bien qu'aucun essai clinique à répartition aléatoire n'ait été mené sur les traitements pharmacologiques ou comportementaux du TUO chez les personnes de plus de 65 ans, certains essais observationnels auxquels ont participé des personnes âgées montrent que celles-ci ont tendance à obtenir de meilleurs résultats de traitement que leurs homologues plus jeunes et que les femmes obtiennent de meilleurs résultats que les hommes, ce qui offre une raison de faire preuve d'optimisme thérapeutique (Carew et Comiskey, 2018).

Il est donc essentiel de rassurer les personnes âgées qui répondent aux critères du TUO à l'effet que ce trouble peut être traité et qu'elles recevront des soins complets et efficaces promptement et en toute confidentialité. De même, il est nécessaire de rassurer les personnes impliquées dans les soins du patient, en particulier les membres de la famille. La meilleure façon de procéder, initialement, est d'expliquer clairement comment le diagnostic a été établi et les méthodes de traitement recommandées.

Traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées

Traitement pharmacologique :

Les médicaments à long terme pour le TUO comprennent le traitement par agonistes des opioïdes et le traitement par antagonistes des opioïdes. Les médicaments opioïdes actuellement offerts au Canada pour traiter le TUO sont énumérés dans la boîte 1.

Les questions (F-H) et les recommandations (13-26) apparaissant ci-dessous portent sur les enjeux liés aux traitements pharmacologiques.

QUESTION F : Chez les personnes âgées présentant un TUO, quelles méthodes et quels médicaments sont sécuritaires et efficaces pour la prise en charge du sevrage des opioïdes?

RECOMMANDATION N° 13 :

La gestion du sevrage d'opioïdes ne devrait être offerte que dans le contexte d'une prise en charge à long terme de la dépendance. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Des lignes directrices et des revues systématiques récemment publiées au sujet des personnes âgées reconnaissent que le TUO est une maladie chronique nécessitant des stratégies de prise en charge à long terme (SAMHSA, 2004; *The ASAM Handbook of Addiction Medicine*, 2015; *The ASAM Essentials of Addiction Medicine*, 2015; ASAM, 2015; VA et DoD, 2015; Burgos-Chapman et coll., 2016; CCSA, 2016; Le Roux et coll., 2016; Loreck et coll., 2016; Maree et coll., 2016; Hassell et coll., 2017; Bruneau et coll., 2018). Ces sources fondent leurs recommandations sur des études observationnelles de patients sous méthadone et des études de série de cas de patients admis à un centre de traitement, de même que sur l'opinion de spécialistes. Cette recommandation clinique est bien établie pour les jeunes adultes, chez qui le maintien en traitement est essentiel pour diminuer la consommation de drogues, la morbidité et la mortalité. Le suivi des patients à long terme présente peu de danger potentiel.

RECOMMANDATION N° 14 :

L'introduction d'un traitement agoniste opioïde est recommandée plutôt qu'un traitement non opioïde, pour la prise en charge du sevrage chez les personnes âgées souffrant d'un TUO. Si une diminution progressive de la dose est tentée, l'option d'amorcer un traitement agoniste opioïde ou un traitement antagoniste opioïde de longue durée doit être offerte.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Nous n'avons trouvé aucun essai clinique à répartition aléatoire ni étude observationnelle portant sur la prise en charge du sevrage des opioïdes chez les personnes âgées. Par conséquent, la présente recommandation est fondée sur des lignes directrices et des revues systématiques d'études sur les adultes ainsi que des revues systématiques et des revues narratives d'études portant sur des personnes âgées où le seuil d'âge utilisé était plus bas (SAMHSA, 2004; *The ASAM Principles of Addiction Medicine*, 2009; *The ASAM Essentials of Addiction Medicine*, 2015; *The ASAM Handbook of Addiction Medicine*, 2015; ASAM, 2015; VA et DoD, 2015; Burgos-Chapman et coll., 2016; CCSA, 2016; Gowing et coll., 2016; Le Roux et coll., 2016; Loreck et coll., 2016; Maree et coll., 2016; Hassell et coll., 2017; Bruneau et coll., 2018). D'après ces sources, l'utilisation de médicaments non opioïdes dans la prise en charge du sevrage présente un risque important pour les personnes âgées (p. ex., la clonidine peut causer une hypotension posturale qui peut entraîner des chutes). De plus, il s'est avéré que les médicaments agonistes opioïdes permettaient de prendre efficacement en charge le sevrage des opioïdes (Wright et coll., 2011), davantage que les médicaments non opioïdes chez les adultes.

La littérature médicale portant sur les adultes montre clairement que le risque de rechute et le risque de surdose sont plus élevés chez les personnes subissant seulement une désintoxication (diminution progressive de la dose jusqu'à l'élimination) que celles souffrant d'un TUO qui sont maintenues sous traitement agoniste ou antagoniste (Amato et coll., 2013; Gowing et coll., 2017). Les utilisateurs participant à des programmes de traitement fondés sur l'abstinence (sans accès à un traitement antagoniste) présentent un taux élevé d'abandon du programme, comparativement à ceux placés sous traitement agoniste opioïde (en raison d'envies impérieuses et de symptômes de sevrage). Ils présentent également un taux plus élevé de surdose mortelle que les patients qui n'ont jamais subi de désintoxication et qui continuent de consommer en raison d'une perte de tolérance. Par conséquent, les prestataires de traitement ont l'obligation d'offrir le traitement agoniste opioïde aux patients chez qui un traitement par abstinence a échoué ou est susceptible d'échouer.

Pour les patients en établissement de soins ou dans d'autres situations où l'accès à l'auto-administration d'opioïdes est restreint, la désintoxication seule peut représenter une option viable si elle est jumelée à des conseils de soutien général (consensus du groupe de travail).

RECOMMANDATION N° 15 :

L'association buprénorphine/naloxone doit être envisagée comme traitement de première intention pour la prise en charge du sevrage des opioïdes chez les personnes âgées. La méthadone peut être utilisée comme option de rechange, mais il faut tenir compte du risque supplémentaire d'événements indésirables.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Une méta-analyse Cochrane récente d'études portant sur des adultes « indique que la buprénorphine et la méthadone possèdent une capacité semblable d'améliorer le sevrage des opioïdes, sans effets indésirables d'importance clinique [...] et sans différence dans la durée moyenne du traitement [...] ou du taux d'achèvement du traitement » (Gowing et coll., 2017). Cette synthèse a également déterminé que la buprénorphine était supérieure aux protocoles à base de clonidine ou de lofexidine (ibid.).

L'association buprénorphine/naloxone a un meilleur profil d'innocuité que les autres opioïdes utilisés pour la prise en charge du sevrage et a de ce fait été recommandée comme option de traitement de première intention à utiliser pour la désintoxication. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'aucun essai n'a été mené sur des personnes âgées (ASAM, 2015; VA et DoD, 2015; Le Roux et coll., 2016; Bruneau et coll., 2018). Comme la buprénorphine peut induire un sevrage précipité des autres opioïdes, les cliniciens prescripteurs doivent posséder une expérience des techniques d'induction (Hess et coll., 2011; Hämmig et coll., 2016). La méthadone comporte un risque de surdose plus élevée que la buprénorphine au moment de l'induction, en raison de sa longue demi-vie, de son effet agoniste complet sur les récepteurs opioïdes mu, de sa réponse variable (notamment la tolérance croisée incomplète) et du risque d'interaction médicamenteuse. Seuls les cliniciens expérimentés doivent prescrire la méthadone aux personnes âgées.

Il n'existe pas de littérature médicale concernant l'utilisation de la morphine pour la prise en charge du sevrage d'un TUO, mais il n'est pas rare qu'elle soit utilisée de façon empirique dans des centres hospitaliers un peu partout au pays, en particulier lorsqu'il n'y a pas de prescripteurs expérimentés dans la prescription de méthadone et de buprénorphine. Il s'agit d'un domaine d'éventuelles recherches futures qui ne sera pas abordé plus en détail ici.

RECOMMANDATION N° 16 :

Pour le soulagement des symptômes lors de la prise en charge du sevrage des opioïdes, des médicaments d'appoint (voir les commentaires) peuvent être utilisés, pendant une période de temps limitée, mais avec précaution en raison des comorbidités médicales, du risque d'effets secondaires et d'autres préoccupations liées à l'âge avancé.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Pour les adultes, il existe toute une gamme de médicaments non opioïdes utilisés pour atténuer les symptômes de sevrage des opioïdes, notamment les antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques (p. ex., clonidine), les antidiarrhéiques (p. ex., loperamide), les somnifères (p. ex., quétiapine, trazodone), les anxiolytiques (généralement les agonistes des récepteurs des benzodiazépines), les analgésiques (p. ex., acétaminophène, AINS, gabapentine, prégabaline) et les antinauséeux (p. ex., dimenhydrinate). Tous ces médicaments comportent des risques d'effets indésirables chez les personnes âgées et doivent donc être utilisés avec précaution (ASAM, 2015 ; VA et DoD, 2015; RCP, 2015; Bruneau et coll., 2018).

La prise en charge du sevrage n'est pas aussi efficace que le traitement agoniste opioïde et ne doit être entreprise que si le patient refuse explicitement les agonistes opioïdes ou se trouve dans un environnement contrôlé où l'accès est restreint.

Bien que des rapports anecdotiques aient fait état de bienfaits du cannabis, son utilisation pour la désintoxication des opioïdes n'est pas corroborée par des données probantes à l'heure actuelle et ne peut être recommandée pour les personnes âgées (Campbell et coll., 2018; Caputi et Humphreys, 2018; Humphreys et Saitz, 2019).

QUESTION G : Quels médicaments et ajustements au protocole peuvent être utilisés de façon sécuritaire et efficace pour le traitement d'un TUO chez les personnes âgées pour améliorer les résultats?

RECOMMANDATION N° 17 :

Le traitement d'entretien à la buprénorphine doit être envisagé comme traitement de première intention d'un TUO chez les personnes âgées.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Pour les adultes, des données probantes de grande qualité ont montré qu'une fois qu'un traitement d'entretien à dose élevée de buprénorphine est amorcé, il est aussi efficace que le traitement d'entretien à la méthadone pour maintenir le patient en traitement, diminuer la consommation de drogues et diminuer la mortalité après une surdose non mortelle (Mattick et coll., 2014; Larochelle et coll., 2018). De plus, le traitement d'entretien à la buprénorphine s'est révélé être supérieur au sevrage de la buprénorphine pour traiter la

dépendance aux opioïdes d'ordonnance (Fiellin et coll., 2014). Bien qu'aucun essai clinique à répartition aléatoire, essai observationnel ou étude de série de cas n'ait été mené sur le traitement d'entretien à la buprénorphine chez les personnes âgées, il existe des lignes directrices pour le traitement des adultes qui le recommande comme traitement de première intention, en raison de son innocuité à l'instauration, comme traitement d'entretien et pour la prise de médicaments à la maison, ainsi que de sa disponibilité et de son accessibilité au Canada (Bruneau et coll., 2018). Un autre ensemble de lignes directrices sur le traitement des adultes et une revue systématique recommandent le traitement d'entretien soit à la buprénorphine ou à la méthadone comme traitement de première intention (VA et DoD, 2015; Hassell et coll., 2017). D'autres lignes directrices et revues systématiques recommandent le traitement d'entretien à la buprénorphine comme une option possible (ASAM, 2015; RCP, 2015; Le Roux et coll., 2016; Loreck et coll., 2016).

Burgos-Chapman et ses collaborateurs (2016) mentionnent que la buprénorphine comporte un risque réduit de dépression respiratoire comparativement aux autres opioïdes. Comme ils le résumant bien, « la buprénorphine est le seul opioïde ayant un effet de plafonnement pour la dépression respiratoire. La fréquence respiratoire descend rarement en dessous de 10 respirations par minute. » Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le taux de suicide augmente avec l'âge. C'est pourquoi la buprénorphine constituerait le choix le plus sécuritaire, en raison du risque réduit de suicide réussi de même que de surdose accidentelle chez les personnes âgées (Pergolizzi et coll., 2008). La buprénorphine ne prolonge pas l'intervalle QT et est plus sécuritaire pour les patients cardiaques que la méthadone, caractéristique particulièrement importante pour les personnes âgées (Loreck et coll., 2016).

Les propriétés uniques de la buprénorphine qui peuvent améliorer l'humeur et la douleur représentent d'autres avantages par rapport aux autres opioïdes. Comme nous l'avons mentionné dans la boîte 1, non seulement la buprénorphine se lie au récepteur opioïde mu pour procurer un soulagement de la douleur, mais elle agit également comme antagoniste du récepteur opioïde kappa, ce qui peut permettre d'améliorer l'humeur et de potentiellement diminuer l'hyperalgésie induite par les opioïdes (Falcon et coll., 2016). Les patients qui passent d'un opiacé à l'association buprénorphine/naloxone ressentent souvent beaucoup moins de douleur (Rieb et coll., 2018; Daitch et coll., 2014).

Des essais cliniques ont montré que les patients adultes ayant reçu l'association buprénorphine/naloxone à l'urgence sont plus susceptibles de faire en sorte d'obtenir les médicaments pour traiter un TUO dans la communauté et de signaler une consommation réduite de drogues que ceux n'ayant reçu que du counseling et l'orientation pour un traitement (D'Onofrio et coll., 2015). La buprénorphine peut aussi être prescrite de façon sécuritaire en milieu non médical avec soutien médical, par exemple en prison ou à la sortie de prison (Lee et coll., 2012; Riggins et coll., 2017; Bozinoff et coll., 2018).

À l'heure actuelle, la buprénorphine est offerte au Canada sous forme de comprimé sublingual en association avec la naloxone pour en décourager l'abus sous forme d'injection. Des préparations à action prolongée (injections sous-cutanées mensuelles et préparation implantable) seront bientôt disponibles, bien que l'induction au comprimé sublingual soit recommandée avant l'utilisation de l'une de ces autres préparations. L'injection sous-cutanée mensuelle n'a pas fait l'objet d'un essai chez les personnes âgées, mais dans des études sur des adultes de 65 ans et moins, cette préparation s'est avérée sécuritaire et efficace pour le traitement du TUO et non inférieure au comprimé sublingual de buprénorphine/naloxone (Lofwall et coll., 2018; Haight et coll., 2019). En outre, la préparation injectable pourrait avoir des avantages sur les résultats axés sur le patient par rapport à un placebo (Ling et coll., 2019). Chez les personnes âgées, on peut envisager une préparation implantable pour la commodité, lorsque des problèmes physiques ou cognitifs rendent l'auto-administration quotidienne de comprimés difficiles ou lorsque des problèmes de mobilité empêchent le patient de se rendre facilement à la pharmacie. Dans certaines provinces, il n'est plus nécessaire d'obtenir une autorisation spéciale pour prescrire la buprénorphine pour un TUO, bien qu'une formation soit recommandée (BCCSU, programme provincial de soutien au traitement de la dépendance aux opioïdes; CTSM, traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes par la buprénorphine/naloxone).

Le degré de confort du praticien à pratiquer l'induction peut constituer un obstacle, en particulier en raison de préoccupations liées au sevrage précipité; il est donc utile pour les cliniciens de recevoir une formation et de la supervision lorsqu'ils apprennent l'induction à la buprénorphine pour la première fois. Des études ont montré que des techniques de transition à l'aide de timbres ou de microdoses de buprénorphine dans le cadre d'un ajustement posologique croisé permettaient de réduire le sevrage précipité chez les adultes (Hess et coll., 2011; Hämmig et coll., 2016). On peut raisonnablement extrapoler que ces techniques d'induction peuvent être utilisées chez les personnes âgées. Dans sa publication : Protocole d'amélioration de traitement TIP 63, la SAMHSA compare la buprénorphine, la méthadone et la naltrexone, pour guider les cliniciens dans le choix d'un médicament en consultation avec les patients (SAMHSA, 2018).

RECOMMANDATION N° 18 :

Le traitement d'entretien à la méthadone ne peut pas être envisagé pour les personnes âgées qui ne tolèrent pas le traitement d'entretien à la buprénorphine ou chez qui ce traitement s'est révélé inefficace.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Le traitement pharmacologique le plus étudié pour le TUO est le traitement d'entretien à la méthadone. Une revue systématique d'études médicales portant sur des adultes a permis de tirer la conclusion que la méthadone est plus efficace pour le maintien en traitement et la diminution de la consommation d'héroïne que les traitements non opioïdes (Mattick et coll., 2009). Les patients qu'on a placés sous traitement à la méthadone dans le mois suivant une surdose non mortelle présentent un risque réduit de mortalité (Laroche et coll., 2018).

Aucun essai clinique à répartition aléatoire n'a été mené sur l'utilisation du traitement d'entretien à la méthadone pour un TUO chez les personnes âgées. Néanmoins, toutes les lignes directrices sauf une et toutes les revues systématiques sur le TUO chez les personnes âgées recommandent la méthadone comme une option de traitement de première intention (OMS, 2009; ASAM, 2015; VA et DoD, 2015; Han et coll., 2015; RCP, 2015; CCDUS, 2016; Le Roux et coll., 2016; Loreck et coll., 2016; Hassell et coll., 2017; Carew et Comiskey, 2018; SAMHSA, 2018). Un ensemble de lignes directrices recommandent ce traitement en deuxième intention (Bruneau et coll., 2018).

Dans une revue systématique réalisée en 2018, Carew souligne que les personnes âgées sous traitement à la méthadone s'en tirent mieux que les adultes plus jeunes (Carew et Comiskey, 2018). Cette allégation est fondée sur les résultats de Crome (2015) ainsi que sur l'étude de Firoz et Carlson (2004), qui ont montré que les personnes âgées de plus de 55 ans sous traitement à la méthadone avaient un taux de résultats non positifs au dépistage urinaire de drogues de 61 %, comparativement à un taux de 35 % chez les adultes plus jeunes. Cette revue a également cité une étude prospective de cohorte sur 30 ans menée à New York par Han et ses collaborateurs, (2015), qui ont suivi des patients jusqu'à l'âge adulte avancé et ont démontré l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone. La plupart des sujets sous traitement étaient âgés de 50 à 59 ans au moment de la publication, la cohorte à la croissance la plus rapide étant celle âgée de plus de 60 ans. Une autre étude menée aux États-Unis sur d'anciens combattants âgés a démontré que le traitement d'entretien à la méthadone permettait de diminuer l'intensité de la dépendance et les conséquences psychiatriques, médicales et juridiques de la consommation de drogues (Fareed et coll., 2009).

Un essai observationnel, qui comprenait d'anciens fumeurs d'opium très âgés (dont l'âge atteignait 99 ans) à qui leurs enfants (avec qui ils vivaient) leur avaient administré de la méthadone, a montré qu'un traitement à très faible dose – dans plusieurs cas, aussi peu que 6 mg/jour – procurait des bienfaits (Guo et coll., 2010). La méthadone est le moins coûteux des médicaments utilisés pour traiter le TUO. Le fait qu'il soit offert sous forme liquide simplifie l'ajustement posologique et complique le détournement lorsque son ingestion est surveillée. Les femmes répondent encore mieux que les hommes au traitement d'entretien à la méthadone [Carew et Comiskey, (2018) qui citent Rosen et coll., (2008); Grella et Lovinger (2011)]. Malheureusement, étant donné qu'il y a un risque plus élevé de décès pendant l'induction à la méthadone qu'à la buprénorphine et que la méthadone est associée à beaucoup plus d'interactions médicamenteuses indésirables possibles que la buprénorphine, nous recommandons la méthadone en deuxième intention chez les personnes âgées.

RECOMMANDATION N° 19 :

Si la fonction rénale est adéquate, l'ingestion quotidienne de morphine orale à libération prolongée sous surveillance directe peut être envisagée avec précaution chez les personnes âgées pour qui le traitement d'entretien à la buprénorphine et à la méthadone s'est avéré inefficace ou intolérable. Il est recommandé de procéder d'abord à l'instauration d'un traitement par morphine à action brève sous supervision étroite, avant de passer à un traitement d'entretien par préparation à action prolongée de 24 heures.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

Aucun essai clinique à répartition aléatoire ni étude observationnelle n'a été mené sur l'utilisation de la morphine orale à libération prolongée chez les personnes âgées, mais un ensemble de lignes directrices canadiennes la recommande comme traitement de troisième intention chez les adultes (Bruneau et coll., 2018). De nombreux Canadiens âgés prennent déjà des opioïdes d'ordonnance. Il est possible que l'impression de stigmatisation soit moins grande dans le cas d'un médicament comme la morphine qui est plus souvent utilisée pour soulager la douleur plutôt que pour traiter la dépendance. De plus, la plupart des prescripteurs travaillant avec les personnes âgées sont plus familiers avec la posologie de la morphine qu'avec celle de la méthadone ou de la buprénorphine.

Les inconvénients de la morphine sont entre autres le risque de toxicité hépatique et le risque de développement rapide d'une hyperalgésie induite par les opioïdes. En outre, la morphine s'est révélée être le produit le plus immunosuppresseur parmi tous les opioïdes [Bugos-Chapman qui cite Martucci et coll. (2004); Pergolizzi et coll. (2008)].

RECOMMANDATION N° 20 :

La naltrexone peut être offerte aux personnes âgées pour qui un traitement agoniste opioïde est contre-indiqué, est inacceptable, n'est pas offert ou a été abandonné et qui font preuve d'abstinence depuis assez longtemps. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Aucun essai clinique à répartition aléatoire ou étude observationnelle n'a été mené chez les personnes âgées sur l'utilisation de la naltrexone pour le traitement du TUO. Malgré certaines contradictions dans les lignes directrices et les synthèses récemment publiées, la plupart d'entre elles sont favorables à l'inclusion de cette substance comme une des options à utiliser chez les adultes de tout âge (ASAM, 2015; Le Roux et coll., 2016; Lee et coll., 2016; Loreck et coll., 2016; Hassell et coll., 2017; Bruneau et coll., 2018; Lee et coll., 2018). Au contraire, Burgos-Chapman et ses collaborateurs (2016) recommandent de ne pas utiliser la naltrexone chez les utilisateurs adultes d'opioïdes d'ordonnance si l'opioïde a été prescrit pour soulager la douleur. Ils sont cependant favorables à son utilisation chez les consommateurs d'héroïne et d'autres opioïdes illicites.

La prise de naltrexone écarte la possibilité d'utiliser des opioïdes pour traiter la douleur chronique et peut représenter un plus grand défi pour le traitement de la douleur aiguë, bien que le blocage puisse être surmonté en situation d'urgence avec l'aide d'un anesthésiste. Étant donné que la naltrexone présente un faible risque d'interactions médicamenteuses, qu'elle n'entraîne pas d'atteinte rénale, de dépression respiratoire ou de déficit cognitif et que son efficacité est semblable à celle de la buprénorphine chez les adultes, nous recommandons son utilisation dans le traitement du TUO chez les personnes âgées n'ayant pas besoin de prendre un opioïde pour traiter la douleur.

La préparation orale de la naltrexone n'est en général pas recommandée pour le traitement de longue durée d'un TUO, puisqu'elle ne s'est pas révélée être supérieure à un placebo (Minozzi et coll., 2011) et que le non-respect du traitement peut entraîner une rechute et potentiellement un risque accru de surdose, en raison d'une baisse marquée de la tolérance. En revanche, deux grands essais cliniques à répartition aléatoire menés sur des adultes ont montré la non-infériorité de la naltrexone injectable à libération prolongée (XR-NTX) par rapport au traitement d'entretien à la buprénorphine pour réduire l'usage d'opioïdes (Tanum et coll., 2017; Lee et coll., 2018). En outre, 153 patients sortis de prison qui ont reçu de XR-NTX pendant 6 mois et qui ont fait l'objet d'un suivi de 2 ans ont montré un taux de consommation de drogues inférieur à celui de 155 participants répartis aléatoirement qui ont reçu un traitement parmi la méthadone, la buprénorphine et/ou le counseling (Lee et coll., 2016). Aucun décès n'a été rapporté dans le groupe ayant reçu XR-NTX dans le cadre de cette étude, même après l'arrêt du traitement, alors que sept décès ont

été signalés dans le groupe ayant reçu le traitement habituel. Dans le cadre d'une autre étude, il n'y a pas eu de variation du taux de mortalité après une seule dose de XR-NTX donnée à une petite cohorte de sujets qui ont fait l'objet d'un suivi après une surdose non mortelle, mais le maintien des sujets en suivi s'est avéré problématique (Larochelle et coll., 2018). Par conséquent, il est préférable d'offrir uniquement la naltrexone, en particulier XR-NTX, dans le contexte d'un suivi assuré, par exemple lorsque les soignants peuvent assurer la constance du suivi et de la prise du médicament.

Un autre avantage de la naltrexone est qu'elle peut traiter le trouble lié à l'utilisation de l'alcool en bloquant la voie des opioïdes qui est responsable de la libération de dopamine après l'ingestion d'alcool. C'est pourquoi la naltrexone est une bonne option à considérer pour les personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de l'alcool actif en concomitance avec un TUO.

Une étude récemment menée a révélé que plus de la moitié des utilisateurs adultes d'opioïdes sondés étaient intéressés par le traitement mensuel à l'XR-NTX (Kunøe et coll., 2016). Le XR-NTX coûte plus cher que le traitement d'entretien à la buprénorphine ou à la méthadone, si le payeur ne tient compte que du coût du médicament. Cependant, XR-NTX injectable est assez rentable lorsque l'on tient compte des économies réalisées sur l'ensemble des coûts des soins de santé (visites à la pharmacie, en cabinet et à l'hôpital) et améliore les résultats en termes d'abstinence (Jackson, 2014).

La douleur au point d'injection et l'apparition d'abcès sont deux inconvénients de la naltrexone. Cela peut s'avérer plus problématique chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes, en raison de la réponse immunitaire réduite, et peut justifier l'utilisation de la préparation orale de naltrexone si la forme injectable n'est pas tolérée ou désirée. Si le patient n'est pas complètement désintoxiqué, l'instauration de la naltrexone peut induire un sevrage précipité des opioïdes. C'est la raison pour laquelle nous recommandons d'abord l'instauration lente du traitement oral.

Le principal inconvénient de XR-NTX à l'heure actuelle au Canada est qu'elle n'a pas encore été homologuée par Santé Canada et inscrite sur les listes provinciales des médicaments remboursés par les programmes d'assurance. Le XR-NTX est présentement offerte uniquement par le biais d'un processus de demande spéciale et le patient doit déboursé les frais du médicament et de l'expédition à partir des États-Unis, qui peuvent être prohibitifs. Nous espérons que l'inclusion de XR-NTX dans les présentes lignes directrices fondées sur des données probantes incitera les gouvernements provinciaux et les autorités sanitaires à en faciliter l'accès (Rieb, 2018).

RECOMMANDATION N° 21 :

Fournir les médicaments pour le traitement d'un TUO en lien avec un traitement de la dépendance, des soins de santé mentale et des soins primaires de longue durée, dans un contexte où un suivi étroit et un ajustement posologique rigoureux peuvent être effectués. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

De nombreuses études menées sur les personnes âgées, qui ne portent pas sur les opioïdes, soulignent l'importance de la continuité des soins et du concept de « domicile médical ». Chez les adultes, il y a diminution du taux d'abandon du traitement et amélioration des soins généraux aux patients lorsque le traitement de la dépendance est intégré aux soins primaires et aux services de santé mentale (Kahan, 2016). Dans une revue systématique et une méta-analyse, Hassan et ses collaborateurs (2017) ont montré que la psychothérapie est efficace pour traiter les troubles de santé mentale concomitants chez les patients sous traitement agoniste opioïde. De plus, des données probantes indiquent que les antidépresseurs tricycliques sont efficaces chez les patients âgés sous traitement agoniste opioïde (ibid.). La plupart des lignes directrices et des revues systématiques portant sur les personnes âgées soulignent l'importance de l'intégration des soins de longue durée dans plusieurs domaines (VA et DoD, 2015; RCP, 2015; Kahan, 2016; Le Roux et coll., 2016; SAMHSA, 2017).

D'autres paramètres de santé peuvent être améliorés par l'intégration du traitement de la dépendance et des soins de santé mentale aux soins primaires (Compton et coll., 2015; Durbin et coll., 2016). Pour les cas complexes d'usagers de plusieurs substances psychoactives, les patients présentant des problèmes médicaux ou psychiatriques complexes ou les personnes âgées frêles, il est conseillé de faire intervenir une équipe multidisciplinaire qui comprend un spécialiste médical de la toxicomanie. Ce type d'équipe exerce parfois ses activités à l'extérieur du milieu de soins primaires (p. ex., clinique de toxicomanie à accès rapide ou clinique de gérontopsychiatrie). Il faut prendre en considération l'existence de services intégrés offrant le degré de soins requis avant de faire des recommandations de traitement.

RECOMMANDATION N° 22 :

Informers les patients que la consommation d'alcool, de benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques est dangereuse lorsqu'elle est jumelée à un traitement agoniste opioïde. Si la personne âgée vit dans la communauté et présente déjà une dépendance physiologique à l'une de ces substances, la diminution progressive de la ou des substances (si possible jusqu'à l'abandon) est recommandée, plutôt que l'arrêt brusque. Si le patient se trouve dans un centre hospitalier, un centre de traitement ou un milieu de soins de longue durée et qu'il est pris en charge par un prestataire expérimenté, la désintoxication peut se faire plus rapidement, en même temps que l'instauration ou la stabilisation d'un traitement pharmacologique pour le TUO. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les dangers que pose la coprescription de benzodiazépines et d'opioïdes chez les adultes est bien documentée (Sun et coll., 2017; Hernandez et coll., 2018). En raison entre autres de ces effets, les lignes directrices et les revues systématiques sur le traitement du TUO suggèrent de diminuer progressivement la dose des benzodiazépines en cas de coprescription avec des opioïdes (ASAM, 2015; HSE, 2016; Loreck et coll., 2016; Bruneau et coll., 2018). Nos propres lignes directrices sur le traitement du trouble lié à l'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées recommandent aussi l'arrêt des benzodiazépines en cas de coprescription avec un opioïde (CCSMPA, 2019). Les dangers exacts liés à la consommation chronique d'une très faible quantité d'alcool (un verre par jour ou moins) n'ont pas été clairement établis, mais l'abstention de toute consommation est recommandée puisqu'il s'agit de la pratique la plus sécuritaire pour une personne sous traitement opioïde. La pratique clinique en vigueur aux États-Unis fait état de situations où on fait passer les personnes sous traitement agoniste opioïde pour un TUO à l'XR-NTX si elles sont incapables de restreindre leur consommation d'alcool. Étant donné que l'XR-NTX n'est pas offerte et n'est pas remboursée au Canada et qu'il y a un risque de rechute et de surdose mortelle en cas d'arrêt du traitement agoniste opioïde, les avantages et les inconvénients de l'abandon du traitement agoniste opioïde doivent être évalués au cas par cas.

RECOMMANDATION N° 23 :

La prise hâtive du traitement d'entretien à la buprénorphine à domicile, y compris l'induction à domicile pour les patients qui présentent un risque faible, peut être envisagée s'il est difficile pour le patient de se présenter au cabinet pendant le sevrage et si le patient a accès à du soutien social à la maison. Cette façon de faire ne doit pas être envisagée pour l'instauration du traitement à la méthadone sauf sous supervision (p. ex., administration par du personnel médical ou par un soignant fiable).

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

Aucune donnée probante ne corrobore clairement les bienfaits de la prise quotidienne supervisée de buprénorphine (Saulle et coll., 2017). Comme l'ont décrit des lignes directrices récemment publiées (Bruneau et coll., 2018), la prise hâtive de buprénorphine à domicile peut faciliter l'instauration d'un traitement d'entretien et diminuer la probabilité de l'oubli de doses chez les adultes. Nous croyons que cette pratique, qui est une option recommandée pendant le traitement pour les adultes (ibid.), peut être adaptée pour les personnes âgées. La crainte que les opioïdes puissent causer du tort est jusqu'à un certain point réduite dans le cas de la buprénorphine comparativement aux autres opioïdes, en raison de l'effet de plafonnement pour la dépression respiratoire. Il est intéressant de noter que la buprénorphine/naltrexone détournée est parfois utilisée pour aider au traitement ou à la désintoxication des consommateurs qui se procurent des opioïdes sur le marché noir. Les patients peuvent abuser des médicaments lorsque la prise n'est pas sous surveillance. Le reniflement de comprimés de buprénorphine écrasés produit de l'euphorie même chez les personnes qui n'ont jamais pris d'opioïdes et chez celles sous traitement d'entretien; il est donc important de dépister ce type de comportement.

QUESTION H : Chez les personnes âgées, comparativement aux adultes plus jeunes, quels ajustements doivent être apportés à la dose ou au protocole d'administration lors de l'instauration ou du maintien d'un traitement pharmacologique du TUO?

RECOMMANDATION N° 24 :

Diminuer la dose initiale des médicaments pour le traitement d'un TUO (p. ex., de 25 à 50 %); augmenter lentement la dose (p. ex., de 25 à 50 %); utiliser la plus faible dose efficace pour réprimer les envies impérieuses, les symptômes de sevrage et la consommation de drogues; assurer une surveillance étroite (en particulier pour l'apnée du sommeil, la sédation, le déficit cognitif et les chutes si la personne prend des agonistes opioïdes). [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Bien qu'il n'y ait aucun essai clinique à répartition aléatoire pour corroborer l'efficacité de la diminution de la dose initiale et de l'augmentation lente de la dose chez les personnes âgées, il est raisonnable d'adopter cette méthode, étant donné les changements métaboliques dus au vieillissement qui perturbent l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion de tous les médicaments, y compris les opioïdes. Ces changements comprennent spécifiquement une diminution de l'effet de premier passage et une diminution de la clairance rénale. De plus, l'équilibre entre les bienfaits du médicament et ses effets indésirables varie souvent chez les personnes âgées, qui sont exposées à des dangers potentiels, comme un risque accru de sédation, de délirium et de chutes causant des blessures, découlant d'une dose initiale de médicament trop élevée ou d'une augmentation de la dose trop rapide. C'est pourquoi plusieurs lignes directrices de pratique clinique favorisent l'utilisation d'une approche prudente de prescription de médicaments pour le traitement d'un TUO chez les personnes âgées (American Geriatrics Society [AGS], 2002; 2009; Gupta et Avram, 2012; Malec et Shega, 2015; RCP, 2015; Hassell et coll., 2017).

RECOMMANDATION N° 25 :

Le seuil auquel une personne âgée présentant des comorbidités sociales, psychologiques ou physiques doit être admise à un centre de soins hospitaliers ou à un centre de traitement pour la prise en charge du sevrage des opioïdes ou l'induction à des médicaments pour un TUO doit être plus bas que pour un adulte plus jeune.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité : élevée]

Il convient de procéder lentement à la prise en charge du sevrage ou à l'induction à des médicaments pour un TUO dans la communauté pour une personne âgée qui est stable, qui n'est pas fragile et qui a accès à du soutien, notamment à des cliniciens possédant de l'expérience dans la prise en charge du TUO chez les personnes âgées. Cependant, les personnes âgées souffrent souvent simultanément de plusieurs affections chroniques, de fragilité, de faible accessibilité à des ressources et de vulnérabilité psychosociale. La multimorbidité (soit la présence simultanée de multiples affections chroniques) est en fait la norme chez les personnes âgées, 60 % de celles âgées de plus de 80 ans souffrant de trois affections chroniques ou plus (Denton et Spencer, 2010). Les personnes âgées sont également plus sujettes aux effets secondaires de la prise en charge du sevrage des opioïdes ou de l'induction à des médicaments, notamment au risque de délirium, qui peut potentiellement être mortel.

Pour ces raisons, le seuil auquel une personne âgée doit être admise à un centre de soins hospitaliers ou à un centre de traitement doit être plus bas que pour un adulte plus jeune. Une observation attentive et le soutien d'une équipe multidisciplinaire, qui sont plus susceptibles d'être offerts en milieu hospitalier, peuvent réduire le risque de subir un tort, en particulier pour les personnes fragiles et socialement isolées. Comme l'affirme le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS, 2016) : « La désintoxication est particulièrement risquée pour les personnes âgées. On recommande une admission de 24 heures en soins primaires, psychiatriques et infirmiers. Lorsque le patient est stable, il peut rentrer à la maison pour poursuivre son traitement ». Les bienfaits de l'hospitalisation doivent être évalués en fonction des risques, tels que l'exposition aux infections nosocomiales, la séparation d'avec les personnes assurant le soutien social et le retrait d'un environnement familial. De plus, la personne âgée pourrait être réticente à aller dans un milieu hospitalier ou un centre de traitement.

RECOMMANDATION N° 26 :

Chez les personnes âgées prenant des médicaments pour le traitement d'un TUO et nécessitant la prise en charge d'une DCNC ou d'une douleur aiguë d'intensité faible ou modérée, des stratégies ne faisant pas appel à des médicaments ou à des opioïdes sont recommandées. Pour les personnes prenant un agoniste opioïde pour un TUO et souffrant d'une douleur aiguë intense ne répondant pas aux stratégies sans opioïdes, on peut envisager un opioïde à action brève pendant une courte période de temps (de 1 à 7 jours) ainsi qu'une diminution progressive de la dose au besoin (de 1 à 7 jours).

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Les lignes directrices et les synthèses concernant les sujets adultes indiquent qu'il est prudent de procéder par étapes pour la prise en charge de la DCNC, en commençant par utiliser des méthodes non pharmacologiques et sans opioïdes (Busse et coll., 2016; Dowell et coll., 2016; Busse et coll., 2017; Busse et coll., 2018). Les lignes directrices canadiennes sur l'utilisation des opioïdes pour la DCNC (Busse et coll., 2017) recommandent de ne pas offrir de traitement opioïde aux personnes souffrant de DCNC et présentant des antécédents de TUO. Toutefois, cette recommandation ne tient pas compte des personnes nécessitant un traitement agoniste opioïde pour un TUO, de celles souffrant d'un trouble inhabituel de douleur chronique intense répondant aux opioïdes ou de celles devant être hospitalisées pour une douleur aiguë intense. Il faut procéder avec précaution lorsque l'on prescrit un second opioïde à des personnes qui sont déjà sous traitement agoniste opioïde (Furlan et coll., 2010; ASAM, 2015; Dowell et coll., 2016; HSE, 2016; Kahan, 2016; Guerriero, 2017; Bruneau et coll., 2018). Comme la durée de la première ordonnance s'est révélée être un facteur de risque d'une utilisation d'opioïdes plus longue que celle prévue, bon nombre de lignes directrices sur la DCNC chez les adultes ou les personnes âgées et sur la douleur postchirurgicale aiguë recommandent de prescrire une faible quantité avec un calendrier de diminution progressive (Furlan et coll., 2010; Dowell et coll., 2016; Busse et coll., 2017; Busse et coll., 2018).

Bien que la douleur aiguë puisse généralement être prise en charge à l'aide d'options non opioïdes et non pharmacologiques, un opioïde s'avère parfois l'option médicamenteuse la moins toxique lorsqu'une douleur aiguë intense survient chez des personnes âgées présentant d'autres problèmes de santé. Il est également possible que les opioïdes soient les médicaments à privilégier pour la DCNC chez certaines personnes âgées. Ce peut être le cas par exemple de celles qui prennent des opioïdes depuis de nombreuses années, chez qui une diminution minutieuse de la dose n'a pas fonctionné dans le passé et pour qui les bienfaits l'emportent sur les risques. En outre, certaines personnes souffrant d'une douleur aiguë peuvent avoir besoin d'une ordonnance d'opioïdes d'une durée plus longue que l'exemple donné dans la recommandation (p. ex., à la suite d'une chirurgie majeure ou chez un patient souffrant d'une arthropathie inflammatoire systémique).

Voici quelques autres remarques sur les médicaments pour le TUO :

Pour les jeunes adultes chez qui toutes les autres modalités thérapeutiques ont échoué, un traitement sous forme de diacétylmorphine (héroïne) injectable ou d'hydromorphone injectable, désignés collectivement sous le nom de traitement agoniste opioïde injectable (TAOi) est présentement offert sur le marché canadien à des fins de traitement palliatif du TUO. Nous n'avons trouvé aucune donnée sur l'utilisation du TAOi chez les personnes âgées. Le risque d'événements indésirables associés aux médicaments injectables augmente avec l'âge, tout comme l'immunosuppression et les problèmes de mobilité qui compliquent le déplacement pour les trois visites requises par jour à une clinique pour recevoir le TAOi. La Colombie-Britannique est présentement la seule province à offrir le TAOi et à le payer, le coût de ce traitement est plus élevé que pour tous les autres traitements par agonistes ou par antagonistes des opioïdes. En raison de tous les problèmes susmentionnés, nous ne pouvons pas recommander le TAOi chez les personnes âgées à ce moment-ci, et c'est pourquoi nous ne l'avons pas inclus dans les présentes lignes directrices.

Traitement psychosocial :

Bien qu'il n'y ait pas de données solides sur les interventions comportementales chez les personnes âgées souffrant d'un TUO, l'importance d'intégrer les soutiens psychosociaux est incontestable : les personnes âgées peuvent subir une accumulation de pertes (emploi, conjoint, parents, amis, rôle social, domicile) et peuvent avoir du mal à composer avec l'absence de soutien social (White et coll., 2009; Newson et coll., 2011). La question principale (I) au sujet des interventions psychosociales pour les personnes âgées souffrant d'un TUO apparaît ci-dessous avec les recommandations (27-31) qui y sont associées. Une autre question (J), ainsi qu'une recommandation finale (32), est fournie sur les aspects systémiques qui peuvent aider les personnes âgées à obtenir un traitement pour le TUO.

QUESTION I : Chez les personnes âgées, quelles interventions psychosociales sont efficaces pour traiter un TUO et améliorer les résultats?

RECOMMANDATION N° 27 :

Des interventions psychosociales doivent être offertes en même temps que des médicaments pour un TUO, à un rythme adapté à l'âge et aux besoins du patient, mais elles ne doivent pas être considérées comme une exigence obligatoire pour obtenir une pharmacothérapie. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Une revue Cochrane de 11 études comptant 1 592 participants est arrivée à la conclusion que l'ajout d'interventions psychosociales au traitement pharmacologique d'adultes (âgés de plus de 18 ans, âge moyen de 35 ans, 67,45 % d'hommes) était efficace en ce qui a trait au maintien en traitement, à la diminution de l'usage d'opioïdes pendant le traitement et au suivi et à l'amélioration du respect du traitement. Les interventions psychosociales étaient un mélange d'organisation des contingences (OC), de renforcement communautaire, de counseling psychothérapeutique, d'explication intensive du rôle du conseiller avec ou sans gestion de cas, de conseils et d'éducation sur les comportements à risque élevé, d'intervention d'alliance thérapeutique et de thérapie familiale (Amato et coll., 2011). Bien que les données probantes soient fondées sur une synthèse bien élaborée de qualité au minimum modérée, les résultats de cette synthèse ne s'appliquent qu'indirectement aux personnes âgées, et il est difficile de savoir quelle intervention, à l'exception de l'OC (dont nous parlerons plus loin dans la prochaine recommandation), est plus efficace que les autres. Il se peut que l'accès à une formation formelle en psychothérapie ou à des prestataires de soins qualifiés soit limité voire inexistant. Malgré ces limites, il est peu probable que l'ajout d'une intervention psychosociale ait des effets indésirables sur les résultats du traitement (Dugosh et coll., 2016).

En plus des interventions psychosociales, les programmes d'auto-assistance et de groupes de pairs sont souvent considérés comme des options pour offrir du soutien aux personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives en général. Le rôle des programmes d'auto-assistance n'a pas été évalué dans le cadre de la revue Cochrane susmentionnée. Une étude observationnelle menée sur une période de deux ans, portant majoritairement sur des hommes adultes souffrant d'un TUO, a montré une amélioration semblable du maintien en traitement et de la consommation d'opioïdes entre ceux suivant un traitement d'entretien à la méthadone et ceux suivant un programme des Douze Étapes (Khodabande et coll., 2012). D'autres auteurs ont suggéré de jumeler le programme des Douze Étapes et le traitement pharmacologique (Galanter, 2018). De même, la méditation de pleine conscience n'était pas comprise dans la revue Cochrane susmentionnée mais pourrait avoir un effet chez les adultes sur la diminution des symptômes de sevrage et des envies impérieuses ainsi que sur les conséquences

sur la santé (Grant et coll., 2017). Comme les méthodes d'auto-assistance et de pleine conscience n'ont pas été examinées chez les personnes âgées souffrant d'un TUD, il n'y a pas de données probantes directes pour permettre de formuler une recommandation à ce moment-ci.

RECOMMANDATION N° 28 :

L'organisation des contingences peut être offerte dans le cadre des programmes de traitement opioïde et utilisée si elle est acceptée par le patient. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

L'OC est une méthode de modification du comportement qui utilise des récompenses positives pour une modification saine du comportement (p. ex., privilège d'apporter le médicament à la maison ou bon alimentaire si les échantillons d'urine ne contiennent pas de substances interdites) et/ou des conséquences négatives pour les comportements indésirables (p. ex., perte du privilège d'apporter le médicament à la maison si l'échantillon d'urine contient des substances interdites). Des données probantes tirées de revues systématiques et de méta-analyses ont montré une diminution globale de l'utilisation d'opioïdes chez les patients participant à des interventions d'OC, comparativement soit au traitement d'entretien à la méthadone ou à une condition témoin (Griffith et coll., 2000; Prendergast et coll., 2006). L'OC était également associée à une augmentation de l'abstinence à court terme des opioïdes (Olmstead et Petry, 2009; Benishek et coll., 2014). Toutefois, l'OC ne conférait aucun effet supplémentaire sur la diminution de l'utilisation d'opioïdes chez les patients recevant un traitement d'entretien à la buprénorphine (Downey et coll., 2000; Petry et Martin, 2002; Chopra et coll., 2009; Ling et coll., 2013).

Les données probantes concernant l'OC ne s'appliquent qu'indirectement aux personnes âgées (étant donné que les études susmentionnées ont examiné l'OC chez des adultes). En outre, les études analysées présentaient des limites, comme l'absence d'évaluation de la qualité dans les études primaires et la présence de possibles effets confondants dans ces études. Si l'OC est utilisée, des ressources seront requises pour encourager le renforcement positif, ce qui pourrait imposer une limite supplémentaire à l'utilisation de l'OC dans cette population.

QUESTION J : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUD, quels sont les facteurs de traitement à prendre en compte pour les populations particulières (en particulier les Peuples autochtones)?

RECOMMANDATION N° 29 :

Les méthodes de guérison traditionnelles utilisées par les communautés autochtones peuvent être jumelées au traitement à la buprénorphine pour améliorer l'issue du traitement d'un TUD.

[Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : faible]

Des études ont montré qu'une approche intégrant les méthodes de guérison autochtones traditionnelles et le traitement d'entretien à la buprénorphine pouvait procurer des bienfaits chez les adultes. Dans le cadre d'une étude portant sur six communautés des Premières Nations de l'Ontario, l'association de la buprénorphine et des méthodes traditionnelles ont permis d'obtenir un taux de maintien en traitement exceptionnellement élevé ainsi que des résultats de tests d'urine indiquant l'absence de consommation d'opioïdes illicites (Mamakwa et coll., 2017). Aucun essai clinique à répartition aléatoire, revue systématique ou étude observationnelle n'a été réalisé dans ce domaine sur des personnes âgées. Il est peu probable que l'association de méthodes traditionnelles et pharmacologiques, même d'autres médicaments que la buprénorphine, entraîne des effets nocifs. Il est également possible qu'une approche alliant la prise en charge pharmacologique à des méthodes de guérison traditionnelles puisse être bénéfique pour d'autres groupes culturels. Certaines communautés n'ont pas accès à des services de prise en charge pharmacologique ou de guérison traditionnelle; il pourrait donc y avoir des obstacles à faire de cette recommandation une réalité.

Milieu :

Le milieu peut désigner aussi bien le milieu de traitement que le milieu de vie de la personne âgée.

QUESTION K : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUO, quelles sont les recommandations spécifiques au traitement pour les établissements qui ne sont pas en milieu communautaire?

RECOMMANDATION N° 30 :

S'ils en ont l'expérience, les cliniciens peuvent prendre en charge des personnes souffrant d'un TUO léger ou modéré. Cependant, pour les patients dont le trouble est plus grave ou complexe, il est recommandé que du personnel ou des équipes possédant des compétences avancées dans la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives soient accessibles pour soutenir les cliniciens et accroître leur capacité à prendre soin des patients dans tous les milieux. Le seuil justifiant l'admission d'une personne âgée à un centre hospitalier ou à un centre de traitement des problèmes de drogue ou d'alcool sous les soins d'une spécialiste médicale de la toxicomanie est plus bas que pour un adulte plus jeune. Un suivi plus étroit est également requis à la sortie du patient pour s'assurer que le soutien dans la communauté soit approprié.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les données provenant de lignes directrices sur les meilleures pratiques chez les adultes en santé (et par extension chez les personnes âgées) indiquent que si les patients prenant des analgésiques opioïdes ne répondent pas aux critères pour un TUO, on peut procéder efficacement à la diminution progressive des opioïdes en milieu de soins primaires ou de soins médicaux spécialisés (Le Roux et coll., 2016).

L'intégration du traitement de la dépendance aux soins de santé généraux est déficiente dans plusieurs domaines, ce qui rend intrinsèquement difficile le traitement du TUO dans une population vieillissante souffrant de problèmes cliniques d'une complexité croissante (Rahul Rao et Roche, 2017). À mesure que les patients vieillissent, il est souvent plus urgent sur le plan clinique de traiter les complications médicales associées au trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (p. ex., déficit cognitif, troubles psychiatriques, défaillance viscérale, etc.) que de traiter le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives lui-même (Cicero et coll., 2012). Cette situation fait en sorte qu'il peut sembler plus économique et pratique de traiter les complications médicales, mais dans ce cas, il arrive souvent que le problème sous-jacent ne soit pas traité. L'intégration complète des services de traitement des dépendances aux services de soins primaires, gériatriques ou psychiatriques est nécessaire pour traiter efficacement cette population. De plus, la compréhension des facteurs entraînant un TUO chez les personnes

âgées pourrait permettre d'élaborer des programmes de dépistage précoce ou des interventions adaptées spécifiquement à la gestion de la crise des opioïdes dans cette population (Huhn et coll., 2018).

RECOMMANDATION N° 31 :

Les personnes âgées qui souffrent d'un TUO et qui sont admises dans un centre hospitalier, un centre de traitement des problèmes de drogue et d'alcool ou dans un établissement non médical où des soins médicaux sont offerts (p. ex., prisons, refuges) doivent recevoir un traitement agoniste opioïde au début du sevrage (préférentiellement en l'espace de 1-3 jours), de même qu'un traitement pharmacologique de transition à la sortie avec confirmation du transfert des soins.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Plusieurs lignes directrices de pratique clinique recommandent fortement de traiter les patients adultes souffrant d'un TUO par la prise en charge médicale axée sur la dépendance uniquement ou en association avec d'autres interventions psychosociales dans divers milieux (Mattick et coll., 2003; Bao et coll., 2009; Mattick et coll., 2009; Fareed et coll., 2012; Mattick et coll., 2014; VA et DoD, 2015). La prescription de la méthadone peut être restreinte dans divers territoires, alors que la buprénorphine peut être plus facilement prescrite par les médecins en cabinet, y compris en milieu de soins primaires, en clinique externe de traitement spécialisé, en clinique de santé mentale et dans d'autres milieux de traitement.

La personnalisation du milieu de traitement en fonction des besoins et des préférences du patient (p. ex., militaire en service) entraîne des résultats optimaux. Des études ont révélé que les médicaments pour traiter le TUO sont efficaces dans le cadre de programmes agréés de traitement opioïde, dans les milieux de médecine générale et dans divers milieux communautaires, et ce, pour différentes populations de patients, y compris les itinérants (Alford et coll., 2007) ou les personnes infectées au VIH (Neri et coll., 2005; Weiss et coll., 2011).

Malheureusement, de nombreuses personnes qui prenaient des médicaments pour un TUO avant leur arrestation sont forcées de s'en sevrer contre leur gré lorsqu'elles sont incarcérées, ce qui n'est pas recommandé. Malgré leur efficacité établie, les médicaments pour le TUO peuvent être difficiles à obtenir en milieu carcéral. Sur les 5 000 établissements correctionnels des États-Unis, moins de 40 offrent le traitement d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine (Giftos et Tesema, 2018). Le Service correctionnel du Canada (fédéral) et la plupart des établissements correctionnels provinciaux permettent la fourniture de méthadone et de buprénorphine, alors que les services correctionnels de la Colombie-Britannique offrent également la morphine orale à libération prolongée pour traiter les TUO. Il est rare que des prescriptions de transition vers la communauté soient offertes (Cheverie et coll., 2010). Le taux de rechute et le risque de surdose sont les plus élevés dans le mois suivant immédiatement la libération de prison. La

naltrexone n'a pas encore été intégrée dans la pharmacothérapie pour traiter les TUO dans les établissements correctionnels du Canada, malgré les données montrant qu'elle est bénéfique avant et après la libération (Magura et coll., 2009).

QUESTION 1 : Pour les personnes âgées souffrant d'un TUO, quels facteurs systémiques favorisent le rétablissement?

RECOMMANDATION N° 32 :

Le coût du traitement pharmacologique ou non pharmacologique recommandé par un médecin pour un TUO chez les personnes âgées devrait être couvert par le régime public d'assurance-maladie.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Selon les principes d'intégralité et d'universalité énoncés dans la Loi canadienne sur la santé, une personne a le droit, lorsqu'elle est malade, à un traitement juste et équitable et à l'accès en temps opportun au système public de soins. Le TUO est reconnu comme un trouble médical chronique caractérisé par des symptômes bien définis, et les modalités de traitement de ce trouble se sont avérées efficaces. Nous préconisons donc que des soins soient offerts aux personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, et du TUO en particulier, et que ces soins soient payés par les programmes publics de santé fédéral et provinciaux, comme c'est le cas pour tout autre trouble médical chronique (c.-à-d. le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique et la coronaropathie).

Au Canada, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont l'un des seuls troubles médicaux chroniques pour lesquels le patient est obligé de payer une partie ou la totalité de son traitement. Par exemple, le remboursement peut varier selon l'âge du patient et selon la province, certains médicaments clés sont rarement remboursés (p. ex., la naltrexone) et les patients doivent souvent payer les traitements comportementaux (p. ex., soins de haute qualité en établissement, qui sont adaptés à l'âge) de leur poche sans garantie de remboursement par le régime d'assurance-maladie provincial. La recommandation à l'effet que le système public de soins de santé du Canada devrait payer pour ces traitements a des fondements à la fois financiers (CCDUS et Institut canadien de recherche sur l'usage de substances [CISUR], 2018) et éthiques (VA et DoD, 2015; RCP, 2015; HSE, 2016; Bruneau et coll., 2018).

Un document récent (CCDUS et CISUR, 2018) a souligné qu'en 2014, les coûts de soins de santé liés à l'usage de substances s'élevaient à 11,1 milliards de dollars au Canada. Ces coûts étaient associés aux hospitalisations, aux épisodes de chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, au traitement spécialisé des troubles liés à l'usage de substances, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance. Bien que la consommation d'alcool et de tabac ait contribué à plus de 90 % de ces coûts, les coûts des soins de

santé liés aux opioïdes, qui s'élevaient à 313 millions de dollars, représentaient le troisième montant en importance. Comme les personnes âgées nécessitent davantage de soins médicaux et sont plus fréquemment hospitalisées que les personnes plus jeunes, le montant qui leur est attribuable est probablement considérable. L'établissement d'un diagnostic et le traitement complet d'un TUO en temps opportun (diagnostic et intervention précoces) permettraient de réduire, comme pour tout autre trouble médical chronique, l'incidence de maladie grave de stade avancé et, par conséquent, les hospitalisations coûteuses qui sont généralement requises pour la prise en charge d'une morbidité avancée.

Discussion

La libéralisation de la prescription des opioïdes a entraîné un changement important de la démographie des gens souffrant d'un TUO. L'utilisation excessive des médicaments de ce type a amené une nouvelle génération de patients souffrant d'un TUO que la littérature médicale antérieure ne décrivait pas bien, soit les personnes âgées. Les tendances indiquent une hausse du taux de TUO et de la nécessité de subir un traitement chez les personnes âgées, autant en raison des opioïdes pris sur ordonnance que sans ordonnance (Carew et Comiskey, 2018; Huhn et coll., 2018). Par exemple, au Canada, 21,5 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été émises en 2016, comparativement à 20,2 millions en 2002 (ICIS, 2018c). Le même rapport canadien indique qu'une personne âgée sur huit à qui l'on a prescrit un opioïde a reçu un opioïde puissant (défini comme étant l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine ou le fentanyl) pour une durée prolongée (plus de 90 jours) (ibid.).

La littérature médicale actuelle fait état qu'une grande proportion (44,2 %) des patients souffrant d'un TUO ont commencé à utiliser des opioïdes après avoir reçu une prescription vraisemblablement pour traiter la douleur (Bawor et coll., 2015). Les personnes âgées sont plus susceptibles de recevoir une prescription d'opioïdes que les groupes d'âge inférieur et sont donc exposées à un risque important de TUO (ICIS, 2018c). Une tendance semblable a également été observée aux États-Unis, où les données d'assurance d'un grand nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus montrent que celles-ci reçoivent de plus en plus de prescriptions d'opioïdes (prévalence d'utilisation annuelle de 27 %) pour une durée de plus en plus longue (Jeffery et coll., 2018).

Malgré le nombre croissant de personnes âgées souffrant d'un TUO, la plupart des lignes directrices antérieures sur la prise en charge du TUO ne s'appliquent pas directement à cette population, et il n'y a aucun essai clinique sur le traitement du TUO chez les personnes âgées. En outre, comme la définition de « personnes âgées » varie, il est difficile de trouver des études qui portent spécifiquement sur les personnes âgées de 65 ans ou plus. La plupart des lignes directrices antérieures s'appliquaient donc mal aux personnes âgées et ne donnaient à cette population et aux fournisseurs de soins qui les traitent aucune indication pour orienter la prise en charge.

Orientations futures

Étant donné le nombre croissant de personnes âgées souffrant d'un TUO et la crise des opioïdes actuelle, il y a un besoin urgent d'avoir des lignes directrices pragmatiques qui s'appliquent aux personnes âgées. Les présentes lignes directrices, nouvellement rédigées, sont fondées sur une revue approfondie et systématique de la littérature médicale ainsi que sur des lignes directrices existantes sur les opioïdes s'adressant aux adultes, de même que sur un ensemble de lignes directrices visant les personnes âgées mais ne portant pas spécifiquement sur l'utilisation des opioïdes.

Nos lignes directrices sont le résultat d'un effort systématique visant à extraire les données probantes de la littérature médicale, en tenant compte du contexte, de l'expertise de gens travaillant auprès des personnes âgées ainsi que des commentaires de personnes ayant une expérience vécue et des membres de l'équipe multidisciplinaire de rédaction des lignes directrices. Ces lignes directrices émettent 32 recommandations abordant des aspects de la gestion des opioïdes comme la prévention, le dépistage, l'évaluation, le traitement pharmacologique, les interventions psychosociales, le milieu de traitement et les étapes vers le rétablissement. Chaque section est appuyée par des références et chaque recommandation a été évaluée à l'aide du modèle de classement GRADE. Les points forts de ces lignes directrices sont l'approche systématique utilisée, les conseils pragmatiques et les éléments de prise en charge globale du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Bon nombre des recommandations émises sont compatibles avec deux autres ensembles de lignes directrices canadiennes récemment publiées sur le traitement du TUO chez les adultes (Bruneau et coll., 2018; Korownyk et coll., 2019).

L'élaboration des présentes lignes directrices a posé de nombreux défis, dont le plus important était l'absence de données probantes directes pour orienter les lignes directrices sur l'efficacité potentielle ou réelle des traitements actuels dans la population concernée. Même les essais à répartition aléatoire menés sur des adultes (définis comme étant âgés de 18 ou plus) d'où sont tirées les données probantes existantes excluent souvent les patients présentant des comorbidités médicales ou psychiatriques (Dennis et coll., 2015), qui sont susceptibles d'être présentes chez les personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (Druss, 2017). Les personnes âgées sont souvent plus susceptibles de souffrir d'un ensemble de problèmes médicaux et sociaux et il est donc peu probable qu'elles soient incluses dans ce type d'essais cliniques portant sur les adultes. Par conséquent, malgré tous nos efforts visant à trouver des sources directes pour orienter les lignes directrices en fonction de la population d'intérêt, les actions recommandées restent limitées en raison du manque de données primaires.

L'absence d'une définition uniforme du bon résultat ou de la réussite du traitement dans le contexte du TUO constitue un autre facteur limitant. Il y a également un débat sur le seuil d'âge à utiliser pour définir ce qu'est une personne âgée. Enfin, il y a peu de données et de résultats empiriques sur la prise en charge du TUO dans les populations particulières en ce qui a trait à l'orientation sexuelle, au sexe et à l'appartenance à un groupe ethnique.

Des études portant sur les personnes âgées sont requises pour fournir des données empiriques sur l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychosociaux dans ce groupe de sujets. L'inclusion délibérée de sous-groupes dans ces études fournira des données pour permettre aux lignes directrices futures d'améliorer leur validité externe. Des études seront requises dans le futur pour définir des objectifs de traitement significatifs et importants pour le patient. Par ailleurs, le rôle des groupes d'entraide reste à définir. Des données canadiennes sur le taux d'utilisation des opioïdes et le taux de TUO chez les personnes âgées ainsi que sur le taux de surdose et de mortalité sont requises, afin d'élaborer des stratégies de prévention ciblées et de tester l'efficacité du traitement du TUO et de l'atténuation de la surdose d'opioïdes.

Conclusion

Les personnes âgées sont sujettes aux conséquences néfastes de l'utilisation d'opioïdes sur la santé, et un nombre croissant d'entre elles présentent un TUO. Il y a un besoin grandissant d'avoir des lignes directrices sur la gestion des opioïdes chez les personnes âgées en raison du vieillissement de la population du Canada. Les présentes lignes directrices sont conçues pour aider à la prévention, au dépistage et à l'évaluation du TUO chez les personnes âgées et pour aider au traitement de celles qui souffrent déjà de ce trouble. Ces lignes directrices visent à offrir une orientation et des conseils d'importance clinique, fondés sur des données probantes, sur la façon de prendre en charge les patients âgés souffrant d'un TUO. Nous espérons que les praticiens trouveront cet outil d'aide clinique utile et pratique et que la communauté dans son ensemble y verra une ressource éducative précieuse.

Références

- Abdulla, A. et coll. (2013). Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing*, 42(2) : 151-153. doi:10.1093/ageing/afs199
- Alam, A. et coll. (2012). Long-term analgesic use after low-risk surgery: a retrospective cohort study. *Arch Intern Med*, 172(5) : 425-430. doi:10.1001/archinternmed.2011.1827
- Alford, D. P. et coll. (2007). Treating homeless opioid dependent patients with buprenorphine in an office-based setting. *J Gen Intern Med*, 22(2) : 171-176. doi:10.1007/s11606-006-0023-1
- Amato, L. et coll. (2013). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*(2) : Cd003409. doi:10.1002/14651858.CD003409.pub4
- Amato, L. et coll. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(10) : CD004147. doi:10.1002/14651858.CD004147.pub4
- American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med*, 10(6) : 1062-1083. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00699.x
- American Geriatrics Society (AGS). (2002). The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 50(6 Suppl.) : S205-S224.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2015). *The ASAM national practice guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use*. Tiré du site <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>
- The ASAM Essentials of Addiction Medicine*. (2015). (A. Herron et T. K. Brennan. éd. 2^e éd.). New York, NY, Lippincott Williams & Wilkins.
- The ASAM Handbook of Addiction Medicine*. (2015). (D. Rastegar et M. Fingerhood, éd.). New York, NY, Lippincott Williams & Wilkins.
- The ASAM Principles of Addiction Medicine*. (2009). (R. R. S. Miller et D. Fiellin. éd. 4^e éd.). Philadelphie, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Astyrakaki, E. et coll. (2010). References to anesthesia, pain, and analgesia in the Hippocratic Collection. *Anesth Analg*, 110(1) : 188-194. doi:10.1213/ane.0b013e3181b188c2
- Bachi, K. et coll. (2017). Is biological aging accelerated in drug addiction? *Curr Opin Behav Sci*, 13 : 34-39. doi:10.1016/j.cobeha.2016.09.007
- Baldini, A. et coll. (2012). A Review of Potential Adverse Effects of Long-Term Opioid Therapy: A Practitioner's Guide. *Prim Care Companion CNS Disord*, 14(3). doi:10.4088/PCC.11m01326
- Baldwin, N. et coll. (2018). Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: An observational analysis. *Drug Alcohol Depend*, 185 : 322-327. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.12.032
- Bao, Y. P. et coll. (2009). A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing strategy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 35(1) : 28-33. doi:10.1080/00952990802342899
- Bastos, F. I. et Strathdee, S. A. (2000). Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Soc Sci Med*, 51(12) : 1771-1782.
- Bawor, M. et coll. (2015). Sex differences in substance use, health, and social functioning among opioid users receiving methadone treatment: a multicenter cohort study. *Biol Sex Differ*, 6 : 21. doi:10.1186/s13293-015-0038-6
- BC Centre on Substance Use (BCCSU) et Ministère de la Santé de la C.-B. (2017). *A guideline for the clinical management of Opioid Use Disorder*. Tiré du site http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OD-Guidelines_June2017.pdf
- Becker, W. C. et coll. (2013). Instruments to assess patient-reported safety, efficacy, or misuse of current opioid therapy for chronic pain: a systematic review. *Pain*, 154(6) : 905-916. doi:10.1016/j.pain.2013.02.031
- Benishek, L. A. et coll. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta-analysis. *Addiction*, 109(9) : 1426-1436. doi:10.1111/add.12589
- Berna, C. et coll. (2015). Tapering Long-term Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain: Evidence and Recommendations for Everyday Practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(6) : 828-842. doi:10.1016/j.mayocp.2015.04.003
- Bhatia, U. et coll. (2015). Recent advances in treatment for older people with substance use problems: An updated systematic and narrative review. *European Geriatric Medicine*, 6(6) : 580-586. doi:10.1016/j.eurger.2015.07.001

- Blazer, D. G. et Wu, L. T. (2009). Nonprescription use of pain relievers by middle-aged and elderly community-living adults: National Survey on Drug Use and Health. *J Am Geriatr Soc*, 57(7) : 1252-1257. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02306.x
- Bozinoff, N. et coll. (2018). Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated persons with opioid use disorder in Vancouver, Canada. *Drug Alcohol Depend*, 193 : 42-47. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.09.003
- Brouwers, M. C. et coll. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*, 182(18) : E839-E842. doi:10.1503/cmaj.090449
- Brozek, J. L. et coll. (2011). Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines part 3 of 3. The GRADE approach to developing recommendations. *Allergy*, 66(5) : 588-595. doi:10.1111/j.1398-9995.2010.02530.x
- Bruneau, J. et coll. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, 190(9) : E247-E257. doi:10.1503/cmaj.170958. Tiré du site https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf
- Burgos-Chapman, I. et coll. (2016). Abuse of opioids and prescription medications. Dans : M. Sullivan (éd.), *Addiction in the Older Patient* (pp. 105-137). Londres, Oxford University Press.
- Busse, J. W. et coll. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 189(18) : E659-E666. doi:10.1503/cmaj.170363. Tiré du site http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioidmanager/opioid_manager_download.html?appSession=18T6QC7XCFD8476F3PE1SF12D37085D82Z4133C6E197701EV8K0504U4048KEQ517C9SJC67L669895RED6E13OPX4VPUBCC01HNP1I263NPHTCR7RA11LOEA83D33P
- Busse, J. W. et coll. (2016). Addressing the limitations of the CDC guideline for prescribing opioids for chronic noncancer pain. *CMAJ*, 188(17-18) : 1210-1211. doi:10.1503/cmaj.161023
- Busse, J. W. et coll. (2018). Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 320(23) : 2448-2460. doi:10.1001/jama.2018.18472;
- Campbell, G. et coll. (2018). Effect of cannabis use in people with chronic non-cancer pain prescribed opioids: findings from a 4-year prospective cohort study. *Lancet Public Health*, 3(7) : e341-e350. doi:10.1016/s2468-2667(18)30110-5
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). (2011). *L'association d'une benzodiazépine et d'un opiacé : examen des données probantes sur l'innocuité (en anglais)*. Tiré du site https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/sept-2011/RC0299_Benzodiazepines_final.pdf
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2016). *Protocole thérapeutique de la sensibilisation au rétablissement pour les personnes âgées (de 65 ans et plus) subissant les méfaits de psychotropes sur ordonnance*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Care-Pathways-Older-Adult-Prescription-Drug-Treatment-Online-2016-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2018). *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Tiré du site <https://www.ccsa.ca/fr/meilleure-qualite-de-vie-usage-de-substances-et-vieillessement-rapport>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018a). *Baisse de la quantité d'opioïdes délivrés au Canada et hausse du nombre d'ordonnances*. Tiré du site <https://www.cihi.ca/fr/baisse-de-la-quantite-dopioïdes-delivres-au-canada-et-hausse-du-nombre-dordonnances>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018b). *Base de données sur la morbidité hospitalière*. Tiré du site <https://www.cihi.ca/fr/base-de-donnees-sur-la-morbidite-hospitaliere>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018c). *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017*. Tiré du site <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-prescribing-june2018-fr-web.pdf>
- Association des pharmaciens du Canada. (2016). *Opioid action plan*. Tiré du site https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/CPhA_OpioidActionPlan-18Nov16.pdf
- Canfield, M. C. et coll. (2010). Prescription opioid use among patients seeking treatment for opioid dependence. *J Addict Med*, 4(2) : 108-113. doi:10.1097/ADM.0b013e3181b5a713
- Caputi, T. L. et Humphreys, K. (2018). Medical Marijuana Users are More Likely to Use Prescription Drugs Medically and Nonmedically. *J Addict Med*, 12(4) : 295-299. doi:10.1097/adm.0000000000000405
- Carew, A. M. et Comiskey, C. (2018). Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review. *Drug Alcohol Depend*, 182 : 48-57. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.10.007

- Carman, T. et Adhopia, V. (2018). More than half a million prescription drugs are stolen each year - and most are opioids. Tiré du site <https://www.cbc.ca/news/canada/missing-drugs-pharmacies-part1-1.4708041>
- CCDUS et Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (CISUR). (2018). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-fr.pdf>
- Cheverie, M. et coll. (2010). *Traitement d'entretien à la buprénorphine pour les détenus ayant une dépendance aux opiacés*. Tiré du site <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/b48-fra.pdf>
- Chopra, M. P. et coll. (2009). Buprenorphine medication versus voucher contingencies in promoting abstinence from opioids and cocaine. *Exp Clin Psychopharmacol*, 17(4) : 226-236. doi:10.1037/a0016597
- Chou, R. et coll. (2015). The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*, 162(4) : 276-286. doi:10.7326/M14-2559
- Cicero, T. J. et coll. (2012). Patterns of prescription opioid abuse and comorbidity in an aging treatment population. *J Subst Abuse Treat*, 42(1) : 87-94. doi:10.1016/j.jsat.2011.07.003
- College of Physicians and Surgeons of British Columbia (CPSBC). (2016). *Professional standards and guidelines: Safe prescribing of drugs with potential for misuse/diversion*. Tiré du site <https://www.csam-smca.org/wp-content/uploads/2016/11/PSG-Safe-Prescribing.pdf>
- Compton, W. M. et coll. (2015). Integrating Addiction Services Into General Medicine. *JAMA*, 314(22) : 2401-2402. doi:10.1001/jama.2015.12741
- Costello, M. et Thompson, S. (2015). Preventing Opioid Misuse and Potential Abuse: The Nurse's Role in Patient Education. *Pain Manag Nurs*, 16(4) : 515-519. doi:10.1016/j.pmn.2014.09.008
- D'Onofrio, G. et coll. (2015). Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA*, 313(16) : 1636-1644. doi:10.1001/jama.2015.3474
- Daitch, D. et coll. (2014). Conversion from high-dose full-opioid agonists to sublingual buprenorphine reduces pain scores and improves quality of life for chronic pain patients. *Pain Med*, 15(12) : 2087-2094. doi:10.1111/pme.12520
- Degenhardt, L. et Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810) : 55-70. doi:10.1016/s0140-6736(11)61138-0
- Dennis, B. B. et coll. (2015). Opioid substitution and antagonist therapy trials exclude the common addiction patient: a systematic review and analysis of eligibility criteria. *Trials*, 16(1) : 475. doi:10.1186/s13063-015-0942-4
- Denton, F. T. et Spencer, B. G. (2010). Chronic health conditions: changing prevalence in an aging population and some implications for the delivery of health care services. *Can J Aging*, 29(1) : 11-21. doi:10.1017/s0714980809990390
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (VA & DoD). (2015). *Clinical practice guideline for the management of Substance Use Disorders*. Tiré du site <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/sud/>
- DeVido, J. et coll. (2018). Substance use disorders in later life. Dans : A. Hategan et A. B. C. H. H. C. Giroux (éd.), *Geriatric Psychiatry: A case-based textbook* (pp. 319-343). New York, NY, Springer International Publishing.
- Dormandy, T. (2012). *Opium: Reality's Dark Dream* (1st ed.). New Haven, Connecticut, Yale University Press.
- Dowell, D. et coll. (2016). CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*, 65(1) : 1-49. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1
- Downey, K. K. et coll. (2000). Treatment of heroin-dependent poly-drug abusers with contingency management and buprenorphine maintenance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(2) : 176-184. doi:10.1037/1064-1297.8.2.176
- Draper, B. et coll. (2015). Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *Int Psychogeriatr*, 27(1) : 157-166. doi:10.1017/S1041610214002014
- Druss, B. G. (2017). Cumulative burden of comorbid mental disorders, substance use disorders, chronic medical conditions, and poverty on health among adults in the U.S.A. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6) : 727-735. doi:10.1080/13548506.2016.1227855
- Dugosh, K. et coll. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *J Addict Med*, 10(2) : 93-103. doi:10.1097/adm.0000000000000193
- Durbin, A. et coll. (2016). Barriers and Enablers to Integrating Mental Health into Primary Care: A Policy Analysis. *J Behav Health Serv Res*, 43(1) : 127-139. doi:10.1007/s11414-013-9359-6

- Falcon, E. et coll. (2016). Antidepressant-like Effects of Buprenorphine are Mediated by Kappa Opioid Receptors. *Neuropsychopharmacology*, 41(9) : 2344-2351. doi:10.1038/npp.2016.38
- Fareed, A. et coll. (2009). Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. *J Psychiatr Pract*, 15(3) : 227-234. doi:10.1097/01.pra.0000351884.83377.e2
- Fareed, A. et coll. (2012). Effect of buprenorphine dose on treatment outcome. *J Addict Dis*, 31(1) : 8-18. doi:10.1080/10550887.2011.642758
- Fiellin, D. A. et coll. (2014). Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 174(12) : 1947-1954. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5302
- Firoz, S. et Carlson, G. (2004). Characteristics and Treatment Outcome of Older Methadone-Maintenance Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(5) : 539-541. doi:10.1097/00019442-200409000-00015
- Furlan, A. D. et coll. (2010). Opioids for chronic noncancer pain: a new Canadian practice guideline. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 182(9) : 923-930. doi:10.1503/cmaj.100187
- Galanter, M. (2018). Combining medically assisted treatment and Twelve-Step programming: a perspective and review. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 44(2) : 151-159. doi:10.1080/00952990.2017.1306747
- Gfroerer, J. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2) : 127-135. doi:10.1016/s0376-8716(02)00307-1
- Giftos, J. et Tesema, L. (2018, hiver 2018). WHEN LESS IS MORE: Reforming the Criminal Justice Response to the Opioid Epidemic. *Judges Journal*, 57 : 28+.
- Gomes, T. et coll. (2018). Contributions of prescribed and non-prescribed opioids to opioid related deaths: population based cohort study in Ontario, Canada. *BMJ (Clinical research ed.)*, 362 : k3207-k3207. doi:10.1136/bmj.k3207
- Gouvernement du Canada. (2019). Déclaration de la perte ou du vol de substances désignées, de précurseurs et de cannabis. Tiré du site <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/perte-vol-substances-controlees-precurseurs.html>
- Gowing, L. et coll. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*, 2 : Cd002025. doi:10.1002/14651858.CD002025.pub5
- Gowing, L. et coll. (2016). Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD002024.pub5
- Grant, S. et coll. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med*, 11(5) : 386-396. doi:10.1097/adm.0000000000000338
- Grella, C. E. et Lovinger, K. (2011). 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. *Drug Alcohol Depend*, 118(2-3) : 251-258. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.04.004
- Griessinger, N. et coll. (2005). Transdermal buprenorphine in clinical practice – a post-marketing surveillance study in 13 179 patients. *Current Medical Research and Opinion*, 21(8) : 1147-1156. doi:10.1185/030079905X53315
- Griffith, J. D. et coll. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 58(1-2) : 55-66.
- Guerriero, F. (2017). Guidance on opioids prescribing for the management of persistent non-cancer pain in older adults. *World J Clin Cases*, 5(3) : 73-81. doi:10.12998/wjcc.v5.i3.73
- Guidelines International Network. (2016). ADAPTE Collaboration. Tiré du site <https://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation>
- Guo, S. et coll. (2010). Monthly take-home methadone maintenance regime for elderly opium-dependent users in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 39(6) : 429-434.
- Gupta, D. K. et Avram, M. J. (2012). Rational opioid dosing in the elderly: dose and dosing interval when initiating opioid therapy. *Clin Pharmacol Ther*, 91(2) : 339-343. doi:10.1038/clpt.2011.307
- Guyatt, G. H. et coll. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650) : 924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
- Haight, B. R. et coll. (2019). Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multi-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*, 393(10173) : 778-790. doi:10.1016/s0140-6736(18)32259-1

- Hämmig, R. et coll. (2016). Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. *Substance abuse and rehabilitation*, 7 : 99-105. doi:10.2147/SAR.S109919. Tiré du site <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27499655>
- Han, B. et coll. (2015). Demographic Trends of Adults in New York City Opioid Treatment Programs--An Aging Population. *Subst Use Misuse*, 50(13) : 1660-1667. doi:10.3109/10826084.2015.1027929
- Hassan, A. N. et coll. (2017). Management of mood and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist therapy: Review and meta-analysis. *Am J Addict*, 26(6) : 551-563. doi:10.1111/ajad.12581
- Hassell, C. et coll. (2017). Pharmacology of Geriatric Substance Use Disorders: Considerations and Future Directions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(1) : 102-115. doi:10.1007/s40501-017-0107-z
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). (2018). *Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë – Soins destinés aux personnes de 15 ans et plus*. Tiré du site <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-acute-pain-clinician-guide-fr.pdf>
- Health Service Executive (HSE). (2016). *Clinical guidelines for opioid substitution treatment*. Tiré du site <https://www.hse.ie/eng/services/publications/primary/clinical-guidelines-for-opioid-substitution-treatment.pdf>
- Hernandez, I. et coll. (2018). Exposure-Response Association Between Concurrent Opioid and Benzodiazepine Use and Risk of Opioid-Related Overdose in Medicare Part D Beneficiaries Association Between Concurrent Opioid-Benzodiazepine Use and Risk of Opioid-Related Overdose Association Between Concurrent Opioid-Benzodiazepine Use and Risk of Opioid-Related Overdose. *JAMA Network Open*, 1(2) : e180919-e180919. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0919
- Hess, M. et coll. (2011). Transdermal buprenorphine to switch patients from higher dose methadone to buprenorphine without severe withdrawal symptoms. *Am J Addict*, 20(5) : 480-481. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00159.x. Tiré du site <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838850>
- Hooten, W. M. et coll. (2015). Opioid-induced hyperalgesia in community-dwelling adults with chronic pain. *Pain*, 156(6) : 1145-1152. doi:10.1097/j.pain.0000000000000170
- Hser, Y. I. et coll. (2007). Trajectories of heroin addiction: growth mixture modeling results based on a 33-year follow-up study. *Eval Rev*, 31(6) : 548-563. doi:10.1177/0193841x07307315
- Huhn, A. S. et coll. (2018). A hidden aspect of the U.S. opioid crisis: Rise in first-time treatment admissions for older adults with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*, 193 : 142-147. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.10.002
- Humphreys, K. et Saitz, R. (2019). Should Physicians Recommend Replacing Opioids With Cannabis? *JAMA*. doi:10.1001/jama.2019.0077
- Inciardi, J. A. et coll. (2009). Prescription Opioid Abuse and Diversion in an Urban Community: The Results of an Ultrarapid Assessment. *Pain Medicine*, 10(3) : 537-548. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00603.x
- Inturrisi, C. et coll. (2018). Opioid Analgesics. Dans : J. Ballantyne, S. Fishman et J. Rathmell (éd.), *Bonica's Management of Pain* (pp. 1333-1351). Philadelphie, PA, Lippincott Williams & Wilkins
- Jeffery, M. M. et coll. (2018). Trends in opioid use in commercially insured and Medicare Advantage populations in 2007-16: retrospective cohort study. *BMJ*, 362 : k2833. doi:10.1136/bmj.k2833
- Jinks, M. J. et Raschko, R. R. (1990). A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community-based elderly population. *DICP*, 24(10) : 971-975.
- Johannes, C. B. et coll. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain*, 11(11) : 1230-1239. doi:10.1016/j.jpain.2010.07.002
- Jukiewicz, D. A. et coll. (2017). Reviewing opioid use, monitoring, and legislature: Nursing perspectives. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4) : 430-436. doi:10.1016/j.ijnss.2017.09.001
- Kahan, M. (2016). *Management of alcohol use disorders, opioid prescribing, and opioid use disorders in primary care: A pocket reference for family physicians*. Tiré du site <https://www.portico.network.ca/documents/324069/365598/PCP+pocket+guide/279a0ded-d3a3-4173-9f5c-52c6190baab5>
- Kalapatapu, R. K. et Sullivan, M. A. (2010). Prescription use disorders in older adults. *Am J Addict*, 19(6) : 515-522. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00080.x
- Kerr, T. et coll. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet*, 366(9482) : 316-318. doi:10.1016/s0140-6736(05)66475-6
- Khodabandeh, F. et coll. (2012). *Comparison of the Efficacy of Methadone Maintenance Therapy vs. Narcotics Anonymous in the Treatment of Opioid Addiction: A 2-Year Survey*. *Int J Pharmacol* 8(5) : 445-449.

- Klimas, J. et coll. (2017). Barriers and facilitators to implementing addiction medicine fellowships: a qualitative study with fellows, medical students, residents and preceptors. *Addict Sci Clin Pract*, 12(1) : 21. doi:10.1186/s13722-017-0086-9
- Korownyk, C. et coll. (2019). Prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes en première ligne : Lignes directrices simplifiées de PEER. *Can Fam Physician*, 65(5) : e173-e184.
- Krebs, E. et coll. (2018). Cost-Effectiveness of Publicly Funded Treatment of Opioid Use Disorder in California. *Ann Intern Med*, 168(1) : 10-19. doi:10.7326/M17-0611
- Krebs, E. E. et coll. (2018). Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function. *JAMA*, 319(9) : 872-882. doi:10.1001/jama.2018.0899
- Kuerbis, A. et coll. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3) : 629-654. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008
- Kunøe, N. et coll. (2016). Design of a randomized controlled trial of extended-release naltrexone versus daily buprenorphine-naloxone for opioid dependence in Norway (NTX-SBX). *BMC pharmacology & toxicology*, 17(1) : 18-18. doi:10.1186/s40360-016-0061-1
- Larney, S. et coll. (2015). Mortality among older adults with opioid use disorders in the Veteran's Health Administration, 2000-2011. *Drug Alcohol Depend*, 147 : 32-37. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.12.019
- Larochelle, M. R. et coll. (2018). Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality: A Cohort Study. *Ann Intern Med*, 169(3) : 137-145. doi:10.7326/m17-3107
- Le Roux, C. et coll. (2016). Alcohol and Opioid Use Disorder in Older Adults: Neglected and Treatable Illnesses. *Curr Psychiatry Rep*, 18(9) : 87. doi:10.1007/s11920-016-0718-x
- Lee, J. D. et coll. (2018). Comparative effectiveness of extended-release naltrexone versus buprenorphine-naloxone for opioid relapse prevention (X:BOT): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*, 391(10118) : 309-318. doi:10.1016/S0140-6736(17)32812-X
- Lee, J. D. et coll. (2016). Extended-Release Naltrexone to Prevent Opioid Relapse in Criminal Justice Offenders. *N Engl J Med*, 374(13) : 1232-1242. doi:10.1056/NEJMoa1505409
- Lee, J. D. et coll. (2012). Buprenorphine-naloxone maintenance following release from jail. *Substance abuse*, 33(1) : 40-47. doi:10.1080/08897077.2011.620475
- Lee, J. D. et coll. (2016). NIDA Clinical Trials Network CTN-0051, Extended-Release Naltrexone vs. Buprenorphine for Opioid Treatment (X:BOT): Study design and rationale. *Contemp Clin Trials*, 50 : 253-264. doi:10.1016/j.cct.2016.08.004
- Ling, W. et coll. (2013). Comparison of behavioral treatment conditions in buprenorphine maintenance. *Addiction*, 108(10) : 1788-1798. doi:10.1111/add.12266
- Ling, W. et coll. (2019). Patient-centered Outcomes in Participants of a Buprenorphine Monthly Depot (BUP-XR) Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter, Phase 3 Study. *J Addict Med*. doi:10.1097/adm.0000000000000517
- Lingford-Hughes, A. R. et coll. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*, 26(7) : 899-952. doi:10.1177/0269881112444324
- Lofwall, M. R. et coll. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *J Subst Abuse Treat*, 28(3) : 265-272. doi:10.1016/j.jsat.2005.01.007
- Lofwall, M. R. et coll. (2018). Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 178(6) : 764-773. doi:10.1001/jamainternmed.2018.1052
- Loreck, D. et coll. (2016). Managing Opioid Abuse in Older Adults: Clinical Considerations and Challenges. *J Gerontol Nurs*, 42(4) : 10-15. doi:10.3928/00989134-20160314-04
- Luoma, J. B. et coll. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*, 32(7) : 1331-1346. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- Magura, S. et coll. (2009). Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*, 99(1-3) : 222-230. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.08.006
- Malec, M. et Shega, J. W. (2015). Pain management in the elderly. *Med Clin North Am*, 99(2) : 337-350. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.007

- Mamakwa, S. et coll. (2017). Évaluation des programmes communautaires de buprénorphine dans 6 collectivités isolées des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario : Une étude raaaétropective. *Can Fam Physician*, 63(2) : 137-145.
- Manworren, R. C. et Gilson, A. M. (2015). Nurses' Role in Preventing Prescription Opioid Diversion. *Am J Nurs*, 115(8) : 34-40; quiz 41. doi:10.1097/01.Naj.0000470398.43930.10
- Mao, J. (2002). Opioid-induced abnormal pain sensitivity: implications in clinical opioid therapy. *Pain*, 100(3) : 213-217.
- Maree, R. D. et coll. (2016). A Systematic Review of Opioid and Benzodiazepine Misuse in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 24(11) : 949-963. doi:10.1016/j.jagp.2016.06.003
- Martucci, C. et coll. (2004). Chronic fentanyl or buprenorphine infusion in the mouse: similar analgesic profile but different effects on immune responses. *Pain*, 110(1-2) : 385-392. doi:10.1016/j.pain.2004.04.020
- Mattick, R. P. et coll. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(2) : Cd002209. doi:10.1002/14651858.Cd002209
- Mattick, R. P. et coll. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(3) : CD002209. doi:10.1002/14651858.CD002209.pub2
- Mattick, R. P. et coll. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(2) : CD002207. doi:10.1002/14651858.CD002207.pub4
- Minozzi, S. et coll. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(4) : CD001333. doi:10.1002/14651858.CD001333.pub4
- Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (NICE). (2018). *The invisible epidemic: A spotlight on the opioid crisis among seniors - A scoping review of the literature*. Tiré du site <file:///C:/Users/user/Downloads/CIHR%20Scoping%20Review%20-Final%20Version%20August%2021%202018.pdf>
- Neri, S. et coll. (2005). Randomized clinical trial to compare the effects of methadone and buprenorphine on the immune system in drug abusers. *Psychopharmacology (Berl)*, 179(3) : 700-704. doi:10.1007/s00213-005-2239-x
- Newson, R. S. et coll. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord*, 132(1-2) : 231-238. doi:10.1016/j.jad.2011.02.021
- Ng, J. et coll. (2017). Does evidence support supervised injection sites? *Can Fam Physician*, 63(11) : 866.
- Nosyk, B. et coll. (2012). Defining dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance treatment: results from a population-based retrospective cohort study. *Addiction*, 107(9) : 1621-1629. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03870.x
- Olmstead, T. A. et Petry, N. M. (2009). The cost-effectiveness of prize-based and voucher-based contingency management in a population of cocaine- or opioid-dependent outpatients. *Drug Alcohol Depend*, 102(1-3) : 108-115. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.02.005
- Park, J. et coll. (2011). Factor structure of pain medication questionnaire in community-dwelling older adults with chronic pain. *Pain Pract*, 11(4) : 314-324. doi:10.1111/j.1533-2500.2010.00422.x
- Pergolizzi, J. et coll. (2008). Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract*, 8(4) : 287-313. doi:10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x
- Petry, N. M. et Martin, B. (2002). Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid-abusing methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2) : 398-405. doi:10.1037/0022-006x.70.2.398
- Prendergast, M. et coll. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101(11) : 1546-1560. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x
- Raffa, R. et coll. (2014). The clinical analgesic efficacy of buprenorphine. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(6) : 577-583. doi:doi:10.1111/jcpt.12196
- Raffa, R. et Pergolizzi, J. (2013). Is Buprenorphine a 'partial agonist'? Preclinical and clinical evidence. *Practical Pain Management*, 13(8).
- Rao, R. et Crome, I. (2016). Assessment in the older patient. Dans : M. A. Sullivan et F. R. Levin (éd.), *Addiction in the Older Patient* (pp. 173-209). Oxford, R.-U., Oxford University Press.
- Rao, R. et Roche, A. (2017). Substance misuse in older people. *BMJ*, 358 : j3885. doi:10.1136/bmj.j3885
- Rieb, L. (2019). Assessment. Dans : A. Heron et T. Brennen (éd.), *The ASAM essentials of addiction medicine*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Rieb, L. et Wood, E. (2014). The Evolution of Addiction Medicine Education in British Columbia. *Canadian Journal of Addiction*, 5(3) : 17-20.
- Rieb, L. M. (2018). Extended-release naltrexone overlooked in opioid use disorders guideline. *Can Med Assoc J*, 190(28) : E862. doi:10.1503/cmaj.69411
- Rieb, L. M. et coll. (2016). Withdrawal-associated injury site pain (WISP): a descriptive case series of an opioid cessation phenomenon. *Pain*, 157(12) : 2865-2874. doi:10.1097/j.pain.0000000000000710
- Rieb, L. M. et coll. (2018). Linking opioid-induced hyperalgesia and withdrawal-associated injury site pain: a case report. *Pain Rep*, 3(3) : e648-e648. doi:10.1097/PR9.0000000000000648
- Riggins, D. P. et coll. (2017). Recent incarceration and buprenorphine maintenance treatment outcomes among human immunodeficiency virus-positive patients. *Subst Abuse*, 38(3) : 297-302. doi:10.1080/08897077.2016.1220443
- Rivat, C. et Ballantyne, J. (2016). The dark side of opioids in pain management: basic science explains clinical observation. *Pain Rep*, 1(2) : e570. doi:10.1097/pr9.0000000000000570
- Rosen, D. et coll. (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(6) : 488-497. doi:10.1097/JGP.0b013e31816ff35a
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (2017). *Prescribing drugs of dependence in general practice – Part C*. Tiré du site <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Opioid/Opioid-Guide-Summary.PDF>
- Royal College of Psychiatrists (RCP). (2015). *Substance misuse in older people: An information guide*. Tiré du site Web du RCP (Londres, R.-U.) :
- Rx Files. (2018). *Tapering opioids: How to explore and pursue the option for patients who stand to benefit*. Tiré du site <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioid-Tapering-Newsletter-Compilation.pdf>
- Saulle, R. et coll. (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 4 : Cd011983. doi:10.1002/14651858.CD011983.pub2
- Schepis, T. S. et coll. (2019). Prescription opioid and benzodiazepine misuse is associated with suicidal ideation in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(1) : 122-129. doi:10.1002/gps.4999
- Schofield, P. (2018). The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age Ageing*, 47(suppl_1) : i1-i22. doi:10.1093/ageing/afx192
- Schonfeld, L. et coll. (2015). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. *Am J Public Health*, 105(1) : 205-211. doi:10.2105/AJPH.2013.301859
- Shah, A. et coll. (2017). *Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use — United States, 2006–2015*. Tiré du site <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6610a1.htm>
- Statistique Canada. (2018). *Le Quotidien – Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1^{er} juillet 2018*. Tiré du site <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190125/dq190125a-fra.htm?indid=4236-2&indgeo=0>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Substance abuse among older adults: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no 26*. Tiré du site <http://lib.adaa.washington.edu/clearinghouse/downloads/TIP-26-Substance-Abuse-Among-Older-Adults-67.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). *Clinical guidelines for the use of Buprenorphine in the treatment of opioid addiction: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40*. Tiré du site <http://lib.adaa.washington.edu/clearinghouse/downloads/TIP-40-Clinical-Guidelines-for-the-Use-of-Buprenorphine-in-the-Treatment-of-Opioid-Addiction-54.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52)*. Tiré du site <https://www.samhsa.gov/data/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2018). *Medications for Opioid Use Disorder. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63*. Tiré du site <https://store.samhsa.gov/system/files/sma18-5063fulldoc.pdf>
- Substance use and older people*. (2015). (I. Crome, L. Wu, T. Rao et P. Crome, éd.). West Sussex, R.-U., John Wiley and Sons Inc.
- Sullivan, M. A. et Levin, F. R. (2016). Introduction. Dans : M. A. Sullivan et F. R. Levin (éd.), *Addiction in the older patient*. Oxford, R.-U., Oxford University Press.
- Sun, E. C. et coll. (2017). Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *BMJ*, 356 : j760. doi:10.1136/bmj.j760

- Tanum, L. et coll. (2017). Effectiveness of Injectable Extended-Release Naltrexone vs Daily Buprenorphine-Naloxone for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Noninferiority Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(12) : 1197-1205. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3206
- The College of Physicians & Surgeons of Ontario (CPSO). (2011). *Methadone Maintenance Treatment: Program standards and clinical guidelines*. Tiré du site <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/your-practice/quality-in-practice/assessments/mmt-guidelines.pdf>
- Uhl, G. et coll. (2019). *The neurobiology of addiction: Neurobiology of addiction*.
- United States Census Bureau. (2018, 21 août 2018). American Community Survey 2014 Data Release. Tiré du site <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/news/data-releases/2014.html>
- ONU DC. (2018). *Rapport mondial sur les drogues : Résumé analytique, conclusions et incidences stratégique*. Tiré du site https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_French.pdf
- Vaillant, G. (1995). *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Volkow, N. D. et coll. (2019). Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. *JAMA Psychiatry*, 76(2) : 208-216. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3126
- Volkow, N. D. et Koob, G. F. (2018). Drug Addiction: The neurobiology of motivation gone awry. Dans : S. C. Miller, R. N. S. Feillich et D.S. Rosenthal, R. (éd.), *The ASAM Principles of Addiction Medicine* (pp. 1-57). Hong Kong, Wolters Kluwer.
- Volkow, N. D. et McLellan, A. T. (2016). Opioid Abuse in Chronic Pain—Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*, 374(13) : 1253-1263. doi:10.1056/NEJMra1507771
- Walley, A. Y. et coll. (2013). Opioid overdose prevention with intranasal naloxone among people who take methadone. *J Subst Abuse Treat*, 44(2) : 241-247. doi:10.1016/j.jsat.2012.07.004
- Walley, A. Y. et coll. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *BMJ*, 346 : f174. doi:10.1136/bmj.f174
- Weiss, L. et coll. (2011). Integration of buprenorphine/naloxone treatment into HIV clinical care: lessons from the BHIVES collaborative. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 56 Suppl. 1 : S68-75. doi:10.1097/QAI.0b013e31820a8226
- White, A. M. et coll. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *Am J Public Health*, 99(10) : 1872-1878. doi:10.2105/ajph.2008.146894
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Tiré du site https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
- Wright, N. M. et coll. (2011). Comparison of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 61(593) : e772-e780. doi:10.3399/bjgp11X613106
- Wu, L. T. et Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health*, 23(3) : 481-504. doi:10.1177/0898264310386224

ccsmh.ca



Canadian Coalition
for Seniors' Mental Health

Coalition Canadienne pour
la Santé Mentale des
Personnes Âgées