



2024

MISE À JOUR DES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES

de l'Initiative Canadienne de Recherche sur l'Impact des Substances psychoactives

sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes



ICRIS

Initiative Canadienne de Recherche sur
les Impacts des Substances psychoactives



Reconnaissance du territoire

Le comité d'élaboration des lignes directrices tient à souligner respectueusement qu'une grande partie de la conception du présent document s'est déroulée à Tiohtià:ke, territoire traditionnel non cédé de la nation Kanien'kehá:ka et à Mi'kma'ki, territoire traditionnel non cédé de la nation Mi'kmaq. Les membres des comités de révision interne et externe vivent aux quatre coins de l'Île de la Tortue, territoire connu sous le nom de Canada, et nous reconnaissons que les peuples autochtones sont les gardiens traditionnels de cette terre.

Par ailleurs, nous reconnaissons que la criminalisation, l'institutionnalisation et la discrimination actuelles à l'égard des personnes qui consomment des drogues nuisent de manière disproportionnée aux peuples autochtones et que des efforts continus sont nécessaires pour démanteler les systèmes d'oppression coloniaux.

La réconciliation avec les Autochtones passe par des changements significatifs et pérennes du système de santé. Nous sommes déterminés à adopter des mesures constructives pour atteindre un tel objectif et offrir à toutes les personnes le soutien et les soins nécessaires, sans discrimination ou parti pris.

Auteurs et autres participants

Comité d'élaboration des lignes directrices

Équipe scientifique

Délégué clinique

Julie Bruneau, M.D., M. Sc.; médecin, Service de médecine des toxicomanies - Unité de soins, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; professeure, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal; Chaire de recherche du Canada en médecine des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada; chercheuse principale désignée, Pôle Québec de l'Initiative Canadienne de Recherche sur l'Impact des Substances psychoactives des Instituts de recherche en santé du Canada

Délégué scientifique

Igor Yakovenko, Ph. D.; psychologue agréé; psychologue clinicien, professeur adjoint, Département de psychologie, de neurosciences et de psychiatrie, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Rédaction médicale

Katuschia Germé, Ph. D.; agente de recherche clinique; Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Yvette Mukaneza, Ph. D.; agente de recherche clinique; Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Scientifiques et assistants

Jacob Belliveau, B. Sc.; coordinateur de laboratoire, Département de psychologie, de neuroscience et de psychiatrie, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Pacifique Bugingo, M. A.; agent de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marin Coignard, B. Sc.; stagiaire de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Khadijatou Ibrahima Dia, B. Sc.; assistante de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Ross Fraleigh, B. Sc.; stagiaire de recherche, Département de psychologie, de neuroscience et de psychiatrie, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Grace O'Connor, B. Sc.; stagiaire de recherche, Département de psychologie, de neuroscience et de psychiatrie, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Julia Saad, BSc; stagiaire de recherche, Département de psychologie, de neurosciences et de psychiatrie, université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Truman Wood-Lockyer, B. Sc.; stagiaire de recherche, Département de psychologie, de neuroscience et de psychiatrie, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Coordination

Noémie Harriet, M. A., M. Sc.; coordinatrice de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, QC

Manuela Mbacfou, M. Sc., CCRP; coordinatrice de la recherche clinique, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, QC

Aïssata Sako, M. Sc.; directrice de programme, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, QC

Spécialistes en médecine des toxicomanies

Paxton Bach, M.D., M. Sc., ABIM, FRCPC, FASAM; médecin spécialiste des dépendances, St. Paul's Hospital, Vancouver, C.-B.; professeur adjoint (milieu clinique), Département de médecine, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B. Co-directeur médical du British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU); directeur du Programme de bourses de recherche en médecine clinique des dépendances du BCCSU

Thomas Brothers, M.D., Ph. D., FRCPC, CISAM; Division de médecine interne générale, Département de médecine, Université Dalhousie; Service de consultation en médecine des dépendances, Programme de santé mentale et de lutte contre les dépendances, Santé Nouvelle-Écosse

Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc., CCMF (MT); professeure clinicienne agrégée, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal; directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance; directrice adjointe des programmes spécifiques, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Ginette Poulin, Dt.P., M.D., CCFP(AM), FCFP, CISAM, CCPE, CMCBT; médecin de famille; professeure adjointe, Département de médecine familiale avec nomination conjointe en psychiatrie, Université du Manitoba; directrice médicale, troubles concomitants, Waypoint Centre for Mental Health Care, Winnipeg, MB

Peter Selby, MBBS, CCFP(AM), FCFP, M. Sc. S.; chercheur sénior, dépendances, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeur Giblon et vice-président, Département de médecine familiale et communautaire; professeur, Département de psychiatrie et École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto, ON

Comité directeur

David C. Hodgins, Ph. D., R.Psych, FCAHS, FRSC; professeur, Département de psychologie, Université de Calgary; chercheur principal désigné, pôle des Prairies de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives des Instituts de recherche en santé du Canada, Calgary (AB)

Jürgen Rehm, Ph. D.; chercheur sénior, Institute for Mental Health Policy Research, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); professeur, École de santé publique Dalla Lana et Département de psychiatrie, Université de Toronto; chercheur principal désigné, pôle de l'Ontario de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives des Instituts de recherche en santé du Canada, Toronto, ON

Sherry Stewart, Ph. D., R.Psych, FRSC; psychologue clinicienne; professeure, Départements de psychiatrie et de psychologie/neuroscience, Université Dalhousie; Chaire de recherche du Canada en dépendances et santé mentale, niveau 1; chercheuse principale désignée, pôle Atlantique de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, Halifax, N.-É.

Evan Wood, M.D., Ph. D., FRCPC, FASAM; professeur, Département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique; Chaire de recherche du Canada en médecine des toxicomanies; chercheur principal désigné, pôle de la Colombie-Britannique de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives des Instituts de recherche en santé du Canada, Vancouver, C.-B.

Révision externe

Nationale

Colombie-Britannique

Nadia Fairbairn, M.D., FRCPC, M. Sc. S, cISAM; professeure adjointe, professeurat Philip Owen en traitement des dépendances, Département de médecine et faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique; spécialiste en médecine interne générale et en traitement des dépendances; médecin praticienne, St. Paul's Hospital; scientifique, British Columbia Centre for Substance Use, Vancouver, C.-B.

Emma Garrod, IA, M. Sc. Inf.; professeure auxiliaire; British Columbia Centre on Substance Use; Régie de la santé des Premières Nations; Faculté des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique.

Nolan Hop Wo, M.D., FRCPC, Psychiatre et médecin chef; Bureau du médecin en chef, Régie de la santé des Premières Nations, Territoire des peuples Salish du littoral, Vancouver Ouest, C.-B.

Mona Kwong, B. Sc. (Pharm), Pharm. D., M. Sc, MAP; Directrice et conseillère Pharmacie, Programme de bourses de recherche interdisciplinaire en traitement des dépendances, volet pharmacie; British Columbia Centre on Substance Use, Vancouver, C.-B.; pharmacienne, Pharmasave Howe Street, Vancouver, C.-B.

Leslie Lappalainen, M.D. CCMF(MT), dABAM; Université de la Colombie-Britannique Okanagan, Département de médecine familiale; Médecin responsable en traitement des dépendances, Hôpital général de Kelowna, Kelowna, C.-B.

Nickie Mathew, M.D., FRCPC, DABPN, dABAM ; professeur clinique agrégé, Université de la Colombie-Britannique; directeur médical, Complex Mental Health and Substance Use Services, Provincial Health Services Authority, Vancouver, C.-B.

Warren O'Briain, M. A., conseiller principal en matière de politiques, British Columbia Centre on Substance Use, Vancouver, C.-B.

Andrea Ryan M.D., CCMF (MT), DRCPSC; Directeur médical – Programme interdisciplinaire sur les dépendances de l'Hôpital St. Paul, 1081 Burrard St, Vancouver, C.-B.; moniteur au département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

Millie Schulz; représentante, personne ayant un savoir expérientiel avec l'usage d'opioïdes Nader Sharifi, B. Sc., M.D., CCMF (MT), FCMF, dABAM, CCHP-P; Service correctionnel du Canada, Établissement du Pacifique/Centre régional de traitement, C.-B.

Christy Sutherland M.D., CCMF (MT) dABAM, Université de la Colombie-Britannique; Département de médecine familiale, Faculté de médecine, University Boulevard, Vancouver, C.-B.

Sharon Vipler, M.D., CCMF (MT), dABAM, DRCPSC; directrice médicale du programme, médecine et services des toxicomanies, Fraser Health Authority; professeur agrégé de clinique, Université de la Colombie-Britannique, Département de médecine familiale.

Prairies

Alexander Arthur M.D., M. Sc., CCMF, médecin spécialiste en traitement des dépendances, Hôpital St. Joseph, Professeur adjoint, Département de médecine familiale, Université de la Saskatchewan.

Kristina Brache, psychologue, Ph. D., psychologue autorisée; professeure agrégée adjointe, Département de psychologie, Université de Calgary

Jaden Brandt, B. Sc. Pharm, M. Sc, DipPH; pharmacien clinique communautaire, Collège de pharmacie, Université de Winnipeg, Man.

Bryany Denning, M. Sc., MSW; doctorante en santé mondiale, Faculté de médecine, Université de Genève; conseillère principale, Département de la santé et des services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, T.N.-O.

Elham Fattah Dizaji, M.D., M. Sc., CCMF; directrice médicale, services de toxicomanie - Thompson, Man.; Max Rady College of Medicine/Département de médecine familiale

Ronald Lim, M.D., CCMF (MT), dABAM, DFASAM, FISAM, CCSAM; professeur clinique agrégé, Université de Calgary

Tracy Maggii, sénatrice, ancienne directrice générale de l'hôpital St. Paul à Saskatoon, ancienne directrice des services de santé mentale et de dépendances de Saskatoon Health Region/ Saskatchewan Health Authority (a fourni des informations stratégiques)

Jonny Mexico; Manitoba Harm Reduction Network ; représentant des personnes ayant un savoir expérientiel avec le trouble lié à l'usage d'opioïdes

Allison Morgan, travailleuse sociale agrégée

Shannon Morrow-Stritz, IAA; Prairie Mountain Health; Gestionnaire, Manitoba; Traitement communautaire dynamique flexible - Soutien résidentiel et communautaire; Clinique d'accès rapide aux traitements des dépendances (ARTD) Brandon; Responsable de la prise en charge; Service mobile de gestion du sevrage.

Nathalie J. Robitaille, infirmière praticienne, Clinique Notre-Dame; Clinique Saint-Claude, Man.

Ontario

Nikki Bozinoff, M. D., CCMF (MT); médecin, service externe concomitant de soutien médical et psychosocial en toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); clinicienne-chercheuse, Institut de recherche en santé mentale de la famille Campbell; directrice de programme, compétences avancées en médecine des toxicomanies; chargée de cours, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto.

Lisa Bromley, M.D., CCMF (MT), FCMF; directrice médicale; professeur adjoint, Faculté de médecine, Université d'Ottawa; Centre de santé communautaire Côte-de-Sable; L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, ON

Andrzej R. Celinski; Reclaim Collective, Canada; Workers for Ethical Substance Use Policy, Canada.

Kim Corace, Ph. D., psychologue certifiée; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa, ON; Département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa, ON; Programme de santé mentale et de toxicomanie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, ON

Madelyn Gold; représentante, personne ayant un savoir expérientiel avec le trouble lié à l'usage d'opioïdes

Emily Kendell, maîtrise en santé publique, M.D., CCMF (MT); médecin spécialiste en traitement des dépendances, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Toronto, Canada; chargée de cours, Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, Toronto, Canada.

Robert A. Kleinman, M.D., FRCPC; psychiatre spécialisé en traitement des dépendances, Institute for Mental Health Policy Research, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Toronto ON, Canada; Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto ON, Canada.

Maria Scotton, travailleuse sociale, formatrice en réduction des méfaits; responsable des pairs et chercheuse, Christie Ossington Neighbourhood Centre; conseillère communautaire, Margaret's Housing & Community Support Services; formatrice des pairs, centre communautaire Cecil; travailleuse de soutien à l'hébergement et au logement, Parkdale Activity-Recreation Centre.

Hasan Sheikh M.D., CCMF (MU), MAP; professeur adjoint, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto; médecin, University Health Network.

Beth Sproule, RPh, B. Sc. Pharm, Pharm. D.; Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); professeure agrégée, Faculté de pharmacie Leslie Dan, nommée conjointement au département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ont.

Jordan Renae Thorne; Centre communautaire The 519; Women College; Black CAP; Centre de santé communautaire Parkdale; The Neighbourhood Group, Centre communautaire LAMP, Toronto, Ont.

Jennifer Wyman, M.D., CCMF, FCMF, dABAM, M. Sc.; spécialiste en traitement des dépendances, enseignante en médecine, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Women's College Hospital, META : PHI.

Québec

Sofiane Chougar, infirmier clinicien; Médecine et psychiatrie des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Caroline Fauteux, infirmière praticienne spécialisée, soins primaires; CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Eve Guillotte, M.D.; CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; Direction santé mentale et dépendance; Programme CRAN et clinique Relais.

Shany Lavoie, M. A.; CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Direction des programmes santé mentale et dépendance, clinique Relais).

Stéphanie Marsan, M.D.; médecin prescriptrice; Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal.

Sophie Prophète, pharmacienne, Hôpital communautaire Notre-Dame

Delphine Roussel-Bergeron, M.D., Psychiatre, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC

Félice Saulnier, pharmacienne propriétaire; Pharmacie Félice Saulnier, Montréal, QC

François Venne, M.D.; médecin de famille, Clinique TAO de Val-d'Or et Hôpital de Val-d'Or, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Atlantique

Maureen Allen, M.D., CCMF (MU) SP; Atlantic Mentorship Network-Chronic pain support; Nova Scotia Prescription Monitoring Program: Medical support.

Cathy Balsom, Pharm. D.; professeure adjointe, Université Memorial; pharmacienne communautaire; pharmacienne agréée, Newfoundland and Labrador Pharmacy Board, St. John's, T.-N.-L.

Muna Chowdhury, M.D., CCMF, FCMF, ISAM-C; Professeure agrégée, Département de médecine familiale, Université Dalhousie; Centre de traitement par agonistes opioïdes Direction 180, Halifax, Nouvelle-Écosse.

Sara Davison, M.D., CCMF, M. Sc; directrice médicale, River Stone Recovery; prestataire de soins primaires, Centre de santé communautaire du centre-ville de Fredericton; chef d'unité.

Taylor Furtick, B.M., MM, éducateur et consultant en réduction des méfaits.

Peter Hooley, M.D., CCFP, CISAM; directeur médical, Queen Street Recovery Centre; professeur agrégé, département de médecine familiale, Université Dalhousie et Université Memorial; ancien médecin de l'équipe des Islanders de Charlottetown, Charlottetown, Î.-P.-É.

David Martell B. Sc., M.D., CCMF (MT), FCMF, CSAM, ISAM; professeur adjoint, département de médecine familiale, Université Dalhousie; médecin responsable de la médecine des toxicomanies pour le programme de santé mentale et de lutte contre la dépendance de Nova Scotia Health.

Maegan G. Trottier, Three Hive Consulting Inc, Edmonton Alberta; Université de Lethbridge.

Kaitlyn Stanford, M.D., CCMF; Professeure agrégée, Programme de formation des résidents en médecine familiale, Discipline de médecine familiale, Université Memorial

Katie Upham, B. Sc., membre du conseil d'administration de Moms Stop The Harm, consultante en réduction des méfaits, militante et personne vivant ou ayant vécu des problèmes de consommation d'opioïdes.

Internationale

Barbara Broers, M.D. M. Sc; professeure, Chef de l'Unité des dépendances, Division des soins primaires, Hôpitaux universitaires de Genève; conseillère académique à la Faculté de médecine, Université de Genève.

Michael Farrell, FRCP, RCPsych; Directeur du Centre national de recherche sur les drogues et l'alcool, Université de Nouvelle-Galles du Sud, Sydney, Australie

Andrew Scheibe, MBChB, Dip HIV Man, maîtrise en santé publique; médecin; conseiller technique, TB HIV Care, Le Cap, Afrique du Sud; chercheur, Université de Pretoria

Remarque : Les réviseurs externes se sont impliqués à titre personnel dans l'élaboration des lignes directrices, et non comme représentants de leurs institutions respectives.

Remerciements

Financement

L'élaboration de ces lignes directrices a été financée par Santé Canada (Programme sur l'usage et les dépendances aux substances 2223-HQ-000151). Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. Dre Bruneau (responsable clinique) bénéficie d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : Pôle Québec de l'Initiative canadienne de recherche sur l'impact des substances psychoactives (ICRIS) des Instituts de recherche en santé du Canada Phase II (FRN 181678).



Santé
Canada

Health
Canada



CIHR
IRSC

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

Autres contributeurs et contributrices

L'équipe chargée de l'élaboration des lignes directrices tient à remercier Noémie Harriet, Manuela Mbcafou et Aïssata Sako pour la coordination de l'élaboration de cette mise à jour. Le comité souhaite remercier Pacifique Bugingo d'avoir coordonné et facilité la révision des lignes directrices, ainsi que Shirley Wong, Denise Adams, Fariyah Ali, Aïssata Sako et Jennifer Swansburg pour leur précieuse aide dans la révision. Le comité souhaite remercier Robin Parker pour son expertise et pour avoir élaboré les stratégies de recherche de la revue systématique de la littérature. En outre, le comité est également reconnaissant de la participation de tous les réviseurs externes, avec une mention particulière pour Karine Laroche, Katie Upham, Millie Schulz, Madelyn Gold et Jonny Mexico pour la révision linguistique des lignes directrices. Le comité remercie Jill Fikowski d'avoir participé au processus de financement. Enfin, le comité souhaite également remercier Annie St-Amant pour la conception graphique, Stevenson – Maîtres traducteurs pour la révision et la traduction du document et toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document d'une manière ou d'une autre.

Avertissement

Le masculin est utilisé dans ce texte pour faciliter la lecture et inclut toutes les personnes, sans distinction de genre.

Les recommandations des lignes directrices nationales représentent l'opinion du comité qui les a formulées après un examen rigoureux des données scientifiques actuelles et une révision par des spécialistes externes.

Population

Adultes (18 ans et plus) ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, toutes gravités confondues.

Contenu



Le présent document comprend des **recommandations basées des données probantes** sur :

- ✓ les traitements par agonistes opioïdes oraux;
- ✓ les stratégies de prise en charge du sevrage;
- ✓ les interventions psychosociales;
- ✓ les approches de réduction des méfaits.

Y sont également présentés des **considérations particulières** pour :

- ✓ le traitement avec la naltrexone orale;
- ✓ les personnes enceintes.



Les lignes directrices **ne portent pas** sur la littérature, et donc n'incluent pas de recommandations sur des pratiques spécifiques telles que :

- ✗ Les traitements par agonistes opioïdes injectables. Pour connaître les recommandations concernant les traitements par agonistes opioïdes injectables, par exemple l'hydromorphone ou la diacétylmorphine, veuillez consulter les [Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#).¹
- ✗ Agoniste à libération prolongée (p. ex. Sublocade^{MD}) : Le comité d'élaboration des lignes directrices prend en note l'utilisation croissante du traitement. Néanmoins, le présent document porte uniquement sur les formulations orales.
- ✗ Antagoniste à libération prolongée (p. ex. Vivitrol^{MD}) : Malgré les données croissantes concernant ce médicament, il n'est pas disponible au Canada. Par conséquent, il n'a pas été inclus dans ces lignes directrices.

- ✗ Protocoles d'induction
- ✗ Doses à emporter
- ✗ Schéma posologique
- ✗ Analyses d'urine

Le comité d'élaboration des lignes directrices reconnaît l'importance d'aborder ces pratiques. Cependant, celles-ci doivent faire l'objet d'une revue de la littérature spécifique qui doit être évaluée dans le cadre de projets distincts. Par conséquent, elles ne font pas partie du présent document.

Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les lignes directrices permettent de prendre des décisions éclairées quant aux soins généraux aux personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO). L'application des recommandations formulées dans le document ne dégage aucunement les professionnels de la santé de leur responsabilité de prendre les bonnes décisions en fonction des besoins, des préférences et des valeurs du patient, en consultation avec ce dernier, un tuteur ou les membres de famille et, le cas échéant, les experts externes (p. ex. conseillers experts). Les professionnels de la santé doivent faire preuve de jugement clinique et tenir compte des lignes directrices en traitant des patients ayant un TUO, tout en respectant les valeurs et les principes fondamentaux de compassion, bienfaisance, non-malfaisance, respect des personnes, justice et responsabilité décrits dans le code de déontologie de l'Association médicale canadienne et du code de déontologie de la Société canadienne de psychologie. Ils doivent également respecter les normes de pratique clinique exemplaire définies par les organismes de réglementation régionaux et locaux de leur territoire. Aucune partie des lignes directrices ne doit être interprétée d'une manière contradictoire aux devoirs professionnels.

Précisions légales et juridiques

Bien que les personnes et les groupes ayant participé à la rédaction des lignes directrices ont fait de leur mieux pour assurer l'exactitude des renseignements, sachez qu'ils sont présentés « tels quels ». L'ICRIS n'avance aucune garantie, explicite ou implicite, quant à la justesse des données ou à leur pertinence dans un cas particulier. Dans la mesure du possible en vertu des lois en vigueur, elle réfute toute garantie expresse, implicite ou réglementaire (y compris, mais sans s'y limiter, les garanties de titre ou d'absence de contrefaçon) et elle n'y est nullement liée.

Les présentes lignes directrices fournissent des renseignements sur un problème clinique et décrivent une ou plusieurs approches privilégiées pour l'étude et la prise en charge. Néanmoins, elles ne peuvent remplacer l'avis ni le discernement professionnel d'un prestataire de soins de santé et ne se veulent aucunement l'unique référence en prise en charge d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux représentants des patients demandant conseil sur des problèmes de santé ou autre. Si vous avez besoin d'un avis médical, veuillez communiquer avec un professionnel de la santé de votre région.

Table des matières

Reconnaissance du territoire.....	3
Auteurs et autres participants.....	4
Comité d'élaboration des lignes directrices.....	4
Révision externe.....	5
Remerciements.....	8
Financement.....	8
Autres contributeurs et contributrices.....	8
Avertissement.....	9
Population.....	9
Contenu.....	9
Avertissement aux prestataires de soins de santé.....	10
Précisions légales et juridiques.....	10
Table des matières.....	11
Sigles et acronymes.....	14
Glossaire.....	15
Préambule.....	20
Résumé exécutif.....	22
Recommandations.....	32
1. Introduction.....	35
1.1. Aperçu des normes de soins.....	36
1.1.1. Adopter une approche centrée sur le patient comme norme de soins.....	36
Droits du patient.....	36
Préférences du patient.....	37
Dignité du patient.....	37
Expériences des patients.....	37
1.1.2. Envisager le continuum de soin comme une norme.....	37
1.1.3. Mettre en œuvre des services intégrés en tant que norme de soins.....	38
1.1.4. Intégrer les besoins des populations particulières dans la norme de soins.....	39
Discrimination, stigmatisation et racisme.....	39
Violence et abus sexuels.....	39
Incarcération.....	39
1.2. Aperçu de la crise des intoxications aux drogues au Canada.....	40
2. Objectif et portée.....	42
2.1. Portée des lignes directrices.....	43
2.2. Public visé.....	45

3. Méthodologie	46
3.1. Sélection des membres des comités	47
3.2. Politique sur les conflits d'intérêts	48
3.3. Élaboration du contenu	48
4. Revue de la littérature	57
4.1. Pharmacothérapie	58
4.1.1. Traitement par agonistes opioïdes	58
Buprénorphine par rapport à méthadone	59
Morphine orale à libération prolongée	64
Des données probantes aux recommandations cliniques	66
Résumé des recommandations : traitements par agonistes opioïdes	69
4.1.2. Prise en charge du sevrage des opioïdes	70
Considérations de sécurité pour le sevrage des opioïdes	71
Médications pour le sevrage des opioïdes	73
Des données probantes aux recommandations cliniques	75
Résumé des recommandations : prise en charge du sevrage des opioïdes	76
4.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits	78
4.2.1. Interventions psychosociales complémentaires	78
Des données probantes aux recommandations	83
Résumé des recommandations – interventions psychosociales	83
4.2.2. Interventions de réduction des méfaits	84
Des données probantes aux recommandations cliniques	87
Résumé de la recommandation – interventions de réduction des méfaits	87
4.3. Considérations particulières	88
4.3.1. Autre option possible : naltrexone orale	88
Des données probantes aux considérations particulières	91
4.3.2. Populations particulières : personnes enceintes	92
Des données probantes aux considérations particulières	95
5. Nouveaux enjeux	98
5.1. Approvisionnement plus sécuritaire	99
5.2. Autres enjeux	100
Fentanyl et dérivés	101
Médicaments prescrits conjointement	101
6. Limites	103
7. Conclusion : résumé des recommandations 2024	105

Annexes	107
Annexe 1 – Divulcation des conflits intérêts	108
Annexe 2 – Consultations du groupe de travail des personnes ayant un savoir expérientiel du tuo et des prestataires de soins de santé sur les nouveaux enjeux et la portée de la mise à jour des lignes directrices nationales de l'icris sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes	110
A2.1. Groupe de travail des personnes ayant un savoir expérientiel de l'ICRIS	110
A2.2. Consultation des prestataires de soins de santé sur les changements, les points de discussion et les pratiques cliniques qui pourraient être pris en compte dans la mise à jour	113
Annexe 3 – Révisions et mises à jour suggérées pour les énoncés en matière de population, d'intervention, du comparateur, des critères d'évaluation (outcomes) et du modèle d'étude (study) (PICOS)	120
A3.1. Pharmacothérapies	121
Traitement par agonistes opioïdes	121
Prise en charge du sevrage des opioïdes	126
A3.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits	129
A3.3. Considération particulières	131
Solutions de remplacement	131
Annexe 4 – Stratégies de recherche	132
A4.1. Documentation sur la recherche pharmacologique sur le TUO	132
Medline all (via ovid) – date : 10 août 2023	132
Embase (par elsevier) – date : 16 décembre 2022	134
Mise à jour de la recherche embase – date : 11 août 2023	135
Psycinfo (via ebscohost) – date : 19 décembre 2022	136
Mise à jour de la recherche psychinfo – date : 11 août 2023	139
Cochrane library – date : 11 août 2023	145
A4.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits	146
Medline all (via ovid) – date : 21 juillet 2022	146
Mise à jour de la recherche medline – date : 14 septembre 2023	148
Cinahl (via ebscohost) – date : 12 août 2023	151
Psycinfo (via ebscohost) – date : 9 février 2023	157
Mise à jour de la recherche psychinfo – date : 13 septembre 2023	161
Embase (via elsevier) – date : 14 février 2023	177
Mise à jour de la recherche embase – date : 17 août 2023	178
Annexe 5 – Tableaux PRISMA	184
A5.1. Pharmacothérapie	184
A5.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits	185
Annexe 6 – Sommaire des données	186
Annexe 7 – Tableaux GRADE	187
Bibliographie	188

Sigles et acronymes

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists	ONU DC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
aHR	Rapport de risque corrigé	OR	Rapport de cotes
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	PICOS	Population, intervention, comparaison, résultat et conception de l'étude
aOR	Rapport de cotes ajusté	PPrE	Prophylaxie préexposition
ASAM	American Society of Addiction Medicine	PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
ASPC	Agence de la santé publique du Canada	PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	PUS	Personnes utilisatrices de substances
COWS	Échelle de symptômes de sevrage des opioïdes	R.-U.	Royaume-Uni
CPD	Chercheur principal désigné ou chercheuse principale désignée	RR	Risque relatif
DM	Différence moyenne	SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
DMS	Différence des moyennes standardisées	SAN	Syndrome d'abstinence néonatale
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition	SD	Écart-type
É.-U.	États-Unis	SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
ECR	Essai clinique randomisé	SSNO	Symptômes de sevrage néonatal des opioïdes
FDA	Food and Drug Administration	TAO	Traitement par agonistes opioïdes
GC	Gestion des contingences	TAO_i	Traitement par agonistes opioïdes injectables
GRADE	Grading of Recommendations, Assessments, Development and Evaluation	TBM	Taux brut de mortalité
HRI	Harm Reduction International	TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
IC	Intervalle de confiance	TCD	Thérapie comportementale dialectique
ICRIS	Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives	TIP	Thérapie interpersonnelle
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada	TRM	Thérapie de renforcement de la motivation
LCDAS	Loi réglementant certaines drogues et autres substances	TSPT	Trouble de stress post-traumatique
MBRP	Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	TUO	Trouble lié à l'usage d'opioïdes
META-PHI	Mentorat, éducation et outils cliniques en toxicomanie : intégration des soins hospitaliers et primaires	TUS	Trouble lié à l'usage d'une substance
MOLL	Morphine orale à libération lente	VHC	Virus de l'hépatite C
OMS	Organisation mondiale de la santé	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Abstinence

Privation volontaire consistant à éviter ou ne pas s'engager dans la recherche compulsive de substances et de comportements dans le but d'obtenir une récompense, du plaisir ou du soulagement. L'abstinence peut être temporaire ou permanente. L'utilisation de médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes est compatible avec l'abstinence.

Agoniste des récepteurs α_2 -adrénergique

Médicament non opioïde qui agit directement sur le système nerveux pour réguler certains symptômes et signes d'hyperactivité noradrénergique. La clonidine est couramment utilisée pour traiter les symptômes de sevrage et est disponible au Canada sous forme de comprimés oraux.

Agonistes opioïdes

Substances qui se lient aux récepteurs opioïdes de type mu (μ) et les activent, ce qui entraîne un soulagement des symptômes de sevrage et de l'état de manque chez les personnes ayant un TUO. Ils soulagent aussi la douleur chronique lors de la prise en charge. Les agonistes opioïdes oraux administrés pour traiter un TUO comprennent la méthadone, la buprénorphine et la morphine orale à libération lente.

Buprénorphine

La buprénorphine est un opioïde synthétique à action prolongée qui agit comme un agoniste partiel du récepteur opioïde de type mu (μ) avec une demi-vie d'environ 24 à 42 heures. La buprénorphine a une forte affinité pour le récepteur opioïde, mais en tant qu'agoniste partiel, son activité intrinsèque ou son effet sur le récepteur opioïde est moins prononcé que celui des opioïdes agonistes purs. Ces propriétés pharmacologiques créent un « plafond » des effets opioïdiques (entre autres la dépression respiratoire) à des doses plus élevées. La forte affinité de la buprénorphine pour le récepteur opioïde lui confère également un effet antagoniste sur les autres opioïdes; elle se lie de préférence au récepteur et déloge les autres opioïdes s'ils sont présents, ce qui peut provoquer un sevrage précipité (voir ci-dessous). Au Canada, la buprénorphine est disponible dans une formulation combinée avec la naloxone (voir le paragraphe suivant).

Buprénorphine-naloxone

Au Canada, il existe une formulation combinée 4:1 de buprénorphine et de naloxone, offerte sous forme de comprimé sublingual. La naloxone est un antagoniste opioïde dont la biodisponibilité orale est faible lorsqu'il est avalé ou administré par voie sublinguale. Elle est ajoutée pour dissuader l'injection à des fins non médicales et le détournement. Lorsque la buprénorphine-naloxone est administrée par voie sublinguale conformément au mode d'emploi, la composante naloxone a des effets négligeables et l'effet thérapeutique de la buprénorphine prédomine. Toutefois, si elle est injectée par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, la naloxone est absorbée en quantité suffisante pour induire certains symptômes de sevrage chez les utilisateurs actifs d'opioïdes physiquement dépendants. La buprénorphine-naloxone est généralement prise une fois par jour, mais en raison de son profil d'innocuité favorable et de ses propriétés pharmacologiques, elle peut également être prescrite à des doses plus élevées, un jour sur deux.

Méthadone

La méthadone est un opioïde synthétique à action prolongée qui agit comme un agoniste pur des récepteurs opioïdes mu (μ). Elle a une demi-vie d'environ 24 à 36 heures et est bien absorbée. Au Canada, elle est le plus souvent administrée sous forme de solution buvable et généralement en une seule dose quotidienne. Des comprimés de méthadone sont également offerts dans un contexte limité (p. ex. pour les voyages). La méthadone est classée comme une substance contrôlée conformément à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et au *Règlement sur les stupéfiants*. Cependant, depuis le 19 mai 2018, les cliniciens ne sont plus tenus de détenir une exemption de Santé Canada pour prescrire, vendre, fournir ou administrer de la méthadone pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes ou de la douleur.

Morphine orale à libération lente

Il s'agit d'une formulation à libération lente sur 24 heures de la morphine, un agoniste pur des récepteurs opioïdes mu (μ), à prendre par voie orale une fois par jour. Au Canada, la morphine orale à libération lente est offerte sous la forme d'une capsule contenant des granulés enrobés de polymère (pour ralentir l'absorption et la libération) de sul-

fate de morphine. Sa demi-vie d'élimination est d'environ 11 à 13 heures. Elle est actuellement approuvée au Canada pour le traitement de la douleur et son utilisation pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes serait considérée comme non homologuée.

Antagonistes opioïdes

Médicaments qui ont pour fonction de bloquer les récepteurs opioïdes et d'éviter que le corps réagisse aux opioïdes. Les antagonistes opioïdes peuvent être utilisés pour déloger rapidement les molécules agonistes opioïdes des récepteurs dans une situation de surdose (p. ex. la naloxone) ou pour favoriser l'abstinence continue de consommation de drogues opioïdes (p. ex. la naltrexone). Au Canada, la naloxone est offerte sous forme d'injection intramusculaire (une préparation intranasale est offerte dans une mesure limitée), tandis que la naltrexone est offerte sous forme de comprimé oral pris une fois par jour.

Approche centrée sur le patient

Une approche qui implique le traitement et la prise en charge des patients avec respect et dignité. Il s'agit également d'impliquer le patient dans toute décision relative à sa santé et de tenir compte de sa situation et de ses besoins particuliers.

Clonidine (chlorhydrate)

Le chlorhydrate de clonidine agit sur le système nerveux central comme un agoniste des récepteurs alpha₂-adrénergiques qui bloquent les substances chimiques déclenchant les réponses sympathiques associées aux symptômes de sevrage des opioïdes. Il est couramment utilisé pour atténuer les symptômes de sevrage et est offert au Canada sous forme de comprimés oraux.

Continuum de soin

Offre de soins continus aux patients par l'intermédiaire de différentes disciplines qui, au fil du temps, visent à répondre à l'évolution des besoins. Cette approche englobe non seulement les traitements, mais aussi la possibilité pour les patientes et patients de passer en toute sécurité d'un établissement de soins à l'autre et d'un prestataire de soins de santé à l'autre. L'objectif est de promouvoir de meilleurs résultats pour la santé de la patientèle et d'améliorer la qualité globale des soins au sein du système de santé.

Dépendance physique

Adaptation physiologique que subit une personne lorsqu'elle utilise une substance ayant un effet sur le système nerveux central. Les symptômes de la dépendance physique apparaissent lorsque la personne arrête ou diminue sa consommation.

Détournement

Consommation non prévue ou à des fins autres que médicales d'opioïdes d'ordonnance (y compris les médicaments agonistes opioïdes prescrits) ou la consommation d'une telle substance par une autre personne que celle qui a reçu l'ordonnance.

Droque illicite ou illégale

Substance couverte par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances au Canada*, dont la possession, la vente et l'usage sont interdits. Voir également substance non réglementée.

Empoisonnement aux drogues

Voir surdose

Formulation

Terme désignant la forme sous laquelle le médicament est administré (p. ex. sublingual, libération prolongée, injectable, etc.).

Gestion des contingences

Thérapie comportementale favorisant des changements comportementaux positifs chez les patientes et patients qui s'appuie sur un système de récompenses en cas d'atteinte des objectifs. Inversement, des mesures punitives ou le refus de renforcement sont utilisés en cas de comportement indésirable.

Interventions psychosociales

Traitements structurés et uniformisés par l'utilisation de manuels proposés par un fournisseur de soins de santé qui comprennent des principes de la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle, l'entretien motivationnel, la thérapie comportementale dialectique, la gestion des contingences, la prévention structurée des rechutes, le traitement par rétroaction biologique ainsi que les consultations familiales ou de groupe. Les interventions psychosociales peuvent inclure des méthodes respectueuses des cultures comme la participation de guérisseurs traditionnels ou des aînés ainsi que les cérémonies autochtones de guérison.

Normes de soins

Ensemble défini de conditions préalables qui doivent être remplies pour qu'une modalité de traitement ou une intervention soit considérée comme sûre et efficace, indépendamment de la philosophie de traitement sous-jacente ou du cadre de traitementⁱ.

Opioïdes

Substances fréquemment prescrites pour soulager la douleur; elles se lient aux récepteurs opioïdes dans le cerveau et inhibent la perception de la douleur. Les opioïdes pris en fortes doses peuvent causer l'euphorie, la dysphorie et la dépression respiratoire. Les opioïdes peuvent être prescrits ou obtenus illégalement sous forme synthétique (p. ex. fentanyl, méthadone, buprénorphine), semi-synthétique (p. ex. héroïne, hydromorphone, oxycodone) et de dérivés naturels (p. ex. opium, morphine, codéine). Le terme « opiacé » désigne les composés dérivés naturellement du pavot somnifère. Selon le type, la formulation et les préférences personnelles, les opioïdes s'administrent par ingestion, inhalation, voie transdermique ou par injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

Patient ou patiente

Une personne qui reçoit un traitement pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

Polytoxicomanie

Consommation simultanée de plus d'une drogue ou d'un type de drogue ou prise d'une drogue sous l'influence d'une autre.

Prestataire de soins de santé

Professionnel ou établissement de la santé qui offre des services de santé en conseillant ou en appliquant des mesures préventives et curatives et en promouvant la santé dans le but d'améliorer les résultats cliniques. Il s'agit entre autres des médecins, du personnel infirmier, des thérapeutes, des psychologues, des pharmaciennes et pharmaciens, des dentistes et des praticiennes et praticiens paramédicaux.

Prise en charge des dépendances

Soins continus pour les troubles liés à l'usage de substances, dispensés par un prestataire de soins de santé qualifié et offerts dans le cadre du continuum de soin. Il s'agit d'interventions fondées sur des données probantes,

notamment les traitements pharmacologiques à long terme, les traitements psychosociaux, les services de prise en charge du sevrage et les services de réduction des méfaits. Un patient peut utiliser et réutiliser chaque service autant que nécessaire.

Prise en charge du rétablissement

Soutien, interventions et services mis en place par le patient, l'équipe soignante, la famille et le groupe de soutien pour accompagner une personne dans son rétablissement, quelle que soit la définition qu'elle en donne.

Prise en charge du sevrage (avec assistance médicale)

Utilisation d'un traitement pharmacologique (p. ex. diminution progressive des agonistes opioïdes, agonistes alpha₂-adrénergiques) visant à atténuer les symptômes de sevrage et les événements indésirables liés au sevrage lorsqu'une personne cesse l'usage d'opioïdes. Cette terminologie représente une évolution délibérée par rapport à l'utilisation des termes « désintox » ou « désintoxication » pour désigner le sevrage de substances sous contrôle médical.

Prise en charge médicale de base

La prise en charge médicale de base du trouble lié à l'usage d'opioïdes est axée sur des principes médicaux, elle n'est pas structurée et elle comporte des consultations informelles. Les cliniciennes et cliniciens traitants offrent ces services en combinaison avec un traitement pharmacologique. La prise en charge médicale de base comprend, mais sans s'y limiter, les bilans de santé et de bien-être, le soutien et les conseils, l'évaluation de la motivation et l'identification des obstacles au changement, l'élaboration d'un plan de traitement, l'encouragement à observer un traitement médicamenteux, l'optimisation des doses, le soutien pour l'adhésion au traitement et la prévention des récurrences, ainsi que l'orientation vers les services sociaux et de santé appropriés.

Récidive ou retour à la consommation

Il s'agit d'un retour à la consommation de substances psychoactives que la personne avait réussi à contrôler ou à cesser complètement. En cas de récurrence, la consommation de drogues revient à son niveau antérieur ou s'en rapproche.

ⁱ Définition tirée de *Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues : Édition révisée intégrant les résultats de tests sur le terrain*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Réduction des méfaits

Approche reposant sur des politiques et des programmes pour diminuer les dommages immédiats sociaux, économiques et pour la santé (p. ex. la transmission de maladies infectieuses, la mortalité en raison d'une surdose, l'activité criminelle) reliés à la consommation de substances psychoactives, sans nécessairement passer par la diminution de la consommation de drogues ni dans un but d'abstinence. Il existe entre autres des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les programmes de naloxone à emporter, les sites d'injection ou de consommation supervisées ainsi que les programmes de sensibilisation et d'éducation pour les populations à risque élevé.

Rétablissement

Processus de changement par lequel une personne atteint un état de bien-être (physique, social et émotionnel) le plus favorable possible, défini de manière unique par chaque personne.

Sevrage précipité

Syndrome de sevrage qui peut survenir à l'administration d'un antagoniste opioïde ou d'un agoniste partiel, notamment la buprénorphine, chez une patiente ou un patient susceptible d'éprouver des symptômes physiques de sevrage et ayant récemment consommé un agoniste opioïde pur. En raison de la haute affinité de la buprénorphine et de sa faible activité intrinsèque auprès du récepteur de type mu (μ), l'agoniste partiel déloge les agonistes opioïdes purs des récepteurs mu (μ) sans activer le récepteur à une intensité équivalente, ce qui crée une diminution nette de l'effet. Le sevrage précipité est plus intense et se déclenche beaucoup plus rapidement que le sevrage typique des opioïdes.

Soutien psychosocial

Services de soutien social non thérapeutiques qui visent à améliorer l'état général d'une personne, sa stabilité familiale et sa qualité de vie. Ces services peuvent comprendre les services communautaires, familiaux et sociaux, l'hébergement temporaire et avec soutien, les programmes d'aide au revenu, les formations professionnelles, l'apprentissage d'aptitudes à la vie quotidienne et les services juridiques.

Substance non réglementée

Une substance dont la qualité et la composition sont inconnues, douteuses et potentiellement dangereuses. En général, les substances fabriquées illégalement et non réglementées ne sont pas soumises à des mesures de contrôle de la qualité et sont généralement mélangées (ou

« coupées ») avec des substances potentiellement nocives et des contaminants afin d'augmenter le volume et le profit sur le marché des substances illicites. L'héroïne, le fentanyl, le carfentanyl, la morphine et l'oxycodone obtenus illicitement sont des exemples courants d'opioïdes non réglementés. Les opioïdes non réglementés peuvent également se présenter sous la forme de comprimés contrefaits, pressés pour ressembler à des opioïdes pharmaceutiques.

Surdose

Consommation accidentelle ou intentionnelle de médicament, de drogue ou des deux, supérieure au dosage habituel ou recommandé, entraînant une réaction toxique grave (non fatale) ou la mort (fatale).

Thérapie cognitivo-comportementale

Forme de psychothérapie structurée, pratique et axée sur les objectifs et les problèmes, d'une durée déterminée, qui vise généralement à modifier les schémas de pensée et de comportement. Elle aide les individus à identifier et faire face à des défis spécifiques.

Tolérance

Réaction moindre d'une personne à une substance psychoactive suite à son usage répété et à l'adaptation de l'organisme à la présence de la substance. Par conséquent, la personne a besoin de doses plus élevées pour ressentir les effets de la substance.

Traitement des dépendances

Termes qui réfèrent aux traitements basés sur des données probantes, qu'ils soient pharmacologique (traitement par agonistes ou antagonistes opioïdes du trouble lié à l'usage d'opioïdes), psychosociaux, ou en établissement de traitement ou combinaison de ces options thérapeutiques. Le traitement des dépendances peut être dispensé en milieu hospitalier ou par un service de consultation externe. Pris isolément, la prise en charge du sevrage, les services de réduction des méfaits, l'hébergement permissif et l'entraide non structurée par les pairs ne seraient pas considérés comme un « traitement de la dépendance ».

Traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Il s'agit de médicaments agonistes opioïdes prescrits pour traiter un TUO. Le TAO est habituellement proposé en combinaison avec un suivi thérapeutique à long terme de la consommation de drogues (p. ex. évaluations fréquentes, suivis et analyses d'urine), des soins primaires et préventifs exhaustifs, des orientations vers des services de traitement ou de soutien psychosocial et des soins spécialisés

au besoin. Dans le présent document, le TAO désigne les traitements à long terme (> 6 mois) au moyen d'un médicament agoniste opioïde dont l'utilisation pour traiter le TUO est bien documentée. Traitement par agonistes opioïdes (TAO) est le terme privilégié; il représente un éloignement intentionnel par rapport aux termes « traitement de substitution aux opioïdes (TSO) », « traitement d'entretien aux opioïdes (TEO) » et « traitement de remplacement aux opioïdes (TRO) ».

Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

Consommation problématique d'opioïdes menant à la détresse ou à une déficience importante sur le plan clinique et qui correspond aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes. Le TUO comprend l'usage d'opioïdes synthétiques ou de dérivés naturels, qu'ils aient été prescrits ou obtenus illégalement. La terminologie du DSM-5 s'éloigne volontairement de la terminologie du DSM-IV qui utilisait les termes « abus d'opioïdes » ou « dépendance aux opioïdes », lesquels pouvaient être perçus comme péjoratifs et stigmatisants.

Troubles liés à l'usage de substances (TUS)

Un trouble mesuré sur un continuum allant de léger à sévère qui se caractérise, selon le DSM-5-TR, par l'usage incontrôlé et continu d'une ou de plusieurs substances malgré les conséquences négatives et néfastes qui en résultent. Le DSM-5-TR reconnaît les troubles liés aux substances résultant de l'usage de 10 classes distinctes de drogues, dont les opioïdes. Il rappelle également les critères relevant de quatre catégories : perte du contrôle, critères pharmacologiques, troubles sociaux et usage à risque.

Usage non-médical

Utilisation d'un médicament sans ordonnance ou avec une ordonnance, mais pour des raisons autres que celles pour lesquelles le médicament est conçu, ou d'une manière ou pendant une période autre que celle qui a été prescrite.

Préambule

À propos de l'Initiative canadienne de recherche sur l'impact des substances psychoactives

L'Initiative canadienne de recherche sur l'impact des substances psychoactives (ICRIS) est un consortium national de recherche unique, formé de cinq équipes régionales interdisciplinaires (pôles) représentant la Colombie-Britannique (chercheurs principaux : D^r Evan Wood et D^{re} Eugenia Socias), les Prairies (chercheur principal : D^r David Hodgins), l'Ontario (chercheur principal : D^r Jürgen Rehm), le Québec (chercheuse principale : D^{re} Julie Bruneau) et les provinces de l'Atlantique (chercheuse principale : D^{re} Sherry Stewart). Subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'initiative a pour mission de s'attaquer aux problèmes de consommation au pays en assurant un leadership national et en coordonnant des actions fondées sur des preuves scientifiques. Elle repose sur la recherche permanente de différents moyens de réduire les dommages et d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant vécu des épisodes de consommation et des troubles liés à l'usage de substances, ainsi que leurs amis et familles, favorisant ainsi la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

Raison d'être de la mise à jour

En mars 2018, l'Amérique du Nord était confrontée à une crise croissante de décès liés aux opioïdes, au départ en raison d'une plus grande disponibilité et d'une plus grande utilisation des opioïdes sur ordonnance, suivie d'une évolution du marché des drogues avec l'émergence du fentanyl fabriqué illégalement. La situation est une menace majeure pour la santé publique. Devant une telle ampleur, l'ICRIS a publié les premières lignes directrices nationales de pratique clinique au Canada pour que les professionnels de santé prennent des décisions éclairées concernant la gestion clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO)^{2,3}. Les recommandations ont été formulées à la lumière des données existantes sur la priorité à accorder au soutien et aux traitements offerts pour les personnes ayant un TUO.

Au cours des six dernières années, des mesures supplémentaires ont été mises en œuvre pour réduire la crise. En mai 2018, le gouvernement canadien a fait un grand pas pour améliorer l'accessibilité aux traitements en levant les restrictions sur les prescriptions de méthadone. Par conséquent, les exemptions de catégorie du paragraphe 1 de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LCDAS) ne sont plus à considérer pour prescrire, administrer ou fournir de la méthadone, ce qui permet un meilleur accès aux options thérapeutiques.

La pandémie de COVID-19 de mars 2020 a ensuite entraîné une augmentation des dommages liés aux opioïdes au pays, car l'accès aux services essentiels et au soutien a été restreint, et l'approvisionnement en drogues est devenu de plus en plus toxique et volatile. Selon les données de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de diverses

instances au pays, les dommages et les décès liés aux opioïdes ont augmenté considérablement, de sorte que leur nombre dépasse constamment les niveaux d'avant la pandémie⁴. Pour contrer ces crises interreliées, des mesures et actions supplémentaires, telle que l'expansion des services de télésanté⁵, ont été mises en place pour réduire les obstacles et assurer un accès continu au traitement et aux soins pour les personnes ayant un TUO.

Étant donné les pratiques et les politiques en constante évolution, notamment après la pandémie, il est essentiel d'examiner et d'intégrer les plus récentes données scientifiques et cliniques pour garantir une gestion clinique optimale des personnes ayant un TUO. Ainsi, *les lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes* de l'ICRIS doivent être continuellement mises à jour afin de fournir aux professionnels de la santé canadiens des informations complètes et opportunes ainsi que des recommandations fondées sur des données probantes concernant les pratiques les plus efficaces pour le traitement du TUO.

Conformément aux objectifs du gouvernement canadien et à la mission de l'ICRIS, les recommandations cliniques nationales ont été mises à jour en 2024. Le présent document est complémentaire à la version de 2018 et intègre des recherches évaluées par des pairs et publiées entre janvier 2017 et août 2023. Les connaissances cliniques et des personnes ayant un savoir expérientiel avec ont également été prises en compte lors de l'élaboration des lignes directrices. Le présent document vise à établir un consensus et à renforcer les actions en vue de mettre en place des normes nationales rigoureuses en soins pour la prise en charge clinique du TUO.

Résumé exécutif

Introduction

D'après le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (DSM-5-TR), le trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) se caractérise par une consommation régulière d'opioïdes en dépit des conséquences sociales, interpersonnelles, physiques et psychologiques négatives associées. La gravité peut être de légère à sévère.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que le TUO, en tant que maladie chronique, nécessite les normes de soins les plus rigoureuses, semblables à celles appliquées à d'autres maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Ces normes comprennent une approche centrée sur les patients, dans le respect de leurs droits et de leur dignité. Le plan de traitement de la maladie doit être fondé sur des données probantes et s'appuyer sur les besoins, les préférences et l'expérience des patients. Un continuum de soins doit être proposé aux patients incluant un ensemble de services de santé intégrés, à savoir des services de réduction des méfaits basés sur des données probantes, des traitements par agonistes opioïdes, des services de prise en charge du sevrage et des thérapies psychosociales. Étant donné que le TUO est une condition complexe dont la prise en charge clinique n'est pas linéaire; les éléments du continuum peuvent être explorés et passés en revue par les patients et les équipes de soins s'il y a lieu. Si les services de traitement doivent être accessibles par de multiples points d'entrée, il est impératif que tous les patients aient accès aux soins de santé primaires. Les sous-groupes de personnes ayant un TUO (les personnes enceintes, les personnes autochtones, noires et de couleur [PANDC], les immigrants, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre diverses) peuvent nécessiter des considérations particulières. Dans ce cas, il est essentiel d'intégrer un cadre exempt de stigmatisation et de racisme et tenant compte des traumatismes dans le programme de traitement du TUO afin d'éviter la discrimination. Il est également recommandé que des services complémentaires tels que le logement, l'emploi ou l'assistance juridique soient offerts, si nécessaire.

L'équipe chargée de l'élaboration des lignes directrices de l'Initiative Canadienne de Recherche sur l'Impact des Substances psychoactives (ICRIS) adhère aux normes de soins mentionnées ci-dessus. Les cliniciens et les professionnels de la santé doivent donc les intégrer dans leur pratique clinique lorsqu'ils mettent en œuvre les recommandations cliniques.

Objectif et portée

La crise des surdoses, qui devient une préoccupation mondiale urgente, continue de poser un défi particulier au Canada, où les opioïdes causent plus de 69 % des décès liés à la drogue. L'augmentation des dommages liés aux opioïdes impliquant le fentanyl ou la polytoxicomanie accentue la nécessité d'interventions et de traitements efficaces pour lutter contre la consommation non médicale d'opioïdes, la dépendance et les conséquences qui en découlent. À cette fin, l'ICRIS a lancé une mise à jour des lignes directrices nationales de 2018 sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes (ci-après dénommées *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS [2018]) dans le but d'intégrer les dernières études scientifiques publiées entre 2017 et 2023.

Le présent document s'adresse aux prestataires de soins de santé, notamment aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux pharmaciens, aux psychologues cliniciens, aux travailleurs sociaux, aux professeurs en médecine et aux gestionnaires de cas de soins cliniques, avec ou sans expérience spécialisée dans le traitement des dépendances. Il renseigne les publics ciblés sur les points suivants :

- (1) Les TAO recommandés selon des données probantes. Les agonistes opioïdes abordés sont des médicaments oraux approuvés par Santé Canada pour le traitement du TUO : la méthadone et la buprénorphine. La morphine orale à libération prolongée, utilisée hors indication au Canada, est comparée aux médicaments oraux pour le TUO approuvés par Santé Canada.
- (2) Approche factuelle recommandée pour la prise en charge du sevrage.
- (3) Interventions complémentaires recommandées, fondées sur des données probantes : interventions psychosociales et de réduction des méfaits.
- (4) Considérations particulières fondées sur des données probantes concernant la naltrexone orale et les populations spécifiques comme les personnes enceintes.
- (5) Aperçu d'autres nouveaux enjeux dans la prise en charge du TUO, y compris la prescription d'opioïdes à courte durée d'action en tant que seul traitement ou combinés à un TAO (souvent appelée « approvisionnement plus sécuritaire »).

Méthodologie

La mise à jour respecte les normes standard pour l'élaboration de lignes directrices, y compris une revue systématique exhaustive de la littérature, la gestion des conflits d'intérêts et un comité de révision externe. En outre, des professionnels de la santé et des personnes avec un savoir expérientiel du TUO ont été interrogés afin d'en savoir plus sur les nouveaux problèmes liés à la consommation.

Un comité d'élaboration des lignes directrices composé d'experts en méthodes de revue systématique, de spécialistes en médecine des toxicomanies et de bibliothécaires a été mis sur pied pour réviser minutieusement la littérature. Les bases de données MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ISI Web of Science et Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) ont été consultées entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} septembre 2023, à la recherche d'études en anglais portant sur des sujets humains. Les méta-analyses, les

études de cohortes quasi expérimentales et observationnelles et les essais cliniques randomisés (ECR) ont été inclus. Deux examinateurs indépendants ont procédé à la sélection des études, à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité. Les données ont ensuite été synthétisées pour mettre à jour les recommandations cliniques de 2018 selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessments, Development, and Evaluation) : qualité des preuves, équilibre entre les bénéfices et les inconvénients, valeurs et préférences des patients, et coûts et ressources. Ces déterminants ont également été utilisés pour évaluer la force des nouvelles recommandations.

Un comité national externe composé de prestataires de soins de santé (p. ex. médecins, infirmières, pharmaciens, psychologues cliniciens), de décideurs politiques et des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO de partout au Canada a examiné les recommandations.

Revue de la littérature

Deux revues de littérature distinctes ont été réalisées : un examen des interventions pharmacothérapeutiques et un examen des interventions d'appoint (stratégies psychosociales et de réduction des méfaits). Elles ont permis de recenser 32 825 nouvelles études depuis 2017 (14 205 pour l'examen des interventions pharmacothérapeutiques et 18 746 pour l'examen des interventions d'appoint), sélectionnées selon les titres et les résumés. De ce nombre, 1 282 articles (573 pour l'examen des interventions pharmacothérapeutiques et 709 pour l'autre) ont été sélectionnés pour l'analyse du texte intégral, ce qui a permis d'inclure 150 études (105 pour les interventions pharmacothérapeutiques et 45 pour les interventions d'appoint psychosociales et de réduction des méfaits).

Pharmacothérapie

Traitements par agonistes opioïdes

Les études analysées ont permis de déceler de nouveaux éléments considérables comparant la méthadone à la buprénorphine. Elles ont mis en évidence l'efficacité similaire des deux traitements dans la réduction de la consommation d'opioïdes (4 méta-analyses, 2 ECR, 8 études de cohorte; degré de certitude élevé des données probantes) et des événements indésirables (2 méta-analyses, 3 ECR, 11 études de cohorte; degré de certitude élevé des données probantes). Les résultats sont en faveur de la méthadone pour la rétention en traitement (6 méta-analyses, 2 ECR, 20 études de cohorte; degré de certitude élevé des données probantes). Cependant, la méthadone, à l'inverse de la buprénorphine, était associée à un risque de mortalité plus élevé au cours des quatre premières semaines de traitement, qui diminuait pour atteindre le taux le plus bas au cours de la période d'entretien (3 méta-analyses, 11 études de cohortes; degré de certitude moyen des données probantes). Peu d'études ont évalué la satisfaction des patients et les coûts. Une étude observationnelle a révélé que les patients étaient plus satisfaits dans le groupe

buprénorphine, tandis qu'un ECR n'a révélé aucune différence entre les deux traitements. Trois études de cohorte se sont penchées sur les coûts et les résultats tendent à favoriser la méthadone.

À la lumière des preuves solides et en tenant compte d'une approche centrée sur le patient, proposer à la fois la méthadone et la buprénorphine comme options thérapeutiques de première intention serait bénéfique pour améliorer l'engagement des patients. Les révisions suivantes ont donc été apportées aux recommandations existantes.

Recommandation 1 – La buprénorphine et la méthadone doivent être considérées comme des options standards de traitement par agonistes opioïdes de première intention (recommandation forte, degré de certitude élevé des données probantes).

- *Si un traitement par agonistes opioïdes avec de la buprénorphine est prescrit, les médecins doivent être au fait du risque accru d'attrition après 1 mois de traitement et, le cas échéant, prescrire d'autres médicaments agonistes opioïdes (degré de certitude élevé des données probantes).*
- *Les médecins qui envisagent de prescrire de la méthadone doivent être au fait du risque accru de mortalité durant le premier mois par rapport au reste de la période de traitement (degré de certitude moyen des données probantes).*

Les données probantes concernant la morphine orale à libération prolongée, un traitement utilisé hors indication, sont rares (2 méta-analyses, 5 études de cohorte). Des données peu nombreuses et de faible degré de certitude indiquent que le maintien du traitement est similaire chez les patients recevant de la morphine orale à libération prolongée par rapport à ceux recevant de la méthadone ou de la buprénorphine. Néanmoins, la morphine s'est avérée moins efficace pour réduire les événements indésirables (faible degré de certitude) et a été associée à un risque de mortalité plus élevé (faible degré de certitude). Aucune nouvelle étude ne compare la morphine à la méthadone et à la buprénorphine en ce qui concerne l'usage d'opioïdes, les préférences des patients et les coûts.

Les nouvelles observations sur la morphine orale à libération prolongée sont peu nombreuses pour justifier des modifications à la recommandation de 2018. Puisque la méthadone et la buprénorphine sont maintenant des traitements de première intention à parts égales, la morphine orale à libération prolongée est désormais recommandée comme traitement de deuxième intention. Cependant, des précautions sont de mise, notamment des doses quotidiennes sous supervision et une surveillance étroite au début; seuls les cliniciens expérimentés devraient en prescrire pour traiter un TUO.

Recommandation 2 – Le traitement par agonistes opioïdes avec la morphine orale à libération prolongée doit être disponible et offert comme option de deuxième intention (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Prise en charge du sevrage

Le sevrage des opioïdes s'accompagne de symptômes et de signes ressentis à la suite d'une diminution ou d'un arrêt de la consommation par les personnes qui ont développé une dépendance physique. Comme les symptômes physiques et affectifs varient considérablement et peuvent être pénibles, il est essentiel de les prendre en charge adéquatement au-delà de la phase aiguë initiale afin de prévenir les récurrences et les risques accrus de dommages liés au TUO.

Considérations de sécurité pour le sevrage des opioïdes : De nouvelles données issues de trois ECR et d'une étude de cohorte font état d'une consommation de substances psychoactives moindre ou nulle lorsque l'on compare le traitement par TAO à la prise en charge du sevrage comme unique intervention. Il n'y avait pas non plus de différence dans les événements indésirables entre le TAO et le sevrage forcé. Comme dans les recherches précédentes, la nécessité d'un soutien à long terme a été mise de l'avant, en particulier après la libération des personnes incarcérées.

Diminution progressive des agonistes opioïdes et des agonistes des récepteurs α_2 -adrénergiques : Des articles publiés indiquent que les personnes privilégiant la prise en charge du sevrage par rapport à un TAO à long terme doivent être informées des risques accrus et se voir proposer de la buprénorphine ou de la méthadone dans le cadre d'une stratégie de réduction progressive, avec un suivi à long terme étroitement encadré permettant la poursuite de l'agoniste opioïde en cas de réapparition des symptômes du TUO ou d'une rechute. En 2018, un essai clinique a mis en avant la nécessité d'une approche progressive pour réduire la consommation d'opioïdes et atténuer les symptômes de sevrage.

Arrêt des agonistes opioïdes : Au cours des six dernières années, deux études observationnelles ont fait état de l'efficacité d'une approche progressive pour l'arrêt du TAO. Elles proposent de commencer après au moins un an d'utilisation stable et soutenue du traitement avec un taux de diminution lent.

Malgré le manque de nouvelles données, le comité d'élaboration des lignes directrices a misé sur le jugement clinique pour réitérer les recommandations de 2018 concernant la prise en charge du sevrage des opioïdes.

Recommandation 3 – Il faut éviter de proposer la prise en charge du sevrage comme unique intervention, car cette méthode a été associée à un taux élevé de récurrence, de morbidité et de mortalité. Un traitement concomitant de longue durée de la toxicomanie est recommandé (recommandation forte d'après des données ayant un degré de certitude moyen).

Recommandation 4 – Lorsque la prise en charge du sevrage comme unique intervention est adoptée, il est recommandé d'effectuer une diminution lente (selon la personne) de la dose d'agoniste opioïde sous supervision avec suivi étroit, et d'offrir immédiatement un traitement par agonistes opioïdes en cas de risque de récurrence (recommandation forte d'après des données ayant un degré de certitude moyen).

Recommandation 5 – Dans le cas des patients stables sous traitement par agonistes opioïdes, et qui souhaitent le terminer (p. ex., veulent cesser la prise de médicaments), évaluer la possibilité d'effectuer une diminution progressive de la dose (selon le patient). Un programme de suivi de la dépendance à long terme devrait être offert dès que le patient cesse complètement toute consommation d'opioïdes (recommandation forte d'après des données ayant un degré de certitude moyen).

Interventions psychosociales et réduction des méfaits

Interventions psychosociales complémentaires

Les interventions psychosociales pour le traitement du TUO sont des démarches ou des stratégies qui ciblent les comportements et les causes (p. ex. les traumatismes) liés à la consommation de drogues, les relations sociales et interpersonnelles et les facteurs cognitifs, émotionnels et environnementaux. Elles visent l'amélioration de la santé, du fonctionnement et du bien-être des patients. L'objectif de la présente mise à jour était de réexaminer l'impact des interventions psychosociales sur certains critères de jugement concernant le TUO.

Les observations mitigées des six dernières années laissent supposer que les interventions psychosociales pourraient améliorer la rétention en traitement du TAO (2 méta-analyses, 10 ECR, 1 essai clinique non randomisé, 2 études de cohorte; faible qualité). La plupart des ECR n'ont pas montré de différence, tandis que les méta-analyses ont donné des résultats incohérents. En ce qui concerne l'abstinence des opioïdes, les résultats des études indivi-

duelles (3 méta-analyses, 14 ECR, 1 étude de cohorte; moyenne qualité) sont également contradictoires. Certaines études privilégient les traitements psychosociaux et le TAO, tandis que d'autres ne signalent aucune différence.

Les recherches évaluant les coûts, la mortalité et les préférences des patients sont peu nombreuses. Quelques études sur les coûts (2 ECR et 3 études de cohorte) ont donné des résultats peu concluants. Une étude de cohorte a évalué la mortalité, mais aucun avantage à l'ajout d'une intervention psychosociale au TAO n'en est ressorti. Aucune étude n'a été réalisée sur les préférences des patients en interventions psychosociales.

Au regard des données disponibles, le comité d'élaboration des lignes directrices estime que l'association d'interventions psychosociales et du TAO n'est pas moins efficace que l'administration du traitement TAO seul. Les révisions suivantes ont été apportées aux recommandations précédentes .

Recommandation 6 – Des interventions, des traitements et des soutiens psychosociaux peuvent être proposés en complément du traitement des agonistes opioïdes afin d'accroître la rétention en traitement (recommandation forte d'après des données ayant un degré de certitude moyen).

Recommandation 7 – Le traitement psychosocial ne doit ni être une composante obligatoire du traitement d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes ni être exigé pour accéder au traitement par agonistes opioïdes (recommandation forte d'après des données ayant un degré de certitude moyen).

Réduction des méfaits

Au Canada, plusieurs services de réduction des méfaits accessibles et fondés sur des données probantes (p. ex. programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, distribution de naloxone à domicile et consommation supervisée) peuvent réduire les risques de contracter le VIH et le VHC de 30 à 50 %, sont économiques et préviennent les surdoses liées aux opioïdes. Les nouvelles données, bien que peu nombreuses, font état de résultats similaires et permettent au comité d'élaboration des lignes directrices de réaffirmer l'importance de proposer la réduction des méfaits dans le cadre du continuum de soins pour les personnes ayant un TUO.

Recommandation 8 – Des stratégies de réduction des méfaits devraient être proposées dans le continuum de soins pour les personnes aux prises avec un trouble lié à l’usage d’opioïdes (recommandation forte d’après des données ayant un degré de certitude moyen).

- *Les données probantes actuelles soutiennent le recours aux programmes suivant en matière de réduction des méfaits : distribution de matériel stérile de consommation, information sur la prévention des surdoses et accès à des trousse de naloxone à emporter.*

Considérations particulières

Autres options possibles – Naltrexone orale

Étant donné que ce produit est un antagoniste compétitif ne présentant pas risque d’abus ou de détournement, la naltrexone orale est une option thérapeutique du TUO pour les personnes qui ne consomment plus d’opioïdes. Cependant, il existe peu de données sur les bénéfices de la naltrexone orale par rapport à d’autres traitements ou même à des placebos. C’est pourquoi, dans les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l’ICRIS (2018), il a été recommandé de ne l’offrir comme médicament d’appoint pour le traitement du TUO que dans des circonstances particulières. La mise à jour ne réitère pas la recommandation en raison du faible nombre de nouvelles données probantes faisant état d’un risque plus élevé d’arrêt du traitement, d’aucun avantage tangible concernant les événements indésirables ou la consommation d’opioïdes et de la rareté de la demande pour le médicament.

Considération particulière – La naltrexone par voie orale est une option pharmacologique complémentaire possible pour les patientes et patients qui n’ont pas de traitement standard pour le trouble lié à l’usage d’opioïdes ou qui le refusent, et qui ont cessé de consommer des opioïdes.

Populations particulières – Personnes enceintes

Les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l’ICRIS (2018) ne comportent pas de recommandation pour les personnes enceintes, mais ont suggéré la méthadone et la buprénorphine comme des traitements efficaces pour le TUO chez cette population. Les données probantes des six dernières années confirment que les deux options thérapeutiques de première intention devraient être offertes aux personnes enceintes. Si la plupart des études privilégient la buprénorphine, l’absence d’informations sur la durée précise de l’exposition néonatale empêche de recommander un médicament plutôt qu’un autre. Comme pour

les autres patients ayant un TUD, les personnes enceintes devraient se voir proposer les options thérapeutiques de première intention, des interventions psychosociales et des services de réduction des méfaits, quel que soit le stade de la grossesse. Il n'existe pas de données probantes sur les effets de la morphine orale à libération lente sur les personnes enceintes et leurs fœtus.

Considération particulière – Il faudrait encourager les personnes enceintes qui ont un trouble lié à l'usage d'opioïdes, mais qui ne suivent pas de traitement, à commencer un traitement de première intention le plus tôt possible durant la grossesse.

Nouveaux enjeux

Dans le cadre de la mise à jour, le comité d'élaboration des lignes directrices a sollicité l'avis des prestataires de soins de santé (médecins, personnel infirmier, pharmaciennes et pharmaciens, travailleuses sociales et travailleurs sociaux). La principale préoccupation de ces prestataires était l'approvisionnement sécuritaire en produits pharmacologiques.

Approvisionnement plus sécuritaire

Après le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, des lignes directrices temporaires de prescription ont été mises en place, notamment en Colombie-Britannique, comme stratégie de réduction des méfaits liés à la pandémie, afin d'atténuer les risques de surdose et de sevrage pendant les périodes d'isolement. À l'heure actuelle, les pratiques de prescription au sein des services d'approvisionnement plus sécuritaire varient en fonction de divers facteurs et règles, tant du côté des patientes et patients et des prestataires de soins de santé que des sphères régionales et provinciales. Compte tenu de la rareté des études, il n'a pas été possible d'élaborer et d'inclure des recommandations cliniques sur le sujet dans cette mise à jour des *lignes directrices nationales sur le TUD* de l'ICRIS. Par conséquent, une méthodologie d'examen de la portée a été adoptée pour cartographier et structurer les recherches sur l'utilisation et le rôle de l'approvisionnement plus sécuritaire. Une analyse conceptuelle de l'approvisionnement plus sécuritaire selon le modèle de Walker et Avant a également été menée pour explorer et clarifier systématiquement les attributs clés associés au modèle médical des pratiques de prescription dans ce contexte; les travaux de Do et coll. seront rapportés ailleurs.

Autres enjeux

Fentanyl et dérivés

Le fentanyl est un opioïde synthétique approuvé comme puissant analgésique. Par conséquent, l'efficacité du fentanyl et de ses dérivés augmente le risque de surdose non fatale et fatale. À cause du manque d'études portant sur de telles substances dans plusieurs composantes de la prise en charge du TUO et dans l'évaluation de l'efficacité ou des pratiques exemplaires de traitement du TUO chez les personnes dépendantes au fentanyl, le comité ne peut inclure une recommandation à ce propos.

Médication concomitante

Certaines études incluses dans la revue de la littérature n'ont évalué que l'effet des médicaments pour les comorbidités psychiatriques sur les résultats du traitement du TUO. Les preuves de l'impact d'une telle comédication sur les résultats du traitement du TUO n'ont pas été recueillies; par conséquent, le comité n'a pas été en mesure de formuler une recommandation dans les présentes lignes directrices.

Recommandations

Traitement par agonistes opioïdes

Degré de certitude des données probantes

Force de la recommandation

Résumé des données probantes

Recommandation 1 (MISE À JOUR)

La buprénorphine et la méthadone doivent être considérées comme des options standards de traitement par agonistes opioïdes de première intention.



Pages 58 à 64

- Si un traitement par agonistes opioïdes avec de la buprénorphine est prescrit, les médecins doivent être au fait du risque accru d'attrition après 1 mois de traitement et, le cas échéant, prescrire d'autres médicaments agonistes opioïdes (degré de certitude élevé des données probantes).
- Les médecins qui envisagent de prescrire de la méthadone doivent être au fait du risque accru de mortalité durant le premier mois par rapport au reste de la période de traitement (degré de certitude moyen des données probantes).

Recommandation 2 (MISE À JOUR)

Le traitement par agonistes opioïdes avec la morphine orale à libération prolongée doit être disponible et offert comme option de deuxième intention.



Pages 64 à 68

Stratégies de prise en charge du sevrage

Degré de certitude des données probantes

Force de la recommandation

Résumé des données probantes

Recommandation 3 (AUCUNE MODIFICATION)

Il faut éviter de proposer la prise en charge du sevrage comme unique intervention, car cette méthode a été associée à un taux élevé de récurrence, de morbidité et de mortalité. Un traitement concomitant de longue durée de la toxicomanie est recommandé.



Pages 70 à 76

Recommandation 4 (AUCUNE MODIFICATION)

Lorsque la prise en charge du sevrage comme unique intervention est adoptée, il est recommandé d'effectuer une diminution lente (selon la personne) de la dose d'agoniste opioïde sous supervision avec suivi étroit, et d'offrir immédiatement un traitement par agonistes opioïdes en cas de risque de récurrence.



Pages 70 à 76

LÉGENDE:



ÉLEVÉ/FORTE



MOYEN

Stratégies de prise en charge du sevrage

Degré de certitude des données probantes

Force de la recommandation

Résumé des données probantes

Recommandation 5 (AUCUNE MODIFICATION)

Dans le cas des patients stables sous traitement par agonistes opioïdes, et qui souhaitent le terminer (p. ex., veulent cesser la prise de médicaments), évaluer la possibilité d'effectuer une diminution progressive de la dose (selon le patient). Un programme de suivi de la dépendance à long terme devrait être offert dès que le patient cesse complètement toute consommation d'opioïdes



Pages 70 à 76

Interventions psychosociales et réduction des méfaits

Degré de certitude des données probantes

Force de la recommandation

Résumé des données probantes

Recommandation 6 (MISE À JOUR)

Des interventions, des traitements et des soutiens psychosociaux peuvent être proposés en complément du traitement des agonistes opioïdes afin d'accroître la rétention en traitement.



Pages 78 à 83

Recommandation 7 (MISE À JOUR)

Le traitement psychosocial ne doit ni être une composante obligatoire du traitement d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes ni être exigé pour accéder au traitement par agonistes opioïdes.



Pages 78 à 83

Recommandation 8 (MISE À JOUR)

Des stratégies de réduction des méfaits devraient être proposées dans le continuum des soins pour les personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes.



Pages 84 à 87

- Les données probantes actuelles soutiennent le recours aux programmes suivants en matière de réduction des méfaits : distribution de matériel stérile de consommation, information sur la prévention des surdoses et accès à des trousseaux de naloxone à emporter.

LÉGENDE:



ÉLEVÉ/FORTE



MOYEN

Considérations particulières (NOUVEAU)

Résumé des
données probantes

Autre option possible

La naltrexone par voie orale est une option pharmacologique complémentaire possible pour les patientes et patients qui n'ont pas de traitement standard pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes ou qui le refusent, et qui ont cessé de consommer des opioïdes.

Pages 88 à 92

Populations particulières

Il faudrait encourager les personnes enceintes qui ont un trouble lié à l'usage d'opioïdes, mais qui ne suivent pas de traitement, à commencer un traitement de première intention le plus tôt possible durant la grossesse.

Pages 92 à 97



1. Introduction

1.1.

Aperçu des normes de soins

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5-TR)⁶, définit le trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) comme un profil d'utilisation problématique menant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Selon les critères du manuel, le TUO peut résulter d'un usage non médical d'opioïdes délivrés sur ordonnance comme l'oxycodone ou l'hydromorphone ou de substances non réglementées comme l'héroïne, le fentanyl et ses dérivés (p. ex. le carfentanyl, l'acétylfentanyl), et peut se classer de léger à sévère. La consommation chronique d'opioïdes peut entraîner une dépendance physique et psychologique, une accoutumance et un trouble lié à l'usage de substances (TUS) et elle est généralement associée à une augmentation des taux de morbidité et de mortalité^{7,8}. La prise en charge du TUO s'articule autour de plusieurs approches dont l'objectif ultime est d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients. Toutes les approches thérapeutiques (pharmacologiques, psychosociales et de réduction des méfaits) doivent répondre à des exigences éthiques et à des critères scientifiques d'efficacité clinique⁹.

Le comité d'élaboration des lignes directrices de l'ICRIS adhère aux normes internationales de soins de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organismes nationaux et internationaux⁹⁻¹². Voici quelques principes retenus pour offrir des soins optimaux aux patients ayant un TUO. Les professionnels de la santé doivent les suivre et les appliquer à toutes les recommandations cliniques. Ils doivent également mettre à profit leur expérience clinique pour fournir des soins individualisés.

1.1.1.

Adopter une approche centrée sur le patient comme norme de soins

La prise en charge du TUO doit reposer sur une approche centrée sur le patient, ce qui inclut le respect des droits, des préférences et de la dignité⁹.

Droits du patient

Les prestataires de soins de santé doivent, dans la mesure du possible, impliquer les patients dans toutes les décisions relatives aux soins. Le consentement éclairé du patient est obligatoire et le traitement ne doit pas être imposé. La prise en charge du sevrage des patients incapables de donner leur consentement (c.-à-d. inconscients) est une exception. Dans ce cas, les prestataires de soins de santé doivent s'adresser au mandataire du patient ou à un membre de la famille pour obtenir le consentement et suivre les politiques institutionnelles et locales. Le consentement du patient doit ensuite être obtenu dès que possible. Les prestataires de soins de santé doivent informer les patients de toutes les

options et procédures thérapeutiques disponibles, des risques, des bénéfices et d'autres solutions de remplacement pour chaque médicament, ainsi que des risques d'un refus total de traitement⁹.

Préférences du patient

Les préférences et les objectifs du patient doivent être respectés⁹. Le choix et la durée du traitement doivent reposer sur les besoins et la situation du patient, tout en respectant les pratiques exemplaires et en utilisant des stratégies et des approches fondées sur des données probantes. Les cliniciens, en partenariat avec les patients, doivent évaluer soigneusement l'administration de traitements hors indication non indiqués sur l'étiquette, en contrebalançant les bénéfices et les risques propres à chaque situation. De plus, pour respecter les normes professionnelles et éthiques, les prestataires de soins de santé doivent s'abstenir de défendre leurs convictions personnelles.

Dignité du patient

Les prestataires de soins de santé doivent traiter les patients avec dignité et respect. Chacun doit être traité comme un être humain à part entière, dans le respect de son individualité. La discrimination et la stigmatisation n'ont pas leur place, peu importe le parcours de soins choisi. Par conséquent, les prestataires de soins de santé doivent prêter attention au langage et à l'environnement lorsqu'ils interagissent avec des patients. L'aptitude du patient à faire ses propres choix, ses capacités et ses objectifs doivent être pris en compte^{9,12}.

Expériences des patients

L'accessibilité (c.-à-d. les barrières géographiques), la flexibilité et l'intensité de la thérapie sont des facteurs considérables et peuvent avoir une incidence significative sur l'expérience du patient, ses préférences et la rétention en traitement. Les comorbidités et la prise antérieure de médicaments contre le TUO sont importantes; elles ne doivent pas restreindre l'accès au traitement^{9,12}.

1.1.2.

Envisager le continuum de soin comme une norme

Le continuum de soin désigne un ensemble de services de santé qui devraient être offerts aux patients tout au long de leur cheminement, depuis l'évaluation jusqu'à la prise en charge du rétablissement. Les services essentiels liés au TUO comprennent les programmes de réduction des méfaits, les stratégies de prise en charge du sevrage, les traitements par agonistes opioïdes (TAO) et les interventions psychosociales⁹⁻¹¹. Tous les services devraient être disponibles à différents niveaux, des soins primaires aux soins tertiaires. Les patients peuvent utiliser plusieurs ou toutes les ressources à leur guise et peuvent recourir à certaines plus que d'autres. Les cliniciens doivent intensifier ou simplifier le traitement

afin de proposer l'intervention adéquate (p. ex. le type de médicaments pharmaceutiques, les services de consultation externe par rapport aux services hospitaliers).

De nombreuses études montrent qu'une collaboration durable entre les patients et les prestataires de soins améliore la relation thérapeutique, garantit des soins de haute qualité et conduit à de meilleurs résultats pour les patients¹³⁻¹⁵. De ce constat est né un nouveau concept de continuum de soin prônant qu'un patient ayant une maladie chronique devrait être suivi par le même prestataire ou la même équipe de soins. Par conséquent, les prestataires de soins primaires, qui sont souvent le point d'entrée dans le système de santé, devraient être formés sur les méthodes de dépistage, de diagnostic et de traitement du TUO et des différentes comorbidités⁹.

Dans le cas d'un problème de santé complexe comme le TUO, la continuité des soins implique également la coordination et l'interconnexion avec différents services, établissements et structures. Lors du passage d'une structure à une autre (p. ex. d'un service hospitalier à un service de consultation externe), les patients doivent être continuellement informés et impliqués dans la prise de décision concernant les soins de santé. Ils doivent bénéficier des mêmes normes rigoureuses de soins d'une zone géographique à l'autre^{9,12}.

1.1.3.

Mettre en œuvre des services intégrés en tant que norme de soins

Un système de soins de santé intégré est essentiel pour assurer un continuum de soins efficace dans le cadre de la prise en charge du TUO. Une équipe multidisciplinaire formée de médecins de famille, d'infirmières, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux doit être mise en place sur le lieu de traitement. L'équipe de gestion devrait également inclure des personnes ayant un savoir expérientiel en tant que pair aidant^{9,12}.

Le soutien social et la gestion clinique des comorbidités doivent être intégrés dans les programmes de traitement du TUO. Les interventions de prévention des méfaits de la drogue doivent également être proposées dans les services de traitement. La naloxone, utilisée pour inverser la surdose d'opioïdes, devrait être disponible sur les sites de traitement et distribuée à tous les patients ayant un TUO, à leurs partenaires et à leurs familles. Une sensibilisation aux pratiques d'utilisation sûre des drogues et aux risques d'infection par voie sanguine est de mise. Les patients devraient également être orientés vers des organismes d'aide communautaires, notamment des programmes de soutien par les pairs, d'échange d'aiguilles ou de distribution de seringues^{11,12}.

Par ailleurs, les services de traitement du TUO doivent être accessibles aux personnes vivant dans les zones urbaines et rurales, soit en personne, soit par la télésanté. Les services doivent être proposés à des heures variées et être abordables^{9,12}.

1.1.4.

Intégrer les besoins des populations particulières dans la norme de soins

Des considérations particulières doivent être prises en compte pour les sous-groupes de patients ayant des besoins spécifiques. Il s'agit notamment des personnes en situation d'itinérance, des personnes sans-emploi, des personnes qui ont une expérience d'incarcération, des personnes enceintes, personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC), des immigrants, des travailleurs et travailleuses du sexe et des personnes d'orientations sexuelles et d'identités de genre diverses, qui sont souvent vulnérables et victimes de la stigmatisation et de la discrimination. Par ailleurs, puisque les femmes sont plus susceptibles d'être confrontées à des abus sexuels et à de la violence familiale, elles peuvent avoir besoin d'une prise en charge clinique adaptée⁹⁻¹².

Discrimination, stigmatisation et racisme

Les équipes de traitement doivent tenir compte de la possibilité permanente de préjugés inconscients et de formes de discrimination, de stigmatisation ou de croyances qui pourraient nuire à des soins optimaux. Une formation doit être dispensée et des mesures doivent être prises pour discerner les vulnérabilités individuelles et les protocoles d'orientation des patients vers des services complémentaires. Il est important d'intégrer un cadre antidiscriminatoire dans les programmes de traitement du TUO¹⁶. La sensibilité culturelle, raciale et religieuse ainsi que l'identité de genre doivent être prises en compte pour réduire les obstacles et améliorer l'accessibilité. Il faut donc faire appel à des médiateurs de divers horizons et à des interprètes si nécessaire^{9,11,12}.

Violence et abus sexuels

Les femmes (cis, trans et bispirituelles) et les travailleurs et travailleuses du sexe courent un risque plus élevé de violence et d'abus sexuels. Les professionnels de la santé qui s'occupent de ces sous-groupes doivent être en contact avec les organismes sociaux appropriés, lorsque le patient ou la patiente le consent, afin de s'assurer que les problèmes de violence font l'objet d'un suivi. Dans la mesure du possible, le traitement doit être proposé dans un environnement sûr et non mixte. Il est également important de donner la priorité à la santé reproductive des personnes en âge de procréer en leur donnant accès à la contraception et à l'éducation. Les personnes enceintes doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée du TUO, comme indiqué plus loin dans la [section 4.3.2 Populations particulières : Personnes enceintes](#) (p. 92)^{9,11,12}.

Incarcération

La possession non réglementée d'opioïdes est une infraction pénale au Canada. La consommation d'opioïdes est associée à une augmentation des infractions pénales, souvent commises pour financer l'achat de drogues et éviter les effets de manque et de

sevrage^{17,18}. Les taux d'infraction pour possession d'héroïne ont augmenté de 115 % entre 2011 et 2021¹⁹ et plus de 40 % des crimes commis par des personnes admises dans des établissements fédéraux canadiens (à l'exception de la conduite avec facultés affaiblies ou des infractions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*) sont associés à l'usage de substances psychoactives²⁰. Fait intéressant, le TAO réduit le risque de réin-carcération^{18,21-25}.

Les personnes ayant un TUO dans les prisons devraient avoir accès à un traitement fondé sur des données probantes et bénéficier de normes de soins similaires à celles offertes dans la collectivité²⁶.

- Dans un souci de respect des droits et de la dignité des patients, les personnes incarcérées ne devraient pas être contraintes d'entamer un traitement contre le TUO^{9,18,27}.
- Les établissements de justice pénale devraient offrir des services appropriés pour la prise en charge du TUO, y compris la réduction des méfaits (p. ex. la prévention des infections par voie sanguine), les TAO fondés sur des données probantes, les traitements psychosociaux et la prise en charge des comorbidités. L'ensemble du personnel (agents des services correctionnels et professionnels des tribunaux) devrait recevoir une formation appropriée pour reconnaître les besoins spécifiques des personnes ayant un TUO^{9,18,27}.
- La continuité des soins doit être appliquée. Par conséquent, à chaque étape de la détention (c.-à-d. de l'arrestation à la détention au poste de police, à la prison, au tribunal et à la libération), les personnes ayant un TUO doivent avoir accès à des traitements adaptés à leur condition ou à leurs besoins à ce moment-là. Après la remise en liberté, la coordination entre le système de justice pénale et la communauté est essentielle pour assurer la continuité du traitement et prévenir les décès par surdose en raison de la reprise de la consommation et de la perte de tolérance^{9,18,27}.

1.2.

Aperçu de la crise des intoxications aux drogues au Canada

Selon un récent rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), environ 60 millions de personnes dans le monde ont déclaré avoir consommé des opioïdes en 2022²⁸. La forte incidence des surdoses liées aux drogues constitue un défi majeur, en particulier en Amérique du Nord. La crise des surdoses est devenue un enjeu mondial pressant, marqué par une augmentation alarmante des décès liés aux opioïdes prescrits et illégaux, qui représentent plus de 69 % des décès liés à la drogue²⁹. Les dommages liés aux opioïdes au Canada et aux États-Unis demeurent un problème de santé publique important, notamment à cause du fentanyl. Entre janvier 2016 et mars

En 2024, 47 162 décès apparents liés à la toxicité des opioïdes ont été recensés au Canada. En 2023, sur l'ensemble des décès accidentels apparents liés à la toxicité des opioïdes, des opioïdes non pharmaceutiques sont en cause dans 82 % des cas et le fentanyl dans 81 %, ce qui représente une augmentation de 42 % par rapport à 2016⁴. De plus, plus de la moitié des décès accidentels par intoxication apparente aux opioïdes impliquaient également un stimulant, ce qui met en évidence un problème de polytoxicité. Bien que la crise d'intoxications aux drogues ait un impact national, elle est particulièrement grave en Colombie-Britannique, en Alberta et au Yukon, où les taux de décès par toxicité apparente des opioïdes (pour 100 000 habitants) sont plus élevés que la moyenne nationale depuis trois ans⁴. Les statistiques nationales, provinciales et territoriales mettent en lumière le besoin urgent d'interventions et de traitements efficaces pour lutter contre l'usage non médical d'opioïdes, le TUO et les dommages qui en découlent.

En raison de la nature chronique et récurrente du TUO, de la complexité et de la diversité des besoins et des objectifs individuels, il n'existe pas d'approche linéaire adaptée à la prise en charge clinique. Bien que l'arrêt de la consommation s'avère la seule option permettant d'éviter les conséquences et les événements indésirables liés aux opioïdes, les professionnels de la santé doivent tenir compte des choix, des objectifs et des motivations des personnes³⁰ afin de garantir leur sécurité et leur bien-être. Plusieurs options, dont les traitements efficaces et la réduction des méfaits, offrent la possibilité d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes ayant un TUO. Les approches efficaces contre le TUO font généralement appel à la pharmacothérapie, éventuellement associée à des interventions psychosociales. La pharmacothérapie prône le TAO pour prévenir les récurrences et réduire les dommages liés à la drogue. Quant aux interventions psychosociales, elles incluent des conseils, des thérapies comportementales et des groupes de soutien³¹ pour aider les personnes à maintenir leur traitement pharmacologique³². Bien que l'efficacité des traitements ait été étudiée et démontrée, des obstacles comme l'accès limité et la désinformation persistent. La collaboration entre les prestataires de soins de santé et les décideurs politiques est essentielle pour faire face à la crise des intoxications aux drogues et garantir que les personnes ayant un TUO aient accès à des traitements et à un soutien cohérents, adéquats et fondés sur des données probantes.



2. Objectif et portée

Ces lignes directrices sont une mise à jour des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018), qui vise à fournir aux cliniciens un cadre normalisé et national pour la prise en charge du TUO. Il repose sur un examen approfondi des recherches les plus récentes, couvrant les six années écoulées depuis la publication initiale. Par ailleurs, il comprend des recommandations révisées sur les options thérapeutiques cliniques et psychosociales, un aperçu de récentes données probantes sur la prise en charge clinique du TUO chez les personnes enceintes, et un survol des nouveaux enjeux, dont la mise à disposition de produits pharmacologiques alternatifs pour réduire l'exposition à l'approvisionnement non sécuritaire d'opioïdes non réglementés.

2.1.

Portée des lignes directrices

Le présent document a été élaboré pour aider les professionnels de la santé à proposer aux patientes et patients un traitement cohérent et efficace, adapté à leurs besoins et à leur situation. Il s'appuie sur les données scientifiques les plus récentes concernant les interventions pharmacologiques et psychosociales pour les personnes ayant un TUO, dont les personnes enceintes, et les services de réduction des méfaits. Il est recommandé de se référer aux directives provinciales pour en savoir plus sur les réglementations spécifiques, les procédures de traitement et les calendriers de dosage, car ils sortent de la portée de ces lignes directrices. Les cliniciennes et cliniciens sont encouragés à faire appel à leur jugement professionnel pour déterminer le traitement qui convient le mieux à leurs patients.

Médicaments

Pharmacothérapie

Les présentes lignes directrices portent sur les médicaments oraux approuvés par Santé Canada pour le traitement du TUO, à savoir la méthadone et la buprénorphine (le mono-produit et la combinaison buprénorphine-naloxone). Plusieurs formulations sont désormais disponibles pour la buprénorphine, et la mise à jour porte sur le médicament lui-même sans comparaison entre les formulations.

Les médicaments non indiqués, en particulier la morphine orale à libération lente, sont abordés, par exemple dans les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018), étant donné le nombre croissant de données probantes en faveur de son utilisation comme TAO à cette époque. La naltrexone orale fait également partie de ces lignes directrices, car, comme l'indique la version précédente, il peut y avoir des circonstances spécifiques dans lesquelles elle peut être une option thérapeutique.

Bien que le comité d'élaboration des lignes directrices reconnaisse la pertinence des données probantes sur la naltrexone à libération prolongée pour traiter le TUO dans des circonstances particulières, celle-ci n'est pas offerte au Canada, et il n'existe aucun plan pour son approbation et sa commercialisation. Elle ne figure donc pas dans ce guide national.

Les traitements par agonistes opioïdes injectables (TAOi) ne font pas partie de la portée du présent document, et les recommandations à leur sujet sont disponibles ici : [Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#) et [Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes](#).

Prise en charge du sevrage

Étant donné que le comité d'élaboration des lignes directrices ne recommande pas la prise en charge du sevrage comme unique intervention (établi dans les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS), les études comparatives sur les options thérapeutiques dans la prise en charge du sevrage n'ont pas été incluses dans la revue de la littérature. Pour en savoir plus sur les stratégies de prise en charge du sevrage, consultez les lignes directrices suivantes de l'ICRIS : [Opioid Use Disorder—Related Withdrawal Management](#).

Interventions psychosociales et réduction des méfaits

Les données probantes concernant les approches non pharmacologiques, à savoir les interventions psychosociales et les services de réduction des méfaits, ont été passées en revue. Toutes les interventions psychosociales examinées ont été incluses et ont été évaluées en conjonction avec le TAO par rapport à ce dernier seul. Les services de réduction des méfaits, entre autres les sites de consommation ou d'injection supervisés, la naloxone à emporter et les programmes de distribution de matériel stérile pour l'injection ou l'inhalation, ont été examinés en fonction du diagnostic de TUO et pas nécessairement en association avec un traitement pharmacologique.

Populations particulières

Les données scientifiques colligées concernant le traitement du TUO portent sur la population adulte générale (18 ans et plus). Cependant, le comité d'élaboration des lignes directrices reconnaît que les personnes âgées (65 ans et plus) et les adolescents (12 à 17 ans) devraient se voir proposer un soutien et des traitements fondés sur des données probantes, comme le recommandent les lignes directrices pour les personnes âgées³³ et d'autres instances, comme l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry³⁴ et la Society for Adolescent Medicine³⁵.

Le comité d'élaboration des lignes directrices s'est également penché sur les données scientifiques relatives à la prise en charge des personnes enceintes ayant un TUO. Il convient de noter qu'elles ont besoin d'un traitement et de soins spécialisés. Bien que des données concernant cette clientèle aient été incluses dans la présente mise à jour, il

n'est pas possible de formuler une recommandation officielle, car elles ne portent que sur les six dernières années. Néanmoins, même si elles sont insuffisantes pour offrir une vue d'ensemble, elles ont permis au comité de souligner une considération particulière. Pour plus de détails et de recommandations, consultez les lignes directrices pour les personnes enceintes ayant un TUO, d'après les avis d'experts, comme les documents [Opioid Use Throughout Women's Lifespan : Opioid Use in Pregnancy and Breastfeeding](#)³⁶, [Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy](#)^{37,38}, et [Clinical Guidance for Treating Pregnant and Parenting Women with Opioid Use Disorder and Their Infants](#)³⁹.

La revue de la littérature n'a pas permis de recueillir des données spécifiques sur les populations et les communautés comme les personnes en détention, les femmes, les personnes LGBTQIA/2S+, les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC) et les personnes ayant des comorbidités. Par conséquent, aucune recommandation n'a été formulée à leur égard. Néanmoins, il est important de noter que le traitement du TUO fondé sur des données probantes doit être fourni en fonction des besoins et des considérations propres à la patiente ou au patient, antiracistes et tenant compte des traumatismes pour adopter des approches centrées sur la patiente ou le patient.

2.2.

Public visé

La deuxième mouture des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS s'adresse aux personnel paramédical, aux médecins, au personnel infirmier, aux pharmaciennes et pharmaciens, aux psychologues cliniciennes et cliniciens, aux travailleuses sociales et travailleurs sociaux, aux professeures et professeurs en médecine et aux gestionnaires de cas de soins cliniques, avec ou sans expérience spécialisée dans le traitement des dépendances. La mise à jour peut également être un outil pertinent pour les décideurs politiques et les administrateurs des services de santé aux échelles nationale et provinciale lorsqu'ils élaborent et adaptent des stratégies et des programmes fondés sur des données probantes pour combler les lacunes dans la prise en charge de la toxicomanie, le traitement des dépendances et les politiques d'accès au traitement à l'échelle nationale.



3. Méthodologie

L'élaboration des lignes directrices a été soutenue financièrement par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada (2223-HQ-000151) et réalisée sous la direction des pôles régionaux de l'ICRIS (Colombie-Britannique, Ontario, Prairies, Québec et Atlantique). La mise à jour a été réalisée conformément aux normes établies par l'Institute of Medicine's Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines⁴⁰, qui comprend une déclaration complète de conflits d'intérêts, une méthodologie transparente, la participation des patients et un comité d'examen externe. Plus précisément, les recommandations ont été formulées à l'aide du processus validé GRADE (Grading of Recommendations, Assessments, Development and Evaluation)⁴¹. Une telle méthode permet une approche systématique de formulation de recommandations cliniques basées sur des preuves scientifiques et un jugement clinique.

3.1.

Sélection des membres des comités

Trois comités distincts ont été constitués, un pour l'élaboration des lignes directrices, un comité directeur et un pour la révision externe.

Le comité directeur était composé de 5 chercheurs principaux (c.-à-d. des responsables de pôles) de l'ICRIS. Le comité d'élaboration des lignes directrices était composé de 20 membres, dont une équipe scientifique de 6 personnes ayant des connaissances en matière de revues systématiques et de méthodologie, 1 gestionnaire du projet d'élaboration des lignes directrices, 2 coordinateurs des lignes directrices et 5 experts en médecine des toxicomanies (c.-à-d. des responsables cliniques).

Le comité de révision externe était quant à lui composé de 63 membres nationaux multidisciplinaires recrutés dans les provinces et territoires par l'intermédiaire du réseau national de l'ICRIS. Il s'agissait de cliniciens, d'intervenants clés et de personnes ayant un savoir expérientiel adu TUO, de représentants des communautés urbaines, rurales et de diversité ethnoculturelle. Les cliniciens invités étaient des médecins de premiers recours, des psychiatres et médecins en traitement des dépendances, des psychologues, des pharmaciens, des infirmières praticiennes et des infirmières autorisées. Trois experts internationaux (cliniciens et universitaires) faisaient partie du comité de révision externe et ont également été invités à donner leur avis.

3.2.

Politique sur les conflits d'intérêts

Les normes relatives à la divulgation des conflits d'intérêts ont été respectées conformément aux principes de divulgation des intérêts et de gestion des conflits du Guidelines International Network⁴². Les membres du comité d'élaboration des lignes directrices et les réviseurs externes ont divulgué toute rémunération provenant d'entreprises à but lucratif et d'autres entités susceptibles d'introduire un risque de partialité en utilisant un formulaire normalisé et adapté de la déclaration d'intérêts⁴³. Les conflits d'intérêts indirects peuvent concerner l'avancement universitaire, les revenus cliniques et le statut professionnel ou public. Les membres du comité ont été invités à signaler tout conflit d'intérêts indirect susceptible d'influencer les recommandations. La divulgation détaillée des intérêts concurrents est disponible à l'[annexe 1](#).

3.3.

Élaboration du contenu

La méthode GRADE pour l'élaboration des recommandations comprend les étapes suivantes⁴¹ :

- Sélection des questions et sujets cliniques;
- Revue et synthèse de la littérature;
- Élaboration des recommandations et du processus d'évaluation;
- Consultation du comité de révision externe.

Sélection des sujets

Étant donné que le présent document est une mise à jour de lignes directrices existantes plutôt qu'un projet distinct, les questions cliniques de 2018 ont été reprises explicitement pour déterminer les sujets prioritaires. Une recherche systématique de la littérature sur les personnes enceintes a été ajoutée aux thèmes de 2018. D'ailleurs, un groupe de discussion a été mis sur pied, constitué de 4 membres ayant un savoir expérientiel un TUO et de 98 prestataires de soins de santé de tout le Canada ont été interrogés pour connaître les nouveaux problèmes de consommation. Une question a été soulevée, soit celle de l'approvisionnement sécuritaire, qui est examinée séparément des lignes directrices. Un résumé des résultats du groupe de discussion et du sondage figure à l'[annexe 2](#).

Revue de la littérature

Une évaluation systématique des ouvrages scientifiques évalués par les pairs a été réalisée conformément à l'approche PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) et aux lignes directrices de l'Institute of Medicine Committee on Standards for Systematic Reviews of Comparative Effectiveness Research^{40,42,44}. La littérature grise a été exclue de cet examen. Le protocole a été préalablement enregistré auprès de PROSPERO (CRD42023398663).

Stratégie de recherche

Un bibliothécaire spécialisé a élaboré deux stratégies de recherche distinctes pour mettre à jour les recommandations cliniques en fonction des questions cliniques de 2018 et des énoncés en matière de population, d'intervention, de comparaison, de résultat et de conception de l'étude (PICOS) (voir [l'annexe 3](#)). Les stratégies ont été conçues pour aborder les deux principaux domaines abordés dans le présent document, à savoir les volets pharmacothérapeutique, psychosocial et la réduction des méfaits. Les bases de données MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ISI Web of Science et Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) ont été consultées de janvier 2017 à septembre 2023, à la recherche d'études en anglais portant sur des sujets humains. De plus, la liste de référence de toutes les études pertinentes a été consultée. Un aperçu détaillé des stratégies de recherche et des mots-clés par base de données et thème de recherche est présenté à [l'annexe 4](#).

Critères d'inclusion

Pour être incluses, les études doivent présenter des données relatives à des participants adultes (18 ans et plus) ayant un TAO au sens du DSM-IV ou du DSM-5, quelle qu'en soit la gravité (légère, modérée ou sévère). Les participants pouvaient avoir consommé des opioïdes illégaux ou prescrits, quelle que soit la voie d'administration (p. ex. injection, inhalation, ingestion). Les interventions dignes d'intérêt concernaient le TAO à long terme en comparaison avec un autre TAO de même durée, un placebo, le traitement habituel, une réduction progressive à court terme, la naltrexone orale ou l'absence de traitement. Les études abordées comprenaient également l'évaluation de la prise en charge du sevrage comme seul traitement par rapport au TAO à long terme. Les travaux évaluant les interventions psychosociales menées conjointement avec le TAO à long terme ou les services de réduction des méfaits étaient également pertinents. Les interventions pouvaient être réalisées en milieu hospitalier ou par un service de consultation externe.

Les types d'études retenues étaient les méta-analyses, les ECR, les études quasi expérimentales et les études de cohortes observationnelles (prospectives et rétrospectives). Les lignes directrices mises à jour ont élargi la portée des études incluses aux études observationnelles, reflétant ainsi une plus grande portée de la collecte de données probantes. Si les études observationnelles n'ont pas la rigueur des essais cliniques, elles constituent néanmoins des preuves significatives lorsqu'elles sont menées en grand nombre et qu'elles

permettent d'obtenir des résultats cohérents et répétés. Les modèles qualitatifs et à cas unique ont été exclus en raison de l'importance qu'ils accordent aux processus inductifs et générateurs d'hypothèses plutôt qu'aux généralisations quantitatives et déductives susceptibles d'être utilisées pour guider les interventions au niveau de la population.

Sélection des études

Le processus de sélection des études a été réalisé au moyen du logiciel de revue systématique Covidence. Chaque domaine a fait l'objet d'une analyse distincte dans Covidence, où les doublons des bases de données ont été automatiquement éliminés. Deux recherches documentaires ont permis de relever 32 825 études. Un protocole de sélection des données a été mis en œuvre, en plus d'une évaluation de la fiabilité entre les évaluateurs à chaque étape. La première sélection des titres et des résumés a été effectuée indépendamment par deux scientifiques membres du comité d'élaboration des lignes directrices. Les désaccords ont été résolus par la discussion et par consensus. Les résumés répondant aux critères d'inclusion, soit 573 articles issus de la recherche pharmacothérapeutique et 709 articles issus de la recherche psychosociale et de réduction des méfaits, ont été sélectionnés pour une analyse du texte intégral. Le texte intégral a également été examiné de manière indépendante par deux membres scientifiques et l'inclusion d'une étude nécessitait un consensus. Au total, 105 études portant sur des interventions pharmacothérapeutiques et 45 sur des interventions psychosociales et de réduction des méfaits ont été incluses. Le processus de sélection des études est illustré par les organigrammes PRISMA à l'[annexe 5](#).

Critères de jugement et extraction des données

Les six critères de jugement sont les suivants :

1. rétention en traitement;
2. abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes;
3. événements indésirables;
4. morbidité et mortalité;
5. coûts directs et indirects;
6. préférences des patients.

Les critères ont été déterminés selon les résultats d'une étude de consensus Delphi⁴⁵ et les perspectives de cliniciens experts. La sélection s'est faite en deux temps. Tout d'abord, deux membres du comité scientifique ont relevé des critères prédéfinis (rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes, événements indésirables et mortalité) en se fondant sur l'étude de consensus Delphi⁴⁵. Les cliniciens experts les ont ensuite examinés et approuvés. Les deux autres critères (coûts directs et indirects et préférences des patients) ont été ajoutés à la liste à l'issue d'un consensus d'experts. Les coûts et les préférences des patients sont des critères GRADE importants à prendre en compte dans la formulation de recommandations cliniques. La satisfaction des patients a également été prise en compte, car elle peut influencer les préférences et les attentes. Tous les

critères ont été choisis en raison de leur importance dans le traitement efficace du TUO. En outre, le comité d'élaboration des lignes directrices convient qu'il est important d'envisager des critères normalisés sur le plan international qui seront plus faciles à reproduire au fil du temps. La rétention en traitement et l'abstinence de la consommation d'opioïdes ont été retenus comme critères essentiels de première importance lors de la synthèse de la qualité des données probantes des études pharmacologiques et psychosociales.

L'objectif ultime de la réduction des méfaits étant de minimiser les conséquences négatives associées à la consommation de drogues, différents critères ont été pris en compte dans les études évaluant les services à ce propos. En l'absence d'un consensus Delphi international, le comité d'élaboration des lignes directrices s'est fondé sur des données issues de revues systématiques^{46,47}. Par consensus, le comité a opté pour les critères suivants : Incidence ou prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), incidence ou prévalence du virus de l'hépatite C (VHC), surdose non mortelle, utilisation de la naloxone, mortalité et coûts directs et indirects. La surdose non mortelle et la mortalité ont été définies comme les critères les plus importants pour effectuer la synthèse de la qualité des données probantes.

Un modèle d'extraction des données a été élaboré pour garantir la cohérence. Deux scientifiques indépendants ont procédé à l'extraction et les divergences ont été résolues par la discussion. Les données extraites comprenaient les caractéristiques de l'étude (conception, pays, année de publication), la population (nombre de participants, âge moyen, sexe), le type d'intervention (nombre de groupes et durée du suivi), les principaux résultats d'intérêt, le financement et les conflits d'intérêts. Tous les types de mesures dans chaque domaine de critères pertinents et les résultats numériques avec les tailles d'effet et les valeurs p ont été extraits. Les tableaux de synthèse des données sont accessibles à l'[annexe 6](#).

Évaluation du risque de biais

Le risque de biais a été évalué par deux scientifiques au moyen d'outils appropriés en fonction de la conception de l'étude. Les biais potentiels dans plusieurs domaines ont été évalués pour chaque étude. Les domaines comprennent les facteurs de confusion, la sélection de l'échantillon, la mesure de l'exposition et des résultats, la communication sélective des résultats et l'analyse. Pour les méta-analyses, les domaines de biais pertinents comprenaient le protocole de revue, la stratégie de recherche, la sélection des études, l'évaluation du risque de biais, la méthode de méta-analyse et le biais de publication. Les outils suivants ont été utilisés pour évaluer le risque de biais pour chaque modèle d'étude correspondant : AMSTAR-2 pour les méta-analyses⁴⁸, l'outil Cochrane RoB-2 pour les ECR⁴⁹, le Cochrane ROBINS-I pour les essais cliniques non randomisés⁵⁰, et l'échelle de Newcastle-Ottawa (NOS) pour les études de cohortes⁵¹. Les outils ont été sélectionnés pour refléter les mesures de référence pour l'évaluation du risque de biais, sur la base d'une revue de la littérature psychométrique et d'une consultation avec des experts de la revue systématique. Ils ont permis une approche systématique de l'évaluation du risque de biais (élevé, modéré ou faible). Alors que des algorithmes de décision ont été utilisés avec RoB2 et ROBINS-I pour générer un jugement objectif, les scores^{49,50} pour AMSTAR-2 et NOS ont

été générés manuellement. Les points critiques relevés par les développeurs ont été pris en compte pour AMSTAR-2, ce qui a entraîné une augmentation du risque de biais de l'étude, le cas échéant.

Détermination du degré de certitude des données probantes

La méthode GRADE a été utilisée pour déterminer le degré de certitude des données probantes de manière systématique⁵²⁻⁵⁷. L'ensemble des données probantes a été trié en fonction des questions cliniques et des critères. Elles ont ensuite été synthétisées de manière narrative en fonction du type d'étude. Une méta-analyse n'a pas été réalisée en raison de la grande hétérogénéité des définitions et des mesures des résultats. Selon la méthode GRADE, une « classification de départ » a été utilisée par ordre décroissant d'importance. Les méta-analyses et les essais cliniques randomisés ont été considérés comme des preuves de haute qualité, les études quasi-expérimentales comme des preuves de qualité moyenne et les études observationnelles comme des preuves de faible qualité⁵². La méthode GRADE permet d'abaisser le niveau de qualité en tenant compte de paramètres spécifiques, notamment le risque de biais des études primaires, l'incohérence entre les résultats des études, le caractère indirect (lorsque les résultats ne peuvent pas être généralisés) et le biais de publication⁵². Les critères d'imprécision n'ont pas été évalués, puisqu'aucune méta-analyse quantitative n'a été réalisée. Plutôt, toutes les mesures d'intérêt ont été analysées pour relever les tendances entre les études. Pour déterminer la qualité des éléments de preuve pour chaque critère, seule la qualité la plus élevée a été prise en compte lorsque tous les types de modèles pointaient dans la même direction. Lorsque la qualité différait d'un modèle d'étude à l'autre, la qualité la plus faible a été prise en compte. La qualité globale des données probantes pour chaque recommandation a été évaluée selon la preuve de la plus faible qualité pour les critères définis comme les plus importants ou les plus critiques. Les tableaux de qualité GRADE figurent à [l'annexe 7](#).

Des données probantes de haute qualité signifient que l'ensemble des éléments inclus dans notre analyse ne présentent que très peu de limitations et de variations. Une moyenne qualité indique que seules quelques études ne présentant pas de limitations majeures ont été incluses dans notre analyse. Une qualité faible ou très faible signifie que les résultats des études incluses dans la revue présentent des limites et des variations importantes^{41,52}.

Élaboration de recommandations

Formulation des recommandations

La précédente version des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS, publiée en 2018, a généré une liste de 11 recommandations cliniques⁵⁸. Pour la mise à jour, le comité a utilisé des tableaux résumant les nouvelles données probantes et le cadre décisionnel GRADE pour formuler des recommandations étayées par les preuves. Lors du premier tour, les membres scientifiques ont rédigé les déclarations de recommandations en se fondant sur la qualité des données probantes et de divers facteurs, notamment le rapport risques-bénéfices, les préférences et les valeurs des patients, les coûts et la disponibilité

des ressources. Lors du deuxième tour, les responsables cliniques ont été invités à apporter des modifications aux projets de recommandations en s'appuyant sur leur jugement clinique. Les scientifiques et les experts cliniques se sont mis d'accord sur la formulation et sur les recommandations à mettre à jour, supprimer ou garder inchangées. Lorsque de nouvelles données de meilleure qualité étaient disponibles, toutes les modifications nécessaires ont été apportées à la recommandation initiale. Il est à noter qu'en dépit de l'intégration de l'expertise clinique et de la consultation dans la mise à jour des lignes directrices, le comité d'élaboration a privilégié les données de recherche disponibles lors de la formulation des recommandations finales, adhérant ainsi à ses objectifs fondés sur des données probantes.

Force de la recommandation

Après être parvenu à un consensus sur la formulation, le comité d'élaboration des lignes directrices a déterminé la force des recommandations. Les membres scientifiques ont procédé à la notation initiale, suivie d'une discussion avec les responsables cliniques. Le processus de notation a été adopté à partir de la méthode GRADE^{59,60}. Par conséquent, les déterminants utilisés pour formuler les recommandations, soit le rapport risques-bénéfices, les valeurs et les préférences des patients, ainsi que les coûts et les ressources, ont également été utilisés dans ce processus. Ces déterminants ont été appliqués comme décrit dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 1. CRITÈRES GRADE POUR L'ÉVALUATION DE LA FORCE DES RECOMMANDATIONS^{59,60}

Critères GRADE	Explication
Rapport risques-bénéfices	Plus la différence est grande entre les effets souhaitables et indésirables, plus il est probable qu'une recommandation élevée soit justifiée. Plus le bénéfice net est faible et moins la qualité qui en découle est élevée, plus il est probable qu'une recommandation faible soit justifiée.
Valeurs et préférences des patients	Ce critère englobe les perspectives, croyances, attentes et objectifs des patients en matière de santé et de vie. Plus la variabilité ou l'incertitude des valeurs et des préférences est grande, plus il est probable qu'une recommandation faible soit justifiée.
Coûts et ressources	Plus les coûts d'une intervention sont élevés (plus les ressources consommées sont importantes), moins il est probable qu'une recommandation forte soit justifiée.

Chaque recommandation a été qualifiée de « forte » ou de « faible ». Le tableau 2 montre différentes questions que le comité a utilisées pour orienter sa prise de décision.

TABLEAU 2. CADRE DÉCISIONNEL : DES DONNÉES PROBANTES AUX RECOMMANDATIONS^{59,60}

Question ou recommandation :		
Domaine de décision	Sous-domaines influençant la décision	Décision
<p>Rapport entre les effets escomptés et indésirables</p> <ul style="list-style-type: none"> Compte tenu de la meilleure estimation des valeurs et des préférences typiques, êtes-vous convaincu que les bénéfices l'emportent sur les risques et la charge, ou vice-versa? 	<p>Risque de base pour les effets escomptés et indésirables</p> <ul style="list-style-type: none"> Le risque de base est-il similaire dans les différents sous-groupes? Faut-il prévoir des recommandations distinctes pour les sous-groupes? <p>Risque relatif pour les bénéfiques et les risques</p> <ul style="list-style-type: none"> Les bénéfiques relatifs sont-ils importants? Les risques relatifs sont-ils importants? <p>Exigences en matière de modélisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il beaucoup d'extrapolation et de modélisation? <p>Valeurs typiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les valeurs typiques? Existe-t-il des différences dans la valeur relative des critères essentiels? 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Confiance dans les estimations de l'effet (qualité des données probantes)</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il des données probantes de qualité élevée ou moyenne? 	<p>Principales raisons de l'abaissement ou de l'augmentation de la note attribuée aux données probantes</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Valeurs et préférences</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déterminé avec certitude les valeurs et les préférences typiques, et sont-elles similaires dans l'ensemble de la population cible? 	<p>Source des valeurs typiques (panel ou groupe de patients représentatifs)</p> <p>Source des estimations de la variabilité et de l'étendue de la variabilité</p> <p>Méthode de détermination des valeurs satisfaisantes pour cette recommandation</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Enjeux concernant les ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ressources sont-elles à la hauteur du bénéfice net attendu de l'application de la recommandation? 	<p>Quels sont les coûts par unité de ressource?</p> <p>Faisabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette intervention est-elle généralement accessible? <p>Coût de renonciation</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette intervention et ses effets justifient-ils le retrait ou la non-attribution de ressources à d'autres interventions? <p>Différences d'un contexte à l'autre</p> <ul style="list-style-type: none"> Les besoins en ressources varient-ils beaucoup d'un contexte à l'autre? 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Force globale de la recommandation</p>	<p>Une recommandation forte peut être justifiée malgré la faible qualité des données probantes lorsque celles-ci montrent un bénéfice dans une situation potentiellement mortelle.</p>	<input type="radio"/> Forte <input type="radio"/> Faible

Une **recommandation forte** en faveur d'une intervention signifie que les bénéfices l'emportent indubitablement sur les risques ou que les effets indésirables l'emportent sur les bénéfices si la recommandation est défavorable à une intervention. Ce type de recommandation indique également que l'intervention est dans le meilleur intérêt de la majorité des patients. Dans le contexte de la pratique clinique, une recommandation forte signifie qu'elle peut être adoptée en tant que politique et qu'il serait inapproprié d'avoir de la variabilité entre les personnes et les régions^{59,60}.

Une **recommandation faible** implique que la plupart des personnes informées choisiraient l'intervention recommandée, à l'inverse d'un nombre important d'entre elles. Concrètement, une recommandation faible en faveur ou à l'encontre d'une intervention, respectivement, suggère qu'il y a peu de bénéfices possibles par rapport aux risques, ou que les effets indésirables peuvent l'emporter sur les bénéfices de l'intervention. Elle indique également que des choix différents peuvent être appropriés pour des patients différents^{59,60}.

Il convient de noter qu'une recommandation faible n'implique pas nécessairement de « preuves de faible qualité », pas plus qu'une recommandation forte n'implique de « preuves de qualité supérieure ». Une recommandation peut être qualifiée de faible en fonction des ressources disponibles ou des préférences des patients^{59,60}.

Révision externe

Conformément aux normes des lignes directrices de pratique clinique dignes de confiance, comme établies par le comité de l'Institut de médecine des États-Unis⁴⁰, nous avons demandé l'avis des parties prenantes, notamment des cliniciens, des acteurs clés et des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO. Les évaluateurs (sur les plans national et international) ont été invités à évaluer la pertinence des nouvelles recommandations et à formuler des commentaires généraux sur l'ensemble du document d'orientation (champ d'application, justification, etc.). Ils ont été encouragés à se fonder sur leur jugement clinique ainsi que leurs expériences et valeurs personnelles.

Chaque évaluateur a reçu un document d'orientation en texte intégral et une liste des études incluses. Les évaluateurs ont également reçu des formulaires d'évaluation pour les aider dans leur travail. L'un des formulaires d'évaluation était une version adaptée de l'outil AGREE-Recommendation Excellence (AGREE-REX)⁶¹. L'objectif est d'évaluer la pertinence de chaque recommandation sur la base de quatre catégories, soit la clarté, la pertinence, les valeurs et préférences, ainsi que la pertinence globale. L'échelle adaptée permet d'attribuer une note de 1 à 7 qui reflète l'opinion de l'évaluateur à propos de chaque catégorie. Une note globale de 5 ou plus indique que la recommandation est appropriée, tandis qu'une note globale de 3 ou 4 indique que la recommandation est incertaine. Une note globale de 2 ou moins signifie que la recommandation est inappropriée. Les évaluateurs ont été invités à examiner la faisabilité et les motifs de chaque recommandation. En cas de doute, ils ont été invités à fournir de nouveaux éléments de preuve. Il leur a également été demandé de reformuler toute recommandation mise en doute. Le document en texte intégral a été

évalué au moyen d'un instrument adapté du comité de l'institut de médecine sur les lignes directrices de pratique clinique⁶². L'instrument d'évaluation comporte cinq sections évaluant le potentiel d'application clinique (c.-à-d. le champ d'application), la flexibilité clinique (c.-à-d. les exceptions et les préférences des patients), la validité des données probantes, la clarté des lignes directrices (c.-à-d. les titres, le résumé, les organigrammes) et le processus pluridisciplinaire. Le taux de satisfaction a été indiqué. Chaque domaine d'examen dont le taux de satisfaction était inférieur à 50 % a été révisé.

Le comité d'élaboration des lignes directrices a recueilli tous les commentaires et a révisé le document d'orientation. Les recommandations jugées appropriées (note moyenne de 5 ou plus) ont été automatiquement intégrées au document final. Les recommandations jugées incertaines ou inappropriées ont fait l'objet de discussions, puis ont été révisées par le comité d'élaboration des lignes directrices. Les recommandations ont été modifiées dans le sens « pour » ou « contre » ou sur le plan de la force uniquement si les commentaires des évaluateurs avaient fait ressortir de nouvelles preuves solides ou de nouvelles justifications.



4. Revue de la littérature

4.1.

Pharmacothérapie

4.1.1.

Traitement par agonistes opioïdes

Au Canada, le seul traitement médicamenteux approuvé pour la prise en charge du TUO est le TAO. Il existe actuellement plusieurs agonistes opioïdes autorisés par Santé Canada pour le traitement du TUO, notamment différents types de buprénorphine (mono-produit et en combinaison avec la naloxone) et la méthadone (Metadol-D, Methadose, Sandoz Methadone)⁶³. Dans le contexte des besoins urgents en santé publique pour lutter contre la crise des surdoses, le gouvernement du Canada a réagi en augmentant l'accès aux médicaments⁵. En 2019, Santé Canada a approuvé une nouvelle indication pour l'hydromorphone et la diacétylmorphine injectables en tant que TAO pour le traitement d'un TUO sévère chez les adultes⁶⁴. La morphine orale à libération prolongée administrée en une prise unique quotidienne (Kadian), approuvée pour soulager la douleur, est également utilisée de manière officieuse au Canada pour traiter le TUO depuis 2017^{63,65}.

La buprénorphine et la méthadone sont toutes deux des opioïdes synthétiques qui activent le récepteur opioïde mu (μ). La buprénorphine est un agoniste partiel, tandis que la méthadone est un agoniste pur. L'effet agoniste opioïdérique leur permet de prévenir les symptômes de sevrage chez les patients ayant un TUO. De plus, en se liant au récepteur μ , la buprénorphine et la méthadone bloquent les effets d'autres opioïdes et réduisent les envies, ce qui entraîne une diminution de la consommation non réglementée d'opioïdes⁶⁶. Les nombreuses données probantes, dont quatre méta-analyses, trois revues systématiques et huit études individuelles, ont déjà montré que le TAO est plus efficace que le traitement non pharmacologique dans la prise en charge des patients ayant un TUO⁶⁷⁻⁷⁰, et qu'il réduit les effets indésirables tels que la mortalité et la consommation d'opioïdes⁷¹⁻⁸¹. D'ailleurs, la méthadone et la buprénorphine figurent toujours sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels de 2023⁸². Dans notre recherche actualisée, trois études de cohorte ont réaffirmé la supériorité du TAO par rapport au traitement non pharmacologique, en faisant état de taux de mortalité inférieurs. Une étude de cohorte américaine sur des personnes ayant un TUO suivies pendant quatre ans (2015-2019) a rapporté un risque de mortalité deux fois plus élevé chez les patients qui ne suivaient pas un traitement pharmacologique⁸³. Une autre étude américaine a également montré que le taux de mortalité était plus faible chez les patients ayant un TUO traités à la buprénorphine que chez ceux qui n'avaient pas reçu de traitement⁸⁴. De même, une récente étude suédoise a suivi 5 757 patients pendant 7,3 ans et a montré que la buprénorphine et la méthadone étaient significativement associées à un risque de mortalité plus faible⁸⁵. En ce qui concerne les autres critères, une vaste étude de cohorte rétrospective portant sur 40 885 participants confirme que les personnes recevant de la buprénorphine ou de la méthadone étaient moins susceptibles d'être victimes d'une surdose que le groupe n'ayant reçu aucun traitement⁸⁶. Deux méta-analyses^{87,88} menées en 2019 et 2022 ont comparé la buprénorphine

à un traitement non pharmacologique en fonction de différents critères, notamment la rétention en traitement, l'abstinence de la consommation d'opioïdes et les événements indésirables. Les deux études ont conclu que la buprénorphine était plus efficace que les traitements non pharmacologiques.

Il est largement admis que le TAO est plus efficace qu'un traitement non pharmacologique. Cependant, le débat se poursuit sur l'utilisation optimale de ces médicaments dans la pratique. Les précédentes lignes directrices nationales de 2018 recommandaient la buprénorphine comme traitement de première intention pour le TUO, suivie de la méthadone comme traitement de deuxième intention, et de la morphine orale à libération prolongée comme option de troisième intention. Pourtant, six ans plus tard, il est temps de les réévaluer. Par conséquent, une analyse des nouvelles données comparant la buprénorphine, la méthadone et la morphine orale à libération prolongée a été réalisée pour répondre à la question clinique suivante : « Quelle est la meilleure option de première ligne fondée sur des données probantes pour le traitement par agonistes opioïdes? »

Buprénorphine par rapport à méthadone

Les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) indiquent d'initier le TAO avec la buprénorphine chaque fois que cela est possible, tout en envisageant la transition vers la méthadone si le patient ne répond pas au traitement. La méthadone pourrait être proposée au début du traitement lorsque la buprénorphine n'est pas l'option privilégiée. À l'époque, ces recommandations ont été justifiées comme suit :

- Il a été constaté que la buprénorphine était moins efficace que la méthadone en ce qui a trait à la rétention en traitement par les patients. Cependant, les deux traitements ont été aussi efficaces l'un que l'autre pour supprimer l'utilisation non réglementé d'opioïdes.
- Les études soutiennent, lors du passage de l'un à l'autre, une réduction progressive de la méthadone ou un intervalle de 36 à 72 heures avant l'induction de la buprénorphine. En revanche, la transition de la buprénorphine à la méthadone peut se faire facilement en 24 heures.
- La littérature a mis en évidence le profil d'innocuité supérieur de la buprénorphine par rapport à la méthadone concernant les risques de surdose et la dépression respiratoire, ce qui permet de fournir plus tôt des doses de buprénorphine à emporter.

Les sections suivantes présentent les données les plus récentes en fonction des critères de jugement d'intérêt liés au TUO.

Rétention en traitement

De nouvelles données probantes substantielles qui comparent les résultats de la méthadone à la buprénorphine selon le critère de rétention en traitement ont été publiées au

cours des six dernières années. Il s'agit de six méta-analyses^{26,87-91}, deux essais cliniques randomisés^{92,93} et 20 études observationnelles^{73,94-112}.

Conformément à la revue de la littérature de 2018, cinq des méta-analyses examinées confirment que les patients sont plus susceptibles de maintenir le traitement à la méthadone par rapport à la buprénorphine^{26,87-90}. Par exemple, Lim et coll. ont publié une méta-analyse d'essais cliniques randomisés en 2022, rapportant que les patients traités à la méthadone avaient une probabilité plus élevée de rester dans le traitement que ceux sous buprénorphine (risque relatif [RR] : 1,22; IC à 95 % : 1,06-1,40)⁸⁹. Nielsen et coll. ont également publié la même année une méta-analyse d'essais cliniques randomisés et ont obtenu des résultats similaires en faveur de la méthadone (RR : 1,21, IC à 95 % : 1,02-1,43)⁸⁸. Il est intéressant de noter qu'une méta-analyse récente, publiée en 2023 par Degenhardt et coll., fait état du taux de rétention en traitement sur différentes périodes, notamment à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois⁹⁰. Le taux de rétention à un mois ne différait pas significativement entre les deux types de traitement (22 ECR, N = 41 121; 19 études observationnelles, N = 140 888). Cependant, après 3, 6 et 12 mois, le taux de rétention était significativement plus élevé dans le groupe traité à la méthadone. Le risque relatif global à 3 mois pour les essais cliniques randomisés était de 0,88 (IC à 95 % : 0,82-0,95, 23 études). Après 6 et 12 mois, le risque relatif dans les ECR était respectivement de 0,76 et 0,82. Ainsi, une réduction progressive de rétention en traitement à la buprénorphine au fil du temps a été observée, en particulier après un mois. Les nouvelles données incitent à la vigilance quant au risque élevé d'abandon des patients traités à la buprénorphine après le premier mois d'induction. Sur les six méta-analyses examinées, une seule fait état de taux de rétention similaires au-delà d'un mois⁹¹. La méta-analyse de Klimas et coll. incluait des études qui mesuraient la rétention en traitement à 12 semaines et jusqu'à 52 semaines. Il convient de noter qu'elle incluait également des études (huit essais cliniques randomisés et trois études observationnelles) publiées avant 2014, de sorte qu'elle ne tient pas compte des plus récentes données probantes concernant les deux médicaments⁹¹.

L'ensemble des données probantes issues d'études individuelles soutient les mêmes conclusions que les méta-analyses en faveur de la méthadone. Parmi les études observationnelles examinées, 10 sur 20 ont fait état de résultats favorables à la méthadone par rapport à la buprénorphine^{95,97,99,100,102-106,113}, trois étaient en faveur de la buprénorphine^{98,107,108}, et une étude n'a montré aucune différence entre les deux traitements¹¹². Par ailleurs, six études observationnelles n'ont rapporté que des données descriptives, mais les résultats étaient surtout en faveur de la méthadone^{94,96,101,109-111}. L'un des deux ECR confirme que la rétention en traitement est plus élevée chez les patients traités à la méthadone⁹³, tandis que l'autre n'a pas constaté de différence entre les groupes de traitement⁹².

Ces nouvelles données probantes montrent que le taux de rétention en traitement est plus élevé chez les patients traités à la méthadone qu'à la buprénorphine. Il est à noter que les taux de rétention tendent à être similaires pendant le premier mois de traitement, pour ensuite devenir significativement différents après la période d'induction.

Abstinence de la consommation d'opioïdes

Quatre nouvelles méta-analyses^{26,87,88,90}, deux ECR^{93,114} et huit études observationnelles^{83,96,101,106,110,115-117} ont été publiés pour examiner l'efficacité de la méthadone et de la buprénorphine en vue de réduire la consommation d'opioïdes chez les personnes ayant un TUD. Sur les quatre méta-analyses, trois n'ont pas trouvé de différence significative entre la méthadone et la buprénorphine en ce qui concerne la consommation d'opioïdes mesurée par analyse d'urine^{87,88,90}. Une méta-analyse qui combinait des outils de mesures soit par auto-déclaration, soit par analyse d'urine, a indiqué que les patients traités à la méthadone étaient moins susceptibles de consommer d'autres opioïdes. Cette méta-analyse peut mettre en évidence l'importance de prendre en compte le critère de jugement dans l'interprétation des résultats²⁶. Par exemple, lorsque la consommation d'opioïdes était autodéclarée, Nielsen et coll. ont constaté que la méthadone était plus efficace que les autres traitements (RR : 0,49, IC à 95 % : 0,28-0,86; deux ECR, 165 participants). Cependant, cette étude n'a pas révélé de différence significative dans les analyses d'urine entre la méthadone et la buprénorphine (RR : 0,81, IC à 95 % : 0,57-1,17; trois ECR, 206 participants)⁸⁸.

Les deux ECR récemment publiés en 2021 et 2022^{93,114} n'ont pas révélé de différence significative entre la buprénorphine et la méthadone en ce qui concerne la consommation d'opioïdes lorsqu'elle est mesurée par analyse d'urine. Les résultats de l'essai OPTIMA mené au Canada ont montré une différence moyenne ajustée significative (DM; DM : 8,70 %; IC à 95 % : 3,00 - +∞; $p < 0,01$) dans la proportion des tests de dépistage toxicologique urinaire d'opioïdes au cours des 12 premières semaines. La différence moyenne a diminué au cours des 12 dernières semaines de traitement et est devenue non significative (DM : 2,40 %, IC à 95 % : -3,30 - +∞; $p = 0,24$)¹¹⁴. La consommation d'opioïdes examinée à la marque des 12 mois dans le cadre d'un essai clinique randomisé multisite mené dans six cliniques vietnamiennes spécialisées dans le traitement du VIH était similaire dans les groupes buprénorphine et méthadone⁹³. Parmi les études observationnelles examinées, aucune ne privilégiait la méthadone. Quatre études de cohorte n'ont pas trouvé de différence significative^{101,106,115,116}, tandis que les quatre autres études étaient en faveur de la buprénorphine^{83,95,110,117}.

Dans l'ensemble, ces nouvelles données confirment que la méthadone et la buprénorphine sont aussi efficaces l'une que l'autre pour réduire la consommation d'opioïdes.

Événements indésirables

Les effets secondaires ou indésirables du traitement du TUD comprennent une longue liste de symptômes tels que la constipation, la transpiration excessive, la bouche sèche, la somnolence, la prise de poids, la dysfonction sexuelle, ainsi que le risque d'arythmie cardiaque et de surdose¹¹⁸. La plupart des effets, notamment l'arythmie cardiaque ou la dysfonction sexuelle, sont généralement attribués à la méthadone. Cette mise à jour est allée au-delà d'une simple catégorisation des effets négatifs de la méthadone et de la buprénorphine et a évalué de manière plus approfondie les taux d'occurrence des effets indésirables associés à ces médicaments. Cette approche permet de mieux comprendre

les risques et les bénéfices potentiels de l'utilisation de la méthadone par rapport à la buprénorphine comme option thérapeutique.

En somme, 2 méta-analyses^{86,88}, 3 ECR^{91,112,117} et 11 études observationnelles ont été examinés pour évaluer l'apparition d'effets indésirables chez les patients ayant un TUO traités à la méthadone et à la buprénorphine^{94,96,101,102,106,115,116,119-121}. Les deux méta-analyses ont donné des résultats similaires, ce qui indique qu'il n'y avait pas de différence significative dans la survenue des effets indésirables entre les deux groupes de traitement^{88,90}.

La plupart des études individuelles ont donné lieu à des conclusions similaires, soit deux ECR^{114,122} et six études de cohorte^{94,106,115,116,120,123}. Cependant, deux études de cohorte ont indiqué que les personnes traitées à la buprénorphine présentaient moins d'effets indésirables^{96,102}. Les deux études font état d'un risque plus élevé de surdose non mortelle dans les 30 premiers jours suivant l'induction de la méthadone. Il est intéressant de noter qu'une récente étude de cohorte menée au Royaume-Uni avec un échantillon de grande taille (N = 20 898) visait à évaluer le risque de surdoses non mortelles chez les patients à qui l'on avait prescrit un TAO en même temps que d'autres médicaments tels que des benzodiazépines, des antidépresseurs, des antipsychotiques, des Z-drugs, des gabapentinoïdes et des opioïdes. L'étude a révélé un risque élevé de surdose lorsque la méthadone est prescrite en même temps que d'autres opioïdes. En ce qui concerne la buprénorphine, le risque de surdose était plus élevé lorsqu'elle était prescrite en même temps que des médicaments non opioïdes⁹⁶. Un tel constat met en évidence l'effet protecteur potentiel de la buprénorphine contre l'intoxication par les opioïdes, mais pas contre l'intoxication par d'autres médicaments, en particulier pendant la période d'induction.

Dans l'ensemble, les données disponibles indiquent que la méthadone et la buprénorphine ne diffèrent pas en ce qui concerne les effets indésirables survenant après la période d'induction.

Mortalité

La recherche de littérature a permis de recenser trois méta-analyses¹²⁴⁻¹²⁶ et 11 études de cohortes qui ont évalué la mortalité chez les patients en TAO^{83,96,101,104,126-132}. Aucun essai clinique randomisé n'a été trouvé.

Les trois méta-analyses privilégiaient systématiquement la buprénorphine par rapport à la méthadone. Une méta-analyse de 21 études observationnelles, publiée en 2019, a révélé que les taux de mortalité par surdose étaient plus élevés chez les patients traités à la méthadone que dans le groupe buprénorphine (taux brut de mortalité [TBM] pour la méthadone : 6 décès par surdose pour 1 000 personnes-années; IC à 95 % : 5-7; buprénorphine : 3 décès par overdose pour 1 000 années-personnes; IC à 95 % : 3-4). Les taux de mortalité toutes causes confondues étaient également plus élevés dans le groupe méthadone (TBM : 17 décès pour 1 000 personnes-années : IC à 95 % : 15-20) que dans la buprénorphine (TMB : 7 décès pour 1 000 personnes-années; IC à 95 % : 6-8)¹²⁴. Dans le même ordre d'idées, une méta-analyse publiée la même année a également montré que le taux de mortalité toutes

causes confondues était plus élevé pendant le traitement à la méthadone (TBM : 1,05, IC à 95 % : 0,86-1,25, 14 études observationnelles) par rapport à la buprénorphine (TBM : 0,38, IC à 95 % : 0,31-0,46, 2 études observationnelles)¹²⁵. Le taux de mortalité était plus élevé au début que pendant le reste de la période de traitement. L'étude de Santo et coll.¹²⁶ (2021) a notamment montré que le risque de mortalité doublait au cours des quatre premières semaines de traitement à la méthadone (RR : 2,81; IC à 95 % : 1,55-5,09), mais pas pour la buprénorphine (RR : 0,58 ; IC À 95 % : 0,18-1,85). Il a été suggéré qu'une telle situation était due au risque élevé d'empoisonnement par les médicaments et de dépression respiratoire pendant l'induction à la méthadone¹²⁶.

De plus, 8 des 11 études de cohorte ont fait état d'un risque de mortalité plus faible chez les patients traités à la buprénorphine^{83,96,104,127-130,132,133}. En accord avec l'hypothèse de Santo, une étude de cohorte prospective a également démontré un risque d'empoisonnement par les médicaments plus faible pour les patients traités à la buprénorphine que pour ceux traités à la méthadone au début du traitement¹²⁷. Une étude de cohorte rétrospective réalisée en Australie a également mis en évidence le rôle protecteur de la buprénorphine contre les surdoses mortelles dans une population spécifique de patients souffrant de maladies circulatoires et respiratoires¹³⁰. Les trois autres études de cohorte ont fait état d'un risque égal entre les deux traitements. Il convient de noter que ces études de cohortes avaient une période de suivi allant de deux à sept ans, ce qui laisse croire que le risque de mortalité chez les patients stabilisés pourrait ne pas différer entre les deux traitements^{94,129,131}.

La présente revue de la littérature fournit des données probantes cohérentes d'un risque de mortalité plus faible avec la buprénorphine qu'avec la méthadone, en particulier pendant la période d'induction. Pendant cette période, il est important d'être prudent quant au risque d'empoisonnement par la méthadone.

Satisfaction des patients et coûts

Le comité d'élaboration des lignes directrices a pris en compte deux critères de jugement supplémentaires, à savoir les préférences des patients et les coûts, en plus des critères clés déterminés par le consensus Delphi⁴⁵. En l'absence d'études sur les « préférences des patients », le comité a évalué les études portant sur la « satisfaction des patients ». La satisfaction des patients peut avoir un effet sur la rétention en traitement, tandis que le coût peut avoir un effet sur l'accessibilité du traitement, et ces facteurs sont essentiels à la mise en œuvre des politiques.

Les données évaluant la satisfaction des patients par rapport au TAO sont limitées. Une méta-analyse⁹⁰ et un essai clinique randomisé⁹² ont apporté quelques éclaircissements. La méta-analyse comprenait une étude observationnelle unique, dont les données favorisaient la buprénorphine par rapport à la méthadone. L'ECR n'a pas révélé de différence significative dans la satisfaction des patients entre les deux groupes⁹⁰. Il est à noter que les deux études ont mesuré la satisfaction par rapport au traitement au moyen d'une échelle validée.

Seules trois études de cohorte comparant la méthadone et la buprénorphine ont examiné les coûts^{112,134,135}. Une analyse secondaire d'un essai pragmatique canadien a comparé le rapport coût-efficacité de la buprénorphine à celui de la méthadone. La buprénorphine à dose flexible à emporter s'est avérée moins efficace et plus coûteuse que la méthadone en raison des meilleurs taux de rétention en traitement à la méthadone¹³⁴. Une autre étude observationnelle menée aux États-Unis a évalué les coûts totaux des soins entre les deux médicaments et a constaté des différences significatives¹¹². Les coûts pharmaceutiques ont augmenté de 219 \$ pour les patients traités à la buprénorphine et de 23 \$ pour ceux traités à la méthadone ($p = 0,01$). Cependant, le manque d'adhésion thérapeutique a été associé à une augmentation significative des coûts pour la méthadone par rapport à la buprénorphine¹¹². La plus récente étude menée en Europe a rapporté une différence significative dans les coûts sur 12 mois de trois médicaments ($p < 0,01$), à savoir la lévométhadone (8 400 €; σ : 11 080 €), la méthadone (7 090 €; σ : 10 900 €), et la buprénorphine (6 670 €; σ : 7 430 €). Les comparaisons post-hoc ont révélé une différence significative seulement entre la buprénorphine et la lévométhadone. Ainsi, des formulations différentes peuvent expliquer la différence de coût entre les deux médicaments¹³⁵.

Le nombre très faible d'études ne permet pas de tirer de conclusions. Cependant, il semble que la satisfaction des patients tend vers la buprénorphine, tandis que les coûts semblent favoriser la méthadone.

Morphine orale à libération prolongée

Cette section traite de l'utilisation hors indication de la morphine orale à libération prolongée, un agoniste opioïde. Pour déterminer l'efficacité, elle est comparée à des médicaments oraux approuvés pour le TUO par Santé Canada.

La morphine orale à libération prolongée est un agoniste opioïde pur qui se lie au récepteur μ et constitue l'un des analgésiques les plus puissants qui existent^{66,136}. Au Canada, elle est utilisée hors indication pour la prise en charge du TUO, d'où la nécessité d'élaborer des lignes directrices sur l'utilisation en tant que TAO. Les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) recommandent son utilisation comme solution de rechange lorsque les TAO approuvés par Santé Canada, soit la méthadone et la buprénorphine, ne peuvent pas être utilisées⁵⁸. La morphine orale à libération prolongée a été comparée aux autres TAO et des données limitées ont permis de conclure qu'elle constitue une option acceptable pour la prise en charge clinique du TUO. Une revue Cochrane de 2013 (trois ECR) par Ferri et coll. n'a pas montré de différence dans la rétention en traitement à des fins non médicales, mais a rapporté plus d'événements indésirables dans le groupe traité à la morphine orale à libération prolongée que dans les groupes traités à la méthadone et la buprénorphine¹³⁷. Cependant, des études indépendantes ont noté de plus grandes améliorations pour la morphine orale à libération prolongée en ce qui concerne les symptômes de sevrage, la qualité du sommeil et l'état de manque¹³⁸⁻¹⁴¹.

Deux méta-analyses^{99,142} et cinq études de cohorte ont apporté de nouvelles données probantes^{99,105,143-145}. Une méta-analyse de quatre ECR effectués par Klimas et coll. comparant

la morphine orale à libération prolongée à la méthadone a été réalisée en 2019¹⁴². Trois des quatre essais inclus dans cette méta-analyse faisaient déjà partie de la revue Cochrane de 2013¹³⁷; le quatrième a été publié par Beck et coll. en 2014¹⁴⁶. La méta-analyse la plus récente des ECR de Lim et coll. publiée en 2022 incluait également les quatre mêmes études⁸⁹. Par conséquent, aucun nouvel essai comparant la morphine orale à libération prolongée à la méthadone ou à la buprénorphine n'a été réalisé au cours des dix dernières années. Conformément à l'étude Cochrane de 2013, les nouvelles méta-analyses n'ont pas révélé de différences significatives entre la morphine orale à libération lente et la méthadone en ce qui concerne la rétention en traitement^{89,142}. En outre, Klimas et coll. n'ont pas signalé de différence d'efficacité entre la morphine orale à libération prolongée et la méthadone pour ce qui est de la réduction de la consommation d'opioïdes. Cependant, ils ont noté que la morphine orale à libération prolongée était plus efficace que la méthadone pour réduire l'état de manque¹⁴².

Cinq études de cohortes rétrospectives ont été menées au cours des six dernières années pour comparer la morphine orale à libération prolongée à la méthadone ou à la buprénorphine. Trois ont d'ailleurs été menées au Canada^{99,105,144} et ont évalué la rétention en traitement, qui présentait des taux similaires entre les groupes dans deux études^{105,144}. L'autre étude canadienne, qui a analysé 220 474 épisodes d'induction du traitement, a rapporté que la morphine orale à libération prolongée avait moins de chances de terminer l'induction que la méthadone. Les taux de rétention en traitement à trois mois pour la méthadone et la morphine orale à libération lente étaient respectivement de 36,70 % et 25,90 %. Les taux de rétention en traitement à trois mois pour la méthadone et la morphine orale à libération prolongée étaient respectivement de 36,70 % et 25,90 %. Les taux de rétention en traitement ont diminué au fil du temps dans les deux groupes; à 12 mois, il était de 18 % pour la méthadone et de 8,90 % pour la morphine orale à libération prolongée⁹⁹.

Les autres études de cohorte ont été menées en France en 2019 et 2022 par la même équipe de recherche^{143,145}. Bertin et coll. ont comparé le sulfate de morphine à la buprénorphine et à la méthadone selon trois critères : les effets indésirables (surdose), la mortalité et la morbidité. Les données des deux études confirment que la morphine orale à libération prolongée présente des risques de surdose plus élevés que les autres TAO. L'étude de 2019 a montré que l'incidence brute de surdose sur un an pour 100 000 patients-années était supérieure de 3,8 points pour la morphine orale à libération prolongée par rapport à la buprénorphine et de 2,0 points par rapport à méthadone¹⁴⁵. Comme pour l'autre étude, le risque de surdose était plus faible chez les patients sous buprénorphine que chez les patients sous morphine orale à libération prolongée (rapport de cotes ajusté [RCa] : 0,50, IC à 95 % : 0,40-0,70), mais il ne différait pas entre la morphine orale à libération prolongée et la méthadone (RCa : 1,00, IC à 95 % : 0,70-1,40)¹⁴³. Les auteurs ont également signalé un taux de mortalité plus élevé dans le groupe traité par morphine orale à libération prolongée. Le risque de mortalité toutes causes confondues à la marque d'un an était 9,1 fois plus élevé dans le groupe morphine que dans le groupe buprénorphine ($p < 0,01$) et 3,9 fois plus élevé que dans le groupe méthadone ($p < 0,01$)¹⁴⁵. De plus, la prévalence du VIH, du virus

de l'hépatite B (VHB) et du VHC était plus élevée chez les utilisateurs de morphine orale à libération prolongée que chez les utilisateurs d'autres types de TAO¹⁴³.

Comme indiqué précédemment, la rétention en traitement et la consommation d'opioïdes semblent être comparables entre les groupes traités par morphine orale à libération prolongée et ceux traités par les TAO standard. Certaines études observationnelles associent la morphine orale à libération prolongée à un risque plus élevé de surdose et de mortalité. Le constat peut s'expliquer en partie par le fait que la morphine orale à libération prolongée a été réservée aux patients ayant un TUO plus sévère. Les patients traités à la morphine orale à libération prolongée n'ont pas eu de résultats escomptés avec la méthadone ou la buprénorphine. Par conséquent, ils devraient présenter des taux plus élevés de problèmes de santé reliés à la consommation d'opioïdes. En résumé, il est important de garder à l'esprit que la quantité de données probantes évaluant la morphine orale à libération prolongée est très limitée, de sorte qu'il est difficile de parvenir à une conclusion objective. D'autres études sur l'efficacité de la morphine orale à libération prolongée sont nécessaires de toute urgence, compte tenu de son utilisation de plus en plus répandue dans les milieux cliniques.

Des données probantes aux recommandations cliniques

Traitement de première intention recommandé

Les sections précédentes ont abordé les bénéfices et les inconvénients des différents TAO pour la prise en charge des TUO en s'appuyant sur un examen exhaustif de l'ensemble des données publiées à ce jour. En résumé, les nouvelles données montrent que la méthadone et la buprénorphine sont aussi efficaces l'une que l'autre pour réduire la consommation d'opioïdes (degré de certitude élevé) et les effets indésirables (degré de certitude élevé). L'ensemble des données probantes favorise la méthadone pour la rétention en traitement (degré de certitude élevé) et la buprénorphine en ce qui concerne le faible risque de mortalité, du moment que les patients sont maintenus en traitement (degré de certitude moyen). Des éléments de preuve de faible qualité ont montré que la méthadone est moins coûteuse que le traitement à la buprénorphine. Enfin, il n'y a pas assez de données probantes pour déterminer la préférence des patients. Les tableaux de qualité GRADE figurent à l'[annexe 7](#).

Le processus décisionnel utilisé pour passer des données probantes aux recommandations respecte le cadre méthodologique GRADE, qui prend en compte divers facteurs tels que la qualité des preuves, l'équilibre entre les bénéfices et les risques, les préférences et les valeurs des patients, le coût et la disponibilité des ressources. Le comité d'élaboration des lignes directrices s'est appuyé sur l'expérience clinique des prestataires de soins de santé et des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO pour évaluer la disponibilité des ressources ainsi que les valeurs et préférences des patients. Les membres du comité sont convaincus qu'ils en comprennent la portée. En outre, la certitude quant à la disponibilité des ressources était fondée sur les récentes mesures gouvernementales levant les restrictions sur les prescriptions de méthadone, ainsi que sur les nouvelles modalités de traitement résultant de la pandémie de COVID-19, telles que la télésanté⁵. Le comité a

conclu qu'offrir à la fois la méthadone et la buprénorphine serait bénéfique, car les patients seraient plus enclins à adopter le traitement et les ressources disponibles justifiaient le bénéfice net attendu. Par conséquent, le groupe a déclaré que la méthadone n'est plus considérée comme une option de traitement de deuxième intention, de sorte que cette dernière et la buprénorphine sont désormais toutes deux considérées comme des options de traitement de première intention équivalentes. Cependant, il est important de noter que des précautions différentes doivent être prises pour chacun de ces médicaments. La méthadone a été associée à un risque de mortalité plus élevé (en particulier pendant la période d'induction), tandis que la buprénorphine est associée à un taux de rétention en traitement moindre.

Bien que les données scientifiques constituent une base solide pour des recommandations cliniques, le comité d'élaboration des lignes directrices souligne l'importance d'appliquer les normes de soins dans la pratique clinique. Le clinicien doit collaborer avec le patient pour choisir le TAO le plus approprié après lui avoir présenté tous les médicaments disponibles et approuvés par Santé Canada, soit principalement la buprénorphine et la méthadone. Il doit tenir compte de ses objectifs et de ses préférences, en plus de prendre note de ses expériences passées avec les TAO, de même que de ses comorbidités et des autres médicaments prescrits afin d'éviter les interactions médicamenteuses potentielles^{147,148}.

Certaines considérations particulières pour des populations spécifiques sont également requises. L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a récemment publié des considérations cliniques pour les patients qui suivent un traitement à la buprénorphine et qui sont également exposés au fentanyl et à divers stimulants¹⁴⁹. Ces patients peuvent présenter une très forte tolérance aux opioïdes. Les experts de l'ASAM ont souligné certains des défis associés à l'initiation à la buprénorphine et recommandent que les cliniciens soient conscients des obstacles et des désagréments causés par le syndrome de sevrage des opioïdes pendant la phase d'initiation. Pour prévenir l'abandon du traitement, ils doivent envisager différentes stratégies d'initiation émergentes, telles que la « buprénorphine à faible dose avec poursuite des opioïdes » ou « l'initiation rapide à la buprénorphine à forte dose après l'arrêt des opioïdes ». Après l'initiation, ils doivent prévoir des doses plus élevées de buprénorphine à long terme pour cette population en particulier¹⁴⁹.

En outre, les cliniciens doivent surveiller attentivement tous les patients à qui l'on prescrit de la méthadone et de la buprénorphine pour déceler tout signe de dépendance physique, de problèmes respiratoires potentiellement mortels, un détournement ou un abus de substance, ainsi qu'être à l'affût des occasions de revoir les objectifs du traitement et l'engagement.

Traitement de deuxième intention recommandé

Les *lignes directrices nationales sur le TAO* (2018) propose la morphine orale à libération prolongée comme option thérapeutique de troisième intention sur la base de données probantes de degré de certitude moyen⁵⁸. La mise à jour actuelle a apporté peu de nouvelles données probantes et n'a pas montré que la morphine orale à libération prolongée

était supérieure à la méthadone ni à la buprénorphine (voir le [tableau GRADE](#) à l'annexe 7). Les données suggèrent que l'utilisation d'opioïdes et le taux de rétention en traitement dans le groupe de traitement SROM sont similaires à ceux de la méthadone et de la buprénorphine (faible degré de certitude). Néanmoins, la morphine orale à libération prolongée est moins efficace pour réduire les événements indésirables (faible degré de certitude) et peut présenter un risque de mortalité plus élevé (faible degré de certitude). Il n'existe pas de nouvelles données comparant la morphine orale à libération prolongée à la méthadone et à la buprénorphine lorsqu'il est question de préférences, de la satisfaction des patients, ni de coûts. Dans l'ensemble, il n'y a que peu d'éléments probants pour modifier la recommandation précédente de 2018. Cependant, puisque la méthadone n'est plus considérée comme un traitement de deuxième intention, la morphine orale à libération prolongée devient par défaut l'option de traitement de deuxième intention.

Pour rappel, la morphine orale à libération prolongée est utilisée hors indication pour la prise en charge des TUO¹⁵⁰. Le comité d'experts a souligné l'importance de produire de nouveaux éléments de preuve. Pour les patients qui ne tirent pas de bénéfices de la méthadone ou de la buprénorphine, la morphine orale à libération prolongée devrait être disponible partout lorsqu'elle est indiquée.

Les doses de morphine orale à libération prolongée déterminées par le fabricant sont établies pour le traitement de la douleur¹⁵⁰. Par conséquent, seuls les cliniciens expérimentés devraient en prescrire pour le traitement des TUO. Si un prescripteur expérimenté n'est pas disponible, une consultation doit être obtenue par cybermentorat approfondi, téléconsultation ou d'autres moyens permettant d'offrir au patient des soins de qualité équitables. Dans tous les cas, des précautions doivent être prises, notamment par un suivi étroit des patients, ainsi qu'une attention particulière aux contre-indications et aux interactions médicamenteuses¹⁵⁰.

Dans l'ensemble, le comité d'élaboration des lignes directrices recommande que le choix d'un TAO spécifique repose à la fois sur des données probantes et sur une approche individualisée basée sur le jugement clinique.

Résumé des recommandations : traitements par agonistes opioïdes

Après avoir examiné les nouveaux éléments de preuve et pris en compte le jugement clinique, le comité d'élaboration des lignes directrices a apporté les révisions suivantes aux recommandations existantes :

RECOMMANDATION 1

Principaux changements : La méthadone devient une option de traitement de première intention avec la buprénorphine.

2018 **Recommandation 1 :** Commencer le traitement par agonistes opioïdes (TAO) avec de la buprénorphine-naloxone chaque fois que cela est possible afin de réduire le risque de toxicité, de morbidité et de mortalité, ainsi que pour faciliter l'administration à domicile en toute sécurité.

Recommandation 2 : Pour les personnes qui ne répondent pas bien à la buprénorphine-naloxone, il faut envisager une transition vers un traitement à la méthadone.

Recommandation 3 : Commencer le TAO par la méthadone lorsque le traitement par la buprénorphine-naloxone n'est pas l'option privilégiée.

Recommandation 4 : Pour les personnes ayant répondu avec succès et de manière durable à la méthadone et qui souhaitent simplifier leur traitement, il faut envisager de passer à la buprénorphine-naloxone, car son profil d'innocuité supérieur permet de prendre des doses à domicile de manière plus régulière et de réduire la fréquence des rendez-vous médicaux.

2024 **Recommandation 1 :** La buprénorphine et la méthadone doivent être considérées comme des options standards de traitement par agonistes opioïdes de première intention.

- Si un traitement par agonistes opioïdes avec de la buprénorphine est prescrit, les médecins doivent être au fait du risque accru d'attrition après un mois de traitement et, le cas échéant, prescrire d'autres médicaments agonistes opioïdes (degré de certitude élevée).
- Les médecins qui envisagent de prescrire de la méthadone doivent être au fait du risque accru de mortalité durant le premier mois par rapport au reste de la période de traitement (degré de certitude moyen).

Degré de certitude des données probantes :



ÉLEVÉ

Force de la recommandation :



FORTE

RECOMMANDATION 2

Principaux changements : La morphine orale à libération prolongée devient une option thérapeutique de deuxième intention.

2018 **Recommandation 5 :** Chez les patients pour qui les options thérapeutiques de première et de deuxième intention sont inefficaces ou contre-indiquées, le TAO par la morphine orale à libération lente (idéalement prescrite en doses uniques quotidiennes sous supervision) peut être envisagé. Ce traitement ne doit être prescrit que par des médecins bénéficiant d'une dérogation au titre de l'article 56 pour prescrire de la méthadone ou après consultation d'un praticien spécialisé en traitement des dépendances expérimenté dans le TAO avec la morphine orale à libération lente.

2024 **Recommandation 2 :** Le traitement par agonistes opioïdes avec de la morphine orale à libération prolongée doit être disponible et offert comme option de deuxième intention.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

4.1.2.

Prise en charge du sevrage des opioïdes

Le sevrage des opioïdes désigne un ensemble de symptômes physiques ressentis par les personnes dépendantes pendant une période de réduction ou lors de l'arrêt de la consommation chronique. Les signes et symptômes varient en intensité et en délai d'apparition. Ils diffèrent également d'une personne à l'autre pour diverses raisons, y compris les expériences antérieures, mais ils sont similaires pour tous les types de consommation d'opioïdes. Ils comprennent notamment la dysphorie, la piloérection, les bâillements, la fièvre, la transpiration, la diarrhée et les vomissements. La durée et la gravité des symptômes de sevrage des opioïdes varient considérablement et dépendent du type d'opioïde, de la durée de la consommation, de l'état de santé de la personne et de la soudaineté de l'arrêt^{151,152}. Pour les opioïdes à courte durée d'action, comme l'héroïne, le fentanyl, l'hydrocodone ou l'oxycodone, les personnes peuvent ressentir de graves symptômes de sevrage dans les quelques heures qui suivent la dernière utilisation, avec une durée pouvant aller jusqu'à sept à huit jours. En revanche, l'arrêt des opioïdes à longue durée d'action, comme la buprénorphine et la méthadone, entraîne une apparition tardive des symptômes (c.-à-d. 24 heures ou plus après la dernière dose). Cependant, la durée des symptômes de sevrage varie et peut aller jusqu'à deux semaines ou plus pour la méthadone¹⁵³.

Le phénomène de la tolérance est complexe et englobe une variété de facteurs. Mais en ce qui concerne l'utilisation chronique d'opioïdes, il peut être divisé en deux catégories : la tolérance physique et la tolérance psychologique. La tolérance physique (ou pharmacolo-

gique) implique le besoin de doses plus élevées d'opioïdes pour obtenir le même effet. À l'inverse, la tolérance psychologique peut résulter de diverses adaptations comportementales liées à l'appréhension de ressentir des symptômes de sevrage et un état émotionnel dépressif entre deux prises d'opioïdes¹⁵⁴. L'exposition répétée à des doses croissantes d'opioïdes entraîne une adaptation du cerveau (neuroadaptation), ce qui se traduit par un fonctionnement altéré en leur absence^{155,156}. Par conséquent, en l'absence d'opioïdes, en plus des symptômes physiques, les personnes peuvent présenter des symptômes psychologiques pénibles tels que la dysphorie (c.-à-d. un état d'insatisfaction), l'irritabilité, les troubles du sommeil et un état émotionnel hypernégatif^{157,158}. La consommation prolongée de drogues peut également entraîner des changements persistants dans le cerveau, qui peuvent être à l'origine d'envies entraînant des comportements compulsifs de recherche de substances et donc d'éventuelles récidives, même des années après l'arrêt de la consommation d'opioïdes¹⁵⁵.

Pour éviter ces symptômes pénibles, les personnes ont tendance à continuer ou à reprendre leur consommation d'opioïdes. Par conséquent, une prise en charge adéquate de ces symptômes et du sevrage des opioïdes dans son ensemble, notamment par un traitement et un soutien à long terme, est essentielle pour prévenir les récidives^{151,159}.

Considérations de sécurité pour le sevrage des opioïdes

En se fondant sur la recherche antérieure, les principales raisons d'éviter la prise en charge du sevrage comme unique intervention, sans transition vers un traitement à long terme sont les risques accrus qui y sont associés, notamment les récidives et les surdoses. Les données antérieures qui appuyaient les considérations de sécurité ont été tirées de quelques études clés. Un ECR a rapporté que les participants bénéficiant d'une prise en charge du sevrage sans services de soutien externes étaient 10 fois moins susceptibles de répondre aux critères d'abstinence lors de toutes les évaluations de suivi (2,50 % p/r 25,90 %; $p < 0,001$) que les participants qui ont recours à des programmes de traitement externes intensifs¹⁶⁰.

La réduction ou l'arrêt de la consommation d'opioïdes pendant une incarcération peuvent être comparés à un sevrage involontaire ou forcé. Une précédente méta-analyse a montré que les personnes sont trois à huit fois plus susceptibles d'être victimes d'un décès lié à la consommation de drogue dans les deux premières semaines suivant leur sortie de prison que dans les dix semaines suivantes¹⁶¹. Les auteurs ont suggéré que ce risque accru pourrait découler d'une diminution de la tolérance aux drogues pendant l'incarcération¹⁵⁹. Lorsque le sevrage était pris en charge pendant l'incarcération par un schéma thérapeutique à réduction progressive sur 20 jours à la buprénorphine ou la méthadone, les participants toujours incarcérés au moment de l'évaluation étaient 15 fois plus susceptibles (IC à 95 % : 4,19-55,28) d'être abstinentes huit jours après le sevrage. Ils avaient également sept fois (IC 95 % : 2,22-22,25) la probabilité de demeurer abstinentes un mois après le sevrage¹⁶². Ces données montrent qu'il est essentiel d'établir un lien avec les services de soutien après la prise en charge du sevrage ou la sortie de prison pour éviter les retours à la consommation. À la lumière de ces données, la prise en charge du sevrage comme unique

intervention, sans transition vers un traitement et un soutien à long terme des dépendances n'a pas été considérée comme une option thérapeutique sûre ou efficace pour le TUO et n'a pas été recommandée pour son traitement dans les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018).

Depuis 2018, seuls trois ECR et une étude de cohorte (avec une qualité globale très faible) ont examiné l'effet de la prise en charge du sevrage sur les principaux critères du traitement du TUO (c.-à-d. la rétention en traitement, l'abstinence ou la réduction de la consommation d'opioïdes, les événements indésirables, la mortalité, la satisfaction des patients et les coûts). Leurs principales conclusions ne concordent pas toutes, selon le médicament ou le schéma de traitement. Un ECR comparant un protocole de sevrage sur cinq jours par la buprénorphine à un protocole d'induction par la buprénorphine avec une transition vers la buprénorphine à long terme dans le cadre d'un programme de « désintoxication » de courte durée a indiqué que les personnes qui ont été liées pour suivre un traitement à long terme à la buprénorphine présentaient cinq fois moins de jours de consommation illicite d'opioïdes par tranche de 30 jours de suivi 95 jours après leur sortie (b : 4,95, IC à 95 % : -8,88-(-1,03), p = 0,013)¹⁶³.

Les deux autres ECR, qui ont recruté des participants en milieu carcéral, n'ont fait état d'aucune différence entre le traitement à long terme et la prise en charge du sevrage à la méthadone comme unique intervention^{164,165}. Lorsque l'on compare le traitement de prise en charge du sevrage des opioïdes à la méthadone sur sept jours au TAO à long terme à la méthadone avec ou sans accompagnement du patient, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le nombre de tests de dépistage des opioïdes par l'urine positifs au cours des 24 mois de suivi. Le nombre de surdoses mortelles et non mortelles n'a été rapporté que de manière descriptive (sans analyses statistiques), ce qui ne permet pas de tirer des conclusions claires. Il convient toutefois de noter qu'aucune des surdoses mortelles et très peu (4,60 %) des surdoses non mortelles se sont produites au cours d'un traitement à la méthadone¹⁶⁴. Un autre ECR comparant le traitement à long terme à la méthadone au sevrage forcé (c.-à-d. un sevrage progressif de la méthadone après la première semaine d'incarcération) n'a pas révélé de différence dans la consommation d'héroïne (traitement continu à la méthadone : 28,10 % par rapport au sevrage forcé : 28,90 %), la consommation d'opioïdes sur ordonnance (méthadone en continu : 12,50 % par rapport au sevrage forcé : 14,50 %), ou l'engagement dans un programme de traitement à la méthadone (méthadone en continu : 42,60 % par rapport au sevrage forcé : 38,80 %)¹⁶⁴. Lorsque l'on examine les données selon le statut de la méthadone au moment de la sortie du milieu carcéral (c.-à-d. l'analyse selon le traitement), les personnes qui ont reçu de la méthadone le jour précédant leur libération étaient moins susceptibles de déclarer avoir consommé de l'héroïne et des drogues injectables au cours des 30 derniers jours et d'avoir eu une surdose non mortelle au cours de la période de suivi de 12 mois (7 % p/r à 18 %) que celles qui n'ont pas reçu de méthadone le jour précédant leur libération¹⁶⁵.

Enfin, une étude de cohorte prospective menée dans un hôpital psychiatrique a révélé qu'il n'y avait pas de différence dans les symptômes de sevrage des opioïdes au début, à la semaine 1 et à la semaine 2 du traitement entre les personnes recevant un traitement à long

terme à la méthadone et celles recevant une médication visant à réduire les symptômes de sevrage des opioïdes (c.-à-d. acétaminophène + codéine [acétaminophène : 325 mg et phosphate de codéine : 15 mg] plus clonidine [comprimé : 0,2 mg])¹⁶⁶.

Les nouvelles données ne font état d'aucune différence entre le traitement à long terme et la prise en charge du sevrage en ce qui concerne les résultats du traitement du TUO, notamment les surdoses mortelles ou non mortelles ou la consommation d'opioïdes, en particulier pour la méthadone. Il convient toutefois de noter que la majorité des nouveaux éléments de preuve proviennent d'études menées auprès de personnes incarcérées. Bien que ces nouvelles données ne puissent pas être généralisées à toutes les personnes ayant un TUO, elles montrent la nécessité d'orienter les personnes vers un traitement à long terme et un soutien après la prise en charge du sevrage afin de prévenir les récurrences, en particulier dans le cas des populations qui sont ou ont été en milieu carcéral.

L'abstinence peut induire une perte de tolérance, ce qui peut entraîner un risque accru de mortalité en cas de récurrence¹³². Cette situation a été décrite dans des études antérieures faisant état d'un risque accru de surdose fatale d'opioïdes après la prise en charge du sevrage comme unique intervention, notamment pour les personnes ayant perdu leur tolérance aux opioïdes¹⁶⁷ ou dans les premières semaines suivant leur sortie de prison^{161,168}. Compte tenu des risques associés à la prise en charge du sevrage comme unique intervention et de l'absence de nouvelles données probantes, si les personnes souhaitent poursuivre la prise en charge du sevrage en tant que traitement autonome, elles doivent être informées de ces risques accrus et encouragées à envisager de suivre un traitement des dépendances (c.-à-d. une réduction progressive des agonistes opioïdes, une transition vers un TAO de longue durée).

Médications pour le sevrage des opioïdes

Agonistes opioïdes et des agonistes des récepteurs alpha₂-adrénergiques

Différents médicaments peuvent être offerts pour atténuer les symptômes du sevrage. Des études ont rapporté que les agonistes opioïdes (méthadone, buprénorphine) et les agonistes des récepteurs alpha₂-adrénergiques peuvent réduire l'intensité des symptômes de sevrage par rapport à un placebo. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la plupart des patients feront une rechute si la stratégie de traitement se limite à la prise en charge du sevrage des opioïdes^{160,162,169-172}.

Lorsque l'on compare les agonistes opioïdes (méthadone ou buprénorphine) à d'autres médicaments (autres agonistes opioïdes ou agonistes des récepteurs alpha₂-adrénergiques), aucune différence n'a été constatée entre les options de traitement en termes d'effets indésirables signalés, d'achèvement du traitement, d'abstinence lors du suivi ou de symptômes de sevrage¹⁶⁹. Une méta-analyse de 2017 n'a signalé aucune différence entre la buprénorphine et la méthadone en ce qui concerne les taux d'achèvement du traitement (RR : 1,04, IC à 95 % : 0,91-1,20; N = 457; 5 études) et les effets indésirables rapportés (pas d'effets indésirables significatifs dans les deux groupes, trois études) au

cours de la prise en charge du sevrage d'opioïdes¹⁷³, ce qui indique que les deux options peuvent être proposées à un patient.

Modalités de réduction des agonistes opioïdes pendant le sevrage : La diminution progressive des doses d'agonistes opioïdes (buprénorphine ou méthadone), par rapport à la diminution rapide, est l'option privilégiée lorsque possible. Un essai clinique récent a examiné la faisabilité d'une approche de prise en charge brève du sevrage¹⁷⁴. Tous les groupes ont été traités à la buprénorphine pendant au moins 40 jours; ensuite, la dose de buprénorphine a été réduite de 2 mg toutes les deux semaines. Ensuite, selon le groupe dans lequel ils ont été randomisés, le traitement à la buprénorphine a été suspendu lorsque la dose de 6, 4 ou 2 mg par jour a été atteinte, ou encore la buprénorphine a été progressivement réduite (c.-à-d. jusqu'à 1 mg per os une fois tous les deux jours jusqu'à ce que 34 jours de traitement aient été atteints). Les conclusions ont montré que la réduction progressive et lente (sur un mois) de la buprénorphine a entraîné un pourcentage plus faible de tests de dépistage des opioïdes par l'urine positifs (18,50 % p/r 41,40 % et plus) et des symptômes de sevrage moins intenses mesurés par l'échelle de symptômes de sevrage des opioïdes (COWS) au cours de la période d'étude¹⁷⁴.

Autres options de médications pour le sevrage : Les agonistes des récepteurs α_2 -adrénergiques tels que la clonidine ont déjà été décrits comme étant plus efficaces pour réduire les symptômes de sevrage qu'un placebo¹⁷⁰. Cependant, les résultats de la méta-analyse de 2017 montrent que, malgré l'absence de différences dans le nombre de patients présentant des effets indésirables entre les agonistes des récepteurs α_2 -adrénergiques et la buprénorphine (RR : 0,93, IC à 95 % : 0,70-1,26; N = 493; quatre études), la buprénorphine était plus efficace que les agonistes des récepteurs α_2 -adrénergiques en ce qui concerne l'achèvement du traitement de sevrage (RR : 1,59, IC à 95 % : 1,23-2,06; N : 1 264; 12 études), la rétention en traitement (différences moyennes standardisées DMS : 0,92, IC à 95 % : 0,57-1,27; N : 558; cinq études), et la réduction des scores des symptômes de sevrage (DMS : -0,43, IC à 95 % : -0,74(-0,13); N : 521; six études)¹⁷³. Par conséquent, les agonistes des récepteurs α_2 -adrénergiques ne doivent être proposés que si les patients ne peuvent pas bénéficier d'une réduction progressive du TAO (c.-à-d. en cas d'hypersensibilité).

Arrêt du traitement par agonistes opioïdes

Étant donné qu'un sevrage d'opioïdes peut se produire lors d'une réduction de la consommation d'opioïdes réglementés ou illicites, comme le recommandent les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018), une personne qui souhaite cesser la prise du TAO devrait se voir offrir l'option d'une stratégie d'arrêt progressif prolongé. Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de données probantes (c.-à-d. deux études observationnelles avec une faible certitude) sur l'efficacité d'une diminution plus lente pour l'arrêt du TAO, ces études semblent s'accorder sur la stratégie à adopter pour éviter les rechutes et les surdoses d'opioïdes^{175,176}.

L'option d'interrompre le traitement doit être envisagée pour les personnes ayant bénéficié pendant au moins un an d'un TAO stable et durable. Une étude rétrospective récente (N : 5 774) a montré que la réduction progressive de la buprénorphine devrait être proposée après au moins un an de TAO pour prévenir le risque de surdose d'opioïdes (p/r < 1 an : aHR : 0,69; IC à 95 % : 0,48-0,99), à un rythme plus lent (taux moyen < 2 mg/mois comparé au taux moyen > 4 mg/mois : aHR : 0,83; IC à 95 % : 0,72-0,95) pour réduire le risque de récurrence dans les 182 jours suivant l'arrêt du traitement ou la consommation d'opioïdes sur ordonnance¹⁷⁵.

Comme pour l'arrêt du TAO avec la buprénorphine, une étude rétrospective sur la réduction progressive de la méthadone (N : 853) a rapporté que les personnes qui ont commencé une diminution de dose après au moins 52 semaines de traitement à la méthadone (p/r < 16 semaines : OR : 2,81, IC à 95 % : 1,48-5,34), avec une dose initiale inférieure à 60 mg (p/r 60-120 mg : OR : 2,08, IC à 95 % : 1,44-3,00), un ratio de réduction inférieur à celui proposé par les lignes directrices (c.-à-d. moins de 5 % par semaine p/r 5 % à 10 % par semaine : OR : 2,08, IC à 95 % : 1,18-3,64), et des doses réduites de 75 % à 89 % de la dose de réduction progressive (p/r < 25 % : OR : 3,07, IC à 95 % : 1,22-7,68) sont plus susceptibles de demeurer abstinentes¹⁷⁶.

Des données probantes aux recommandations cliniques

La version 2018 des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS recommande d'éviter la prise en charge du sevrage comme unique intervention et suggère une approche progressive à long terme pour le sevrage au cas où elle serait poursuivie. Les recommandations sont fondées sur des données probantes de moyenne certitude. Très peu d'études récentes (avec une certitude globalement très faible à faible) ont porté sur les stratégies de sevrage des opioïdes.

Les symptômes de sevrage des opioïdes sont pénibles pour les personnes qui les subissent. Par conséquent, un accès immédiat aux options thérapeutiques de première intention pour soulager ces symptômes devrait leur être offert. Une fois que le sevrage aigu des opioïdes a été pris en charge, la discussion sur les options thérapeutiques à long terme en fonction de leurs objectifs et des besoins du patient devrait être engagée, plutôt que la prise en charge du sevrage en tant qu'option autonome.

Toutefois, si le patient choisit la prise en charge du sevrage plutôt qu'un traitement à long terme, après avoir discuté des risques potentiels, une stratégie de réduction progressive lente doit être proposée afin de prévenir le risque élevé de récurrence. Les nouveaux éléments de preuve (faible certitude) s'ajoutent à l'ensemble des données existantes et montrent que les options de traitement de première intention (c.-à-d. la buprénorphine ou la méthadone) peuvent être offertes dans le cadre d'une stratégie de traitement progressif, associée à un suivi et à un soutien étroits à long terme, et que l'approche progressive à long terme devrait également être suggérée pour l'arrêt de TAO.

Malgré l'absence de nouvelles preuves solides concernant la prise en charge du sevrage des opioïdes, et selon leur jugement clinique et leur expérience, les cliniciens du comité d'élaboration des lignes directrices étaient convaincus que les bénéfices d'un traitement concomitant des dépendances à long terme l'emportaient sur les bénéfices de la prise en charge du sevrage des opioïdes comme unique intervention. Les symptômes connus et pénibles associés au sevrage et la nature récurrente du TUO peuvent nécessiter une approche de suivi et de traitement à long terme, conforme aux normes internationales de soins. En outre, la disponibilité des ressources pour le traitement à long terme des dépendances au Canada, supérieure à la moyenne mondiale, permet au comité d'approuver l'approche à long terme.

En conséquence, le comité d'élaboration des lignes directrices a décidé de ne pas modifier l'essentiel des recommandations précédentes sur la prise en charge du sevrage.

Résumé des recommandations : prise en charge du sevrage des opioïdes

Comme indiqué précédemment, aucun changement majeur n'a été apporté aux recommandations existantes concernant la prise en charge du sevrage des opioïdes.

RECOMMANDATION 3

Aucune modification (reformulation mineure)

2018 **Recommandation 6** : Il est recommandé d'éviter de proposer uniquement la prise en charge du sevrage (c.-à-d. une désintoxication sans transition immédiate vers un traitement à long terme des dépendances), puisque cette approche est associée à une augmentation du taux de rechute.

2024 **Recommandation 3** : Il faut éviter de proposer la prise en charge du sevrage comme unique intervention, car cette méthode a été associée à un taux élevé de récurrence, de morbidité et de mortalité. Un traitement concomitant de longue durée de la toxicomanie est recommandé.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

RECOMMANDATION 4

Aucune modification (reformulation mineure)

2018 **Recommandation 7 :** Lorsque la prise en charge du sevrage (sans transition vers un TAO) est poursuivie, il convient d'assurer une réduction lente (> 1 mois) des agonistes opioïdes sous surveillance (dans le cadre d'un traitement en consultation externe ou en établissement de traitement) plutôt qu'une diminution rapide (< 1 semaine). Pendant la prise en charge du sevrage à l'aide d'agonistes opioïdes, les patients devraient effectuer une transition vers un traitement à long terme de la dépendance afin d'éviter les récives et les risques pour la santé qui y sont associés.

2024 **Recommandation 4 :** Lorsque la prise en charge du sevrage comme unique intervention est adoptée, il est recommandé d'effectuer une diminution lente (selon la personne) de la dose d'agoniste opioïde sous supervision avec suivi étroit, et d'offrir immédiatement un traitement par agonistes opioïdes en cas de risque de récive.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

RECOMMANDATION 5

Aucune modification (reformulation mineure)

2018 **Recommandation 8 :** Pour les patients ayant une réponse positive et durable au TAO et qui souhaitent l'arrêter (c.-à-d. cesser de prendre des médicaments), il faut envisager une approche de réduction progressive (sur plusieurs mois ou années, selon le patient). La prise en charge continue des dépendances doit être prévue après l'arrêt de la consommation d'opioïdes.

2024 **Recommandation 5 :** Dans le cas des patients stables sous traitement par agonistes opioïdes, et qui souhaitent le terminer (p. ex., veulent cesser la prise de médicaments), évaluer la possibilité d'effectuer une diminution progressive de la dose (selon le patient). Un programme de suivi de la dépendance à long terme devrait être offert dès que le patient cesse complètement toute consommation d'opioïdes.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

4.2.

Interventions psychosociales et réduction des méfaits

4.2.1.

Interventions psychosociales complémentaires

Les interventions psychosociales sont étudiées depuis près de 40 ans comme approche de traitement du TUO¹⁷⁷. Elles sont définies comme des consultations structurées et étayées d'un manuel qui intègrent les principes de la thérapie psychanalytique, dont les interventions les plus courantes incluent la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle, la thérapie comportementale dialectique, la gestion des contingences (GC), traitement par rétroaction biologique, l'hypnothérapie ou l'hypnose subliminale, le programme des 12 étapes et la consultation familiale. Ces types de thérapies couvrent une variété de cibles thérapeutiques, notamment les pensées, les sentiments et les comportements liés à la consommation d'opioïdes, la motivation à changer, le renforcement des étapes vers les objectifs du traitement ainsi que les relations sociales et interpersonnelles (thérapie familiale et programmes des 12 étapes) dans le but d'améliorer la santé, le fonctionnement et le bien-être¹⁷⁸. Les changements attendus sur le plan de la santé comprennent la réduction des symptômes physiques et mentaux. Les résultats sur le plan du fonctionnement comprennent l'activité physique, l'emploi et les relations avec la famille et les pairs. Le bien-être fait référence à la satisfaction et à la qualité de vie¹⁷⁸.

Les interventions psychosociales s'adressent aux patients ayant un TUO qui en sont à différentes phases de leur traitement, que ce soit l'initiation, le maintien, et le rétablissement^{178,179}. Bien que les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) recommandent d'offrir un traitement psychosocial de pratique courante⁵⁸, les interventions psychosociales sont utilisées avec parcimonie au Canada, les données d'une enquête récente sur les programmes de traitement des TUO indiquant que seul un programme sur trois offre des interventions psychosociales en plus du TAO¹⁸⁰. On ne sait pas non plus si les programmes qui proposent des interventions psychosociales pour le traitement des TUO adaptent la thérapie au contexte des opioïdes ou s'ils se contentent d'appliquer un protocole standard de traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. L'une des raisons de faible degré de mise en œuvre pourrait être les effets modestes des interventions psychosociales constatés dans les études précédentes. Une étude Cochrane portant sur 35 essais cliniques randomisés a montré que l'ajout d'un traitement psychosocial au TAO standard n'améliorait pas les résultats pour les patients¹⁸¹. Les ECR évaluant le TAO avec une TCC complémentaire n'ont pas trouvé de différence par rapport au TAO seul¹⁸²⁻¹⁸⁵, alors que les ECR qui ont étudié la gestion des contingences ont rapporté des bénéfices de cet ajout¹⁸⁶⁻¹⁸⁸. Les résultats concernant le counseling auxiliaire sont mitigés : un essai clinique randomisé n'a révélé aucune différence¹⁸⁹, tandis qu'un autre en a fait état¹⁹⁰.

Dans cette section, la valeur ajoutée des interventions psychosociales aux médicaments contre les TUO a été réexaminée en tenant compte des nouvelles données. Dans le cadre du présent document, les interventions psychosociales ont été étudiées en combinaison avec les TAO, et les changements attendus mentionnés ci-dessus ont été considérés comme des médiateurs plutôt que comme des critères de jugement. L'objectif principal était de déterminer l'effet des activités psychosociales sur l'efficacité des TAO. Ainsi, les critères de jugement suivants pour les patients ont été retenus : rétention en traitement, abstinence de la consommation d'opioïdes, mortalité, satisfaction des patients et coûts. Les nouveaux résultats sont présentés en fonction de ces critères.

Rétention en traitement

Au cours des six dernières années, de nombreuses études ont comparé les taux de rétention en traitement entre le TAO seul, et le TAO combiné à un traitement psychosocial. Il s'agit de deux méta-analyses^{178,190}, 10 essais cliniques randomisés¹⁹²⁻²⁰¹, une étude quasi-expérimentale²⁰² et deux études de cohorte^{203,204}.

Les résultats des deux méta-analyses sont mitigés^{179,191}. En 2020, une méta-analyse de 48 ECR¹⁷⁹ a révélé que les interventions psychosociales associées au TAO sont plus favorables au maintien du traitement que le TAO seul (counseling + gestion des contingences + approche de renforcement de la communauté + TAO : RC : 2,79, IC À 95 % : 1,09-7,23, et gestion des contingences + TAO : RC : 2,01, IC À 95 % : 1,28-3,01). La rétention en traitement a été définie comme le nombre de participants qui recevaient encore un traitement au moment du dernier suivi de l'étude. Après ajustement en fonction de la durée du suivi (nombre de semaines de suivi par étude), la rétention en traitement reste favorable à la combinaison des interventions psychosociales avec le TAO¹⁷⁹. La méta-analyse la plus récente a été publiée en 2023 et incluait 24 ECR (N = 3599)¹⁹¹; contrairement à la méta-analyse de 2020, elle a montré des résultats différents selon la durée du suivi. La majorité des études incluses ont mesuré la rétention en TAO après l'intervention psychosociale (c.-à-d. immédiatement après l'intervention; études : N = 19) et ont constaté que la combinaison d'une intervention psychosociale et d'un traitement à la méthadone était meilleure que la méthadone seule. Cependant, l'ampleur de l'effet était faible (RR : 1,18, IC à 95 % : 1,11-1,25) et l'hétérogénéité entre les études était significative. Il est intéressant de noter que lorsque ces résultats ont été stratifiés en fonction des doses de méthadone, il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes pour la dose < 60 mg/jour. Dans le groupe recevant une dose → 60 mg/jour, la rétention en TAO était significativement supérieure dans le groupe recevant une intervention psychosociale et de la méthadone. Six études ont mesuré la rétention au moment du suivi (c.-à-d. 12 à 36 semaines après l'intervention) et ont indiqué que les deux modalités de traitement étaient équivalentes en termes de maintien (RR : 1,01, IC à 95 % : 0,95-1,22, pas d'hétérogénéité significative)¹⁹¹. Ce résultat suggère que les avantages potentiels de l'ajout d'une intervention psychosociale sur la rétention en traitement TAO immédiatement après l'intervention ont été perdus au fur et à mesure que le temps écoulé depuis l'intervention psychosociale passait.

Neuf des dix ECR individuels ont indiqué de manière cohérente que les patients exposés à une combinaison de traitement psychosocial et de TAO avaient le même taux rétention en traitement que ceux qui avaient reçu le TAO seul. Diverses interventions psychosociales (seules ou combinées) ont été évaluées dans ces études, qui peuvent être regroupées en deux catégories : psychothérapies¹⁹²⁻¹⁹⁸ et gestion des contingences¹⁹⁸⁻²⁰⁰. La plupart des études ont mesuré la rétention en traitement à 12 semaines et plus (la durée du suivi variant de 3 à 48 semaines). Un ECR contrastait avec les autres, faisant état d'une meilleure assiduité au traitement (nombre de jours où les participants ont suivi un traitement à la méthadone pendant les 16 semaines de l'essai) pour les patients ayant reçu un TAO en même temps qu'un traitement psychosocial²⁰¹. Les auteurs de cet essai clinique randomisé ont souligné le fait qu'ils n'ont pas mené d'enquête de suivi, ce qui peut limiter l'interprétation de leurs résultats, puisque la rétention n'a été mesurée que pendant l'essai.

Des études quasi-expérimentales et observationnelles ont abouti à des conclusions cohérentes en faveur de l'ajout d'un traitement psychosocial. Une étude quasi-expérimentale en aveugle menée dans des cliniques de méthadone en Chine a évalué un service psychosocial de six mois fondé sur la théorie du maintien du comportement²⁰². Les données relatives au taux d'abandon ont été recueillies après 1, 6 et 12 mois, et révèlent une diminution de l'utilisation de la méthadone au fil du temps. Les patients bénéficiant à la fois de services psychosociaux et de méthadone présentaient des taux d'abandon significativement plus faibles au fil du temps que ceux du groupe traités à la méthadone seule²⁰². Deux études de cohortes rétrospectives ont évalué l'efficacité du traitement psychothérapeutique chez les patients sous buprénorphine, et toutes deux ont montré que l'ajout de ce traitement psychothérapeutique était associé à un risque plus faible d'abandon du traitement^{203,204}. Notons que les deux études ont utilisé les mêmes bases de données des firmes d'assurances américaines, soit la MarketScan Commercial Claims et la Encounters Database, et ont inclus pratiquement le même nombre de participants (61 447 et 61 976, respectivement)^{203,204} avec une période de suivi s'étendant de trois à cinq ans.

Examinées dans leur ensemble, les données mitigées suggèrent que l'ajout d'un traitement psychosocial au TAO pourrait accroître le taux rétention en traitement. Le type de traitement psychosocial et son effet à court ou à long terme peuvent expliquer les résultats contradictoires. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour parvenir à une conclusion décisive.

Abstinence et réduction de la consommation d'opioïdes

Le critère de jugement principal « abstinence et réduction de la consommation d'opioïdes » a été évalué dans trois méta-analyses, 14 essais cliniques randomisés et une étude de cohorte. Les conclusions sont principalement contradictoires, certains résultats globaux faisant état d'une réduction plus importante de l'utilisation d'opioïdes lors de l'ajout d'une intervention psychosociale au TAO par rapport au TAO seul (RR : 0,62, IC à 95 % : 0,48-0,78, Z : 3,91, $p < 0,001$)¹⁹¹, alors que d'autres données méta-analytiques ne font état d'aucune différence. Lors de l'examen de l'effet des interventions qui utilisent des récompenses régulières pour renforcer positivement la réduction de la consommation de substances

psychoactives ou encore l'abstinence chez les patients recevant un traitement pour une dépendance aux opioïdes (c.-à-d. GC), la GC avec TAO n'était pas meilleure que le TAO seul pour la plus longue durée d'abstinence ($d : -0,10$, IC à 95 % : $-0,61-0,41$, $p = 0,70$) ou le pourcentage d'échantillons d'urine négatifs ($d : 0,18$, IC à 95 % : $-0,11-0,46$, $p = 0,22$). C'était le cas lorsque l'intervention ciblait spécifiquement la consommation d'opioïdes²⁰⁵.

Les résultats des différents essais cliniques randomisés sont également mitigés. Sept des 14 ECR retenus ont montré que les patients bénéficiant d'une combinaison d'interventions psychosociales et de TAO présentaient une réduction significative de l'utilisation d'opioïdes par rapport à ceux qui ne recevaient que le TAO. Ces ECR ont évalué l'efficacité d'un protocole incitatif de maintien de l'abstinence et de l'adhésion au traitement médicamenteux en association avec le maintien de la buprénorphine²⁰⁶, d'une TCC en association avec la méthadone²⁰⁷ ou avec la buprénorphine¹⁹⁷, de la prévention des récurrences basée sur la pleine conscience associée à la méthadone²⁰⁸, de la remédiation cognitive ou réhabilitation cognitive associée à la méthadone¹⁹⁵ ou à la buprénorphine-naloxone¹⁹², et une approche de formulation de cas pour des interventions psychosociales personnalisées (p. ex. TCC, GC, groupes de soutien en 12 étapes)¹⁹⁸. Toutes les interventions psychosociales ont duré jusqu'à 13 semaines. L'abstinence de la consommation d'opioïdes a parfois été mesurée pendant la période de traitement, comme c'est le cas dans un essai clinique randomisé qui a rapporté que les personnes bénéficiant d'interventions psychosociales personnalisées pendant 12 semaines étaient deux fois (IC à 95 % : $0,62-4,00$, $p : 0,007$) plus susceptibles de répondre au traitement (c.-à-d. de déclarer une abstinence de la consommation d'opioïdes et de cocaïne au cours des 28 derniers jours, confirmée par des analyses d'urine) que ceux qui ne recevaient que de la buprénorphine ou de la méthadone¹⁹⁸. Les effets de la combinaison des interventions psychosociales et du TAO semblent perdurer puisque d'autres ECR ont rapporté que la consommation d'opioïdes avait diminué et restait faible lors du suivi à deux mois ($p = 0,010$)²⁰⁸ et lors du suivi à trois mois ($z : 2,23$, $p = 0,01$, $d : 0,83$)²⁰⁷ par rapport aux personnes recevant uniquement un traitement à long-terme de la méthadone. Dans un ECR, l'effet de la combinaison de l'intervention psychosociale et du TAO a été observé jusqu'à six mois. En effet, les analyses d'urine réalisées entre le suivi à trois et à six mois ont confirmé que les personnes ayant bénéficié d'une remédiation cognitive présentaient des taux de consommation d'opioïdes inférieurs à ceux du groupe témoin ($t : 4,28$, $p : 0,001$, différence moyenne : $2,43$, IC à 95 % : $-3,50-1,20$)¹⁹⁵.

Inversement, les résultats de cinq ECR n'ont montré aucune différence en termes d'abstinence de la consommation d'opioïdes entre la combinaison d'une intervention psychosociale et du TAO par rapport au TAO seul. Dans un ECR, le TAO seul a été comparé au TAO accompagné d'une GC pour l'abstinence (c.-à-d. un renforcement positif pour l'assiduité dans la présence aux réunions hebdomadaires et l'abstinence) ou d'une GC pour l'assiduité (c.-à-d. un renforcement positif pour l'assiduité aux réunions hebdomadaires) associée à un TAO. Lors du suivi à 12 semaines, on a constaté une réduction significative de la consommation d'opioïdes dans le cas de l'assiduité à la GC avec TAO par rapport au TAO seul (différence moyenne : $0,20$, SE : $0,09$, IC à 95 % : $0,002-0,40$, $p = 0,048$) mais pas au suivi

de 24 semaines, lorsque les incitatifs ont été retirés. Il n'y avait pas de différence entre le TAO avec GC abstinence et le TAO seul à 12 ou 24 semaines pour la consommation d'opioïdes²⁰⁹. Dans un autre ECR, le pourcentage de résultats négatifs aux tests de dépistage des opioïdes par l'urine ne différait pas non plus de celui des personnes recevant uniquement un TAO (t : 80 : 0,02, p = 0,98) après un traitement de 12 semaines avec une réponse vocale interactive proposant des modules de TCC¹⁹⁶. La même conclusion a été tirée des études examinant l'effet de l'éducation et de la consultation comportementale avec la méthadone pendant 16 semaines²⁰¹, d'une brève thérapie du comportement social associée à un TSO¹⁹³, ou la thérapie fondée sur le renforcement avec l'induction du traitement à la méthadone pendant 13 semaines¹⁹⁹.

Une étude de cohorte n'a pas non plus trouvé de différence dans la consommation d'opioïdes entre le TAO avec intervention psychosociale et le TAO seul²¹⁰. Toutefois, il convient de noter que dans l'étude, l'association entre les conditions de traitement et les résultats reposait sur un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Il n'y a pas eu de différence entre le counseling sur les opioïdes associé à la buprénorphine par rapport à la buprénorphine seule chez les participants sans diagnostic de TSPT (RC : 0,99, IC à 95 % : 0,62-1,60, p = 99)²¹⁰.

En résumé, les résultats des études incluses ne permettent pas de se prononcer directement sur l'efficacité d'une intervention psychosociale en complément d'un traitement pharmacologique pour l'abstinence de la consommation d'opioïdes. Néanmoins, ils fournissent des données probantes supplémentaires que la combinaison n'est pas inférieure aux TAO, indépendamment de l'intervention psychosociale ou du type de TAO choisi en ce qui concerne le critère de la « consommation d'opioïdes ».

Mortalité, satisfaction des patients et coûts

Peu de recherches ont été menées dans ce domaine sur les critères en termes de mortalité, de satisfaction des patients et de coûts directs et indirects.

Deux ECR ont évalué les coûts directs et indirects d'un traitement combiné à des interventions psychosociales en plus d'un TAO par rapport au TAO seul^{198,209}. Ils font généralement état des critères tels que les coûts des services de santé, les coûts pour la société et le rapport coût-efficacité des traitements. L'un des essais a révélé des résultats mitigés, le rapport coût-efficacité favorisant le traitement combiné et les coûts sociétaux favorisant le TAO seul, tandis que les autres résultats étaient équivalents²⁰⁹. L'autre essai a généré des résultats tout aussi mitigés, les coûts directs et indirects étant plus élevés dans le cas du traitement psychosocial combiné au TAO, alors que les résultats quant aux autres critères étaient équivalents¹⁹⁸. Les tailles de l'effet étaient faibles pour les études favorisant les interventions combinées dans l'ensemble des cas. Trois études de cohorte évaluant les coûts ont été publiées^{200,211,212}, dont deux ont évalué les coûts des services de santé en faveur de la thérapie psychosociale associée au TAO^{211,212}. La troisième étude de cohorte a fait état de bénéfices en ce qui a trait aux coûts en faveur d'un traitement combiné²⁰⁰.

Seule une étude de cohorte a évalué l'effet du traitement psychosocial après avoir pris en compte le traitement par TAO, et n'a rapporté aucun effet sur la mortalité²¹³. Aucune étude incluse dans la revue de la littérature n'a évalué la préférence des patients pour le TAO combiné à des interventions psychosociales par rapport au TAO seul.

Des données probantes aux recommandations

Même si un nombre modéré d'études ont examiné le rôle du traitement psychosocial des TUO en complément du TAO au cours des six dernières années, les résultats et la méthodologie sont mitigés. Il n'y a pas de consensus cohérent sur les bénéfices des interventions psychosociales et de nombreuses études ne montrent aucun avantage par rapport au TAO seul. En outre, la majorité des études publiées présentaient un risque sérieux de biais, la qualité des résultats publiés étant faible à moyenne. Enfin, la portée de la recherche est principalement axée sur l'abstinence de la consommation d'opioïdes et la rétention en traitement, ignorant presque totalement d'autres critères pertinents tels que les coûts, les préférences des patients et la mortalité.

À la lumière de ces tendances, le comité d'élaboration des lignes directrices a cherché à les refléter au mieux en formulant deux recommandations plutôt qu'une sur ce sujet, soit une recommandation soulignant certains bénéfices potentiels de l'intervention psychosociale en tant que complément et une recommandation soulignant qu'elle ne devrait pas constituer un obstacle à l'accès au TAO compte tenu de la faiblesse des données probantes. Il s'agit d'un changement par rapport à la version précédente des lignes directrices, qui recommandait de proposer systématiquement une intervention psychosociale et un soutien. Les éléments de preuve actualisés de taille modérée recueillis au cours des six dernières années suggèrent que les cliniciens peuvent offrir un soutien psychosocial dans le contexte approprié. Cependant, la décision du patient concernant le traitement psychosocial ne doit pas interférer avec son accès au traitement pharmacologique.

Résumé des recommandations – interventions psychosociales

Compte tenu des données probantes ci-dessus, il est recommandé de proposer des traitements et du soutien psychosocial en complément au TAO, en particulier si l'objectif est d'accroître le taux de rétention en traitement, là où des effets plus importants ont été rapportés.

RECOMMANDATION 6

Principaux changements : Reformulation - La recommandation a été séparée en deux.

2018 **Recommandation 8 :** Les interventions et le soutien en matière de traitement psychosocial devraient être systématiquement proposés, mais ne devraient pas être considérés comme une condition obligatoire pour accéder au TAO.

2024 **Recommandation 6 :** Des interventions, des traitements et des soutiens psychosociaux peuvent être proposés en complément du traitement des agonistes opioïdes afin d'accroître la rétention en traitement.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

RECOMMANDATION 7

Principaux changements : Nouveau

2024 **Recommandation 7 :** Le traitement psychosocial ne doit ni être une composante obligatoire du traitement d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes ni être exigé pour accéder au traitement par agonistes opioïdes.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

4.2.2.

Interventions de réduction des méfaits

Selon Harm Reduction International (HRI), la réduction des méfaits fait référence à un ensemble de « politiques, programmes et pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences négatives sur la santé, la société et l'économie de l'usage légal et illégal de drogues, sans nécessairement en réduire la consommation. Cette approche est avantageuse pour les personnes qui consomment des drogues, leurs familles et leur communauté²¹⁴. » Même s'il n'existe pas de définition claire et universellement acceptée du concept, il est clair que l'objectif ultime est de réduire les conséquences négatives associées à la consommation de drogues. Les stratégies et les interventions de réduction des méfaits se concentrent sur la réduction des méfaits tout en reconnaissant que l'abstinence peut

ne pas être l'objectif visé par certaines personnes qui consomment des drogues²¹⁵⁻²¹⁷. Par conséquent, les interventions reposent sur plusieurs principes qui mettent l'accent sur la diminution des impacts sans nécessairement réduire la consommation. Ces principes ont été définis par Hawk et coll. et comprennent l'humanisme, le pragmatisme, l'individualisme, l'autonomie, le gradualisme et la responsabilisation. Ils devraient être pris en compte dans l'élaboration de services de réduction des méfaits²¹⁵.

Au Canada, il existe plusieurs services de réduction des méfaits accessibles, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des sites de consommation supervisée, la sensibilisation à la prévention de la surdose et l'accès à des trousse de naloxone à emporter²¹⁸. Il s'avère que l'intégration de la réduction des méfaits dans les soins primaires²¹⁹ et dans le continuum des soins pour les patients ayant un TUO et les membres de leur famille²²⁰ est bénéfique. Plusieurs études antérieures ont fait état de l'efficacité d'approches et de stratégies spécifiques sur les plans individuel, communautaire et sociétal²²¹⁻²²⁴. Par exemple, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues réduisent de 30 à 50 % le risque de transmission du VIH²²⁵ et du VHC⁸¹. L'accès à la naloxone, en particulier la naloxone à emporter, est économique^{227,228} et efficace pour prévenir les surdoses mortelles²²⁶ liées aux opioïdes^{227,228}. De plus, l'éducation à la prévention des surdoses peut améliorer la capacité à reconnaître les signes d'une surdose d'opioïdes et à gérer les symptômes d'une intoxication²²⁰, favorisant ainsi une intervention plus efficace.

Peu de nouvelles données ont été publiées au cours des six dernières années. Bien que de nombreuses nouvelles études font seulement état de résultats descriptifs, les données globales tendent à confirmer les résultats antérieurs indiquant que les interventions de réduction des méfaits apportent une valeur ajoutée aux soins offerts pour le traitement du TUO. Par exemple, fournir du matériel d'injection stérile réduit l'incidence des comportements à risques liés à l'injection (RCa : 0,52; IC à 95 % : 0,32-0,83), pour le VIH (RR : 0,42, IC à 95 % : 0,22-0,81), et peut-être le VHC (RR : 0,77, IC à 95 % : 0,38-1,54)⁴⁶. Lors de l'évaluation de l'effet de l'éducation et de l'accompagnement des patients lors du dépistage et des traitements du VIH et du VHC dans les programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes, une étude de cohorte a rapporté que 72 % des patients présentant des signes d'une infection active au VHC ont reçu des conseils post-dépistage, et 41 % ont terminé le traitement du VHC. Bien que cette dernière étude ne soit que descriptive, elle illustre les potentielles répercussions liées à l'identification et à la liaison des personnes atteintes d'infections virales avec les soins appropriés²²⁹.

Plusieurs études évaluant l'effet des programmes d'éducation sur les surdoses sur le plan mondial ont révélé une augmentation significative des connaissances sur les surdoses d'opioïdes et une importante diminution des comportements à risque, par exemple l'escalade des doses d'opioïdes, la co-utilisation avec des benzodiazépines²³⁰ ou l'utilisation d'opioïdes lorsque la personne est seule²³¹. Les personnes ayant un TUO qui ont reçu une formation sur les surdoses et des trousse de naloxone ont présenté des taux élevés de renversement des effets d'une surdose en utilisant leur trousse avec des membres de la communauté²³¹⁻²³³ et d'un pourcentage plus faible de visites ou d'admissions aux services d'urgence²³⁴.

Une étude rétrospective évaluant un programme canadien de doses supervisées d'hydro-morphone injectable ou d'opioïdes oraux dans un logement social subventionné a montré que sept patients sur huit vivant avec le VIH et 6 patients sur 24 vivant avec le VHC ont commencé un traitement pour le VIH/VHC. De plus, 58 % des participants n'ont pas fait de surdose jusqu'à 12 mois après leur inscription au programme. Selon les auteurs, il s'agit d'une diminution notable des cas de surdose, étant donné que les mêmes personnes avaient signalé au moins une surdose l'année précédant l'admission au programme²³⁵. Les résultats d'études récentes ont également confirmé le rapport coût-efficacité de stratégies spécifiques de réduction des méfaits, notamment les services de contraception et les incitatifs pour les femmes ayant un TUO et présentant un risque élevé de grossesse non planifiée²³⁶ ou les services d'accompagnement des patients pour les personnes en état d'arrestation qui sont traitées pour un sevrage d'opioïdes²³⁷, en combinaison avec les soins habituels du TUO.

Si l'on considère la réduction globale des méfaits liés aux opioïdes comme critère de jugement principal, le TAO est considérée comme l'une des interventions de réduction des méfaits les plus efficaces⁴⁶. Comme démontré dans les sections précédentes sur les options de pharmacothérapie du TUO, des données scientifiques récentes de qualité ont montré que le TAO a un impact significatif sur la plupart des conséquences négatives de la consommation de drogues, y compris l'incidence des surdoses et la mortalité. Il existe également des preuves solides que le TAO peut contribuer à réduire la transmission du VHC. Une méta-analyse de 12 études portant sur la primo-infection au VHC chez les personnes suivant un TAO a révélé une réduction de 50 % du risque d'infection par le VHC (RR : 0,50, p = 0,889)²³⁸. Une autre méta-analyse évaluant le risque de réinfection au VHC dans 22 études a montré que le TAO était associée à une diminution de 73 % du risque de réinfection au VHC²³⁹.

Bien que les stratégies de réduction des méfaits et le TAO se soient avérés efficaces, aucune conclusion claire ne peut être tirée quant aux bénéfices supplémentaires de leur combinaison. Les résultats d'une méta-analyse de 2018 évaluant la combinaison du TAO et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sur le risque d'infection par le VHC ont montré que la combinaison était beaucoup plus efficace que les interventions individuelles, réduisant le risque d'infection au VHC de 74 % (RR : 0,26, I2 = 80 %, p = 0,007; trois études)²³⁸. De même, il semble que les personnes incarcérées bénéficiant de services d'accompagnement des patients et de traitement à la méthadone aient connu moins de surdoses non mortelles 24 mois après leur libération (15 surdoses pour les services d'accompagnement des patients et la méthadone provisoire p/r à 40 surdoses pour la méthadone seule, aucune valeur p n'a été fournie)¹⁶⁴. Toutefois, d'autres études sont arrivées à des résultats non significatifs. L'ajout au TAO de services de soutien pour les dépendances, tels que l'interaction avec des pairs ou des conseillers formés ou les informations éducatives, n'a pas changé le nombre de personnes dépistées pour le VHC ni le nombre de personnes à n'importe quelle étape du continuum de soins pour le VHC, par rapport aux personnes qui n'ont reçu qu'un TAO²⁴⁰. Une récente synthèse des données probantes sur la combinaison de services de réduction des méfaits et du TAO a également fait état de

qualité des données variable en fonction des résultats. Il existe des données probantes concernant les bénéfices de l'ajout des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues au TAO pour prévenir la transmission du VHC, mais les nouvelles données concluantes sont insuffisantes pour tirer des conclusions rigoureuses concernant d'autres stratégies de réduction des méfaits²⁴¹.

Des données probantes aux recommandations cliniques

La revue de la littérature précédente (degré de certitude moyen) a confirmé l'importance d'offrir une variété d'interventions de réduction des méfaits. La revue à jour met de l'avant des études supplémentaires pour appuyer cette conclusion sans élever le niveau de qualité. Le comité d'élaboration des lignes directrices réaffirme donc la nécessité d'intégrer des stratégies de réduction des méfaits dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

Il est essentiel de fournir une éducation et des informations sur les événements indésirables potentiels de la consommation d'opioïdes tout en tenant compte des objectifs et des besoins des patients. Les interventions de réduction des méfaits visent à réduire les conséquences liées à la drogue, mais pas nécessairement la consommation. Il est important que les prestataires de soins de santé tiennent compte de la nature récurrente du TUO et proposent systématiquement des interventions de réduction des méfaits fondées sur des données probantes, quel que soit le plan de traitement.

Résumé de la recommandation – interventions de réduction des méfaits

À la lumière des données probantes fournies ci-dessus et des recommandations des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018), des stratégies de réduction des méfaits devraient être proposées dans le cadre du continuum de soins pour les patients ayant un TUO.

RECOMMANDATION 8

Principaux changements : Reformulation et ajout d'une liste de programmes de réduction des méfaits fondés sur des données probantes.

2018 **Recommandation 11 :** Des renseignements sur les programmes de naloxone à emporter et sur d'autres services de réduction des méfaits (p. ex., du matériel d'injection stérile), ainsi que sur d'autres services de soins de santé, ou des orientations vers de telles mesures, devraient être offerts systématiquement dans le traitement standard du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

2024 **Recommandation 8 :** Des stratégies de réduction des méfaits devraient être proposées dans le continuum des soins pour les personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes.

- Les données probantes actuelles soutiennent le recours aux programmes suivants en matière de réduction des méfaits : distribution de matériel stérile de consommation, information sur la prévention des surdoses et accès à des trousseaux de naloxone à emporter.

Degré de certitude des données probantes :



MOYEN

Force de la recommandation :



FORTE

4.3.

Considération particulières

4.3.1.

Autre option possible : naltrexone orale

La naltrexone est un antagoniste opioïde compétitif qui déloge les drogues opioïdes de leurs récepteurs et inverse ou bloque leurs effets de renforcement^{242,243}. Dans le cas du TUO, la naltrexone pourrait être utilisée pour prévenir les récives chez les personnes qui ont cessé de consommer. Même après une utilisation régulière et à long terme, elles ne développent pas de tolérance²⁴⁴. De plus, la naltrexone ne présente pas de risque d'utilisation non médicale ou de détournement.

Il en existe plusieurs formulations (par exemple, orale et injectable à libération prolongée). Ce document porte uniquement sur la naltrexone orale, comme il s'agit de la seule formulation offerte au Canada. De plus, les formulations injectables à libération prolongée ne devraient pas faire l'objet d'un examen au Canada dans un avenir rapproché en vue de leur approbation. Une méta-analyse de 2011 a révélé que la naltrexone orale n'apporte pas de bénéfices constants par rapport à d'autres traitements ou même par rapport à un placebo²⁴⁵.

Il n'y a aucune différence significative concernant la rétention en traitement, l'abstinence ou les effets secondaires entre la naltrexone orale, avec ou sans psychothérapie, et le placebo ou l'absence de traitement pharmacologique. De plus, une étude comparant la mortalité associée à la naltrexone orale et à d'autres traitements de la dépendance aux opioïdes a montré un risque relatif de décès jusqu'à sept fois plus élevé pour les personnes traitées par naltrexone orale que pour les patients traités par méthadone²⁴⁶. Le peu de preuves de l'efficacité de la naltrexone orale disponibles au moment de l'élaboration des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018), ainsi que les risques pour la sécurité connus, ont mené le précédent comité à suggérer la naltrexone orale comme option thérapeutique du TUO uniquement dans des circonstances particulières et en tant que traitement d'appoint.

Au cours des dernières années, quelques méta-analyses et études de cohorte ont comparé l'efficacité de la naltrexone orale à celle d'autres médicaments utilisés dans le traitement du TUO, d'un placebo ou de l'absence de traitement. Les plus récentes données probantes (de faible ou très faible certitude) sur l'efficacité de la naltrexone orale, résumées ci-dessous, concordent avec les résultats précédents pour les critères d'intérêt (c'est-à-dire la rétention en traitement, l'abstinence de la consommation d'opioïdes, les effets secondaires et la mortalité : aucune étude récente n'a rapporté d'impact sur la satisfaction des patients ou les coûts) et indiquent que le traitement n'offre pas de bénéfices clairs par rapport à d'autres traitements ou à un placebo.

Rétention en traitement

La méta-analyse de 2019, comprenant une revue systématique et quatre ECR, a révélé que la naltrexone orale n'est pas une meilleure option qu'un placebo ou que les soins habituels (26 % p/r à 19 %, RR : 1,32, IC à 95 % : 0,97-1,79) pour la rétention en traitement²⁴⁷. Une autre méta-analyse comparant la naltrexone (naltrexone orale : n = 164) à d'autres interventions pour le traitement du TUO (c.-à-d. d'autres traitements actifs [méthadone ou buprénorphine] et une psychothérapie) ou à un placebo en vient à la même conclusion. Il n'y a pas d'amélioration significative du maintien du traitement pour la naltrexone orale (RR : 1,32, IC à 95 % : 0,85-2,05; quatre études)²⁴⁸. Par rapport à la buprénorphine ou à la méthadone en particulier, le pourcentage moyen de rétention en traitement pour la naltrexone orale, sur l'ensemble des études incluses dans une méta-analyse de 2022, était plus faible (méthadone : 64,10 %, buprénorphine : 54,30 %, naltrexone : 41 %). Les taux de maintien évalués en fonction de la race ou de l'origine ethnique étaient eux aussi nettement inférieurs pour la naltrexone, en particulier pour les personnes afro-américaines²⁴⁹. Globalement, la naltrexone orale est associée à un risque plus élevé d'abandon du traitement que le TAO.

Toutes les études de cohortes récentes comprises dans la revue de la littérature étaient en faveur de la buprénorphine ou de la méthadone ou n'ont pas relevé de différence significative en ce qui concerne le résultat de rétention en traitement. Comparée à la méthadone, la naltrexone est associée à un risque plus élevé d'abandon de traitement et ce risque augmente avec le temps (au jour 1, naltrexone ou méthadone : aHR : 2,49, IC à 95 % : 2,30-2,65 p/r à 12 mois, naltrexone-méthadone : aHR : 3,85, IC à 95 % : 3,63-4,09)²⁵⁰. La naltrexone est également associée à une durée de traitement plus courte (méthadone : nombre moyen

de jours 206,92, SD: 122,05 p/r à la naltrexone orale : nombre de jours moyens 45,75, SD: 60,81)¹¹⁰. Par rapport à la buprénorphine sublinguale, la naltrexone orale est également associée à un risque d'abandon significativement plus élevé (rapport de risque : 2,54, IC à 95 % : 2,25-2,64)²⁵¹ ou des taux d'abandon significativement plus élevés après trois mois (naltrexone : 69,80 % p/r à la buprénorphine : 30,20 %, $p < 0,001$) et six mois (naltrexone : 60,80 % p/r à la buprénorphine : 39,20 %, $p < 0,001$)²⁵². Enfin, comparativement au traitement psychosocial seul, il n'y avait pas de différence entre les traitements en ce qui concerne la probabilité d'être toujours en traitement après six mois, quelle que soit la classification des personnes (groupe « abus d'opioïdes » : naltrexone orale aOR : 1,10, IC à 95 % : 1,00-1,30 et groupe « dépendance aux opioïdes » : naltrexone orale, aOR : 1,10, IC à 95 % : 1,00-1,20)²⁵³.

Abstinence aux opioïdes

Les données récentes ne font état d'aucune différence dans l'abstinence de la consommation d'opioïdes chez les personnes suivant un traitement de naltrexone orale par rapport à d'autres traitements. La naltrexone orale a réduit de manière significative les taux de récurrence (RR : 0,47, IC à 95 % : 0,27-0,81; quatre études), mais n'a pas amélioré l'abstinence de la consommation d'opioïdes (RR : 1,38, IC à 95 % : 0,92-2,08; trois études)²⁴⁸. Cependant, une autre méta-analyse indique que la naltrexone augmentait significativement l'abstinence aux opioïdes par rapport au groupe contrôle (39 % p/r 27 % pour le groupe contrôle, RR : 1,48, IC à 95 % : 1,11-1,98). Cependant, ces résultats comprenaient la naltrexone orale et la naltrexone injectable à libération prolongée. En examinant les études individuelles comprises dans la méta-analyse, celles qui comparaient la naltrexone orale à un autre traitement (placebo, soins habituels ou buprénorphine) ne faisaient état d'aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'abstinence aux opioïdes. Dans certains cas, les patients qui suivent un traitement par naltrexone orale présentent une diminution significative de la consommation d'opioïdes dans les 30 jours (56 % au départ p/r à 28,4 % après trois mois)²⁵⁴ ou peuvent même ne pas consommer d'opioïdes pendant l'étude (bien que dans cette étude particulière, seuls trois participants aient été inclus)⁸³.

Événements indésirables et mortalité

Bien qu'une méta-analyse de 2019 comparant la naltrexone (orale et à libération prolongée) à des groupes témoins (c-à-d le traitement habituel, le placebo, la méthadone ou la buprénorphine) ait fait état d'un nombre significativement plus élevé d'événements indésirables dans les groupes naltrexone (RR : 1,49, IC à 95 % : 1,13-1,95, six études), mais d'aucune différence dans le nombre d'événements indésirables graves (RR : 0,57, IC à 95 % : 0,23-1,46; huit études)²⁴⁸, une autre méta-analyse a indiqué que, dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence significative concernant les événements indésirables entre la naltrexone orale et le placebo ou la buprénorphine⁸⁷. Il est important de souligner que la naltrexone a été associée à un taux plus élevé d'arythmie (9,57 %) que la méthadone (5,71 %) et la buprénorphine (3,81 %) et que le risque d'arythmie est deux fois plus élevé avec la naltrexone qu'avec la méthadone (aOR : 2,43; IC à 95 % : 1,61-3,65)¹²⁰. Dans l'ensemble, la naltrexone

orale n'offre pas de bénéfices tangibles par rapport aux autres traitements pharmacologiques, au placebo ou à l'absence de traitement en termes d'événements indésirables.

Des études récentes présentent des résultats mitigés en ce qui concerne les surdoses non mortelles et mortelles. Pendant les périodes de traitements médicamenteux, les taux de mortalité toutes causes confondues ont été le plus faibles pour la naltrexone (taux brut de mortalité (TBM : 0,26, IC à 95 % : -0,06-0,59) p/r à la méthadone (TBM : 1,05, IC à 95 % : 0,86-1,25) et la buprénorphine (TBM : 0,38, IC à 95 % : 0,31-0,46). Cependant, après l'arrêt du traitement, les taux de mortalité toutes causes confondues étaient les plus élevés pour la naltrexone (TBM : 2,03, IC à 95 % : 1,67-2,39)¹²⁵. Par ailleurs, une autre étude de cohorte a rapporté que pendant les mois d'administration des médicaments pour le traitement du TUO, la méthadone et la buprénorphine à l'inverse de la naltrexone entraînaient une réduction significative de la mortalité toutes causes confondues (aHR : 0,34, IC à 95 % : 0,08-1,34)²⁵⁵. Il semble que la naltrexone orale ne soit pas plus efficace par rapport à l'absence de traitement. Elle ne réduit ou ne prévient pas les cas de surdoses, car il n'y a pas de différence avec les groupes témoins ne recevant pas de traitement (RR : 0,52, IC à 95 % : 0,09-2,91; quatre études)²⁴⁸. La naltrexone orale n'est pas non plus associée à des surdoses non mortelles par rapport à l'absence de traitement à trois mois (aHR : 0,59; IC à 95 % : 0,29-1,20 p/r à 12 mois (aHR : 0,73, IC à 95 % : 0,48-1,11)⁸⁶. La cessation récente (au cours des quatre dernières semaines) de la naltrexone orale ne semble pas avoir d'effet significatif sur le risque de surdose (rapport de risque : 1,15, IC à 95 % : 0,84-1,57), et elle ne protège pas de façon significative contre les surdoses par rapport à l'absence de traitement (rapport de risque : 0,93, IC à 95 % : 0,71-1,22)²⁵⁶.

Des données probantes aux considérations particulières

Les données probantes sur la naltrexone orale recueillies pour la première itération des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS étaient limitées et de faible qualité globale. Une recommandation a été formulée pour les circonstances précises dans lesquelles les patients privilégient ce traitement ou le demandent.

À la lumière des résultats mitigés antérieurs et récents concernant l'innocuité et l'efficacité de la naltrexone orale et selon des observations cliniques, le comité d'élaboration des lignes directrices a décidé de ne pas réitérer la recommandation précédente ni d'en formuler une nouvelle, mais d'envisager l'inclusion d'une considération particulière. La naltrexone orale ne devrait être offerte qu'après de mûres réflexions et dans des circonstances très particulières, et les personnes doivent être informées des risques potentiels liés à l'utilisation de la naltrexone (c.-à-d. la perte de tolérance aux opioïdes). On recommande également un suivi étroit.

L'utilisation de la naltrexone peut entraîner un sevrage immédiat. Par conséquent, si elle est administrée à une personne qui consomme encore des opioïdes, la naltrexone peut entraîner un sevrage précipité. Il est fortement conseillé de s'assurer que les patientes et patients qui souhaitent suivre un traitement par naltrexone orale sont pleinement conscients de la nécessité de cesser la consommation d'opioïdes avant d'entamer le

traitement. Le traitement par la naltrexone débute généralement cinq à sept jours après la dernière consommation d'opioïdes à courte durée d'action ou sept à dix jours après la dernière dose d'opioïdes à action prolongée (p. ex. la méthadone)²⁵⁷.

Comme toujours, il convient d'évaluer les antécédents individuels et les comorbidités. En raison des bloqueurs des récepteurs opioïdes, les médicaments opioïdes, y compris ceux utilisés pour le traitement de la douleur, ne sont plus efficaces. Ces bloqueurs doivent être pris en compte dans le traitement des patients ayant un TUO et vivant avec de la douleur chronique. De plus, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) doivent être proposés dans la mesure du possible²⁵⁷.

CONSIDÉRATION PARTICULIÈRE

Principaux changements : Aucune mesure n'est recommandée pour la naltrexone orale en tant qu'option thérapeutique, sauf dans des circonstances très spécifiques. La recommandation est devenue une considération importante.

2018 **Recommandation 10 :** La prise de la naltrexone comme traitement d'appoint peut être envisagée si le patient cesse complètement de consommer des opioïdes.

2024 **Considération particulière :** La naltrexone par voie orale est une option pharmacologique complémentaire possible pour les patientes et patients qui n'ont pas de traitement standard pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes ou qui le refusent, et qui ont cessé de consommer des opioïdes.

4.3.2.

Populations particulières : Personnes enceintes

En plus des risques et des événements indésirables associés au TUO qui peuvent survenir chez les personnes enceintes ou non, la consommation d'opioïdes pendant la grossesse peut avoir des conséquences obstétricales et néonatales négatives, comme des risques plus élevés de décès maternel, d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance et d'admission dans une unité de soins intensifs néonataux²⁵⁸. La consommation d'opioïdes pendant la grossesse est également associée au syndrome d'abstinence néonatal (SAN, maintenant appelé syndrome de sevrage néonatal des opioïdes, ou SSNO), qui désigne l'ensemble des symptômes de sevrage observés chez les nouveau-nés à la suite d'une exposition intra-utérine aux opioïdes. Parallèlement à la crise d'empoisonnement accidentel aux drogues qui sévit au Canada depuis plusieurs années, le nombre de nouveau-nés diagnostiqués avec un SAN est passé de 3,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2010 à 6,3 pour 1 000 naissances vivantes en 2020, ce qui représente une augmentation de 80 %^{259,260}.

Bien que les *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) ne contiennent pas de recommandation concernant la prise en charge clinique du TUO chez les personnes enceintes, elles offrent une vue d'ensemble de la littérature qui indique que la méthadone et la buprénorphine sont des options thérapeutiques efficaces pour ces cas, la buprénorphine présentant un meilleur profil d'innocuité en ce qui concerne les résultats néonataux^{261,262}. Même si la méthadone, comme d'autres opioïdes, peut provoquer le SAN chez les nouveau-nés exposés, les personnes qui en prennent pendant la grossesse ont de meilleurs résultats parentaux et néonataux que les personnes non traitées ou dont le sevrage est sous surveillance médicale³⁸. En raison des symptômes moins intenses du SAN²⁶³, du risque plus faible de naissance prématurée et des meilleurs résultats morphologiques pour les nouveau-nés²⁶⁴, la buprénorphine a été considérée comme un traitement de première intention potentiel dans des cas particuliers. Très peu d'études ont examiné l'effet de la buprénorphine-naloxone sur les résultats obstétriques et néonataux. Cependant, toutes n'ont pas signalé de différence significative entre la buprénorphine (monoproduit ou en combinaison avec la naloxone) et la méthadone, ce qui indique que la buprénorphine-naloxone peut être utilisée pendant la grossesse.

Pour cette itération, les mêmes critères de jugement (c'est-à-dire la rétention en traitement, l'abstinence ou la réduction de la consommation d'opioïdes, les événements indésirables, la morbidité et la mortalité, les coûts directs et indirects et les préférences des patients) que pour la population générale ayant un TUO ont été examinés pour les personnes enceintes. Les résultats néonataux ont été pris en compte et rapportés dans le cadre des « événements indésirables ». Ils comprenaient les critères morphologiques (la circonférence de la tête, le poids à la naissance), foëtaux (l'âge gestationnel, le taux d'accouchements prématurés) et les résultats liés aux opioïdes (c'est-à-dire le taux de SAN/SSNO, le traitement du SAN/SSNO). Vingt-cinq études ont été ciblées, dont trois méta-analyses et 22 études de cohorte.

Les données des six dernières années montrent que la buprénorphine peut être proposée comme traitement de première intention pour les personnes enceintes. Seules quelques études (une méta-analyse et trois études de cohorte des 25 études incluses) ont fait état des résultats du TUO chez le parent, comme la rétention en traitement ou l'abstinence aux opioïdes. Une méta-analyse de 2020 n'a signalé aucune différence entre la méthadone et la buprénorphine en ce qui concerne le maintien du traitement (RR : 0,66, IC à 95 % : 0,37-1,20, N = 223, trois études, données probantes de qualité moyenne) et l'abstinence aux opioïdes (RR : 1,81, IC à 95 % : 0,70-4,68, 2 ECR, données probantes de faible certitude)²⁶⁵. Cependant, les résultats de trois études de cohorte ont montré que les personnes enceintes suivant un traitement par buprénorphine consomment beaucoup moins d'héroïne au moment de l'accouchement que les personnes traitées à la méthadone (méthadone : 30,40 % p/r à la buprénorphine : 14,90 %, p = 0,033)²⁶⁶, mais une différence dans l'abstinence de la consommation d'opioïdes a été constatée par rapport à la buprénorphine-naloxone (au moins un retour à la consommation d'opioïdes pendant la grossesse : buprénorphine-naloxone : 36 % p/r à buprénorphine : 23 %, aOR : 1,93, IC à 95 % : 0,78-4,76)²⁶⁷ ou la naltrexone (buprénorphine : 23 % p/r à naltrexone : 0 %, p = 52)²⁶⁸.

En ce qui concerne les résultats néonataux, 5 études sur 25 (deux méta-analyses, trois études de cohorte^{265,267,269-271}) n'ont pas relevé de différence entre la buprénorphine et les autres traitements du TUO. Une méta-analyse n'a pas relevé de différence entre la buprénorphine et la méthadone en ce qui concerne le nombre de nouveau-nés traités pour un SAN (RR : 1,19, IC à 95 % : 0,87-1,66, 2 ECR, données probantes de faible qualité)²⁶⁵. D'autres résultats des ECR inclus dans une méta-analyse de 2022 n'ont relevé aucune différence entre les nouveau-nés de parents traités à la buprénorphine ou à la méthadone en ce qui concerne le périmètre crânien, l'âge gestationnel ou le risque relatif d'avoir besoin d'un traitement du SAN. Toutefois, des différences ont été observées pour les études de cohorte incluses dans cette méta-analyse²⁶⁹.

La grande majorité des études examinées (14 sur 25, 2 méta-analyses et 12 études de cohorte) comparant le traitement du TUO pendant la grossesse privilégient la buprénorphine. Les résultats font état d'un poids à la naissance globalement plus élevé, d'un âge gestationnel plus élevé, d'un nombre plus faible de naissances prématurées et de taux plus faibles de risque de SAN pour les nouveau-nés exposés à la buprénorphine in utero^{265,266,269,271-281}.

Lorsque l'on compare la buprénorphine-naloxone à d'autres traitements du TUO, les résultats de sept études (une méta-analyse et six études de cohorte) sont mitigés sur les résultats néonataux. Une méta-analyse réalisée en 2020 a montré que le besoin de traitement du SAN était plus faible dans le groupe buprénorphine-naloxone que dans les autres traitements du TUO (OR : 0,52, IC à 95 % : 0,36-0,75), mais n'a pas relevé de différence dans les autres issues de grossesse²⁸². Dans une étude où les personnes ont reçu le même traitement d'entretien aux opioïdes tout au long de la grossesse, la buprénorphine (monoproduit ou en combinaison avec la naloxone) et la méthadone ne présentent pas de différences pour les résultats néonataux mesurés (c.-à-d. l'âge gestationnel, naissance prématurée, morphologie et SSNO)²⁷⁰. Aucune différence n'a été observée dans une autre étude comparant la buprénorphine à la buprénorphine-naloxone pour l'un ou l'autre des résultats prénataux et néonataux mesurés²⁶⁷. Inversement, une autre étude de cohorte portant sur des personnes enceintes auxquelles on avait prescrit de la buprénorphine ou de la buprénorphine-naloxone pendant la grossesse a révélé que la proportion de nouveau-nés diagnostiqués avec un SAN et nécessitant un traitement était significativement plus élevée pour la buprénorphine (54,6 % [n = 59 nourrissons]) p/r à la buprénorphine-naloxone : 35,3 % [n = 30 nourrissons], p = 0,007)²⁸³. Une étude de cohorte n'a signalé aucune différence entre la buprénorphine-naloxone et la méthadone en ce qui concerne les naissances prématurées et les résultats morphologiques des nouveau-nés, mais une prévalence plus élevée de SSNO chez les nouveau-nés exposés à la méthadone (aOR : 3,46, IC à 95 % : 2,31-5,20, p < 0,01)²⁸⁴. D'autres études ont montré que les nouveau-nés exposés à la buprénorphine-naloxone naissaient à un âge gestationnel plus avancé (buprénorphine-naloxone, 38,20 semaines [1,78] p/r à 37,05 semaines [3,80] pour la méthadone, p < 0,005) et présentaient une incidence plus faible de SSNO (buprénorphine-naloxone : 70,10 % p/r à méthadone : 78,80 % (p = 0,06)²⁸⁵ ou avaient un risque plus faible d'accouchement prématuré (aOR : 0,6, IC à 95 % : 0,3-0,9) et de NAS (aOR : 0,6, IC à 95 % : 0,4-0,9)²⁸⁶.

Sur les 25 études examinées, seules deux portaient sur l'effet de la naltrexone sur les personnes enceintes. Une étude de cohorte portant sur des personnes enceintes suivant un traitement par naltrexone après une désintoxication complète a montré que le taux de SAN était significativement plus faible que chez les personnes enceintes ayant choisi un TAO (c.-à-d. la méthadone ou la buprénorphine; taux de SAN : naltrexone : 10/119 [8,40 %] p/r à la buprénorphine ou la méthadone : 79/105 [1,8 %] ($p = 0,0001$)²⁸⁷. Une autre étude de cohorte indique qu'aucun des nourrissons du groupe naltrexone ne répondait aux critères de diagnostic du SAN, par rapport à 12 nourrissons dans le groupe buprénorphine ($p < 0,001$). Cependant, il n'y avait pas de différence dans l'âge gestationnel moyen à la naissance ou dans le poids moyen à la naissance²⁶⁸.

Il convient de mentionner que bien que la plupart des études privilégient la buprénorphine, très peu mentionne la durée du traitement. Le fait d'être sous traitement était souvent auto-déclaré ou évalué au moment de l'accouchement, de sorte que la durée de l'exposition du fœtus au médicament n'était souvent pas précise. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusions claires quant à l'efficacité d'un traitement par rapport à un autre.

Aucune étude évaluant l'impact des interventions psychosociales en combinaison avec un TAO n'a été relevée dans la revue de la littérature, ce qui montre une lacune potentielle dans la littérature sur les besoins psychosociaux ou les options disponibles pour les personnes enceintes ayant un TUO. Cependant, il est important de proposer des interventions psychosociales et, si possible, d'orienter les patientes vers ces options, en fonction des besoins de chaque personne et à n'importe quel stade de la grossesse ou de la période postnatale. Conformément aux recommandations 6 et 7 du présent document, le refus éventuel de suivre un traitement psychosocial ne doit pas empêcher les personnes enceintes d'accéder à un traitement pharmacologique du TUO.

Seule une étude de cohorte évaluant la valeur ajoutée de la réduction des méfaits pour les personnes enceintes a été incluse dans la revue de la littérature. Les personnes dans un centre de rétablissement pour personnes enceintes ont bénéficié d'un traitement du TUO centré sur la personne, comprenant notamment un dosage spécifique à la grossesse, des services de planification familiale, des soins prénataux et postnataux, ainsi que du dépistage et des traitements pour les maladies infectieuses. Les personnes faisant partie de ce centre étaient plus susceptibles d'avoir un dosage de buprénorphine plus élevé, adapté au changement de métabolisme pendant la grossesse (16 mg p/r à 14,1 mg; $p = 0,02$) et d'assister aux visites postnatales (67,90 % p/r à 52,60 %; $p = 0,05$) par rapport aux personnes dans un centre standard de traitement du TUO²⁸⁸. Cette étude souligne la nécessité de mettre en place des services qui améliorent les résultats spécifiques à certaines populations, comme les personnes enceintes, afin de diminuer la stigmatisation et les obstacles à l'accès aux soins.

Des données probantes aux considérations particulières

Le nombre croissant de données récentes comparant la buprénorphine à la méthadone chez les personnes enceintes a montré que les nouveau-nés exposés in utero à la bupré-

norphine avaient un risque plus faible d'être diagnostiqués ou traités pour un SAN que ceux exposés à la méthadone^{271-275,277,280}. La buprénorphine semble également associée à un risque plus faible de naissance prématurée, de faible poids à la naissance et de bas âge gestationnel^{266,271-281}, ce qui indique que la buprénorphine pourrait être proposée comme première option. Cependant, en raison du manque de connaissances concernant la durée du traitement et l'exposition néonatale aux médicaments dans la plupart des études, il n'est pas possible de formuler des recommandations pour un médicament spécifique. Les prestataires de soins de santé doivent discuter des risques et des bénéfices avec leurs patients et leur proposer les deux options de traitement de première intention.

Même si la buprénorphine-naloxone n'est plus contre-indiquée pendant la grossesse, les données concernant l'innocuité et l'efficacité chez les personnes enceintes et les nouveau-nés sont encore limitées. Cependant, comme les résultats s'entendent sur la non-infériorité par rapport à la buprénorphine en monothérapie, il y a un consensus sur le fait qu'elle pourrait être proposée²⁷⁷ comme option thérapeutique pendant la grossesse.

Comme le métabolisme change pendant la grossesse, en particulier au cours du troisième trimestre, des ajustements de la posologie peuvent être nécessaires pour les personnes enceintes traitées par méthadone²⁸⁹. Il convient de noter que les risques et la gravité du SAN ne sont pas liés à la posologie du traitement²⁷⁵; par conséquent, ils ne devraient pas freiner les ajustements nécessaires.

Il n'existe aucune donnée probante sur l'effet de la transition d'un traitement pharmacologique du TUO à un autre sur les résultats obstétricaux ou néonataux. La transition pendant la grossesse doit donc être bien réfléchie par la personne et son prestataire de soins de santé et supervisée par un spécialiste des dépendances.

Bien qu'une étude systématique récente n'ait pas révélé de risque accru de faibles résultats fœtaux ou néonataux en cas de sevrage progressif ou rapide des opioïdes pendant la grossesse²⁹⁰, la prise en charge du sevrage des opioïdes n'est pas recommandée pendant la grossesse en raison du risque élevé de récurrence et des conséquences négatives qui y sont associées.

Malgré le manque de preuves concernant les interventions psychosociales et de réduction des méfaits pour les personnes enceintes, les recommandations formulées pour la population générale peuvent s'appliquer, peu importe le stade de la grossesse. À ce titre, une intervention psychosociale peut être proposée, sans pour autant l'imposer. Les interventions de réduction des méfaits fondées sur des données probantes devraient être intégrées au continuum de soins. L'accès à des interventions psychosociales adéquates, à des services d'éducation et à du soutien devrait être assuré.

CONSIDÉRATION PARTICULIÈRE

Conformément aux *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) et aux recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists³⁷, de la Société

des obstétriciens et gynécologues du Canada^{36,38}, de l'OMS²⁹¹ et de SAMSHA³⁹, le comité d'élaboration des lignes directrices réaffirme que les personnes enceintes ayant un TUO qui ne suivent pas de traitement devraient être encouragées à prendre de la buprénorphine (monoproduit ou en combinaison avec la naloxone) ou de la méthadone dès que possible au cours de la grossesse.

Dans tous les cas, il est recommandé aux prestataires de soins de santé de consulter un spécialiste si nécessaire et de consulter les lignes directrices disponibles sur les personnes enceintes afin d'obtenir des recommandations détaillées.

2024

Considération particulière – Il faudrait encourager les personnes enceintes qui ont un trouble lié à l'usage d'opioïdes, mais qui ne suivent pas de traitement, à commencer un traitement de première intention le plus tôt possible durant la grossesse.



5. Nouveaux enjeux

5.1.

Approvisionnement plus sécuritaire

Dans le cadre de la mise à jour des *lignes directrices nationales sur le TUO* de l'ICRIS (2018) et afin de mieux connaître la réalité et les enjeux des soins de santé dans la prise en charge clinique du TUO, le comité d'élaboration a demandé l'avis des prestataires de soins de santé (p. ex., les médecins, personnel infirmier, les pharmaciennes et pharmaciens, les travailleuses sociales et travailleurs sociaux). L'approvisionnement plus sécuritaire des produits pharmacologiques a été le sujet de préoccupation le plus souligné.

Après le déclenchement de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, l'augmentation des méfaits liés aux opioïdes à l'échelle nationale en raison de la présence de fentanyl illégal dans les stocks de médicaments a entraîné un changement de paradigme dans les stratégies de réduction des méfaits^{292,293}. En Colombie-Britannique, où les risques et les méfaits liés aux opioïdes étaient plus notables, des directives temporaires de prescription ont été mises en place comme stratégie de réduction des méfaits, afin d'atténuer les risques de surdose et de sevrage pendant les périodes d'isolement^{294,295}. Les pratiques de prescription visant à atténuer les risques ont marqué un tournant dans les initiatives multidimensionnelles de réduction des méfaits, où l'accent a été mis sur les interventions visant à assurer un approvisionnement sécuritaire²⁹⁶. Les partisans des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire soutiennent que ces initiatives peuvent réduire les dommages mortels et non mortels parmi les personnes pour qui ces options ont été prescrites^{297,298}. Toutefois, certains modèles d'approvisionnement plus sécuritaire ont suscité des inquiétudes, concernant notamment des opioïdes analgésiques relativement peu puissants à emporter, qui entraînent des taux élevés de détournement avec des implications pour l'utilisation par des populations à risque élevé (par exemple, les jeunes vivant dans la rue) et des cas de troubles iatrogènes liés à l'usage d'opioïdes²⁹⁹⁻³⁰¹.

À l'heure actuelle, les pratiques de prescription au sein des services d'approvisionnement plus sécuritaire dépendent largement du jugement professionnel de chaque prestataire de soins de santé, des besoins uniques de chaque patient et de la réglementation régionale et provinciale relative à la prescription de ces médicaments²⁹⁷. De plus, la littérature scientifique définissant le concept d'approvisionnement plus sécuritaire et l'abordant comme une solution de rechange à l'approvisionnement en médicaments non réglementés et toxiques est encore rare et hétérogène, ce qui limite les conclusions solides. Compte tenu de la rareté des études, il n'a pas été possible d'élaborer et d'inclure des recommandations cliniques sur le sujet dans la version mise à jour des *lignes directrices nationales sur le TUO*. Il est donc urgent de dresser l'état actuel des connaissances et de fournir des orientations pour les recherches futures afin de générer des données probantes et des lignes directrices pour offrir des solutions de rechange de qualité pharmaceutique sécuritaires aux personnes à risque d'intoxications médicamenteuses non réglementées et de décès au Canada.

Dans un premier temps, afin de faire progresser les connaissances et de guider l'obtention des données probantes nécessaires sur les prescriptions de rechange, une méthodologie d'examen de la portée a été adoptée pour cartographier et structurer la littérature sur l'utilisation et le rôle de l'approvisionnement plus sécuritaire en médicaments. L'objectif principal est de faire la synthèse de l'étendue, la portée et la nature de la littérature sur l'approvisionnement plus sécuritaire pour les personnes ayant un TUO ou un trouble lié à l'usage de substances psychoactives (TUS) ou les personnes consommant régulièrement des substances illicites qui présentent un risque élevé de décès par intoxication ou d'autres méfaits liés à la consommation de drogue en raison de l'approvisionnement en drogues toxiques. Une analyse conceptuelle de l'approvisionnement plus sécuritaire selon le modèle de Walker et Avant a été utilisée pour explorer et clarifier systématiquement les attributs clés associés au modèle médical des pratiques de prescription plus sécuritaires³⁰². Le protocole et la stratégie de recherche ont été préenregistrés sur Open Science Framework et Dataverse, respectivement^{303,304}. Les résultats seront présentés conformément à l'énoncé de l'approche PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Extension for Scoping Reviews)³⁰⁵.

Les leçons tirées de cet examen de la portée peuvent contribuer à l'intégration sécuritaire de ces options de rechange prescrites dans les futures stratégies de recherche fondées sur des données probantes, dans les lignes directrices et dans les décisions politiques relatives à la prise en charge de la consommation. De plus, l'analyse conceptuelle dans ce processus favorise une compréhension nuancée des différentes dimensions et implications entourant la philosophie des soins et l'offre d'interventions d'approvisionnement plus sécuritaires, y compris la prise en compte des conséquences imprévues, proposant ainsi un cadre qui peut contribuer au discours en cours sur cette question émergente dans le pays. En résumé, l'examen de la portée est une première étape cruciale vers la production de données probantes et l'élaboration de stratégies efficaces pour lutter contre les complexités de l'urgence de santé publique liée à l'intoxication médicamenteuse au Canada, tout en garantissant que les interventions auprès des personnes qui consomment des drogues sont sécuritaires et n'augmentent pas les risques de dépendance aux opioïdes parmi les populations vulnérables au sein de la communauté.

5.2.

Autres enjeux

Les cliniciens et les personnes ayant un savoir expérientiel avec le TUO ont mentionné d'autres enjeux émergents rencontrés dans leur pratique, tels que la gestion de la médication concomitante et des patients hautement tolérants aux opioïdes en raison du fentanyl. Un bref bilan de la littérature a été effectué pour aborder ces sujets.

Fentanyl et dérivés

Le fentanyl est un opioïde synthétique approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis et par Santé Canada comme puissant analgésique opioïde³⁰⁶. Le fentanyl est jusqu'à 100 fois plus puissant que la morphine³⁰⁷, mais certains de ses dérivés, comme le carfentanil, peuvent être encore plus forts et donc plus dangereux^{308,309}. La concentration élevée du fentanyl et de ses dérivés augmente le risque de surdose non mortelle et mortelle. Compte tenu de l'augmentation de l'offre de drogues illicites contaminées par le fentanyl et de son implication potentielle dans la plupart des décès apparemment liés aux opioïdes au cours des dernières années au Canada, il est important d'examiner l'impact du fentanyl sur la prise en charge clinique du TUO.

Bien que la plupart des études font état d'une dépendance à des opioïdes d'ordonnance ou non réglementés, tels que l'héroïne, très peu mentionnent l'utilisation de fentanyl par les participants. Il y a un manque apparent d'études portant sur le fentanyl et ses dérivés dans plusieurs composantes de la prise en charge du TUO, comme le sevrage des opioïdes³⁰⁹, le renversement des effets d'une surdose avec la naloxone³¹⁰, ou même l'examen de l'efficacité des médicaments pour le TUO chez les personnes dépendantes au fentanyl. Une analyse secondaire récente d'un ECR pragmatique a montré que la buprénorphine et la méthadone pouvaient être considérées comme des options de traitement de première intention, indépendamment de l'utilisation du fentanyl ou d'une exposition³¹¹. Il convient de noter que le traitement à la buprénorphine et à la méthadone a un effet protecteur sur le risque de mortalité, même à l'ère du fentanyl³⁰⁸.

Le jugement clinique et l'expérience sont de mise pour évaluer l'impact individuel potentiel de l'utilisation du fentanyl sur chaque type de soins pour les patientes et patients ayant un TUO, et la situation du patient doit être prise en considération (c.-à-d. la polytoxicomanie, la gravité du TUO et les facteurs socio-économiques). Pour des recommandations et des conseils concernant l'instauration d'un traitement du TUO pour les patients utilisant du fentanyl, veuillez vous référer aux documents [ASAM Clinical Considerations: Buprenorphine Treatment of Opioid Use Disorder for Individuals Using High-potency Synthetic Opioids](#)³¹³ de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) ou [Methadone Treatment for People Who Use Fentanyl: Recommendations](#)³¹⁴ de Mentoring, Education, and Clinical Tools for Addiction: Partners in Health Integration (META-PHI, Ontario).

Médicaments prescrits conjointement

Il est reconnu que les personnes ayant un TUO sont plus exposées au risque de comorbidités psychiatriques³¹¹ et de maladies infectieuses virales^{316,317}. Seulement quelques études incluses dans la revue de la littérature ont évalué l'effet des médicaments pour les comorbidités sur les résultats du traitement du TUO. Il convient de mentionner qu'aucune ne portait sur le traitement des maladies infectieuses virales; elles évaluaient plutôt l'impact du traitement des comorbidités psychiatriques sur les résultats du TUO.

Comme une étude récente a mis en évidence un manque possible de connaissances concernant l'incidence de certains médicaments administrés ou pris dans le cadre d'un traitement du TUO³¹⁸, il est essentiel de reconnaître les interactions médicamenteuses potentielles et de prendre les mesures de prévention appropriées. Le risque d'événements indésirables résultant de l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments ne doit pas être sous-estimé. Par exemple, des études récentes ont rapporté un risque élevé de surdoses ou de décès liés aux médicaments lors de la co-prescription d'un TAO (c'est-à-dire de buprénorphine ou de méthadone) avec des benzodiazépines^{84,119,127,143}, antipsychotiques¹¹⁹, gabapentinoïdes^{119,143}, ou Z-drugs^{119,127}. Il est donc important d'être conscient du potentiel d'interactions médicamenteuses et de prendre des mesures pour atténuer le risque afin de garantir la sécurité et le bien-être des patientes et patients.

Comme les données probantes entourant l'impact d'une telle comédication sur les résultats du traitement du TUO n'ont pas été recueillies, le comité d'élaboration n'a pas été en mesure de formuler une recommandation. Toutefois, pour garantir une sécurité optimale des patients et améliorer les critères cliniques, les prestataires de soins de santé devraient adopter une approche globale de la gestion des interactions médicamenteuses potentielles, ce qui implique un examen approfondi des antécédents des médicaments et des comorbidités du patient.



6. Limites

Le comité d'élaboration des lignes directrices reconnaît certaines limites en raison des données scientifiques disponibles :

- Très peu d'études quantitatives ont évalué les coûts et les préférences des patients. Le comité s'est donc appuyé sur l'expérience clinique des membres et sur les personnes ayant un savoir expérientiel avec le TUO pour évaluer ces facteurs.
- Les études de haute qualité portant sur des populations particulières sont très rares.
- Pour la majorité des études incluses, les types d'opioïdes utilisés (par exemple, le fentanyl ou d'autres opioïdes très puissants) par les participants n'ont pas été précisés.
- Il n'a pas été possible de réaliser une synthèse et une méta-analyse en raison de l'hétérogénéité des définitions et des mesures des résultats.

Il est important de souligner les limites éthiques de la recherche sur les personnes enceintes. La prise en charge et le traitement des personnes enceintes en l'absence de données scientifiques sont considérés comme « scientifiquement complexes³¹⁹ » et peuvent constituer un enjeu. C'est particulièrement le cas pour les médicaments et les interventions qui ne sont pas liés à la grossesse et dont les avantages pour la santé des personnes enceintes devraient être suffisamment importants pour l'emporter sur les inconvénients potentiels pour le fœtus³²⁰. Par exemple, il est bien connu que les personnes ayant un TUO qui ne sont pas traitées courent un plus grand risque de surdose et de mortalité. L'avantage d'offrir un traitement du TUO aux personnes enceintes et, par conséquent, d'améliorer potentiellement l'état de santé du parent et du nouveau-né devrait prévaloir sur le risque de SAN pour les fœtus. Cependant, malgré ces considérations d'ordre éthique, la complexité biologique de la grossesse a empêché les chercheurs d'inclure des personnes enceintes dans la recherche clinique. Par conséquent, les études existantes sont principalement observationnelles et comportent d'autres restrictions telles que la durée non spécifiée de l'utilisation des médicaments.

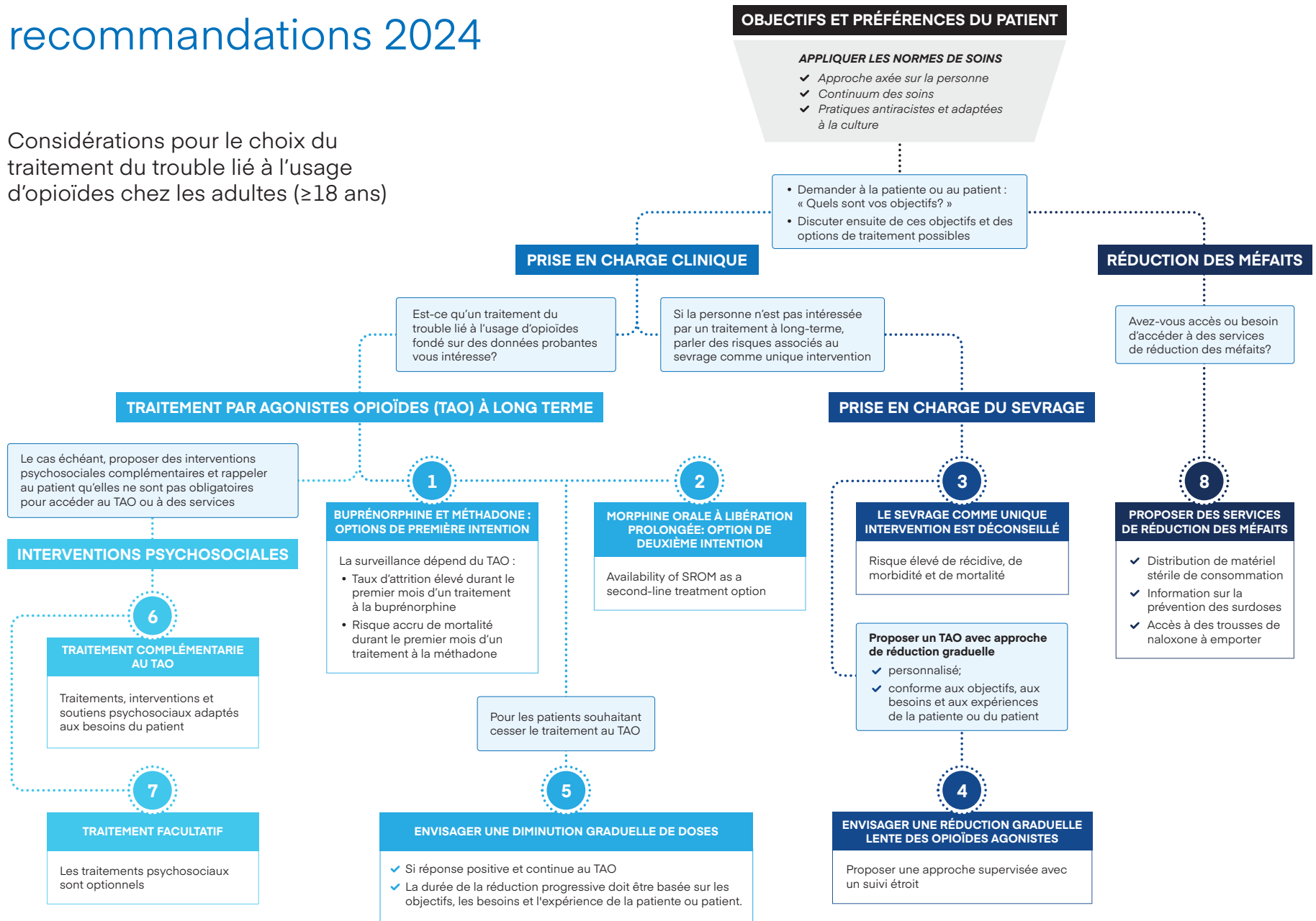
D'autres limites importantes de la recherche sur la dépendance aux drogues concernent la criminalisation de la consommation de drogues. Des mesures punitives sont imposées pour la fabrication illégale d'opioïdes plutôt que pour l'usage non médical d'opioïdes prescrits. Par conséquent, peu de données sont disponibles sur le type d'opioïdes illicites utilisés par les participants en raison de la crainte d'être confrontés à des problèmes juridiques. Ainsi, les patientes et patients très tolérants aux opioïdes, à savoir les consommateurs de fentanyl illégal, qui pourraient bénéficier de stratégies et d'interventions spécifiques pour améliorer le maintien du traitement, ont fait l'objet de peu d'études.



7. Conclusion : Résumé des recommandations 2024

Résumé des recommandations 2024

Considérations pour le choix du traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes chez les adultes (≥ 18 ans)





Annexes

- Annexe 1: Divulcation des conflits d'intérêts
- Annexe 2: Consultations du groupe de travail des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO et des prestataires de soins de santé sur les nouveaux enjeux et la portée de la mise à jour des Lignes directrices nationales de l'ICRIS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes.
- Annexe 3: Révisions et mises à jour suggérées pour les énoncés en matière de Population, d'Intervention, du Comparateur, des critères d'évaluation (Outcomes) et du modèle d'étude (Study) (PICOS)
- Annexe 4: Stratégies de recherche
- Annexe 5: Organigrammes PRISMA
- Annexe 6: Résumé des données
- Annexe 7: Tableaux GRADE

Annexe 1

Divulgence des conflits d'intérêts

Les normes établies par l'Institute of Medicine's Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines¹ ont été utilisées à toutes les étapes d'élaboration et de révision afin de garantir que les nouvelles lignes directrices répondent aux normes internationales en matière de transparence, de qualité et de rigueur méthodologique.

Financement

Les activités d'élaboration des lignes directrices ont été entièrement financées par des fonds internes de Santé Canada (Programme sur l'usage et les dépendances aux substances) et par le Pôle Québec de l'Initiative canadienne de recherche sur l'impact des substances psychoactives (ICRIS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), sans le soutien de l'industrie pharmaceutique ou des parties prenantes associées.

Sélection des évaluateurs externes

Les responsables cliniques, les gestionnaires de chaque pôle de l'ICRIS et l'équipe de coordination ont sélectionné et contacté entre sept et quinze candidats experts de chaque région pour former un comité de révision régional. Un groupe interdisciplinaire de 77 personnes, dont des médecins de premier recours, des médecins en traitement des dépendances et des psychiatres, des infirmières (incluant des infirmières praticiennes), des pharmaciens, des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux, des décideurs politiques, des personnes ayant un savoir expérientiel du trouble d'usage des opioïdes et des représentants des Premières Nations, a été invité à participer au processus de révision externe. Sur les 77 réviseurs externes invités, 62 ont participé à la révision (abordée dans la [section Méthodologie – Révision externe](#) à la page 55) et à la procédure d'approbation.

Politique sur les conflits d'intérêts

Les principes de divulgation et de gestion des conflits d'intérêts du *Guidelines International Network*ⁱⁱ ont été utilisés comme cadre référentiel dans le projet d'élaboration de ces lignes directrices. Tous les membres du comité d'élaboration des lignes directrices, ainsi que les évaluateurs externes et internationaux, avaient l'obligation de déclarer toutes les sources directes et indirectes et les montants reçus d'entreprises, d'industries pharmaceutiques, d'universités, d'organismes à but non lucratif et d'autres organismes qui pourraient être perçus comme des biais ou affecter l'interprétation des données probantes, la formulation des recommandations et la révision du document. À l'aide d'une version adaptée du formulaire de déclaration d'intérêts pour les experts de l'OMSⁱⁱⁱ, chaque membre impliqué dans l'élaboration et la révision des lignes directrices a été invité à déclarer sa position professionnelle ainsi que ses intérêts intellectuels et financiers au cours des cinq dernières années. De plus, pour les conflits d'intérêts indirects, chaque membre devait également déclarer les promotions universitaires, les revenus cliniques et la réputation professionnelle ou publique.

Avant que le texte intégral des lignes directrices ne soit distribué pour examen, un gestionnaire de projet a évalué et géré de manière indépendante tous les formulaires de divulgation afin de déterminer la nature et l'importance de chaque conflit divulgué.

Conformément aux normes établies par l'Institute of Medicine's Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelinesⁱ des États-Unis, des critères d'exclusion clairs ont été établis. Les évaluateurs qui, au cours des cinq dernières années, ont été employés par une entité commerciale ou un organisme ayant des intérêts liés au sujet des lignes directrices, ou qui ont reçu une rémunération supérieure à 1 000 dollars de la part de l'entité ou de l'organisme, ont été exclus. Cette exclusion concerne les personnes qui ont reçu des honoraires ou des paiements pour leur participation à des panels de conférenciers, à des présentations, à des séances de formation, à des services-conseils ou qui ont agité à titre de conseillers techniques. De plus, les évaluateurs dont les programmes de recherche ont reçu un soutien

financier supérieur à 5 000 dollars de la part d'une entité commerciale ou d'un organisme, y compris les subventions, les collaborations, les parrainages et le soutien non monétaire, comme l'équipement et les frais de déplacement, ont été exclus. Les évaluateurs détenant des droits de propriété intellectuelle susceptibles d'être influencés par les recommandations du présent document ont également été exclus afin de prévenir les conflits d'intérêts et de préserver l'intégrité du processus d'examen. Aucun évaluateur n'a été exclu lors de la première sélection, car aucun ne répondait aux critères susmentionnés.

Résumé des déclarations d'intérêt

Le résumé suivant comprend la déclaration d'intérêt de toute personne ayant participé à l'élaboration, à la révision ou à l'approbation des lignes directrices (c'est-à-dire les membres du comité d'élaboration et les évaluateurs externes).

Parmi toutes les personnes impliquées dans le processus d'élaboration, 12 ont déclaré recevoir une rémunération en tant qu'employés d'une entité commerciale qui pourrait théoriquement bénéficier des recommandations du document. En tout, 10 personnes ont été rémunérées en tant que consultants et 17 ont reçu des honoraires uniques pour avoir donné un séminaire de formation par l'industrie, ou y avoir participé (les fonds allaient de 200 à 2 500 dollars canadiens et ont été reçus avant leur participation au processus d'élaboration des lignes directrices). Toutefois, aucune de ces entités commerciales n'a été ou n'est actuellement impliquée dans le développement, la fabrication ou la commercialisation des produits pharmaceutiques examinés, recommandés ou autrement affectés par la présente ligne directrice. Recevoir un soutien financier pour des recherches ou des programmes de la part d'organismes ou d'institutions à but non lucratif n'a pas été considéré comme un conflit d'intérêts direct. Au total, 24 personnes ont déclaré des sources potentielles de biais indirect (par exemple, spécialisation en médecine des dépendances, appartenance à un conseil ou comité consultatif, participation à des programmes provinciaux de traitement par agonistes opioïdes, élaboration antérieure de lignes directrices ou intérêts en matière de recherche).

Après examen, aucun des conflits d'intérêts directs déclarés n'a été jugé suffisamment important ou pertinent pour justifier une exclusion du processus d'élaboration des lignes directrices.

Atténuation des risques

Après examen des déclarations, il a été déterminé qu'aucun des conflits d'intérêts potentiels divulgués ne justifiait une exclusion du processus d'élaboration ou de révision des lignes directrices. La décision a été influencée par la nature historique de la rémunération et par le fait qu'aucun des conflits n'était actif au moment de la participation.

Afin d'atténuer le risque de biais tout en profitant au maximum de la contribution des membres dans leurs domaines d'expertise respectifs, les membres du comité ont été avisés de tenir compte de tout facteur d'influence ou de toute source de biais au cours du processus d'examen.

Tous les auteurs et autres participants impliqués dans le processus d'élaboration et de révision des lignes directrices ont examiné et approuvé le contenu et les recommandations cliniques.

References

- I. Comité de l'Institut de médecine des États-Unis sur les normes d'élaboration de directives cliniques dignes de confiance. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* [en ligne]. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539>
- II. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, Kersten S, Komulainen J, Kopp IB, *et al*. Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 6;163(7):548–53.
- III. Compliance and Risk Management and Ethics (CRE). Declaration of interests for WHO experts [en ligne]. World Health Organization; 2014. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/declaration-of-interests-for-who-experts>

ANNEXE 2

Consultations du groupe de travail des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO et des prestataires de soins de santé sur les nouveaux enjeux et la portée de la mise à jour des Lignes directrices nationales de l'ICRIS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes

A.2.1. Groupe de travail des personnes ayant un savoir expérientiel de l'ICRIS

Contexte

Un groupe de discussion s'est réuni le mardi 21 juin 2022 de 16 h à 18 h (HE).

Quatre personnes étaient présentes, toutes issues de différents organismes qui travaillent dans la réduction des méfaits et la lutte pour les droits des personnes qui consomment des drogues.

Objectif

Consulter les personnes ayant un savoir expérientiel de consommation d'opioïdes au sujet de la mise à jour des Lignes directrices nationales de l'ICRIS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes.

Résumé de la discussion

L'abstinence ne doit pas être considérée comme l'objectif principal de toute intervention auprès des patients qui consomment des opioïdes. Chaque personne doit déterminer ses propres objectifs avec son médecin, en fonction de son parcours et de sa réalité, de manière pragmatique.

- L'amélioration de la qualité de vie des patients doit être prise en compte : éviter le calvaire de trouver de la drogue dans la rue, et rester à l'écart des délits.
- L'intervention psychosociale doit faire partie de toute intervention : les patients sont des personnes à part entière qui ont une famille, un logement, un travail et des problèmes personnels à gérer. Ils peuvent avoir besoin d'aide dans différents domaines.
- Le sevrage est difficile et les patients doivent y être préparés et être soutenus. Imposer l'abstinence n'est pas la solution.
- En ce qui concerne la dépendance et la consommation d'opioïdes, les médecins dictent ce qui est bon pour les patients. Néanmoins, ils doivent rester ouverts aux questions et aux options.
- Considérer la consommation d'opioïdes comme un trouble est un préjugé. Différents types de consommation d'opioïdes coexistent.

Les interventions doivent être axées sur les patients et non sur les molécules. Les patients devraient avoir la possibilité de choisir où ils veulent aller, tant que leur qualité de vie s'améliore.

- Le titre des lignes directrices n'inclut pas les patients. Il devrait s'agir de la « prise en charge clinique des patients ayant un TUO ».
- Les médecins doivent connaître leurs patients, pas seulement les maladies et les traitements.
- Les consultations doivent être un espace sécuritaire où se s'établit un partenariat entre le patient et le médecin.
- Il faut s'abstenir de proposer des services prédéterminés sans en parler aux patients pour éviter de renforcer l'auto-stigmatisation et d'éloigner les patients des services de santé.

- Les médecins de famille sont importants et constituent un maillon essentiel de la prise en charge clinique. Ils font des bilans complets lors des consultations et connaissent leurs patients. Ils peuvent ajuster les prescriptions, et la proximité facilite les choses, car ils peuvent dorénavant prescrire de la méthadone.
- Les médecins doivent mesurer les risques et se porter garants des traitements prescrits. La surprescription est aussi dangereuse que la sous-prescription, quoique les risques ne sont pas les mêmes. La surprescription affecte la responsabilité des médecins alors que la sous-prescription affecte la vie des patients (sevrage, risques de se procurer des médicaments sur le marché noir, risques de surdose après avoir mélangé des médicaments, etc.)
 - N.B. : la « surprescription » est une opinion. La prescription doit toujours être envisagée en fonction de la tolérance des patients et de leur mode d'utilisation des opioïdes.
- Elle doit être adaptée aux besoins des patients. Pendant les pandémies, les benzodiazépines étaient prescrites avec le TAO, de sorte que l'anxiété et le TUO pouvaient être traités en même temps.

Dans la prise en charge clinique du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, il convient d'éviter les approches punitives. La confiance doit être au cœur de la relation entre les patients et les médecins. La prise en charge du TUO devrait être basée sur des modèles communautaires.

- Se rendre à la pharmacie tous les jours pour prendre de la méthadone en public est humiliant et reflète un manque de confiance envers les patients. Les patients comprennent que les médecins doivent voir à quel point ils sont sérieux et engagés, mais ils ne sont pas des enfants ou des criminels.
- La responsabilisation des patients devrait être l'un des objectifs de la prise en charge clinique. Tout au long de leur cheminement, les patients devraient avoir des options et ne pas être contraints d'aller à la pharmacie quotidiennement. Les traitements devraient être adaptés aux réalités des patients.
- Les patients doivent être impliqués dans leur prise en charge clinique. Il est préjudiciable de ne pas leur faire confiance ou de ne pas leur donner d'options; cela les oblige à mentir et à prendre des risques alors qu'ils devraient bénéficier d'un soutien et de soins.
- Les prescriptions pour emporter doivent être mises de l'avant et non considérées comme des privilèges.
- Le traitement ne devrait pas être interrompu lorsqu'un patient manque trois doses. Il devrait être possible de discuter et d'expliquer comment trouver une stratégie de traitement différente.

Tous les médecins et prestataires de soins devraient être sensibilisés et formés sur les dépendances. Ils doivent adopter une approche pragmatique et humaniste pour traiter les patients et éviter les jugements moraux.

- Les médecins qui souhaitent travailler avec des patients qui consomment des opioïdes devraient être jumelés à des médecins déjà en exercice. Ils doivent apprendre sur le terrain.
- Les médecins devraient recevoir des renseignements et une formation de la part des communautés et des personnes ayant un savoir expérientiel du TUO afin de connaître la population avec laquelle ils travaillent et de comprendre comment la traiter. Ils doivent comprendre ce que signifie être un patient dans le contexte actuel, et ainsi changer la vie des personnes qui consomment des opioïdes et leur permettre de bénéficier de services appropriés. Les cliniciens et les universitaires ont des connaissances et travaillent sur des solutions. La communauté doit participer au processus. Pour élaborer des stratégies pertinentes, il faut envisager différentes perspectives.
- La stigmatisation des personnes qui consomment des drogues les éloigne des services de santé. Dans la crise actuelle des opioïdes, ils risquent leur vie. Les jugements moraux sont considérés avant les droits de la personne; cette perspective doit changer en considérant les personnes consommant des drogues comme des êtres humains ayant des droits.

La prescription de produits plus sécuritaires devrait être considérée comme une option dans le traitement du TUO.

- Les approvisionnements plus sécuritaires sont une question politique. Cependant, même les médecins qui la jugent pertinente ne veulent pas la soutenir. Ils semblent craindre des conséquences. Les jugements moraux semblent primer sur la vie des patients.
- Avec la crise des opioïdes, laisser les gens consommer des drogues achetées dans la rue équivaut à les laisser risquer leur vie.

- Les médecins ont été blâmés pour la crise des opioïdes. Ils ont donc peur de trop prescrire ou d'être permissifs.
- Les décideurs politiques doivent assumer la responsabilité des personnes qui meurent dans les rues à cause des drogues.
- Toutes les options doivent être envisagées dans la prise en charge du TUO, pas seulement celles qui sont politiquement ou moralement correctes.

Les services doivent être organisés et adaptés aux personnes qui les reçoivent.

- La confidentialité doit être garantie. Lorsque les patients viennent recevoir des soins de santé, ils doivent être respectés et traités comme n'importe qui d'autre. Leur situation doit être discutée en privé, dans une salle qui assure la confidentialité.
- Des options doivent être proposées aux personnes souhaitant faire leur sevrage à domicile.
- La télémédecine a bien fonctionné pendant la pandémie et a montré que la solution est possible. Elle devrait être offerte dans plus d'établissements.
- Les traitements à emporter ont été plus accessibles pendant la pandémie en raison des difficultés d'accès aux pharmacies. Cette option doit être plus élargie et accessible à un plus grand nombre de personnes.
- La prescription de méthadone doit être adaptée et discutée avec les patients. Le passage à la méthadone a eu des conséquences complexes et dramatiques pour les patients parce qu'il n'a pas été adapté.

La pandémie a démontré que le système peut s'accommoder rapidement en cas d'urgence, en fonction des priorités.

- Les politiques et la prise en charge clinique en matière de drogues devraient être orientées vers les droits et l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui en consomment.
- L'examen des politiques étrangères prouve l'importance des valeurs et des objectifs qui sous-tendent les décisions.

Pendant la pandémie, les pharmaciens avaient davantage de responsabilités en matière de traitement. Ils pouvaient renouveler, prolonger, transférer des ordonnances et même livrer des narcotiques. Tout était plus simple en raison de l'urgence de la situation.

- Les pharmaciens voient tous les jours des patients qui prennent de la méthadone. Les médecins rencontrent les patients tous les mois. Qui a une meilleure lecture clinique des patients? Même si la visite est ponctuelle, les pharmaciens devraient avoir la possibilité d'adapter les prescriptions lorsqu'elles ne conviennent pas aux patients.
- Les pharmaciens sont des prestataires de soins de proximité. En raison d'un accès réduit aux services de soins de santé et des réalités de l'approvisionnement en médicaments, ils pourraient constituer un maillon essentiel de la prise en charge clinique.
- Les pharmaciens peuvent également être des obstacles en raison de leurs croyances et de leurs intérêts. La naloxone devrait être distribuée gratuitement et anonymement dans certaines provinces, mais il peut être difficile de s'en procurer selon le pharmacien. Il n'est pas toujours possible de choisir sa pharmacie si l'on n'habite pas dans une grande ville. Il faut tenir compte d'un tel enjeu.

Des lignes directrices spécifiques doivent être élaborées pour la prise en charge clinique du TUO dans les prisons.

- Même avec une ordonnance, les patients peuvent manquer leur TAO pendant quelques jours lorsqu'ils arrivent en prison. Certaines personnes se retrouvent en manque ou se procurent des drogues alors qu'elles sont en détention, avec toutes les conséquences que cela implique.
- Lorsque le patient qui suit un TAO quitte la prison, quelques doses doivent lui être administrées pour éviter qu'il ne fasse une surdose en consommant des drogues de rue.
- Il peut s'écouler jusqu'à six mois avant de rencontrer un médecin en prison. La plupart du temps, ce délai dépend de l'infirmière et de la manière dont les gardiens veulent aider.
- La prison est synonyme d'abus physiques et émotionnels, plaçant les gens dans des situations de vulnérabilité. La toxicomanie et la consommation de drogues augmentent les traumatismes potentiels, avec des fouilles multiples et brutales.

Les médecins et prestataires de soins de santé des hôpitaux doivent être sensibilisés à la toxicomanie, aux TAO et à la prise en charge clinique du TUO.

- Les infirmières doivent connaître les TAO pour comprendre les prescriptions et faciliter l'accès au traitement pour les personnes hospitalisées.
- Elles devraient respecter les prescriptions et ne pas les administrer uniquement en fonction de leur perception. Des protocoles doivent être mis en place pour confirmer les prescriptions et garantir un accès rapide au traitement pour les patients hospitalisés.
- Le sevrage forcé n'encourage pas les personnes qui consomment des drogues à se rendre à l'hôpital, même lorsque c'est nécessaire.

La douleur chronique doit être considérée sérieusement, tout en gardant à l'esprit les risques liés à l'utilisation d'opioïdes.

- La douleur physique, si elle n'est pas traitée correctement, peut provoquer une douleur mentale et entraîner les patients dans des cercles vicieux.
- Les opioïdes peuvent créer une dépendance et il existe un risque de surdose. La douleur aiguë et chronique doit être prise en charge. Cependant, les options ne sont pas nombreuses. Les prescripteurs doivent être vigilants et prendre des décisions pour le bien-être des patients.

L'injection de naltrexone ne semble pas pertinente à inclure dans une trousse de prise en charge clinique du TUO.

- L'injection comme mode d'administration peut être risquée.
 - Exemple d'un épisode psychotique avec une injection de Suboxone.
- L'injection de naltrexone semble être motivée par le profit des compagnies pharmaceutiques.
- La naltrexone est une injection mensuelle censée empêcher les gens de consommer des drogues, mais aussi d'en ressentir les effets. Le risque de surdose augmente avec la diminution de la tolérance aux opioïdes.
- Que se passe-t-il si le patient continue à utiliser des opioïdes avec la naltrexone injectable?

A2.2. Consultation des prestataires de soins de santé sur les changements, les points de discussion et les pratiques cliniques qui pourraient être pris en compte dans la mise à jour

Organisation des consultations

Un sondage en ligne a été envoyé aux prestataires de soins de santé par les moyens suivants :

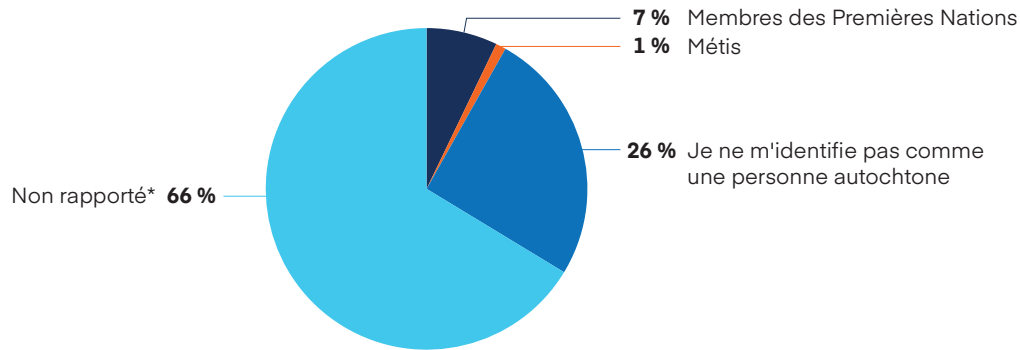
- Infolettre :
 - BC ECHO
 - CPMD (Québec)
 - SMCA
 - Pharmaciens GMF
- Plate-forme en ligne :
 - Listserv pour META : PHI (Ontario)
 - Facebook pour l'Association des médecins autochtones du Canada (National)
- Courriels :
 - Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire (CdPN-APS)
 - Professionnels de la santé affiliés aux pôles de l'Atlantique et des Prairies
 - Directeurs de la santé, médecins, personnes chargées de la réduction des méfaits dans plusieurs communautés des Premières Nations
 - Professionnels de la santé invités à faire partie des comités de révision

Le sondage a été envoyé d'août 2022 au 7 mars 2023. Certaines questions ont été ajoutées le 3 octobre 2022 afin d'en apprendre plus sur les répondants.

Résumé des résultats

À propos des répondants (N = 98)

VOUS IDENTIFIEZ-VOUS COMME :

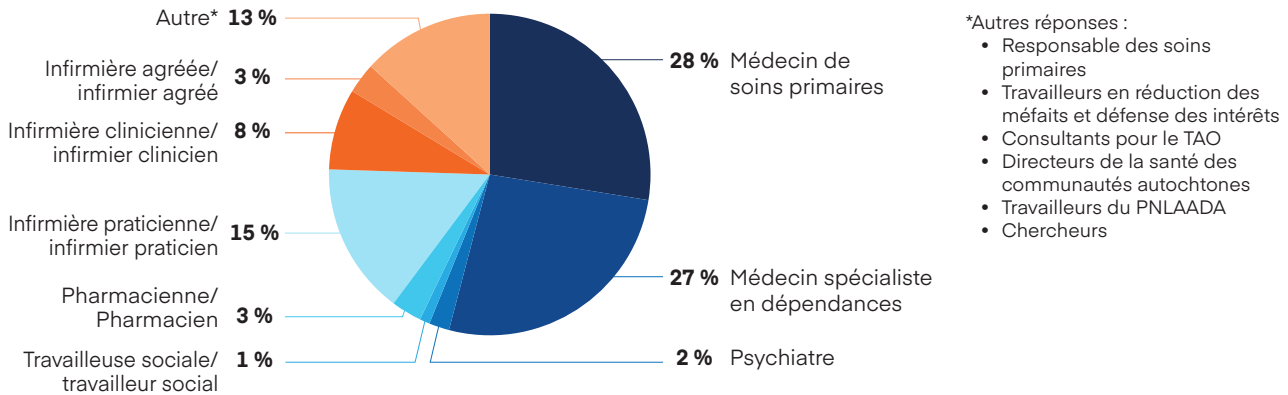


*Données non communiquées, car la question a été ajoutée à l'enquête le 3 octobre 2022.

Pour ceux qui s'identifient comme faisant partie d'une communauté des Premières Nations :

- 75 % sont situés en Alberta
- 12,5 % sont situés en Colombie-Britannique
- 12,5 % sont situés en Saskatchewan

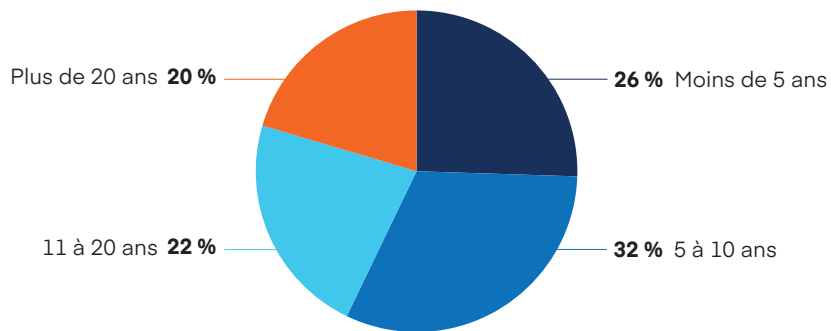
PRATIQUE



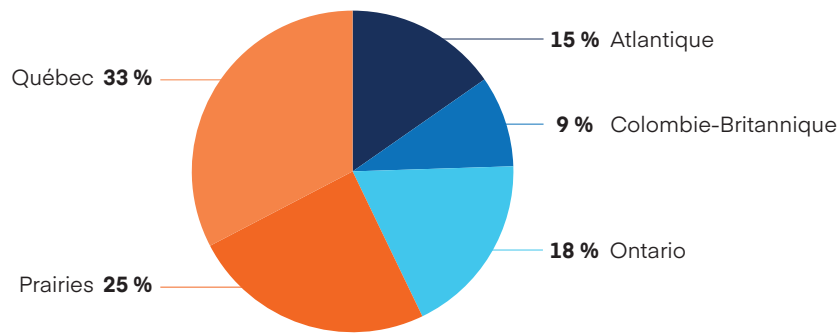
*Autres réponses :

- Responsable des soins primaires
- Travailleurs en réduction des méfaits et défense des intérêts
- Consultants pour le TAO
- Directeurs de la santé des communautés autochtones
- Travailleurs du PNLAADA
- Chercheurs

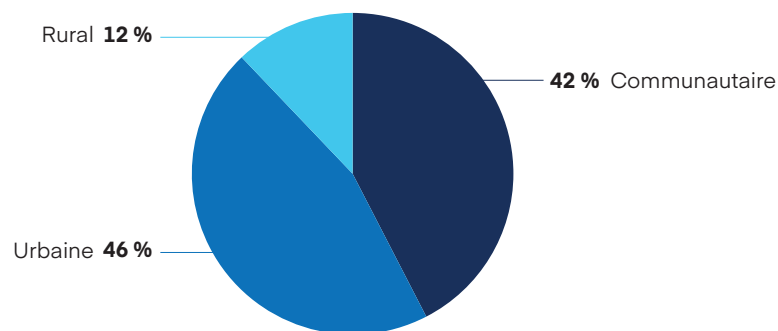
ANNÉES DE PRATIQUE



LIEU DE PRATIQUE

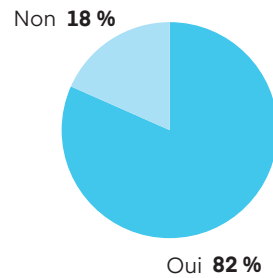


Le 3 octobre 2022, la question sur le principal lieu de pratique a été ajoutée :



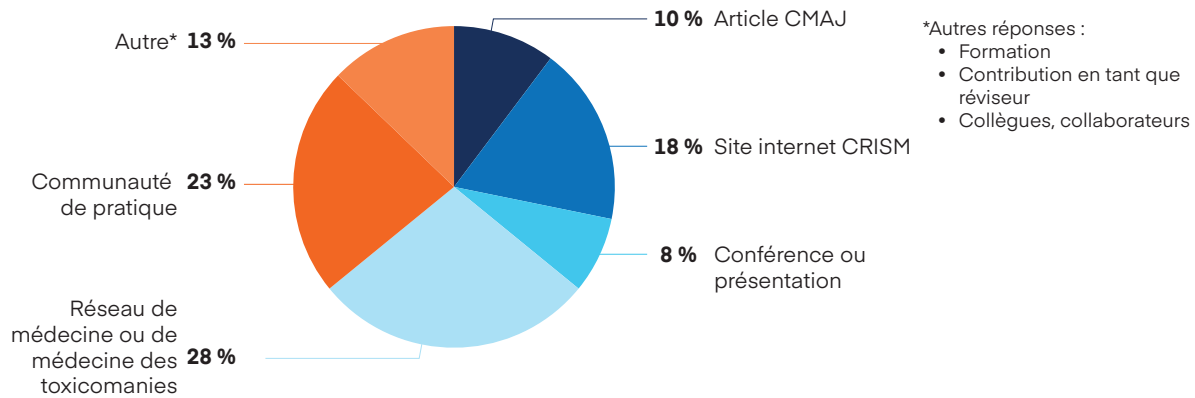
Connaissance des lignes directrices

Avez-vous entendu parler des lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes, publiées en 2018?

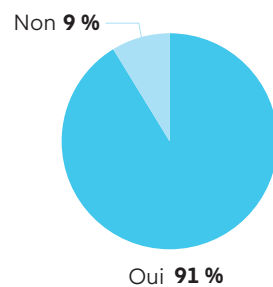


Pour ceux qui ont répondu **OUI**, trois questions supplémentaires ont été posées :

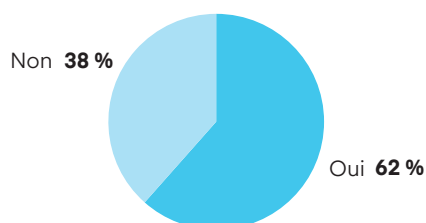
1. Comment en avez-vous entendu parler?



2. Les avez-vous lues?



3. Les utilisez-vous dans votre pratique? (question ajoutée le 3 octobre 2023)

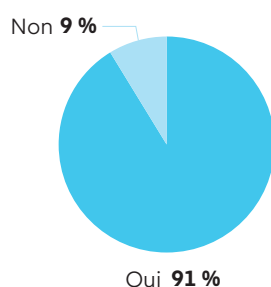


Commentaires sur les lignes directrices publiées en 2018

- ✓ Mise à jour nécessaire
 - Doit représenter toutes les régions du Canada
 - Doit mentionner les autres options disponibles dans d'autres provinces ou territoires
 - Doit refléter les tendances et les données actuelles
 - Ne s'applique plus à la population actuelle qui cherche de l'aide pour sa consommation de fentanyl
- ✓ Particulièrement utile pour soutenir l'instauration et la prescription de buprénorphine dans les services d'urgence
- ✓ Nécessité d'inclure les approches de réduction des méfaits
- ✓ Occasion manquée de mettre en avant le TAOi
- ✓ Très générales, peu de recommandations de traitement spécifiques
- ✓ Cadre utile pour la pratique de la prescription
 - Excellente ressource pour la période de 2018
 - Ressource utilisable par les prestataires là où il n'y en avait pas auparavant

À propos de la pandémie de COVID-19

La pandémie a-t-elle eu un impact sur votre pratique, en particulier sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'utilisation des opioïdes?



À propos de la mise à jour des Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes.

Quels sont les changements, les points de discussion et les pratiques cliniques que vous aimeriez que l'équipe de l'ICRIS prenne en considération ou que vous aimeriez voir inclus dans la mise à jour?

- ✓ **Approvisionnement plus sécuritaire (42 %)** Discussion ouverte sur l'approvisionnement sécuritaire comme option de traitement
 - Envisager le rôle d'un approvisionnement plus sécuritaire dans la prise en charge clinique du TUO.
 - Discuter des préoccupations de la communauté concernant la sécurité de l'approvisionnement.
 - Donner des renseignements sur les stratégies de réduction des méfaits, en particulier sur l'approvisionnement sécuritaire (par exemple, Dilaudid ou Ritalin pour le TUO et le TUS respectivement)
 - Donner des lignes directrices relatives à l'initiation, à l'intensification et à l'interruption d'un approvisionnement sécuritaire. Transition de l'approvisionnement sécuritaire à un TAO.
- ✓ **Augmentation graduelle des médicaments (29%)** Considération pour les personnes qui utilisent du fentanyl, augmentation de la dose du traitement
 - Augmentation graduelle plus importante et plus rapide.
 - Micro ou macro-induction de buprénorphine-naloxone.

- Conseils plus ciblés sur l'instauration du TAO chez les personnes ayant une dépendance au fentanyl.
 - Dosage optimisé pour les patients à risque de surdosage connus.
 - Directives sur les doses manquées.
- ✓ **Options de traitement (25 %) Envisager tous les traitements avec toutes leurs caractéristiques**
- Élargir les options offertes et prendre en compte les nouvelles options de traitement.
 - Considérer la morphine orale à libération prolongée et le TAOi comme un traitement légitime et les inclure dans la mise à jour.
 - Tenir compte des données probantes sur la buprénorphine injectable à action prolongée et de sa disponibilité dans les provinces.
 - Envisager la méthadone comme traitement de première intention pour les personnes qui consomment du fentanyl.
 - Inclure les meilleures données probantes ou l'avis d'experts sur l'induction du traitement de maintien à la méthadone et de la morphine orale à libération prolongée.
- ✓ **Doses à emporter (23 %) Accessibilité des doses à emporter**
- Augmentation des possibilités et les rendre plus accessibles.
 - Allègement des doses non supervisées (par exemple, la méthadone sur 14 jours).
 - Orientations reflétant les nouvelles données qui confirment l'innocuité de l'assouplissement de la prescription de méthadone.
 - Flexibilité des doses à emporter.
- ✓ **Télémédecine (20 %) Considérer la télémédecine comme un moyen de commencer le TAO**
- Instauration par téléphone et soins virtuels.
 - Directives relatives à l'utilisation des soins virtuels.
 - Télémédecine : quand et pour qui?
 - Recommandations pour une télémédecine sécuritaire et fiable.
- ✓ **Patients (15 %) Respecter les choix des patients pour développer une relation de confiance**
- Éviter le dépistage automatique des drogues dans l'urine (données probantes limitées sur le DTU).
 - Utiliser le DTU pour des éléments de décision cliniques spécifiques.
 - Tenir compte du choix des patients, être flexible.
 - Adopter une approche centrée sur la personne.
 - Discuter de la possibilité que l'abstinence ne soit pas l'objectif du patient.
 - S'assurer que l'approche thérapeutique est inclusive.
- ✓ **Pharmacie et soins infirmiers (11 %) Les lignes directrices doivent être mises en parallèle avec celles des pharmaciens et des infirmières praticiennes**
- Possibilité de transfert de pharmacie sans nouvelle ordonnance.
 - Prescription orale en pharmacie communautaire.
 - Partenariat nécessaire avec la pharmacie pour des soins collaboratifs.
 - Partenariat avec la pharmacie et les infirmières pour l'augmentation graduelle des doses.
- ✓ **Prise en charge des benzodiazépines (8 %)**
- Prise en charge du sevrage de benzodiazépines dans le contexte de l'approvisionnement en fentanyl contaminé par les benzodiazépines ou d'autres opioïdes illicites.
 - Prescription prudente de benzodiazépines.
- ✓ **Autre (moins de 5 %)**
- **Suivi des patients**
 - Risques et responsabilités liés au suivi à court terme.

- Le sevrage : quand et comment l’aborder avec les patients stables?
- Quel type de suivi à long terme?
- Envisager une visite de suivi 3 mois après l’induction du TAO.
- **Le TAO dans les services d’urgence : Prise en charge du sevrage aux urgences.**
 - Continuité des soins pour les patients admis.
 - Ajout de la buprénorphine-naloxone dans la prise en charge du sevrage aux urgences.
 - Prise en charge clinique du sevrage et du TAO aux urgences.
- **Prise en charge de la douleur chez les patients ayant un TUO**
 - Clarification nécessaire sur le traitement combiné du TUO et de la douleur.
 - Suggestions sur la prise en charge des personnes suivant un TAO, mais ayant des douleurs aiguës.
- **Réduction des méfaits**
 - Renseignements sur les stratégies de réduction des méfaits.
 - Utilisation d’approches de réduction des méfaits dans le cadre du TAO.
- **Polytoxicomanie**
 - Comment gérer les troubles concomitants liés à l’usage de substances psychoactives?
 - Besoin d’informations sur la polytoxicomanie.
- **Enjeux connexes**
 - Diminution de la testostérone
 - Grossesse
 - Femmes
 - Risque de transfert vers une autre substance (par exemple, l’alcool avec le TAO)
 - Jeunes, adolescents
- **Références à d’autres lignes directrices** : Références pour des discussions approfondies sur des sous-populations, le cas échéant (par exemple, les femmes, la grossesse et la toxicomanie, les jeunes, etc.)
 - CAMH
 - BCCSU

Suggestions pour assurer la diffusion des lignes directrices mises à jour

✓ Diffusion

- Ordres des infirmiers et infirmières et associations d’infirmières praticiennes
- Collège des médecins de famille du Canada
- Collèges des médecins et chirurgiens

✓ Formation

- Intégrer dans la formation des résidents et des prestataires de soins
- Inclure dans la formation sur le TUO de l’INSPQ

✓ Publication

- Revue scientifique
- Infolettre
- Listserv
- Webinaires
- Réseaux provinciaux sur la dépendance
- Congrès (SCMA, META : PHI, ...)

✓ Plus grande portée : étendre la portée des lignes directrices

- Impliquer les services d’urgence par le biais de réseaux cliniques stratégiques.
- Tenir compte de l’éloignement de la plupart des Premières Nations et des obstacles à l’accès aux services spécialisés.
- Impliquer les personnes ayant un savoir expérientiel du TUO dans le soutien au traitement et au rétablissement.

Annexe 3

Révisions et mises à jour suggérées pour les énoncés en matière de Population, d'Intervention, du Comparateur, des critères d'évaluation (Outcomes) et du modèle d'étude (Study) (PICOS)

Voici une description des énoncés PICOS utilisés dans les *lignes directrices nationales sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes* de 2018, ainsi que les révisions et mises à jour proposées (le cas échéant) pour chaque élément de ces énoncés. Il est proposé deux stratégies de recherche distinctes, soit un examen des interventions pharmacothérapeutiques et un examen des interventions d'appoint (stratégies psychosociales et de réduction des méfaits), et que les synthèses des données soient séparées selon les deux revues de littérature.

A3.1. Pharmacothérapies

Traitement par agonistes opioïdes

Question de recherche : Devrait-on offrir de la buprénorphine-naloxone en tant qu'option de première intention pour le traitement par agonistes opioïdes aux personnes ayant un trouble liés à l'utilisation d'opioïdes?

2018	Révisions et mises à jour suggérées 2024
<p>Population</p> <p>Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.</p>	<p>Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.</p>
<p>Intervention</p> <p>Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par buprénorphine ou buprénorphine-naloxone.</p>	
<p>Comparateur</p> <p>Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu») par placebo, méthadone, traitement habituel, diminution à court terme de la dose de buprénorphine, ou absence de traitement.</p>	
<p>Outcome (critères)</p> <p>Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation illégale d'opioïdes.</p> <p>Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.</p> <p>Autres critères : coûts directs et indirects, recours aux services de santé.</p>	
<p>Study Design (conception de l'étude)</p> <p>Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).</p>	

Question de recherche : Devrait-on proposer une transition vers un traitement avec la méthadone aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez qui la buprénorphine-naloxone n'apporte pas les effets thérapeutiques attendus?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024**Population**

Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.

Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.

Intervention

A : Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, traitement habituel ou absence de traitement.

B : Transition d'un traitement à long terme par buprénorphine ou la buprénorphine-naloxone vers la méthadone.

Comparateur

A : Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, traitement habituel ou absence de traitement.

B : Traitement habituel.

Outcome (critères)

Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation illégale d'opioïdes.

Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.

Autres critères : coûts directs et indirects, recours aux services de santé.

Study Design (conception de l'étude)

Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).

Question de recherche : Les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes devraient-elles recevoir de la méthadone comme option de traitement de première intention lorsque la buprénorphine-naloxone n'est pas l'option privilégiée?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUD diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUD diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucune donnée sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par méthadone.	
Comparateur	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, buprénorphine, buprénorphine-naloxone, traitement habituel ou absence de traitement.	
Outcome (critères)	<p>Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes.</p> <p>Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.</p> <p>Autres critères : coûts directs et indirects, recours aux services de santé.</p>	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Question de recherche : Lorsque les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes qui ont atteint une stabilité clinique et sociale durable avec la méthadone et expriment le désir de simplifier leur traitement ou d'en réduire l'intensité, devrait-on leur offrir l'option de passer à la buprénorphine-naloxone?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	A: Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par méthadone. B: Transition d'un traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par méthadone vers la buprénorphine ou la buprénorphine-naloxone.	
Comparateur	A: Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, buprénorphine, buprénorphine-naloxone, traitement habituel ou absence de traitement. B: Traitement habituel.	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes. Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité. Autres critères : coûts directs et indirects, recours aux services de santé.	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Question de recherche : Devrait-on offrir de la morphine orale à libération prolongée dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes pour qui un traitement de première ou de deuxième intention (buprénorphine-naloxone ou méthadone) n'a pas apporté le bénéfice attendu?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par morphine orale à libération lente.	
Comparateur	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, méthadone, buprénorphine ou buprénorphine-naloxone, traitement habituel ou absence de traitement.	
Outcome (critères)	<p>Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes.</p> <p>Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables.</p> <p>Autres critères : qualité de vie, préférences des patients, santé mentale et physique, fonctionnement social, consommation d'autres substances, envies.</p>	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Prise en charge du sevrage des opioïdes

Question de recherche : Devrait-on offrir la prise en charge du sevrage comme seul traitement aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUD diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUD diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Schémas posologiques à doses décroissantes d'agonistes opioïdes (buprénorphine, buprénorphine-naloxone ou méthadone) ou d'agonistes des récepteurs alpha ₂ -adrénergiques (clonidine).	
Comparateur	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par agonistes opioïdes.	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence soutenue ou réduction de la consommation d'opioïdes. Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Question de recherche : Devrait-on offrir l'option d'une prise en charge du sevrage par agonistes opioïdes sur une période prolongée (c.-à-d. une diminution progressive de la dose sur une période d'un mois ou plus) en milieu externe ou résidentiel aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	La buprénorphine, la buprénorphine-naloxone ou les schémas thérapeutiques à diminution progressive de la dose de méthadone à dose, durée, ou taux de diminution variables. Les schémas posologiques impliquant une réduction de la dose d'agonistes des récepteurs alpha ₂ -adrénergiques ont été exclus.	
Comparateur	Selon le cas, traitement habituel (pour les comparaisons intra-classe des traitements par réduction progressive de la dose d'agonistes opioïdes) ou traitement par agonistes opioïdes à long terme (c.-à-d., « continu »).	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence soutenue ou réduction de la consommation d'opioïdes. Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Question de recherche : Les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes qui ont maintenu une stabilité clinique mais souhaitent cesser complètement leur traitement par agonistes opioïdes devraient-elles avoir l'option d'un plan de réduction progressive à long terme de la dose (c.-à-d. un plan unique et sur mesure alternant une réduction progressive de la dose et des périodes de stabilisation s'échelonnant sur des mois à des années)?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024**Population**

Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.

Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.

Intervention

La buprénorphine, la buprénorphine-naloxone ou les schémas thérapeutiques à diminution progressive de la dose de méthadone à durée, intensité et horaires variables.

Comparateur

Sans objet

**Outcome
(critères)**

Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence soutenue ou réduction de la consommation d'opioïdes.

**Study Design
(conception
de l'étude)**

Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).

A3.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits

Question de recherche : *Devrait-on offrir la possibilité d'accéder ou de participer à des interventions de traitement psychosocial aux personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes en traitement par agonistes opioïdes?*

2018

Révisions et mises à jour suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Les interventions de traitement psychosocial ont été définies comme du counseling structuré et avec un manuel et intégrant les principes de la thérapie psychanalytique, de la thérapie cognitivo-comportementale, de la thérapie interpersonnelle, de la thérapie comportementale dialectique, de la gestion des contingences, du traitement par rétroaction biologique, de l'hypnothérapie ou de l'hypnose subliminale, du programme des 12 étapes et du counseling familial ou de groupe conjointement avec un traitement par agonistes opioïdes à long terme. Les études sur les interventions ou supports de traitement psychosocial offerts conjointement avec la seule prise en charge du sevrage (c.-à-d. avec une diminution à court terme de la dose d'agonistes opioïdes ou d'agonistes des récepteurs alpha ₂ -adrénergiques) ont été exclues.	
Comparateur	Traitement habituel : traitement à long terme par agonistes opioïdes (méthadone, buprénorphine ou buprénorphine-naloxone).	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes. Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité. Autres critères : coûts directs et indirects, accès et recours aux services de santé, qualité de vie, santé mentale, fonctionnement social, comportements à risque, infection au VIH ou à l'hépatite C et criminalité.	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Question de recherche : Les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes devraient-elles bénéficier de services de réduction des méfaits?

2018

Révisions et mises à jour
suggérées 2024

Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Services directs et indirects (information, orientation ou lien vers les services) de réduction des méfaits (p. ex., sites de consommation supervisée, naloxone à emporter, prévention des surdoses, éducation sur l'injection plus sécuritaire, éducation à la prévention du VIH et de l'hépatite C, distribution de seringues stériles ou de matériel pour les fumeurs).	
Comparateur	Sans objet (omis pour des raisons éthiques liées à la conception et/ou à l'étude).	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : Morbidité et mortalité, surdoses mortelles et non mortelles, infection au VIH et à l'hépatite C. Autres critères : coûts directs et indirects, recours aux services de santé, comportements à risques et criminalité.	Recommander l'ajout de l'utilisation de la naloxone comme critère de jugement secondaire.
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

A3.3. Considération particulières

Solutions de remplacement

Question de recherche : *Les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation des opioïdes qui ont cessé de consommer devraient-elles avoir la possibilité de recevoir un traitement de naltrexone par voie orale afin de prévenir les défailances ou la rechute à l'usage illicite d'opioïdes?*

	2018	Révisions et mises à jour suggérées 2024
Population	Hommes et femmes adultes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5, quelle que soit la sévérité (légère, modérée ou sévère), et consommant principalement de l'héroïne illégale ou des opioïdes pharmaceutiques, prescrits ou vendus illégalement, par n'importe quelle voie d'administration (p. ex., injection, inhalation, ingestion). Les études portant sur des personnes ayant un TUO diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-5 et suivant un traitement par agonistes opioïdes au début de l'étude ont été incluses. Les études portant sur des personnes enceintes ont été exclues.	Proposer d'inclure les personnes enceintes avec une brève description des considérations relatives au traitement de cette population. Sinon, si aucunes données sur la population ne sont disponibles, préciser que les données de recherche sont insuffisantes pour orienter le traitement des personnes enceintes dans ce domaine.
Intervention	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par naltrexone orale. La naltrexone injectable a été exclue.	La naltrexone injectable est toujours exclue.
Comparateur	Traitement à long terme (c'est-à-dire « continu ») par placebo, méthadone, buprénorphine, buprénorphine-naloxone, traitement habituel ou absence de traitement.	
Outcome (critères)	Critères de jugement principaux : rétention en traitement, abstinence ou réduction de la consommation d'opioïdes. Critères de jugement secondaires : effets secondaires, événements indésirables, morbidité et mortalité.	
Study Design (conception de l'étude)	Méta-analyses, revues systématiques, essais cliniques randomisés, études quasi-expérimentales ou études observationnelles de cohortes (prospectives et rétrospectives).	

Annexe 4

Stratégies de recherche

A4.1. Documentation sur la recherche pharmacologique sur le TUO

Les recherches de la liste ci-dessous ont été effectuées par Robin Parker, à partir des recherches originales sauvegardées dans chaque base de données. Les résultats ont été téléchargés sur Covidence le 11 août 2023 pour la suppression automatique des doublons (le nombre de doublons supprimés est indiqué ci-dessous).

Remerciements : Maddie Hare et Courtney Svab ont contribué à l'élaboration et à la traduction des recherches en 2022. Kristy Hancock a réalisé l'examen de stratégies de recherche par les pairs (PRESS) pour cette recherche avant la finalisation en décembre 2022.

MEDLINE ALL (via Ovid) – Date : 10 août 2023

Ovid MEDLINE® ALL <1946 au 10 août 2023>

Plage visée : 2017 au 10 août 2023

1 129 citations ont été exportées vers Covidence, 83 doublons ont été retirés et 1 016 enregistrements ont été ajoutés à l'écran.

#	Requête	Résultats
1	exp *Morphine Derivatives/ or exp *Fentanyl/ or exp *Narcotics/ or exp *Opiate Alkaloids/	110724
2	(Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or MS Contin or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or Nucynta ER or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or Tuzistra XR or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or Xartemis XR or Xodol or Xtampza ER or Zohydro ER or Zolvit or Zutripro or Zydone).ti,ab,kf.	217422
3	1 or 2	239306
4	exp *Opioid-Related Disorders/	27885
5	(addict* or dependen* or abuse* or abusing).ti,ab,kf.	2110690
6	((disorder* or addict* or dependen* or abuse* or abusing) adj3 (multiple drug* or polydrug* or street drug* or designer drug* or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or 'MS Contin' or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or 'Nucynta ER' or 'Opana ER' or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or 'Targiniq ER' or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or 'Tuzistra XR' or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or 'Xartemis XR' or Xodol or 'Xtampza ER' or 'Zohydro ER' or Zolvit or Zutripro or Zydone)).ti,ab,kf.	32846
7	(PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) adj3 (illicit* or illegal* or inject*)).ti,ab,kf.	45785
8	1 and (5 or 7)	27267
9	4 or 6 or 8	56225

#	Requête	Résultats
10	4 or 5 or 6 or 7	2160971
11	animals/ or (mice or mouse or rat or rats or canine or dog? or rodent* or rabbit? or animal? or sheep or lamb? or monkey? or in vitro).ti,ab.	8474948
12	humans/	21405959
13	11 not (11 and 12)	5710397
14	3 and 10	73085
15	Clonidine/ or clonidine.ti,ab,kf. or exp Adrenergic alpha-2 Receptor Agonists/ or (adrenergic adj3 agonist*).ti,ab,kf.	43293
16	exp Narcotic Antagonists/ or exp Opiate Substitution Treatment/ or exp Methadone/ or exp Buprenorphine/ or exp Buprenorphine, Naloxone Drug Combination/ or exp Naloxone/	53510
17	(Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone).ti,ab,kf.	51502
18	agonist pharmacotherapy.mp.	33
19	((opioid* or opiate* or narcotic* or benzodiazepine receptor) adj3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*)).ti,ab,kf.	27459
20	("slow release oral morphine" or SROM).ti,ab,kf.	157
21	(oat or oar).ti,ab,kf.	13663
22	((maintenance or long term) adj2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*)).ti,ab,kw.	42729
23	or/15-22	175035
24	9 and 23	25956
25	24 not 13	19894
26	14 and 23	32138
27	26 not 13	22497
28	(2017* or 2018* or 2019* or 202*).dp.	9171158
29	27 and 28	8092
30	2017*.dp.	1127422
31	27 and 30	836
32	2018*.dp.	1173593
33	27 and 32	959
34	2019*.dp.	1230100
35	27 and 34	1129
36	31 or 33 or 35	2924
37	(2020* or 2021*).dp.	2967938
38	27 and 37	2691
39	2022*.dp.	1605518
40	27 and 39	1520
41	27 not 25	2940
42	(202207* or 202208* or 202209* or 20221*).dt,ez,ed.	961531
43	27 and 42	835
44	20221*.dt,ez,ed.	518170
45	27 and 44	416

#	Requête	Résultats
46	(202212* or 2023*).dt,ez,ed.	1281878
47	27 and 46	1099

Embase (via Elsevier) – Date : 16 décembre 2022

16 décembre 2022 : 3373 citations ont été téléversées, 357 doublons ont été retirés et 3 016 enregistrements ont été ajoutés à l'écran.

#	Requête	Résultats	Commentaires
25	#24 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	3,373	
24	#23 AND [01-01-2017]/sd NOT [17-12-2022]/sd	8,590	
23	#22 NOT #18	23,893	
22	#15 AND #21	32,292	OUD and Intervention
21	#1 OR #3 OR #20	71,165	OUD
20	#5 AND #19	45,926	Narcotics MeSH and addiction text terms
19	#2 OR #4	2,522,467	
18	#16 NOT #17	7,246,646	
17	'human'/exp OR 'human'	26,665,706	
16	'animal'/exp OR 'nonhuman'/exp OR mice:ti,ab OR mouse:ti,ab OR rat:ti,ab OR rats:ti,ab OR canine:ti,ab OR canines:ti,ab OR dog:ti,ab OR dogs:ti,ab OR rodent*:ti,ab OR rabbit:ti,ab OR rabbits:ti,ab OR animal:ti,ab OR animals:ti,ab OR sheep:ti,ab OR lamb:ti,ab OR monkey:ti,ab OR monkeys:ti,ab OR 'in vitro':ti,ab	33,538,451	
15	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	256,479	
14	oat:ti,ab,kw OR oar:ti,ab,kw OR ost:ti,ab,kw	22,973	
13	((maintenance OR 'long term') NEAR/2 (therap* OR pharmacotherap* OR pharmaceutic*)):ti,ab,kw	67,282	
12	'slow release oral morphine':ti,ab,kw OR srom:ti,ab,kw	382	
11	'agonist pharmacotherapy':ti,ab,kw	49	
10	((opioid* OR opiate* OR narcotic* OR 'benzodiazepine receptor') NEAR/3 (agonist* OR antagonist* OR substitut* OR replace* OR stimula*)):ti,ab,kw	33,867	
9	buprenorphine:ti,ab,kw OR naloxone:ti,ab,kw OR methadone:ti,ab,kw OR naltrexone:ti,ab,kw	65,679	
8	clonidine:ti,ab,kw OR ((adrenergic NEAR/3 agonist*):ti,ab,kw)	33,600	
7	'methadone'/exp/mj OR 'naltrexone'/exp/mj OR 'opiate substitution treatment'/exp OR 'narcotic antagonist'/exp/mj OR 'buprenorphine'/exp/mj OR 'buprenorphine plus naloxone'/exp/mj OR 'naloxone'/exp/mj	54,973	
6	'alpha 2 adrenergic receptor stimulating agent'/exp/mj	53,567	
5	'morphine derivative'/exp/mj OR 'narcotic analgesic agent'/exp/mj OR 'narcotic agent'/exp/mj	191,567	
4	pwud:ti,ab,kw OR pwid:ti,ab,kw OR 'people who use drugs':ti,ab,kw OR (('use' OR using OR users) NEAR/3 (illicit* OR illegal* OR inject*)):ti,ab,kw	59,987	

#	Requête	Résultats	Commentaires
3	((disorder* OR addict* OR dependen* OR abuse* OR abusing) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfentanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfentan* OR codeine OR 'co gestic' OR demerol OR diamorphine OR dilaudid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsolis OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR reprevain OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw	39,415	
2	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	2,473,315	
1	'narcotic dependence'/exp/mj	21,967	

Mise à jour de la recherche Embase – Date : 11 août 2023

538 citations ont été téléversées vers Covidence, 177 doublons ont été retirés et 361 enregistrements ont été ajoutés à l'écran.

#	Requête	Résultats
96	#92 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [01-12-2022]/sd NOT [12-08-2023]/sd	538
95	#92 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	8,212
94	#93 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	3,337
93	#92 AND [01-01-2017]/sd NOT [17-12-2022]/sd	8,156
92	#91 NOT #87	24,911
91	#84 AND #90	33,370
90	#70 OR #72 OR #89	73,770
89	#74 AND #88	47,052
88	#71 OR #73	2,595,676
87	#85 NOT #86	7,400,220
86	'human'/exp OR 'human'	27,621,108
85	'animal'/exp OR 'nonhuman'/exp OR mice:ti,ab OR mouse:ti,ab OR rat:ti,ab OR rats:ti,ab OR canine:ti,ab OR canines:ti,ab OR dog:ti,ab OR dogs:ti,ab OR rodent*:ti,ab OR rabbit:ti,ab OR rabbits:ti,ab OR animal:ti,ab OR animals:ti,ab OR sheep:ti,ab OR lamb:ti,ab OR monkey:ti,ab OR monkeys:ti,ab OR 'in vitro':ti,ab	34,639,477
84	#75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83	263,605
83	oat:ti,ab,kw OR oar:ti,ab,kw OR ost:ti,ab,kw	23,986
82	((maintenance OR 'long term') NEAR/2 (therap* OR pharmacotherap* OR pharmaceutic*)):ti,ab,kw	69,700
81	'slow release oral morphine':ti,ab,kw OR srom:ti,ab,kw	401
80	'agonist pharmacotherapy':ti,ab,kw	49
79	((opioid* OR opiate* OR narcotic* OR 'benzodiazepine receptor') NEAR/3 (agonist* OR antagonist* OR substitut* OR replace* OR stimula*)):ti,ab,kw	34,606
78	buprenorphine:ti,ab,kw OR naloxone:ti,ab,kw OR methadone:ti,ab,kw OR naltrexone:ti,ab,kw	67,408
77	clonidine:ti,ab,kw OR ((adrenergic NEAR/3 agonist*)):ti,ab,kw	34,056

#	Requête	Résultats
76	'methadone'/exp/mj OR 'naltrexone'/exp/mj OR 'opiate substitution treatment'/exp OR 'narcotic antagonist'/exp/mj OR 'buprenorphine'/exp/mj OR 'buprenorphine plus naloxone'/exp/mj OR 'naloxone'/exp/mj	55,978
75	'alpha 2 adrenergic receptor stimulating agent'/exp/mj	54,836
74	'morphine derivative'/exp/mj OR 'narcotic analgesic agent'/exp/mj OR 'narcotic agent'/exp/mj	195,946
73	pwud:ti,ab,kw OR pwid:ti,ab,kw OR 'people who use drugs':ti,ab,kw OR (('use' OR using OR users) NEAR/3 (illicit* OR illegal* OR inject*)):ti,ab,kw)	62,141
72	((disorder* OR addict* OR dependen* OR abuse* OR abusing) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfentanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfentan* OR codeine OR 'co gestic' OR demerol OR diamorphine OR dilaudid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsolis OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR reprevain OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw	41,389
71	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	2,544,662
70	'narcotic dependence'/exp/mj	22,911

PsycINFO (via EBSCOhost) – Date : 19 décembre 2022

19 décembre 2022 : **2239 résultats ont été téléversés, 1847 doublons ont été retirés et 391 enregistrements ont été ajoutés au dépistage.**

Lundi 19 décembre 2022, 23:14:04

#	Requête	Limiters/Expanders	Résultats
S22	S14 AND S21	Limiters - Publication Year: 2017-2022; Population Group: Human Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	2,238
S21	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	34,675
S20	TI (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*))) OR AB (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*))) OR KW (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	6,239
S19	TI (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM) OR AB (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM) OR KW (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	19,596
S18	TI (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*))) OR AB (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*))) OR KW (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	9,002

#	Requête	Limiters/Expanders	Résultats
S17	DE "Narcotic Antagonists" OR DE "Nalorphine" OR DE "Naloxone" OR DE "Naltrexone" OR DE "Buprenorphine" OR DE "Methadone" OR DE "Methadone Maintenance"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	16,667
S16	TI (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*)) OR AB (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*)) OR KW (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	2,838
S15	(DE "Adrenergic Blocking Drugs") OR (DE "Clonidine")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	3,275
S14	S6 OR S8 OR S13	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	25,180
S13	S1 AND S12	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	16,605
S12	S5 OR S11	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	408,961
S11	TI (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR AB (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR KW (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	16,728
S10	PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	16,843
S9	S1 AND S5	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	15,514
S8	DE "Opioid Use Disorder" OR DE "Heroin Use Disorder" OR DE "Morphine Dependence"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	5,641
S7	S4 or S5 or S6	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	399,914

#	Requête	Limiters/Expanders	Résultats
S6	TI ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR AB ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR KW ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	16,871
S5	TI (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or AB (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or KW (abuse* or dependen* or addict* or abusing)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	397,916
S4	MM "Heroin Addiction"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	276
S3	S1 or S2	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	54,253

#	Requête	Limiters/Expanders	Résultats
S2	TI (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or Xtampza ER or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or AB (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or Nucynta ER or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or Xtampza ER or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or KW (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or Xtampza ER or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	49,294
S1	(DE "Opiates" OR DE "Codeine" OR DE "Endogenous Opiates" OR DE "Heroin" OR DE "Morphine" OR DE "Papaverine") OR (DE "Opiates" OR DE "Narcotic Drugs" OR DE "Narcotic Agonists" OR DE "Narcotic Antagonists" OR DE "Opiates" OR DE "Opioid Analgesics")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	31,386

Mise à jour de la recherche PsychINFO – Date : 11 août 2023

222 enregistrements ont été téléversés dans Covidence, 152 doublons ont été retirés et 70 enregistrements ont été ajoutés à l'écran.

Vendredi 11 août 2023, 15:49:01

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S23	S14 AND S21	Limiters - Published Date: 20221201-20230831 Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsychInfo	222

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S22	S14 AND S21	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	12,423
S21	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	35,350
S20	TI (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*))) OR AB (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*))) OR KW (((maintenance or long term or agonist) N2 (therap* or pharmacotherap* or pharmaceutic*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	6,383
S19	TI (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM) OR AB (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM) OR KW (Buprenorphine or naloxone or methadone or naltrexone or OAR or OAT or OST or "slow releast oral morphine" or SROM)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	20,047
S18	TI (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*))) OR AB (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*))) OR KW (((opioid* or opiate* or narcotic* or "benzodiazepine receptor") N3 (agonist* or antagonist* or substitut* or replace* or stimula*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	9,201
S17	DE "Narcotic Antagonists" OR DE "Nalorphine" OR DE "Naloxone" OR DE "Naltrexone" OR DE "Buprenorphine" OR DE "Methadone" OR DE "Methadone Maintenance"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,081
S16	TI (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*)) OR AB (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*)) OR KW (clonidine OR (adrenergic N3 agonist*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	2,861

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S15	(DE "Adrenergic Blocking Drugs") OR (DE "Clonidine")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,288
S14	S6 OR S8 OR S13	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	26,028
S13	S1 AND S12	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	16,957
S12	S5 OR S11	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	417,834
S11	TI (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR AB (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR KW (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,179
S10	PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,298
S9	S1 AND S5	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	15,803

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S8	DE "Opioid Use Disorder" OR DE "Heroin Use Disorder" OR DE "Morphine Dependence"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	6,244
S7	S4 or S5 or S6	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	408,777
S6	TI ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR AB ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR KW ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,516

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S5	TI (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or AB (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or KW (abuse* or dependen* or addict* or abusing)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	406,448
S4	MM "Heroin Addiction"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	7,314
S3	S1 or S2	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	55,668

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S2	TI (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or Xtampza ER or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or AB (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or Nucynta ER or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or KW (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or Xtampza ER or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	50,670
S1	(DE "Opiates" OR DE "Codeine" OR DE "Endogenous Opiates" OR DE "Heroin" OR DE "Morphine" OR DE "Papaverine") OR (DE "Opiates" OR DE "Narcotic Drugs" OR DE "Narcotic Agonists" OR DE "Narcotic Antagonists" OR DE "Opiates" OR DE "Opioid Analgesics")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	32,176

Cochrane Library – Date : 11 août 2023

Nom de la recherche : OUD Pharma

Date : 11 août 2023, 23:16:22

Commentaires : 23 décembre 2022 Date de recherche originale

#	Requête	Résultats
1	MeSH descriptor: [Narcotics] explode all trees	10522
2	MeSH descriptor: [Morphine Derivatives] explode all trees	8053
3	MeSH descriptor: [Opiate Alkaloids] explode all trees	12576
4	MeSH descriptor: [Fentanyl] explode all trees	6221
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	21994
6	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	106316
7	pwd:ti,ab,kw OR pwid:ti,ab,kw OR 'people who use drugs':ti,ab,kw OR (('use' OR using OR users) NEAR/3 (illicit* OR illegal* OR inject*)):ti,ab,kw)	8622
8	#6 OR #7	112982
9	#5 AND #8	3845
10	MeSH descriptor: [Opioid-Related Disorders] explode all trees	2719
11	((disorder* OR addict* OR dependen* OR abuse* OR abusing) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfentanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfentan* OR codeine OR 'co gestic' OR demerol OR diamorphine OR dilaudid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsolis OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR repretaxin OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw	42484
12	#9 OR #10 OR #11	43728
13	clonidine:ti,ab,kw OR ((adrenergic NEAR/3 agonist*)):ti,ab,kw)	7669
14	MeSH descriptor: [Adrenergic alpha-2 Receptor Agonists] explode all trees	326
15	MeSH descriptor: [Clonidine] explode all trees	2032
16	buprenorphine:ti,ab,kw OR naloxone:ti,ab,kw OR methadone:ti,ab,kw OR naltrexone:ti,ab,kw	10126
17	((opioid* OR opiate* OR narcotic* OR 'benzodiazepine receptor') NEAR/3 (agonist* OR antagonist* OR substitut* OR replace* OR stimula*)):ti,ab,kw	31307
18	agonist pharmacotherapy:ti,ab,kw	247
19	'slow release oral morphine':ti,ab,kw OR srom:ti,ab,kw	109
20	((maintenance OR 'long term') NEAR/2 (therap* OR pharmacotherap* OR pharmaceutic*)):ti,ab,kw	17222
21	oat:ti,ab,kw OR oar:ti,ab,kw OR ost:ti,ab,kw	1707
22	MeSH descriptor: [Narcotic Antagonists] explode all trees	1486
23	MeSH descriptor: [Buprenorphine] explode all trees	1420
24	MeSH descriptor: [Buprenorphine, Naloxone Drug Combination] explode all trees	204
25	MeSH descriptor: [Methadone] explode all trees	1510
26	MeSH descriptor: [Naloxone] explode all trees	2918
27	MeSH descriptor: [Opiate Substitution Treatment] explode all trees	461

#	Requête	Résultats
28	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27	62940
29	#12 AND #28	7399*

*7399 = 7293 essais + 100 revues + 1 protocole+ 1 éditorial

Limite à la date d'ajout à la base de données CENTRAL 1 décembre 2022 au 11 août 2023 = 174 essais téléversés vers Covidence; 77 doublons supprimés; 97 enregistrements ajoutés à l'écran.

A4.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits

Stratégies de recherche modifiées selon de Wild et coll. (2021).

Wild T.C., Hammal F., Hancock M., Bartlett N. T., Gladwin K. K., Adams D., Loverock A., Hodgins D. C. « Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: a scoping review. » Drug Alcohol Depend. Janv. 2021;1(218):108434.

MEDLINE ALL (via Ovid) – Date : 21 juillet 2022

Ovid MEDLINE® ALL <1946 au 21 juillet 2022>

#	Requête	Résultats
1	exp *Morphine Derivatives/or exp *Fentanyl/or *Narcotics/or exp *Opiate Alkaloids/	75441
2	(Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or MS Contin or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or Nucynta ER or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or Tuzistra XR or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or Xartemis XR or Xodol or Xtampza ER or Zohydro ER or Zolvit or Zutripro or Zydone).ti,ab,kf.	207192
3	1 or 2	221368
4	exp *Opioid-Related Disorders/	26039
5	(addict* or dependen* or abuse* or abusing).ti,ab,kf.	2026381
6	((('use' or using or disorder*) adj3 (multiple drug* or polydrug* or street drug* or designer drug* or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or 'MS Contin' or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or 'Nucynta ER' or 'Opana ER' or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or 'Targiniq ER' or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or 'Tuzistra XR' or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or 'Xartemis XR' or Xodol or 'Xtampza ER' or 'Zohydro ER' or Zolvit or Zutripro or Zydone)).ti,ab,kf.	35586
7	4 or 5 or 6	2057080
8	exp *Psychotherapy/ or (psychotherap* or psycho-therap*).ti,ab,kf.	173429
9	((cognitive adj2 therap*) or (behavio* adj2 therap*)).ti,ab,kf.	36087
10	(sociali?ation or (social adj2 adjust*) or (social adj2 support*)).ti,ab,kf. or exp *Socialization/	67306
11	exp Cognitive Therapy/ or exp Behavior Therapy/ or (social adj2 skil*).ti,ab,kf.	93474
12	exp Adaptation, Psychological/ or exp Counseling/	183119

#	Requête	Résultats
13	(cope or (coping adj2 skill*) or 'self-control training' or 'structured counsel*').ti,ab,kf.	46584
14	((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) adj2 therap*).ti,ab,kf.	45417
15	(commun* adj3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psycholog* or reforc*)).ti,ab,kf.	55157
16	('community mental health' or 'community care' or 'assertive community treatment' or 'clubhouse*' or 'therapeutic communit*' or 'confrontational intervention*' or 'early intervention*').ti,ab,kf.	39563
17	exp *Mind-Body Therapies/ or ('relaxation therap*' or 'relaxation technique*' or 'talk therapy').ti,ab,kf.	34771
18	exp Complementary Therapies/ or ((traditional or complementary or holistic or natur* or alternative or native or mental*) adj2 (medicine* or therap*)).ti,ab,kf.	317626
19	((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) adj2 (heal* or medicine or medical*)).ti,ab,kf. or exp *Medicine, Traditional/	76440
20	((art or music or sound or colo?r) adj2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or 'psychedelic therapy').ti,ab,kf.	93482
21	('case management' or outreach or nonpharmacological or non-pharmacological or nonpharmaceutical or non-pharmaceutical).ti,ab,kf.	47634
22	('street nurse*' or 'street outreach' or 'street clinic*' or 'safer inhalation' or 'crack kit*').ti,ab,kf.	320
23	('12 step' or twelve-step).ti,ab,kf. or exp Self-Help Groups/ or (self-help or (support* adj2 group*)).ti,ab,kf.	30123
24	((mutual or peer or recovery) adj support) or (stress adj2 manag*).ti,ab,kf.	15582
25	('problem solving' or operant* or 'discussion group*' or 'insight oriented' or 'client centered' or counsel* or insight* or paradox* or psychoanal* or psychodynamic* or psychodrama* or psycho-drama* or 'role play*' or transactional or befriend* or mentor* or sponsor).ti,ab,kf.	858833
26	(psychological* adj2 debrief*).ti,ab,kf.	171
27	((behavio* or psychosocial or psycho-social or psychoeducation* or psycho-education* or psychiatric or psychological or social) adj2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)).ti,ab,kf.	131196
28	((needle* or syringe*) adj3 exchang*) or (safe* adj1 injection*).ti,ab,kf.	2561
29	(peerneedle* or 'peer needle*' or 'relapse prevention').ti,ab,kf.	3603
30	exp Needle-Exchange Programs/	1958
31	exp Motivation/ or (incentive* or motivation*).ab. /freq=2	205691
32	('prevention program*' or supervis* consumption or 'formal intervention*' or 'motivate* or enhance*').ti,ab,kf.	1678406
33	(withdraw* or abst*).ti,ab,kf.	455784
34	('Narcotics Anonymous' or 'Methadone Anonymous' or LifeRing or 'SMART Recovery').ti,ab,kf.	161
35	('case care' or 'contingency management' or 'contingency therapy').ti,ab,kf.	1340
36	('electrostimulation therap*' or electro-therap* or electrotherap* or 'electric* stimulation' or (stimulat* adj2 drug)).ti,ab,kf. or exp Electric Stimulation/	158731
37	exp reinforcement psychology/ or (biofeedback or 'covert sensiti?ation' or 'aversi* stimulation').ti,ab,kf.	68184
38	(voucher* or reforc* or 'reinform* schedule*).ti,ab,kf.	130700
39	((education* or literacy) adj2 (lecture* or program* or film* or intervention*)).ti,ab,kf.	72525
40	('harm reduction' or 'reduc* harm').ti,ab,kf. or Harm Reduction/	9119
41	Vocational Education/ or exp Rehabilitation, Vocational/ or Vocational Guidance/ or (((vocation* or 'individual placement) and support') or 'supported employment').ti,ab,kf.	15776
42	(housing or houses or volunteer* or 'voluntary worker*' or wraparound or 'wrap around' or 'occupation* guidance').ti,ab,kf.	257960
43	exp *Public Assistance/ or income-assistance.ti,ab,kf.	46733
44	exp *Housing/ or exp *Community Health Services/ or *Volunteers/	232478

#	Requête	Résultats
45	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44	4619342
46	animals/	7156670
47	humans/	20686057
48	46 not (46 and 47)	5004793
49	3 and 7 and 45	29428
50	49 not 48	21103
51	202*.dp.	4094609
52	50 and 51	5056
53	(2021* or 2022*).dp.	2688590
54	50 and 53	3418
55	2022*.dp.	1088107
56	50 and 55	1468
57	2021*.dp. and 50	1950
58	2020*.dp. and 50	1638
59	2019*.dp. and 50	1401
60	2018*.dp. and 50	1114
61	2017*.dp. and 50	953
62	(2015* or 2016*).dp. and 50	1581
63	(2012* or 2013* or 2014*).dp. and 50	1962
64	(2008* or 2009* or 2010* or 2011*).dp. and 50	1967

MEDLINE search update – Date : 14 septembre 2023

Ovid MEDLINE® ALL <1946 au 14 septembre 2023>

#	Requête	Commentaires
1	exp *Morphine Derivatives/ or exp *Fentanyl/ or exp *Narcotics/ or exp *Opiate Alkaloids/	
2	(Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or MS Contin or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or Nucynta ER or Opana ER or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or Tuzistra XR or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or Xartemis XR or Xodol or Xtampza ER or Zohydro ER or Zolvit or Zutripro or Zydone),ti,ab,kf.	
3	1 or 2	
4	exp *Opioid-Related Disorders/	

#	Requête	Commentaires
5	((disorder* or addict* or dependen* or abuse* or abusing) adj3 (multiple drug* or polydrug* or street drug* or designer drug* or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or morphine or 'MS Contin' or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or 'Nucynta ER' or 'Opana ER' or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or Oxymorphone hydrochloride or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or 'Targiniq ER' or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or 'Tuzistra XR' or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or 'Xartemis XR' or Xodol or 'Xtampza ER' or 'Zohydro ER' or Zolvit or Zutripro or Zydone)).ti,ab,kf.	
6	(addict* or dependen* or abuse* or abusing).ti,ab,kf.	
7	(PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) adj3 (illicit* or illegal* or inject*)).ti,ab,kf.	
8	3 and (6 or 7)	
9	4 or 5 or 8	Concept for Opioid use disorder
10	exp *Psychotherapy/ or (psychotherap* or psycho-therap*).ti,ab,kf.	
11	((cognitive adj2 therap*) or (behavio* adj2 therap*)).ti,ab,kf.	
12	(sociali?ation or (social adj2 adjust*) or (social adj2 support*)).ti,ab,kf. or exp *Socialization/	
13	exp Cognitive Therapy/ or exp Behavior Therapy/ or (social adj2 skil*).ti,ab,kf.	
14	exp Adaptation, Psychological/ or exp Counseling/	
15	(cope or (coping adj2 skill*) or 'self-control training' or 'structured counsel*).ti,ab,kf.	
16	((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) adj2 therap*).ti,ab,kf.	
17	(commun* adj3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psycholog* or reinforc*)).ti,ab,kf.	
18	('community mental health' or 'community care' or 'assertive community treatment' or 'clubhouse*' or 'therapeutic communit*' or 'confrontational intervention*' or 'early intervention*).ti,ab,kf.	
19	exp *Mind-Body Therapies/ or ('relaxation therap*' or 'relaxation technique*' or 'talk therapy').ti,ab,kf.	
20	exp Complementary Therapies/ or ((traditional or complementary or holistic or natur* or alternative or native or mental*) adj2 (medicine* or therap*)).ti,ab,kf.	
21	((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) adj2 (heal* or medicine or medical*)).ti,ab,kf. or exp *Medicine, Traditional/	
22	((((art or music or sound or colo?r) adj2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or 'psychedelic therap*')).ti,ab,kf.	
23	('case management' or outreach or nonpharmacological or non-pharmacological or nonpharmaceutical or non-pharmaceutical).ti,ab,kf.	
24	('street nurse*' or 'street outreach' or 'street clinic*' or 'safer inhalation' or 'crack kit*).ti,ab,kf.	
25	('12 step' or twelve-step).ti,ab,kf. or exp Self-Help Groups/ or (self-help or (support* adj2 group*)).ti,ab,kf.	
26	((mutual or peer or recovery) adj support) or (stress adj2 manag*).ti,ab,kf.	
27	('problem solving' or operant* or 'discussion group*' or 'insight oriented' or 'client centered' or counsel* or insight* or paradox* or psychoanaly* or psychodynamic* or psychodrama* or psycho-drama* or 'role play*' or transactional or befriend* or mentor* or sponsor).ti,ab,kf.	
28	(psychological* adj2 debrief*).ti,ab,kf.	
29	((behavio* or psychosocial or psycho-social or psychoeducation* or psycho-education* or psychiatric or psychological or social) adj2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)).ti,ab,kf.	
30	((needle* or syringe*) adj3 exchang*) or (safe* adj1 injection*).ti,ab,kf.	
31	(peerneedle* or 'peer needle*' or 'relapse prevention').ti,ab,kf.	

#	Requête	Commentaires
32	exp Needle-Exchange Programs/	
33	exp Motivation/ or (incentive* or motivation*).ab. /freq=2	
34	('prevention program*' or supervis* consumption or 'formal intervention*' or 'motivate* or enhance*'),ti,ab,kf.	
35	(withdraw* or abst*).ti,ab,kf.	
36	('Narcotics Anonymous' or 'Methadone Anonymous' or LifeRing or 'SMART Recovery').ti,ab,kf.	
37	('case care' or 'contingency management' or 'contingency therapy').ti,ab,kf.	
38	('electrostimulation therap*' or electro-therap* or electrotherap* or 'electric* stimulation' or (stimulat* adj2 drug)).ti,ab,kf. or exp Electric Stimulation/	
39	exp reinforcement psychology/ or (biofeedback or 'covert sensiti?ation' or 'aversi* stimulation'),ti,ab,kf.	
40	(voucher* or reinforc* or 'reinforc* schedule*').ti,ab,kf.	
41	((education* or literacy) adj2 (lecture* or program* or film* or intervention*)),ti,ab,kf.	
42	('harm reduction' or 'reduc* harm').ti,ab,kf. or Harm Reduction/	
43	Vocational Education/ or exp Rehabilitation, Vocational/ or Vocational Guidance/ or (((vocation* or 'individual placement) and support') or 'supported employment').ti,ab,kf.	
44	(housing or houses or volunteer* or 'voluntary worker*' or wraparound or 'wrap around' or 'occupation* guidance').ti,ab,kf.	
45	exp *Public Assistance/ or income-assistance.ti,ab,kf.	
46	exp *Housing/ or exp *Community Health Services/ or *Volunteers/	
47	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46	Concept for psychosocial interventions
48	animals/	
49	humans/	
50	48 not (48 and 49)	
51	9 and 47	
52	51 not 50	Complete search + reduce animal studies
53	2023*.dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit to 2023 for export
54	2022*.dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit to 2022 for export
55	2021*.dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit to 2021 for export
56	2020*.dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit to 2020 for export
57	2019*.dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit to 2019 for export
58	(2017* or 2018*).dt,ez,ed,dp. and 52	Date limit 2017-18 for export

CINAHL (via EbscoHost) – Date : 12 août 2023

Vendredi 12 août 2022, 15:32:54

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S51	S49	Limiters - Published Date: 20190101-20220831 Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,864
S50	S49	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,783
S49	S45 NOT S48	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,783
S48	S46 NOT (S46 AND S47)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	92,949
S47	(MH "Human")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,575,279
S46	(MH "Animals+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	102,323
S45	S3 and S6 and S44	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,028
S44	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,561,226
S43	(MH "Housing+") OR (MH "Community Health Services+") OR (MH "Volunteer Workers+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	498,893

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S42	(MH "Public Assistance+") OR (TI "income-assistance" OR AB "income-assistance")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	67,644
S41	TI (housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance" or "vocation* guidance") OR AB (housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance" or "vocation* guidance")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	64,520
S40	(MH "Vocational Education") OR (MH "Rehabilitation, Vocational+") OR (MH "Vocational Guidance+") OR (TI (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment") OR AB (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,898
S39	(TI ("harm reduction" or "reduc* harm") OR AB ("harm reduction" or "reduc* harm")) OR (MH "Harm Reduction")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,497
S38	TI ((education* or literacy) N2 (lecture* or program* or film* or intervention*)) OR AB ((education* or literacy) N2 (lecture* or program* or film* or intervention*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	54,122
S37	TI (voucher* or reforc* or "reforc* schedule*") OR AB (voucher* or reforc* or "reforc* schedule*")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	26,624
S36	(MH "Reinforcement (Psychology)+") OR (TI (biofeedback or "covert sensiti?ation" or "aversi* stimulation") OR AB (biofeedback or "covert sensiti?ation" or "aversi* stimulation"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,612
S35	(TI ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* N2 drug)) OR AB ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* N2 drug))) OR (MH "Electric stimulation+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	23,921
S34	TI ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy") OR AB ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	720
S33	TI ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery") OR AB ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	160

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S32	TI (withdraw* OR abstain* OR abstinence) OR AB (withdraw* OR abstain* OR abstinence)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	39,086
S31	(TI ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*") OR AB ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14,745
S30	(MH "Motivation+") OR TI (incentive* or motivation*) OR AB(incentive* or motivation*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	141,916
S29	(MH "Needle exchange programs+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,444
S28	(TI(peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention") OR AB (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,541
S27	TI (((needle* or syringe*) N3 exchange*) or ((safe* OR supervis*) N1 injecti*)) OR AB (((needle* or syringe*) N3 exchange*) or ((safe* OR supervis*) N1 injecti*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,745
S26	TI (((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social OR nonpharma* OR "non pharma*") N2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*))) OR AB (((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social OR nonpharma* OR "non pharma*") N2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	91,975
S25	TI (psychological* N2 debrief*) OR AB (psychological* N2 debrief*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	80

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S24	TI (("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanaly* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor)) OR AB (("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanaly* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	213,448
S23	TI (((mutual or peer or recovery) N1 support) or (stress N2 manag*)) OR AB (((mutual or peer or recovery) N1 support) or (stress N2 manag*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,218
S22	(TI ("12 step" or "twelve-step") OR AB ("12 step" or "twelve-step")) OR (MH "support groups+") OR (TI ("self-help" or (support* N2 group*)) OR AB("self-help" or (support* N2 group*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24,188
S21	TI (("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*")) OR AB (("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	185
S20	TI (("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical")) OR AB (("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	26,933
S19	TI (((art or music or sound or colo?r) adj2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy*")) OR AB (((art or music or sound or colo?r) adj2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	47,161
S18	(MH "Medicine, Traditional+") or TI (traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) adj2 (heal* or medicine or medical*) or AB (traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) adj2 (heal* or medicine or medical*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	55,730
S17	(MH "Alternative Therapies+") OR (TI ((traditional or complementary or holistic or natur* or alternative or native or mental*) N2 (medicine* or therap*)) OR AB ((traditional or complementary or holistic or natur* or alternative or native or mental*) N2 (medicine* or therap*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	284,576
S16	(MH "Mind Body Techniques+") OR ((TI("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy*")) OR (AB("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy*")))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	48,015

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S15	TI (("community mental health" or "community care" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "early intervention*") OR AB (("community mental health" or "community care" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "early intervention*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21,194
S14	TI ((commun* N3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psychology or reinforc*))) OR AB ((commun* N3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psychology or reinforc*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	35,735
S13	TI (((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) N2 therap*)) OR AB (((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) N2 therap*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24,898
S12	TI ((cope or (coping N2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*") OR AB ((cope or (coping N2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	19,936
S11	(MH "Adaptation, Psychological+") OR (MH "Counseling+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	79,606
S10	(MH "Behavior Therapy+") OR (TI (social N2 skill*) OR AB (social N2 skill*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	44,879
S9	TI (sociali?ation or (social N2 adjust*) or (social N2 support*)) OR AB (sociali?ation or (social N2 adjust*) or (social N2 support*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	44,046
S8	TI ((cognitive N2 therap*) or (behavio* N2 therap*)) OR AB ((cognitive N2 therap*) or (behavio* N2 therap*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,932
S7	(MH "Psychotherapy+") OR ((TI(psychotherap* or "psycho-therap*")) OR (AB(psychotherap* or "psycho-therap*")))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	227,067

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S6	S4 or S5	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	241,306
S5	(TI (“use” or using or disorder*) N3 (“multiple drug*” or polydrug* or “street drug*” or “designer drug*” or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or “Co Gesic” or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or “MS Contin” or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or “Nucynta ER” or “Opana ER” or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or “Ora Morph” or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or “Oxymorphone hydrochloride” or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or “Targiniq ER” or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or “Tuzistra XR” or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or “Xartemis XR” or Xodol or “Xtampza ER” or “Zohydro ER” or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR (AB (“use” or using or disorder*) N3 (“multiple drug*” or polydrug* or “street drug*” or “designer drug*” or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or “Co Gesic” or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or “MS Contin” or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or “Nucynta ER” or “Opana ER” or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or “Ora Morph” or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or “Oxymorphone hydrochloride” or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or “Targiniq ER” or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or “Tuzistra XR” or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or “Xartemis XR” or Xodol or “Xtampza ER” or “Zohydro ER” or Zolvit or Zutripro or Zydone)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,538
S4	TI ((abuse* or addict* or abusing or dependen*)) OR AB ((abuse* or addict* or dependen* or abusing)) OR (MM “Substance Dependence”)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	228,131
S3	S1 or S2	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/ Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	82,881

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S2	TI (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) OR AB (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or Ora-Morph or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	61,494
S1	(MH "Analgesics, Opioid+") OR (MH "Fentanyl+") OR (MH "Narcotics+") OR (MH "Opium+")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	59,313

PsycINFO (via EbscoHost) – Date : 9 février 2023

2017 au 9 mars 2023

Jeu 9 février 2023, 15:01:08


#	Requête	Résultats
S48	S47 NOT S46	2,799
S47	S41 AND S45	3,214
S46	S41 AND S45	415
S45	S2 OR S43 OR S44	25,786

#	Requête	Résultats
S44	S1 AND S42	6,954
S43	TI (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR AB (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR KW (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))))	24,127
S42	(DE "Addiction" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Abuse") OR (DE "Substance Use Disorder" OR DE "Prescription Drug Misuse")	76,439
S41	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40	1,444,765
S40	(DE "Housing" OR DE "Assisted Living" OR DE "Dormitories" OR DE "Group Homes" OR DE "Retirement Communities" OR DE "Shelters") or (DE "Mental Health Services" OR DE "Community Mental Health Services" OR DE "Psychological First Aid" OR DE "School Based Mental Health Services") or (DE "Volunteers")	78,934
S39	(DE "Social Support") or (DE "Psychosocial Rehabilitation" OR DE "Psychosocial Readjustment" OR DE "Therapeutic Social Clubs" OR DE "Vocational Rehabilitation") or (DE "Social Programs" OR DE "Needle Exchange Programs" OR DE "Outreach Programs") or (TI "income-assistance" OR AB "income-assistance" OR KW "income-assistance")	80,728
S38	TI ((housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance")) OR AB ((housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance") OR KW (housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance"))	66,841
S37	(DE "Vocational Education") or (DE "Occupational Guidance") or (TI (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment) OR AB (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment) OR KW (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment))	32,476
S36	(TI ("harm reduction" or "reduc* harm") OR AB ("harm reduction" or "reduc* harm") OR KW ("harm reduction" or "reduc* harm")) or (DE "Harm Reduction")	7,640
S35	(TI ((education* OR literacy) near/2 (lecture* or program* or film* or intervention*)) OR AB ((education* OR literacy) near/2 (lecture* or program* or film* or intervention*)) OR KW ((education* OR literacy) near/2 (lecture* or program* or film* or intervention*)))	30
S34	(TI (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*")) OR AB (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*") OR KW (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*"))	47,824

#	Requête	Résultats
S33	(TI (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation") OR AB (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation") OR KW (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation")) or (DE "Reinforcement" OR DE "Differential Reinforcement" OR DE "Negative Reinforcement" OR DE "Noncontingent Reinforcement" OR DE "Positive Reinforcement" OR DE "Primary Reinforcement" OR DE "Punishment" OR DE "Reinforcement Amounts" OR DE "Reinforcement Schedules" OR DE "Reward Learning" OR DE "Reward Sensitivity" OR DE "Rewards" OR DE "Secondary Reinforcement" OR DE "Self-Reinforcement" OR DE "Social Reinforcement")	58,508
S32	(TI ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* near/2 drug)) OR AB ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* near/2 drug)) OR KW ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* near/2 drug)) or (DE "Electrical Stimulation Shock" OR DE "Electrical Brain Stimulation" OR DE "Electroconvulsive Shock" OR DE "Nerve Stimulation")	19,782
S31	(TI ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy") OR AB ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy")) OR KW ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy"))	1,917
S30	(TI ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery") OR AB ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery") OR KW ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery"))	10
S29	(TI (withdraw* or abstinen* or abstain*) OR AB (withdraw* or abstinen* or abstain*) OR KW (withdraw* or abstinen* or abstain*))	65,181
S28	(TI ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*") OR AB ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*") OR KW ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*"))	18,259
S27	(DE "Motivation" OR DE "Achievement Motivation" OR DE "Affiliation Motivation" OR DE "Agency" OR DE "Animal Motivation" OR DE "Aspirations" OR DE "Craving" OR DE "Drug Seeking" OR DE "Educational Incentives" OR DE "Employee Motivation" OR DE "Extrinsic Motivation" OR DE "Fear of Success" OR DE "Goals" OR DE "Hunger" OR DE "Incentives" OR DE "Intrinsic Motivation" OR DE "Monetary Incentives" OR DE "Needs" OR DE "Procrastination" OR DE "Self-Expansion" OR DE "Sex Drive" OR DE "Social Motivation" OR DE "Temptation" OR DE "Thirst" OR DE "Volition") or TI (incentive* or motivation*) or AB (incentive* or motivation*) or KW (incentive* or motivation*)/freq=2	245,557
S26	TI (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention") or AB (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention") or KW (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention")	4,780
S25	TI (((needle* or syringe*) near/3 exchange*) or (safe* N1 injection*)) or AB (((needle* or syringe*) near/3 exchange*) or (safe* N1 injection*)) or KW (((needle* or syringe*) near/3 exchange*) or (safe* N1 injection*))	201
S24	((MM "Relaxation Therapy") OR (DE "Rehabilitation" OR DE "Cognitive Rehabilitation" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Neuropsychological Rehabilitation" OR DE "Neurorehabilitation" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychosocial Rehabilitation" OR DE "Rehabilitation Centers" OR DE "Telerehabilitation")) OR (MM "Bibliotherapy")	50,440
S23	DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" or MM "Faith Healing" or (MM "Prayer") OR (MM "Meditation")	11,929
S22	TI ((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) near/2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)) or AB((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) near/2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)) or KW ((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) near/2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*))	18
S21	TI (psychological* near/2 debrief*) or AB (psychological* near/2 debrief*) or KW (psychological* near/2 debrief*)	39
S20	TI ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor) or AB ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor) or KW ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor)	479,231
S19	TI (((mutual or peer or recovery) near support) or (stress near/2 manag*)) or AB (((mutual or peer or recovery) adj support) or (stress near/2 manag*)) or KW (((mutual or peer or recovery) near support) or (stress near/2 manag*))	38
S18	TI ("12 step" or "twelve-step") or AB ("12 step" or "twelve-step") or KW ("12 step" or "twelve-step") or DE "Self-Help Techniques" OR DE "Self-Management" or TI ("self-help" or (support* adj2 group*)) or AB ("self-help" or (support* adj2 group*)) or KW ("self-help" or (support* adj2 group*))	19,110

#	Requête	Résultats
S17	TI ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or AB ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or KW ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or MM "Outreach Programs"	1,211
S16	TI ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical") or AB ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical") or KW ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical")	19,869
S15	TI (((art or music or sound or colo?r) near/2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy")) or AB (((art or music or sound or colo?r) near/2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy")) or KW (((art or music or sound or colo?r) near/2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy"))	119,774
S14	DE "Alternative Medicine" OR DE "Acupuncture" OR DE "Aromatherapy" OR DE "Faith Healing" OR DE "Folk Medicine" OR DE "Shamanism" or TI ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*)) or AB ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*)) or KW ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*))	9,754
S13	MM "Mind Body Therapy" or TI ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy") or AB ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy") or KW ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy")	2,520
S12	TI ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*") or AB ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*") or KW ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*")	36,424
S11	TI (commun* near/3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psychology or reinforc*)) or AB (commun* near/3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psychology or reinforc*)) or KW (commun* near/3 (service* or center* or centre* or network* or psychiatr* or psychology or reinforc*))	1
S10	MM "Couples Therapy" or (DE "Family Therapy" OR DE "Conjoint Therapy" OR DE "Strategic Family Therapy" OR DE "Structural Family Therapy")	29,766
S9	TI ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*) or AB ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*) or KW ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*)	267,637
S8	TI (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*") or AB (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*") or KW (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*")	32,340
S7	(MM "Cognitive Therapy" OR DE "Coping Behavior" OR DE "Coping Style") or (DE "Counseling" OR DE "Community Counseling" OR DE "Cross Cultural Counseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Genetic Counseling" OR DE "Gerontological Counseling" OR DE "Grief Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Marriage Counseling" OR DE "Microcounseling" OR DE "Multicultural Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Premarital Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rehabilitation Counseling" OR DE "School Counseling")	132,019
S6	MM "Cognitive Therapy" or TI (social near/2 skil*) or AB (social near/2 skil*) or KW (social near/2 skil*)	4
S5	TI (sociali?ation or (social near/2 adjust* or (social near/2 support*)) or AB (sociali?ation or (social near/2 adjust* or (social near/2 support*)) or KW (sociali?ation or (social near/2 adjust* or (social near/2 support*)) or (DE "Socialization" OR DE "Political Socialization" OR DE "Professional Socialization" OR DE "Reintegration")	32,885
S4	(TI (cognitive near/2 therap*) or (behavio* near/2 therap*)) or AB ((cognitive near therap*) or (behavio* near therap*)) or KW ((cognitive near/2 therap*) or (behavio* near therap*))	8

#	Requête	Résultats
S3	(DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling") OR (DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Strategic Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" or DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Active Listening" OR DE "Animal Assisted Therapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Centering" OR DE "Cotherapy" OR DE "Dream Analysis" OR DE "Empty Chair Technique" OR DE "Ericksonian Psychotherapy" OR DE "Free Association" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Life Review" OR DE "Mirroring" OR DE "Morita Therapy" OR DE "Motivational Interviewing" OR DE "Mutual Storytelling Technique" OR DE "Network Therapy" OR DE "Paradoxical Techniques" OR DE "Psychodrama") or TI (psychotherap* or "psycho-therap*") or (AB (psychotherapy* or "psycho-therap*") or KW (psychotherap* or "psycho-therap*"))	246,441
S2	MM "Heroin Addiction"	277
S1	(DE "Opiates" OR DE "Codeine" OR DE "Heroin" OR DE "Morphine" OR DE "Papaverine") OR (DE "Narcotic Drugs" OR DE "Opioid Analgesics")	28,385

Mise à jour de la recherche PsychINFO – Date : 13 septembre 2023 

Imprimer l'historique de recherche

Mercredi 13 septembre 2023, 16:32:38

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S77	S75 NOT S76	Limiters - Publication Year: 2017-2023; Population Group: Human Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	848
S76	S8 AND S61	Limiters - Publication Year: 2017-2023; Population Group: Human Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	2,661
S75	S70 NOT S74	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,911

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S74	S71 NOT S73	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	683
S73	S71 AND S72	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	96
S72	S14 AND S61	Limiters - Publication Year: 2017-2023; Population Group: Human Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,509
S71	S14 AND S61	Limiters - Publication Year: 2017-2023; Population Group: Animal Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	779
S70	S14 AND S61	Limiters - Publication Year: 2017-2023 Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	4,594
S69	S8 AND S61	Limiters - Publication Year: 2017-2023 Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,559
S68	S67 NOT S66	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,345
S67	S61 AND S65	Limiters - Publication Year: 2017-2023 Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	3,807

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S66	S61 AND S65	Limiters - Publication Year: 2017-2023; Population Group: Animal Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	462
S65	S19 OR S63 OR S64	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	26,707
S64	S16 AND S62	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	7,109

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S63	TI (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR AB (("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug*" or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR KW (("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug*" or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodeone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	25,009
S62	(DE "Addiction" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Abuse") OR (DE "Substance Use Disorder" OR DE "Prescription Drug Misuse")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	78,280

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S61	S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	1,580,037
S60	(DE "Housing" OR DE "Assisted Living" OR DE "Dormitories" OR DE "Group Homes" OR DE "Retirement Communities" OR DE "Shelters") or (DE "Mental Health Services" OR DE "Community Mental Health Services" OR DE "Psychological First Aid" OR DE "School Based Mental Health Services") or (DE "Volunteers")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	80,935
S59	(DE "Social Support") or (DE "Psychosocial Rehabilitation" OR DE "Psychosocial Readjustment" OR DE "Therapeutic Social Clubs" OR DE "Vocational Rehabilitation") or (DE "Social Programs" OR DE "Needle Exchange Programs" OR DE "Outreach Programs") or (TI "income-assistance" OR AB "income-assistance" OR KW "income-assistance")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	82,908
S58	TI ((housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance")) OR AB ((housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance")) OR KW (housing or houses or volunteer* or "voluntary worker*" or wraparound or "wrap around" or "occupation* guidance"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	68,532
S57	(DE "Vocational Education") or (DE "Occupational Guidance") or (TI (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment) OR AB (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment) OR KW (vocation* or "individual placement and support" or "supported employment))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	32,749
S56	(TI ("harm reduction" or "reduc* harm") OR AB ("harm reduction" or "reduc* harm") OR KW ("harm reduction" or "reduc* harm")) or (DE "Harm Reduction")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	8,076
S55	(TI ((education* OR literacy) N2 (lecture* or program* or film* or intervention*)) OR AB ((education* OR literacy) N2 (lecture* or program* or film* or intervention*)) OR KW ((education* OR literacy) N2 (lecture* or program* or film* or intervention*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	63,629
S54	(TI (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*") OR AB (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*") OR KW (voucher* or reinforcement or "reinforc* schedule*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	48,483

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S53	(TI (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation") OR AB (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation") OR KW (biofeedback or "covert sensitization" or "aversive stimulation")) or (DE "Reinforcement" OR DE "Differential Reinforcement" OR DE "Negative Reinforcement" OR DE "Noncontingent Reinforcement" OR DE "Positive Reinforcement" OR DE "Primary Reinforcement" OR DE "Punishment" OR DE "Reinforcement Amounts" OR DE "Reinforcement Schedules" OR DE "Reward Learning" OR DE "Reward Sensitivity" OR DE "Rewards" OR DE "Secondary Reinforcement" OR DE "Self-Reinforcement" OR DE "Social Reinforcement")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	59,849
S52	(TI ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* N2 drug)) OR AB ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* N2 drug)) OR KW ("electrostimulation therap*" or "electro-therap*" or electrotherap* or "electric* stimulation" or (stimulat* N2 drug)) or (DE "Electrical Stimulation" OR DE "Electrical Brain Stimulation" OR DE "Electroconvulsive Shock" OR DE "Nerve Stimulation")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	20,599
S51	(TI ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy") OR AB ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy") OR KW ("case care" or "contingency management" or "contingency therapy"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	1,953
S50	(TI ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery") OR AB ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery") OR KW ("Narcotics Anonymous" or "Methadone Anonymous" or LifeRing or "SMART Recovery"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	10
S49	(TI (withdraw* or abstinen* or abstain*) OR AB (withdraw* or abstinen* or abstain*) OR KW (withdraw* or abstinen* or abstain*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	66,388
S48	(TI ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*") OR AB ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*") OR KW ("prevention program*" or "supervis* consumption" or "formal intervention*" or "motivate* or enhance*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	18,725
S47	(DE "Motivation" OR DE "Achievement Motivation" OR DE "Affiliation Motivation" OR DE "Agency" OR DE "Animal Motivation" OR DE "Aspirations" OR DE "Craving" OR DE "Drug Seeking" OR DE "Educational Incentives" OR DE "Employee Motivation" OR DE "Extrinsic Motivation" OR DE "Fear of Success" OR DE "Goals" OR DE "Hunger" OR DE "Incentives" OR DE "Intrinsic Motivation" OR DE "Monetary Incentives" OR DE "Needs" OR DE "Procrastination" OR DE "Self-Expansion" OR DE "Sex Drive" OR DE "Social Motivation" OR DE "Temptation" OR DE "Thirst" OR DE "Volition") or TI (incentive* or motivation*) or AB (incentive* or motivation*) or KW (incentive* or motivation*)/freq=2	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	252,132

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S46	TI (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention") or AB (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention") or KW (peerneedle* or "peer needle*" or "relapse prevention")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	4,862
S45	TI (((needle* or syringe*) N3 exchange*) or (safe* N1 injection*)) or AB (((needle* or syringe*) N3 exchange*) or (safe* N1 injection*)) or KW (((needle* or syringe*) N3 exchange*) or (safe* N1 injection*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	1,218
S44	((MM "Relaxation Therapy") OR (DE "Rehabilitation" OR DE "Cognitive Rehabilitation" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Neuropsychological Rehabilitation" OR DE "Neurorehabilitation" OR DE "Occupational Therapy" OR DE "Physical Therapy" OR DE "Psychosocial Rehabilitation" OR DE "Rehabilitation Centers" OR DE "Telerehabilitation")) OR (MM "Bibliotherapy")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	51,859
S43	DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" or MM "Faith Healing" or (MM "Prayer") OR (MM "Meditation")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	12,259
S42	TI ((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) N2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)) or AB((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) N2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*)) or KW ((behavio* or psychosocial or "psycho-social" or psychoeducation* or "psycho-education*" or psychiatric or psychological or social) N2 (treatment or therap* or program* or intervention* or service*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	18
S41	TI (psychological* N2 debrief*) or AB (psychological* N2 debrief*) or KW (psychological* N2 debrief*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	72
S40	TI ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor) or AB ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor) or KW ("problem solving" or operant* or "discussion group*" or "insight oriented" or "client centered" or counsel* or insight* or paradox* or psychoanalys* or psychodynamic* or psychodrama* or "psycho-drama*" or "role play*" or transactional or befriend* or mentor* or sponsor)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	492,058

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S39	TI (((mutual or peer or recovery) N1 support) or (stress N2 manag*)) or AB (((mutual or peer or recovery) N1 support) or (stress N2 manag*)) or KW (((mutual or peer or recovery) N1 support) or (stress N1 manag*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	56
S38	TI ("12 step" or "twelve-step") or AB ("12 step" or "twelve-step") or KW ("12 step" or "twelve-step") or DE "Self-Help Techniques" OR DE "Self-Management" or TI ("self-help" or (support* N2 group*)) or AB ("self-help" or (support* N2 group*)) or KW ("self-help" or (support* N2 group*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	38,033
S37	TI ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or AB ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or KW ("street nurse*" or "street outreach" or "street clinic*" or "safer inhalation" or "crack kit*") or MM "Outreach Programs"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	1,245
S36	TI ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical") or AB ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical") or KW ("case management" or outreach or nonpharmacological or "non-pharmacological" or nonpharmaceutical or "non-pharmaceutical")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	20,600
S35	TI (((art or music or sound or colo?r) N2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy")) or AB (((art or music or sound or colo?r) N2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy")) or KW (((art or music or sound or colo?r) N2 therap*) or (relig* or prayer* or spiritual* or meditat* or aromatherap* or bibliotherap* or "psychedelic therapy"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	136,694
S34	DE "Alternative Medicine" OR DE "Acupuncture" OR DE "Aromatherapy" OR DE "Faith Healing" OR DE "Folk Medicine" OR DE "Shamanism" or TI ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*)) or AB ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*)) or KW ((traditional* or Native* or aboriginal* or indigenous or ceremon*) near/2 (heal* or medicine or medical*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	10,007
S33	MM "Mind Body Therapy" or TI ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy") or AB ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy") or KW ("relaxation therap*" or "relaxation technique*" or "talk therapy")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	2,606
S32	TI ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*") or AB ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*") or KW ("community mental health" or "community care" or "therapeutic communit*" or "confrontational intervention*" or "assertive community treatment" or "clubhouse*" or "early intervention*")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	37,384

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S31	TI (commun* N3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reforc*)) or AB (commun* N3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reforc*)) or KW (commun* N3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reforc*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	1
S30	MM "Couples Therapy" or (DE "Family Therapy" OR DE "Conjoint Therapy" OR DE "Strategic Family Therapy" OR DE "Structural Family Therapy")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	30,222
S29	TI ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*) or AB ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*) or KW ((marital or marriage or family or families or support* or group or couple* or interpersonal) near/2 therap*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	274,749
S28	TI (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*") or AB (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*") or KW (cope or (coping near/2 skill*) or "self-control training" or "structured counsel*")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	33,465
S27	(MM "Cognitive Therapy" OR DE "Coping Behavior" OR DE "Coping Style") or (DE "Counseling" OR DE "Community Counseling" OR DE "Cross Cultural Counseling" OR DE "Educational Counseling" OR DE "Genetic Counseling" OR DE "Gerontological Counseling" OR DE "Grief Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Marriage Counseling" OR DE "Microcounseling" OR DE "Multicultural Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR DE "Pastoral Counseling" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Premarital Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rehabilitation Counseling" OR DE "School Counseling")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	134,810
S26	MM "Cognitive Therapy" or TI (social near/2 skil*) or AB (social near/2 skil*) or KW (social near/2 skil*)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	4
S25	TI (sociali?ation or (social near/2 adjust*) or (social near/2 support*)) or AB (sociali?ation or (social near/2 adjust*) or (social near/2 support*)) or KW (sociali?ation or (social near/2 adjust*) or (social near/2 support*)) or (DE "Socialization" OR DE "Political Socialization" OR DE "Professional Socialization" OR DE "Reintegration")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	33,704
S24	(TI (cognitive N2 therap*) OR (behavio* N2 therap*)) OR (AB ((cognitive N1 therap*) or (behavio* N1 therap*))) OR (KW ((cognitive N2 therap*) or (behavio* N1 therap*)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	103,499

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S23	(DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Client Centered Therapy" OR DE "Conversion Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling") OR (DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Strategic Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Active Listening" OR DE "Animal Assisted Therapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Centering" OR DE "Co-therapy" OR DE "Dream Analysis" OR DE "Empty Chair Technique" OR DE "Ericksonian Psychotherapy" OR DE "Free Association" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Life Review" OR DE "Mirroring" OR DE "Morita Therapy" OR DE "Motivational Interviewing" OR DE "Mutual Storytelling Technique" OR DE "Network Therapy" OR DE "Paradoxical Techniques" OR DE "Psychodrama") or TI (psychotherap* or "psycho-therap*") or (AB (psychotherapy* or "psycho-therap*") or KW (psychotherap* or "psycho-therap*"))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	250,976
S22	S19 or S20 or S21	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	415,177

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S21	TI (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug*" or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR AB (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug*" or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))) OR KW (((("use" or using or disorder* or abuse* or dependen* or addict* or abusing) N3 ("multiple drug*" or polydrug*" or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	25,009
S20	TI (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or AB (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or KW (abuse* or dependen* or addict* or abusing)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	407,547

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S19	MM "Heroin Addiction"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	7,326
S18	S16 or S17	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	55,056
S17	TI (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or AB (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or KW (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Reprexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	50,907

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S16	(DE "Opiates" OR DE "Codeine" OR DE "Heroin" OR DE "Morphine" OR DE "Papaverine") OR (DE "Narcotic Drugs" OR DE "Opioid Analgesics")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	29,046
S15	S14 NOT S8	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	8,256
S14	S3 OR S4 OR S13	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	34,421
S13	S11 AND S12	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	32,111
S12	S1 OR S9	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	55,908
S11	S2 OR S5 OR S10	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	434,339
S10	(DE "Addiction" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Abuse") OR (DE "Substance Use Disorder" OR DE "Prescription Drug Misuse")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	78,280

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S9	TI (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Replexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or AB (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Replexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone) or KW (Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or "Co-Gesic" or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Replexain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or "Targiniq ER" or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	50,907
S8	S3 OR S4 OR S7	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	26,165
S7	S1 AND S6	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,004

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S6	S2 OR S5	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	419,010
S5	TI (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR AB (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*)) OR KW (PWUD or PWID or "people who use drugs" or ("use" or using or users) N3 (illicit* or illegal* or inject*))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,273
S4	DE "Opioid Use Disorder" OR DE "Heroin Use Disorder" OR DE "Morphine Dependence"	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	6,335

#	Requête	Limiters/Expanders	Dernière recherche par	Résultats
S3	TI ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR AB ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone)) OR KW ((addict* or dependen* or abuse* or abusing or disorder*) N3 ("multiple drug*" or polydrug* or "street drug*" or "designer drug*" or Abstral or Actiq or Alfentanil or Anexsia or Astramorph or Avinza or Butrans or carfentan* or Codeine or Co-Gesic or Demerol or Diamorphine or Dilaudid or Dolophine or Duragesic or Embeda or Endocet or Exalgo or Fentanyl or Fentora or heroin or Hycet or Hycodan or Hydrocodone or Hydromet or hydromorphone or Hysingla or Ibudone or Kadian or Liquicet or Lorcet or Lortab or Maxidone or meperidine or Morphabond or "MS Contin" or Nalbuphine or narcotic* or Norco or Nubain or "Nucynta ER" or "Opana ER" or opiate* or opioid* or opium or Onsolis or Oramorph or "Ora-Morph" or Oxaydo or Oxecta or Oxycet or oxycodone or OxyContin or "Oxymorphone hydrochloride" or Palladone or Pentazocine or Percocet or Percodan or Pethidine or Repraxain or Rezira or Roxanol* or Roxicet or Roxicodone or Roxycodone or Sublimaze or Sufentanil or Tapentadol or Targiniq ER or Tramadol or TussiCaps or Tussionex or "Tuzistra XR" or Vicodin or Vicoprofen or Vituz or "Xartemis XR" or Xodol or "Xtampza ER" or "Zohydro ER" or Zolvit or Zutripro or Zydone))	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	17,630
S2	TI (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or AB (abuse* or dependen* or addict* or abusing) or KW (abuse* or dependen* or addict* or abusing)	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	407,547
S1	(DE "Opiates" OR DE "Codeine" OR DE "Endogenous Opiates" OR DE "Heroin" OR DE "Morphine" OR DE "Papaverine") OR (DE "Opiates" OR DE "Narcotic Drugs" OR DE "Narcotic Agonists" OR DE "Narcotic Antagonists" OR DE "Opiates" OR DE "Opioid Analgesics")	Expanders - Apply related words; Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - APA PsycInfo	32,299

Embase (via Elsevier) – Date : 14 février 2023

1946 au 14 février 2023

#	Requête	Résultats
110	#109 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	2,345
109	#107 NOT #108	14,146
108	#107 AND [conference abstract]/lim	3,998
107	#103 NOT #106	18,144
106	#104 NOT (#104 AND #105)	3,218
105	'human'/mj	689,373
104	'animal'/mj	3,251
103	#63 AND #102	40,864
102	#64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101	3,920,399
101	'animal assisted therapy'/exp/mj	903
100	'housing'/exp/mj OR 'community care'/exp/mj OR 'volunteer'/exp/mj	79,188
99	'social care'/exp/mj OR 'income assistance':ti,ab,kw	
98	housing:ti,ab,kw OR houses:ti,ab,kw OR volunteer*:ti,ab,kw OR 'voluntary worker*':ti,ab,kw OR wraparound:ti,ab,kw OR 'wrap around':ti,ab,kw OR ((occupation* NEAR/1 guidance):ti,ab,kw)	350,213
97	'vocational education'/exp/mj OR 'vocational rehabilitation'/exp/mj OR 'vocational guidance'/exp/mj OR (((vocation* OR 'individual placement') NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'supported employment':ti,ab,kw	13,836
96	'harm reduction':ti,ab,kw OR ((reduc* NEAR/2 harm):ti,ab,kw) OR 'harm reduction'/exp/mj	12,043
95	((education* OR literacy) NEAR/2 (lecture* OR program* OR film* OR intervention*)):ti,ab,kw	98,016
94	voucher*:ti,ab,kw OR reinforcement:ti,ab,kw OR ((reinforc* NEAR/2 schedule*):ti,ab,kw)	52,759
93	biofeedback:ti,ab,kw OR 'covert sensitization':ti,ab,kw OR ((aversi* NEAR/1 stimulation):ti,ab,kw) OR 'reinforcement (psychology)'/exp/mj	44,083
92	'electrostimulation therap*':ti,ab,kw OR 'electrotherap*':ti,ab,kw OR electrotherap*:ti,ab,kw OR ((electric* NEAR/2 stimulation):ti,ab,kw) OR ((stimulat* NEAR/2 drug):ti,ab,kw) OR 'electrotherapy'/exp/mj	208,148
91	'case care':ti,ab,kw OR 'contingency management':ti,ab,kw OR 'contingency therapy':ti,ab,kw	1,725
90	'narcotics anonymous':ti,ab,kw OR 'methadone anonymous':ti,ab,kw OR lifering:ti,ab,kw OR 'smart recovery':ti,ab,kw	221
89	((withdraw* OR abstain* OR abstinence) NEAR/2 (program* OR intervention OR 'use' OR 'using' OR therap* OR support*)):ti,ab,kw	7,411
88	('prevention program*':ti,ab,kw OR supervis*:ti,ab,kw) AND consumption:ti,ab,kw OR 'formal intervention*':ti,ab,kw	3,274
87	'motivation'/exp/mj OR incentiv*:ti,ab,kw OR motivation*:ti,ab,kw	204,578
86	'preventive health service'/exp/mj	13,174
85	peerneedle*:ti,ab,kw OR 'peer needle*':ti,ab,kw OR 'relapse prevention':ti,ab,kw	5,420
84	((needle* OR syringe*) NEAR/3 exchang*):ti,ab,kw OR ((safe* NEAR/1 injection*):ti,ab,kw)	3,299
83	((behavio* OR psychosocial OR 'psycho social' OR psychoeducation* OR 'psycho education*' OR psychiatric OR psychological OR social) NEAR/2 (treatment OR therap* OR program* OR intervention* OR service*)):ti,ab,kw	175,808
82	(psychological* NEAR/2 debrief*):ti,ab,kw	231
81	'problem solving':ti,ab,kw OR operant*:ti,ab,kw OR 'discussion group*':ti,ab,kw OR 'insight oriented':ti,ab,kw OR 'client centered':ti,ab,kw OR counsel*:ti,ab,kw OR insight*:ti,ab,kw OR paradox*:ti,ab,kw OR psychoanalysis*:ti,ab,kw OR psychodrama*:ti,ab,kw OR psychodynamic*:ti,ab,kw OR 'psycho drama*':ti,ab,kw OR 'role play*':ti,ab,kw OR transactional:ti,ab,kw OR befriend*:ti,ab,kw OR mentor*:ti,ab,kw OR sponsor:ti,ab,kw	1,050,145

#	Requête	Résultats
80	((mutual OR peer OR recovery) NEAR/1 support):ti,ab,kw OR ((stress NEAR/2 manag*):ti,ab,kw) OR 'stress management'/exp/mj	23,263
79	'12 step':ti,ab,kw OR 'twelve step':ti,ab,kw OR ((support* NEAR/2 group*):ti,ab,kw) OR 'self help'/exp/mj OR 'self help':ti,ab,kw	38,085
78	'street nurse*':ti,ab,kw OR 'street outreach':ti,ab,kw OR 'street clinic*':ti,ab,kw OR 'safer inhalation':ti,ab,kw OR 'crack kit*':ti,ab,kw OR 'naloxone kit':ti,ab,kw	458
77	'case management':ti,ab,kw OR outreach:ti,ab,kw OR nonpharmacological:ti,ab,kw OR 'non pharmacological':ti,ab,kw OR nonpharmaceutical:ti,ab,kw OR 'non pharmaceutical':ti,ab,kw	65,658
76	((art OR music OR sound OR colo?r) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw OR relig*:ti,ab,kw OR prayer*:ti,ab,kw OR spiritual*:ti,ab,kw OR meditat*:ti,ab,kw OR aromatherap*:ti,ab,kw OR bibliotherap*:ti,ab,kw OR 'psychedelic therapy':ti,ab,kw	120,893
75	((traditional* OR native* OR aboriginal* OR indigenous OR ceremon*) NEAR/2 (heal* OR medicine OR medical*)):ti,ab,kw OR 'medicine, traditional'/exp/mj	132,075
74	((traditional OR complementary OR holistic OR natur* OR alternative OR native) NEAR/2 (medicine* OR therap* OR mental*)):ti,ab,kw	146,470
73	'alternative medicine'/exp/mj OR 'relaxation therap*':ti,ab,kw OR 'relaxation technique*':ti,ab,kw OR 'talk therapy':ti,ab,kw	43,696
71	(commun* NEAR/3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reinforc*)):ti,ab,kw	70,242
70	((marital OR marriage OR family OR families OR support* OR group OR couple* OR interpersonal) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw	70,111
69	cope:ti,ab,kw OR ((coping NEAR/2 (skill* OR behavio*)):ti,ab,kw) OR (('self control' NEAR/1 training):ti,ab,kw) OR 'structured counsel*':ti,ab,kw	65,581
68	'coping behavior'/exp/mj OR 'counseling'/exp/mj OR 'social adaptation'/exp/mj	119,453
67	'cognitive therapy'/exp/mj OR 'behavior therapy'/exp/mj OR ((social NEAR/2 skill*):ti,ab,kw)	53,109
66	sociali?ation:ti,ab,kw OR ((social NEAR/2 adjust*):ti,ab,kw) OR ((social NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'socialization'/exp/mj	86,895
65	((cognitive NEAR/2 therap*):ti,ab,kw) OR ((behavio* NEAR/2 therap*):ti,ab,kw)	51,996
64	'psychotherapy'/exp/mj OR 'psychiatric treatment'/exp/mj OR psychotherap*:ti,ab,kw OR 'psycho therap*':ti,ab,kw	239,973
63	#57 AND #61 OR #60 OR #62	101,324
62	((('use' OR using OR disorder* OR abuse OR dependen* OR addict*) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfentanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfentan* OR codeine OR 'co gesic' OR demerol OR diamorphine OR dilaudid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsolis OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR reprevain OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw	75,252
61	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	2,426,657
60	'opiate addiction'/exp/mj OR 'heroin dependence'/exp/mj OR 'morphine addiction'/exp/mj	21,555
57	'morphine derivative'/exp/mj OR 'fentanyl'/exp/mj OR 'narcotic agent'/exp/mj OR 'opiate'/exp/mj	179,351

Mise à jour de la recherche Embase – Date : 17 août 2023

#	Requête	Résultats
114	#112 NOT #106 AND [2017-2023]/py	184

#	Requête	Résultats
113	#112 NOT #106	520
112	#111 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	2,597
111	#109 NOT #110	14,680
110	#109 AND [conference abstract]/lim	3,925
109	#108 NOT #102	18,605
108	#7 AND #98	18,605
107	#105 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND [01-01-2023]/sd NOT [18-08-2023]/sd	213
106	#105 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	2,502
105	#103 NOT #104	14,722
104	#103 AND [conference abstract]/lim	4,198
103	#99 NOT #102	18,920
102	#100 NOT (#100 AND #101)	3,320
101	'human'/mj	689,379
100	'animal'/mj	3,353
99	#59 AND #98	18,920
98	#60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97	3,920,399
97	'animal assisted therapy'/exp/mj	903
96	'housing'/exp/mj OR 'community care'/exp/mj OR 'volunteer'/exp/mj	79,188
95	'social care'/exp/mj OR 'income assistance':ti,ab,kw	63,120
94	housing:ti,ab,kw OR houses:ti,ab,kw OR volunteer*:ti,ab,kw OR 'voluntaryworker*':ti,ab,kw OR wraparound:ti,ab,kw OR 'wrap around':ti,ab,kw OR ((occupation* NEAR/1 guidance):ti,ab,kw)	350,213
93	'vocational education'/exp/mj OR 'vocational rehabilitation'/exp/mj OR 'vocational guidance'/exp/mj OR (((vocation* OR 'individual placement') NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'supported employment':ti,ab,kw	13,836
92	'harm reduction':ti,ab,kw OR ((reduc* NEAR/2 harm):ti,ab,kw) OR 'harm reduction'/exp/mj	12,043
91	((education* OR literacy) NEAR/2 (lecture* OR program* OR film* OR intervention*)):ti,ab,kw	98,016
90	voucher*:ti,ab,kw OR reinforcement:ti,ab,kw OR ((reinforc* NEAR/2 schedule*):ti,ab,kw)	52,759
89	biofeedback:ti,ab,kw OR 'covert sensitization':ti,ab,kw OR ((aversi* NEAR/1stimulation):ti,ab,kw) OR 'reinforcement (psychology)'/exp/mj	44,083
88	'electrostimulation therap*':ti,ab,kw OR 'electrotherap*':ti,ab,kw OR electrotherap*:ti,ab,kw OR ((electric* NEAR/2 stimulation):ti,ab,kw) OR ((stimulat* NEAR/2 drug):ti,ab,kw) OR 'electrotherapy'/exp/mj	208,148
87	'case care':ti,ab,kw OR 'contingency management':ti,ab,kw OR 'contingency therapy':ti,ab,kw	1,725
86	'narcotics anonymous':ti,ab,kw OR 'methadone anonymous':ti,ab,kw OR lifering:ti,ab,kw OR 'smart recovery':ti,ab,kw	221
85	((withdraw* OR abstain* OR abstinence) NEAR/2 (program* OR intervention OR 'use' OR 'using' OR therap* OR support*)):ti,ab,kw	7,411
84	('prevention program*':ti,ab,kw OR supervis*:ti,ab,kw) AND consumption:ti,ab,kw OR 'formal intervention*':ti,ab,kw	3,274
83	'motivation'/exp/mj OR incentiv*:ti,ab,kw OR motivation*:ti,ab,kw	204,578
82	'preventive health service'/exp/mj	13,174
81	peerneedle*:ti,ab,kw OR 'peer needle*':ti,ab,kw OR 'relapse prevention':ti,ab,kw	5,420
80	(((needle* OR syringe*) NEAR/3 exchang*):ti,ab,kw) OR ((safe* NEAR/1injection*):ti,ab,kw)	3,299

#	Requête	Résultats
79	((behavio* OR psychosocial OR 'psycho social' OR psychoeducation* OR 'psycho education*' OR psychiatric OR psychological OR social) NEAR/2 (treatment OR therap* OR program* OR intervention* OR service*)):ti,ab,kw	175,808
78	(psychological* NEAR/2 debrief*):ti,ab,kw	231
77	'problem solving':ti,ab,kw OR operant*:ti,ab,kw OR 'discussion group*':ti,ab,kw OR 'insight oriented':ti,ab,kw OR 'client centered':ti,ab,kw OR counsel*:ti,ab,kw OR insight*:ti,ab,kw OR paradox*:ti,ab,kw OR psychoanalysis*:ti,ab,kw OR sychodrama*:ti,ab,kw OR psychodynamic*:ti,ab,kw OR 'psycho drama*':ti,ab,kw OR 'role play*':ti,ab,kw OR transactional:ti,ab,kw OR befriend*:ti,ab,kw OR mentor*:ti,ab,kw OR sponsor:ti,ab,kw	1,050,145
76	((mutual OR peer OR recovery) NEAR/1 support):ti,ab,kw OR ((stress NEAR/2 manag*):ti,ab,kw) OR 'stress management'/exp/mj	23,263
75	'12 step':ti,ab,kw OR 'twelve step':ti,ab,kw OR ((support* NEAR/2 group*):ti,ab,kw) OR 'self help'/exp/mj OR 'self help':ti,ab,kw	38,085
74	'street nurse*':ti,ab,kw OR 'street outreach':ti,ab,kw OR 'street clinic*':ti,ab,kw OR 'safer inhalation':ti,ab,kw OR 'crack kit*':ti,ab,kw OR 'naloxone kit':ti,ab,kw	458
73	'case management':ti,ab,kw OR outreach:ti,ab,kw OR nonpharmacological:ti,ab,kw OR 'non pharmacological':ti,ab,kw OR nonpharmaceutical:ti,ab,kw OR 'non pharmaceutical':ti,ab,kw	65,658
72	((art OR music OR sound OR colo?r) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw OR relig*:ti,ab,kw OR prayer*:ti,ab,kw OR spiritual*:ti,ab,kw OR meditat*:ti,ab,kw OR aromatherap*:ti,ab,kw OR bibliotherap*:ti,ab,kw OR 'psychedelic therapy':ti,ab,kw	120,893
71	((traditional* OR native* OR aboriginal* OR indigenous OR ceremon*) NEAR/2 (heal* OR medicine OR medical*)):ti,ab,kw) OR 'medicine, traditional'/exp/mj	132,075
70	((traditional OR complementary OR holistic OR natur* OR alternative OR native) NEAR/2 (medicine* OR therap* OR mental*)):ti,ab,kw	146,470
69	'alternative medicine'/exp/mj OR 'relaxation therap*':ti,ab,kw OR 'relaxation technique*':ti,ab,kw OR 'talk therapy':ti,ab,kw	43,696
68	'community mental health':ti,ab,kw OR 'community care':ti,ab,kw OR 'assertive community treatment':ti,ab,kw OR clubhouse*:ti,ab,kw OR 'therapeutic communit*':ti,ab,kw OR 'confrontational intervention*':ti,ab,kw OR 'early intervention*':ti,ab,kw	56,187
67	(commun* NEAR/3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reinforc*)):ti,ab,kw	70,242
66	((marital OR marriage OR family OR families OR support* OR group OR couple* OR interpersonal) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw	70,111
65	cope:ti,ab,kw OR ((coping NEAR/2 (skill* OR behavio*)):ti,ab,kw) OR (('self control' NEAR/1 training):ti,ab,kw) OR 'structured counsel*':ti,ab,kw	65,581
64	'coping behavior'/exp/mj OR 'counseling'/exp/mj OR 'social adaptation'/exp/mj	119,453
63	'cognitive therapy'/exp/mj OR 'behavior therapy'/exp/mj OR ((social NEAR/2 skill*):ti,ab,kw)	53,109
62	sociali?ation:ti,ab,kw OR ((social NEAR/2 adjust*):ti,ab,kw) OR ((social NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'socialization'/exp/mj	86,895
61	((cognitive NEAR/2 therap*):ti,ab,kw) OR ((behavio* NEAR/2 therap*):ti,ab,kw)	51,996
60	'psychotherapy'/exp/mj OR 'psychiatric treatment'/exp/mj OR psychotherap*:ti,ab,kw OR 'psycho therap*':ti,ab,kw	239,973
59	#55 AND #57 OR #56 OR #58	101,324
58	((('use' OR using OR disorder* OR abuse OR dependen* OR addict*) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfentanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfentan* OR codeine OR 'co gestic' OR demerol OR diamorphine OR dilaudid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsolis OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR reprevain OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw)	75,252

#	Requête	Résultats
57	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	2,426,657
56	'opiate addiction'/exp/mj OR 'heroin dependence'/exp/mj OR 'morphine addiction'/exp/mj	21,555
55	'morphine derivative'/exp/mj OR 'fentanyl'/exp/mj OR 'narcotic agent'/exp/mj OR 'opiate'/exp/mj	179,351
54	#53 AND [english]/lim	31,165
53	#51 NOT #52	33,641
52	#51 AND [conference abstract]/lim	7,448
51	#47 NOT #50	41,089
50	#48 NOT (#48 AND #49)	3,218
49	'human'/mj	689,373
48	'animal'/mj	3,251
47	#7 AND #46	40,864
46	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45	3,920,399
45	'animal assisted therapy'/exp/mj	903
44	'housing'/exp/mj OR 'community care'/exp/mj OR 'volunteer'/exp/mj	79,188
43	'social care'/exp/mj OR 'income assistance':ti,ab,kw	63,120
42	housing:ti,ab,kw OR houses:ti,ab,kw OR volunteer*:ti,ab,kw OR 'voluntary worker*':ti,ab,kw OR wraparound:ti,ab,kw OR 'wrap around':ti,ab,kw OR ((occupation* NEAR/1 guidance):ti,ab,kw)	350,213
41	'vocational education'/exp/mj OR 'vocational rehabilitation'/exp/mj OR 'vocational guidance'/exp/mj OR (((vocation* OR 'individual placement') NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'supported employment':ti,ab,kw	13,836
40	'harm reduction':ti,ab,kw OR ((reduc* NEAR/2 harm):ti,ab,kw) OR 'harm reduction'/exp/mj	12,043
39	((education* OR literacy) NEAR/2 (lecture* OR program* OR film* OR intervention*)):ti,ab,kw	98,016
38	voucher*:ti,ab,kw OR reinforcement:ti,ab,kw OR ((reinforc* NEAR/2 schedule*):ti,ab,kw)	52,759
37	biofeedback:ti,ab,kw OR 'covert sensiti?ation':ti,ab,kw OR ((aversi* NEAR/1 stimulation):ti,ab,kw) OR 'reinforcement (psychology)'/exp/mj	44,083
36	'electrostimulation therap*':ti,ab,kw OR 'electro therap*':ti,ab,kw OR electrotherap*:ti,ab,kw OR ((electric* NEAR/2 stimulation):ti,ab,kw) OR ((stimulat* NEAR/2 drug):ti,ab,kw) OR 'electrotherapy'/exp/mj	208,148
35	'case care':ti,ab,kw OR 'contingency management':ti,ab,kw OR 'contingency therapy':ti,ab,kw	1,725
34	'narcotics anonymous':ti,ab,kw OR 'methadone anonymous':ti,ab,kw OR lifering:ti,ab,kw OR 'smart recovery':ti,ab,kw	221
33	((withdraw* OR abstain* OR abstinence) NEAR/2 (program* OR intervention OR 'use' OR 'using' OR therap* OR support*)):ti,ab,kw	7,411
32	('prevention program*':ti,ab,kw OR supervis*:ti,ab,kw) AND consumption:ti,ab,kw OR 'formal intervention*':ti,ab,kw	3,274
31	'motivation'/exp/mj OR incentiv*:ti,ab,kw OR motivation*:ti,ab,kw	204,578
30	'preventive health service'/exp/mj	13,174
29	peerneedle*:ti,ab,kw OR 'peer needle*':ti,ab,kw OR 'relapse prevention':ti,ab,kw	5,420
28	((needle* OR syringe*) NEAR/3 exchang*):ti,ab,kw OR ((safe* NEAR/1 injection*):ti,ab,kw)	3,299
27	((behavio* OR psychosocial OR 'psycho social' OR psychoeducation* OR 'psycho education*' OR psychiatric OR psychological OR social) NEAR/2 (treatment OR therap* OR program* OR intervention* OR service*)):ti,ab,kw	175,808
26	(psychological* NEAR/2 debrief*):ti,ab,kw	231

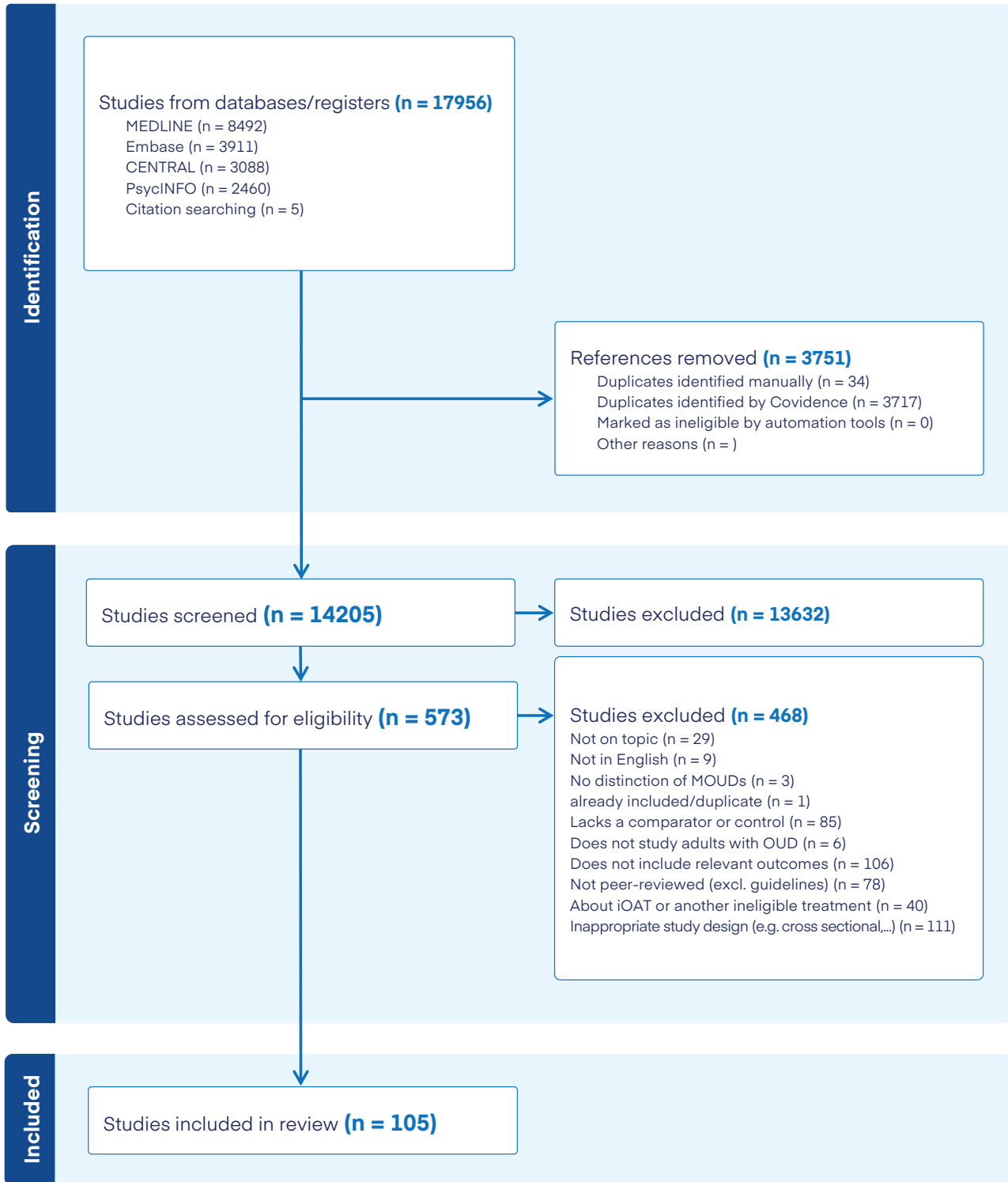
#	Requête	Résultats
25	'problem solving':ti,ab,kw OR operant*:ti,ab,kw OR 'discussion group*:ti,ab,kw OR 'insight oriented':ti,ab,kw OR 'client centered':ti,ab,kw OR counsel*:ti,ab,kw OR insight*:ti,ab,kw OR paradox*:ti,ab,kw OR psychoanalysis*:ti,ab,kw OR psychodrama*:ti,ab,kw OR psychodynamic*:ti,ab,kw OR 'psycho drama*:ti,ab,kw OR 'role play*:ti,ab,kw OR transactional:ti,ab,kw OR befriend*:ti,ab,kw OR mentor*:ti,ab,kw OR sponsor:ti,ab,kw	1,050,145
24	((mutual OR peer OR recovery) NEAR/1 support):ti,ab,kw OR ((stress NEAR/2 manag*):ti,ab,kw) OR 'stress management'/exp/mj	23,263
23	'12 step':ti,ab,kw OR 'twelve step':ti,ab,kw OR ((support* NEAR/2 group*):ti,ab,kw) OR 'self help'/exp/mj OR 'self help':ti,ab,kw	38,085
22	'street nurse*:ti,ab,kw OR 'street outreach':ti,ab,kw OR 'street clinic*:ti,ab,kw OR 'safer inhalation':ti,ab,kw OR 'crack kit*:ti,ab,kw OR 'naloxone kit':ti,ab,kw	458
21	'case management':ti,ab,kw OR outreach:ti,ab,kw OR nonpharmacological:ti,ab,kw OR 'non pharmacological':ti,ab,kw OR nonpharmaceutical:ti,ab,kw OR 'non pharmaceutical':ti,ab,kw	65,658
20	((art OR music OR sound OR colo?) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw OR relig*:ti,ab,kw OR prayer*:ti,ab,kw OR spiritual*:ti,ab,kw OR meditat*:ti,ab,kw OR aromatherap*:ti,ab,kw OR bibliotherap*:ti,ab,kw OR 'psychedelic therapy':ti,ab,kw	120,893
19	((traditional* OR native* OR aboriginal* OR indigenous OR ceremon*) NEAR/2 (heal* OR medicine OR medical*)):ti,ab,kw) OR 'medicine, traditional'/exp/mj	132,075
18	((traditional OR complementary OR holistic OR natur* OR alternative OR native) NEAR/2 (medicine* OR therap* OR mental*)):ti,ab,kw	146,470
17	'alternative medicine'/exp/mj OR 'relaxation therap*:ti,ab,kw OR 'relaxation technique*:ti,ab,kw OR 'talk therapy':ti,ab,kw	43,696
16	'community mental health':ti,ab,kw OR 'community care':ti,ab,kw OR 'assertive community treatment':ti,ab,kw OR clubhouse*:ti,ab,kw OR 'therapeutic communit*:ti,ab,kw OR 'confrontational intervention*:ti,ab,kw OR 'early intervention*:ti,ab,kw	56,187
15	(commun* NEAR/3 (service* OR center* OR centre* OR network* OR psychiatr* OR psychology OR reinforc*)):ti,ab,kw	70,242
14	((marital OR marriage OR family OR families OR support* OR group OR couple* OR interpersonal) NEAR/2 therap*):ti,ab,kw	70,111
13	cope:ti,ab,kw OR ((coping NEAR/2 (skill* OR behavio*)):ti,ab,kw) OR (('self control' NEAR/1 training):ti,ab,kw) OR 'structured counsel*:ti,ab,kw	65,581
12	'coping behavior'/exp/mj OR 'counseling'/exp/mj OR 'social adaptation'/exp/mj	119,453
11	'cognitive therapy'/exp/mj OR 'behavior therapy'/exp/mj OR ((social NEAR/2 skill*):ti,ab,kw)	53,109
10	sociali?ation:ti,ab,kw OR ((social NEAR/2 adjust*):ti,ab,kw) OR ((social NEAR/2 support*):ti,ab,kw) OR 'socialization'/exp/mj	86,895
9	((cognitive NEAR/2 therap*):ti,ab,kw) OR ((behavio* NEAR/2 therap*):ti,ab,kw)	51,996
8	'psychotherapy'/exp/mj OR 'psychiatric treatment'/exp/mj OR psychotherap*:ti,ab,kw OR 'psycho therap*:ti,ab,kw	239,973
7	#3 AND #5 OR #4 OR #6	92,348
6	((disorder* OR addict* OR dependen* OR abuse* OR abusing) NEAR/3 ('multiple drug*' OR 'polydrug*' OR 'street drug*' OR 'designer drug*' OR abstral OR actiq OR alfantanil OR anexsia OR astramorph OR avinza OR butrans OR carfantan* OR codeine OR 'co gestic' OR demerol OR diamorphine OR dilauid OR dolophine OR duragesic OR embeda OR endocet OR exalgo OR fentanyl OR fentora OR heroin OR hycet OR hycodan OR hydrocodone OR hydromet OR hydromorphone OR hysingla OR ibudone OR kadian OR liquicet OR lorcet OR lortab OR maxidone OR meperidine OR morphabond OR 'ms contin' OR nalbuphine OR narcotic* OR norco OR nubain OR 'nucynta er' OR 'opana er' OR opiate* OR opioid* OR opium OR onsol OR oramorph OR 'ora morph' OR oxaydo OR oxecta OR oxycet OR oxycodone OR oxycontin OR 'oxymorphone hydrochloride' OR palladone OR pentazocine OR percocet OR percodan OR pethidine OR reprevain OR rezira OR roxanol* OR roxicet OR roxicodone OR roxycodone OR sublimaze OR sufentanil OR tapentadol OR 'targiniq er' OR tramadol OR tussicaps OR tussionex OR 'tuzistra xr' OR vicodin OR vicoprofen OR vituz OR 'xartemis xr' OR xodol OR 'xtampza er' OR 'zohydro er' OR zolvit OR zutripro OR zydone)):ti,ab,kw	41,411
5	abuse*:ti,ab,kw OR dependen*:ti,ab,kw OR addict*:ti,ab,kw OR abusing:ti,ab,kw	2,426,657
4	'opiate addiction'/exp/mj OR 'heroin dependence'/exp/mj OR 'morphine addiction'/exp/mj	22,286
3	#1 OR #2	464,038

#	Requête	Résultats
2	abstral:ti,ab,kw OR actiq:ti,ab,kw OR alfentanil:ti,ab,kw OR anexsia:ti,ab,kw OR astramorph:ti,ab,kw OR avinza:ti,ab,kw OR butrans:ti,ab,kw OR carfentan*:ti,ab,kw OR codeine:ti,ab,kw OR 'co gestic':ti,ab,kw OR demerol:ti,ab,kw OR diamorphine:ti,ab,kw OR dilaudid:ti,ab,kw OR dolophine:ti,ab,kw OR duragesic:ti,ab,kw OR embeda:ti,ab,kw OR endocet:ti,ab,kw OR exalgo:ti,ab,kw OR fentanyl:ti,ab,kw OR fentora:ti,ab,kw OR heroin:ti,ab,kw OR hycet:ti,ab,kw OR hycodan:ti,ab,kw OR hydrocodone:ti,ab,kw OR hydromet:ti,ab,kw OR hydromorphone:ti,ab,kw OR hysingla:ti,ab,kw OR ibudone:ti,ab,kw OR kadian:ti,ab,kw OR liquicet:ti,ab,kw OR lorcet:ti,ab,kw OR lortab:ti,ab,kw OR maxidone:ti,ab,kw OR meperidine:ti,ab,kw OR morphabond:ti,ab,kw OR 'ms contin':ti,ab,kw OR nalbuphine:ti,ab,kw OR narcotic*:ti,ab,kw OR norco:ti,ab,kw OR nubain:ti,ab,kw OR 'nucynta er':ti,ab,kw OR 'opana er':ti,ab,kw OR opiate*:ti,ab,kw OR opioid*:ti,ab,kw OR opium:ti,ab,kw OR onsolis:ti,ab,kw OR oramorph:ti,ab,kw OR 'ora morph':ti,ab,kw OR oxaydo:ti,ab,kw OR oxecta:ti,ab,kw OR oxycet:ti,ab,kw OR oxycodone:ti,ab,kw OR oxycontin:ti,ab,kw OR 'oxymorphone hydrochloride':ti,ab,kw OR palladone:ti,ab,kw OR pentazocine:ti,ab,kw OR percocet:ti,ab,kw OR percodan:ti,ab,kw OR pethidine:ti,ab,kw OR reprevain:ti,ab,kw OR rezira:ti,ab,kw OR roxanol*:ti,ab,kw OR roxicet:ti,ab,kw OR roxicodone:ti,ab,kw OR roxycodone:ti,ab,kw OR sublimaze:ti,ab,kw OR sufentanil:ti,ab,kw OR tapentadol:ti,ab,kw OR 'targiniq er':ti,ab,kw OR tramadol:ti,ab,kw OR tussicaps:ti,ab,kw OR tussionex:ti,ab,kw OR 'tuzistra xr':ti,ab,kw OR vicodin:ti,ab,kw OR vicoprofen:ti,ab,kw OR vituz:ti,ab,kw OR 'xartemis xr':ti,ab,kw OR xodol:ti,ab,kw OR 'xtampza er':ti,ab,kw OR 'zohydro er':ti,ab,kw OR zolvit:ti,ab,kw OR zutripro:ti,ab,kw OR zydone:ti,ab,kw	254,927
1	'morphine derivative'/exp/mj OR 'fentanyl'/exp/mj OR 'narcotic agent'/exp/mj OR 'opiate'/exp/mj	179,351

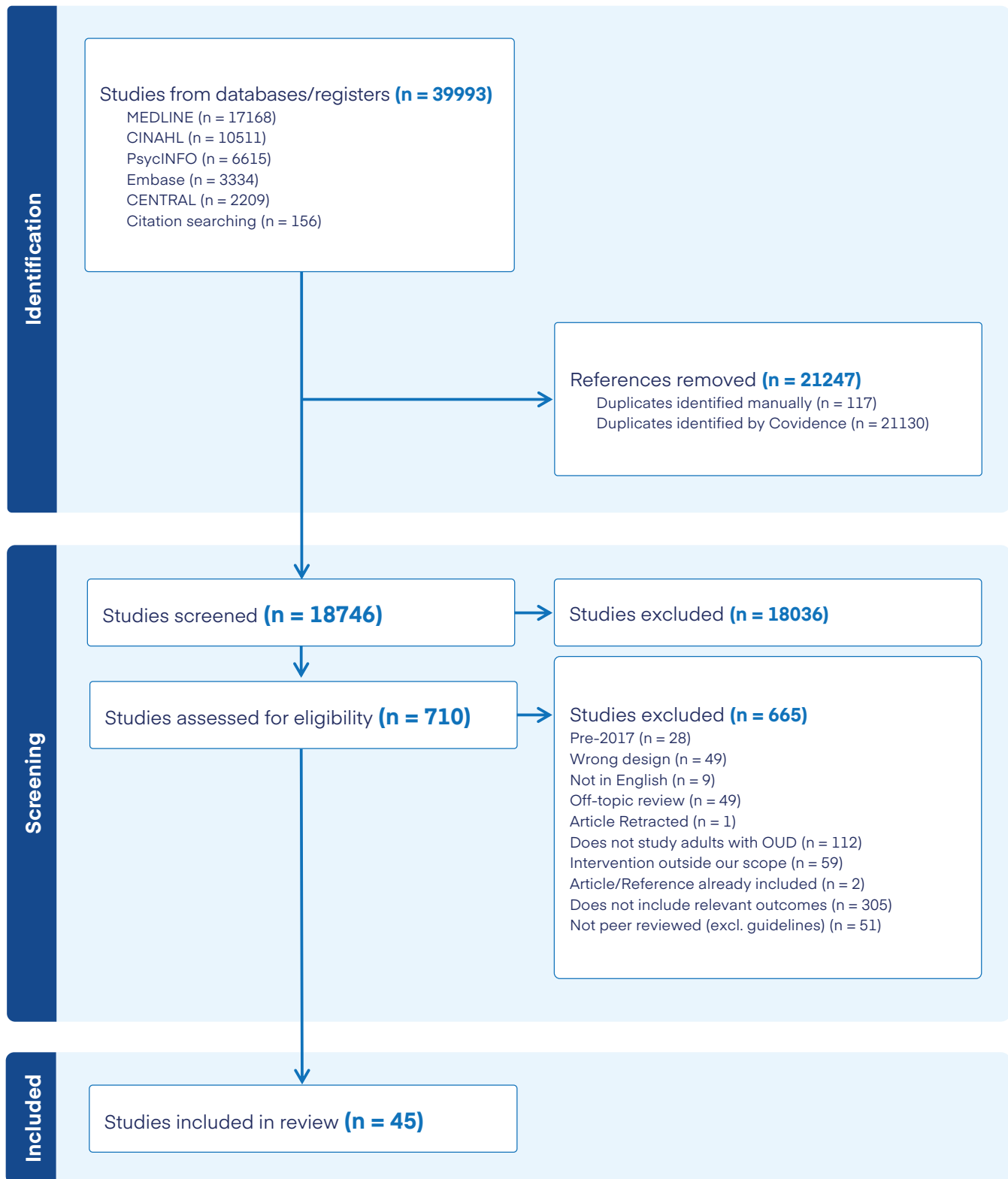
Annexe 5

Tableaux PRISMA

A5.1. Pharmacothérapie



A5.2. Interventions psychosociales et réduction des méfaits



Annexe 6

Sommaire des données

Le sommaire des données est disponible au lien suivant :

[Mise à jour 2024 des lignes directrices nationales de l'ICRIS sur le TUO –
Sommaire des données](#)

Annexe 7

Tableaux GRADE

Les tableaux GRADE sont accessibles sur le lien suivant :

[Mise à jour 2024 des lignes directrices nationales de l'ICRIS sur le TUO – Tableaux GRADE](#)

Bibliographie

- 1 Fairbairn N, Ross J, Trew M, Meador K, Turnbull J, MacDonald S *et al.* Injectable opioid agonist treatment for opioid use disorder: a national clinical guideline. *Can Med Assoc J* 2019; **191**: E1049–E1056.
- 2 National Opioid Use Disorder Guideline – CRISM. <https://crism.ca/projects/opioid-guideline> (accessed 1 Feb2023).
- 3 Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-É, Poulin G, Selby P, Fischer B *et al.* Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 2018; **190**: E247–E257.
- 4 Federal, provincial, and territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. Opioid- and Stimulant-related Harms in Canada. 2024. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>.
- 5 Health Canada. Federal actions on the overdose crisis. 2020. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/federal-actions/overview.html> (accessed 18 Apr2024).
- 6 *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Fifth Edition. American Psychiatric Association: Washington, DC, 2022 <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787> (accessed 18 Apr2024).
- 7 Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M *et al.* Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2011; **106**: 32–51.
- 8 Hser Y-I, Mooney LJ, Saxon AJ, Miotto K, Bell DS, Zhu Y *et al.* High Mortality among Patients with Opioid Use Disorder in a Large Healthcare System. *J Addict Med* 2017; **11**: 315–319.
- 9 World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised edition incorporating Résultats of field-testing*. Geneva, 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders> (accessed 19 Feb2024).
- 10 Miller M, Jarvis M, Waller C, Pating D. The ASAM Standards of Care: For The Addiction Specialist Physician. <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/standards-and-performance-measures> (accessed 19 Feb2024).
- 11 Taha S. Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder | Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2018 <https://www.ccsa.ca/best-practices-across-continuum-care-treatment-opioid-use-disorder> (accessed 19 Feb2024).
- 12 Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM). Supporting Individuals with Opioid Use Disorder in Psychosocial Programs: A Practice Support Document. 2023.
- 13 Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract* 2010; **16**: 947–956.
- 14 Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med* 2014; **174**: 742–748.
- 15 Kamimura A, Panahi S, Ahmmad Z, Stoddard M, Weaver S, Ashby J. Continuity of Care: Perspectives of Uninsured Free Clinic Patients. *J Patient Exp* 2019; **6**: 305–310.
- 16 Smith CC, Rohde B. Anti-racism & organizational change : a guide for employers. 2002 <https://publications.gc.ca/site/eng/9.924854/publication.html> (accessed 19 Feb2024).
- 17 Pierce M, Hayhurst K, Bird SM, Hickman M, Seddon T, Dunn G *et al.* Insights into the link between drug use and criminality: Lifetime offending of criminally-active opiate users. *Drug Alcohol Depend* 2017; **179**: 309–316.
- 18 Schenk S, Eisenbarth H, Dixon L. Treating opioid use disorders in the criminal justice system with pharmacotherapy. *Forensic Sci Int Mind Law* 2020; **1**: 100009.
- 19 Statistics Canada. Police-reported crime for selected drug offences, Canada, 2020 and 2021. 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013/tbl/tbl09-eng.htm> (accessed 17 Apr2024).
- 20 Correctional Service Canada. Proportion of crimes associated with substance use. 2021. <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/research/research-brief/19-13.html> (accessed 18 Apr2024).
- 21 Håkansson A, Berglund M. Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry* 2012; **12**. doi:10.1186/1471-244X-12-111.
- 22 Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kühlnhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav* 2008; **33**: 799–811.
- 23 Stewart D, Gossop M, Marsden J, Rolfe A. Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Crim Behav Ment Health* 2000; **10**: 10–20.
- 24 Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T *et al.* Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; **55**: 393–401.
- 25 Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *JAMA J Am Med Assoc* 2009; **301**: 183–190.
- 26 Moore KE, Roberts W, Reid HH, Smith KMZ, Oberleitner LMS, McKee SA. Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2019; **99**: 32–43.
- 27 Winetsky D, Fox A, Nijhawan A, Rich JD. Treating opioid use disorder and related infectious diseases in the criminal justice system. *Infect Dis Clin North Am* 2020; **34**: 585–603.
- 28 World Drug Report 2024 - Special Points of Interest. U. N. Off. Drugs Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-special-points-of-interest.html> (accessed 20 Oct2024).
- 29 Online World Drug Report 2023 - Latest data and trend analysis. U. N. Off. Drugs Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023-online-segment.html> (accessed 14 Nov2023).
- 30 Logan DE, Marlatt GA. Harm Reduction Therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *J Clin Psychol* 2010; **66**: 201–214.
- 31 Wild TC, Hammal F, Hancock M, Bartlett NT, Gladwin KK, Adams D *et al.* Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. *Drug Alcohol Depend* 2021; **218**: 108434.
- 32 Rice D, Corace K, Wolfe D, Esmaeilisaraji L, Michaud A, Grima A *et al.* Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. *PLoS ONE* 2020; **15**: e0244401.

- 33 Rieb LM, Samaan Z, Furlan AD, Rabheru K, Feldman S, Hung L *et al*. Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. *Can Geriatr J* 2020; **23**: 123–134.
- 34 AACAP. Opioid Use Disorder Treatment for Youth. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2020/Opioid_Use_Disorder_Treatment_Youth.aspx (accessed 20 Nov2023).
- 35 Hadland SE, Aalsma MC, Akgül S, Alinsky RH, Bruner A, Chadi N *et al*. Medication for Adolescents and Young Adults with Opioid Use Disorder. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2021; **68**: 632–636.
- 36 Turner S, Allen VM, Carson G, Graves L, Tanguay R, Green CR *et al*. Guideline No. 443b: Opioid Use Throughout Women’s Lifespan: Opioid Use in Pregnancy and Breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2023; **45**. doi:10.1016/j.jogc.2023.05.012.
- 37 Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/opioid-use-and-opioid-use-disorder-in-pregnancy> (accessed 22 Apr2024).
- 38 Wong S, Ordean A, Kahan M, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2011; **114**: 190–202.
- 39 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Clinical Guidance for Treating Pregnant and Parenting Women With Opioid Use Disorder and Their Infants. 2018.
- 40 Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy *Clinical Practice Guidelines*. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. National Academies Press (US): Washington (DC), 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/> (accessed 19 Jan2024).
- 41 Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE Handbook. Handb. Grading Qual. Evid. Strength Recomm. Using GRADE Approach. <https://training.cochrane.org/resource/grade-handbook> (accessed 19 Jan2024).
- 42 Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol* 2009; **62**: e1-34.
- 43 Compliance and Risk Management and Ethics (CRE). Declaration of interests for WHO experts. 2014. <https://www.who.int/publications/m/item/declaration-of-interests-for-who-experts>.
- 44 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al*. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2021; **134**: 178–189.
- 45 Karnik NS, Campbell CI, Curtis ME, Fiellin DA, Ghitza U, Hefner K *et al*. Core outcomes set for research on the treatment of opioid use disorder (COS-OD): the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network protocol for an e-Delphi consensus study. *Trials* 2021; **22**: 102.
- 46 Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL *et al*. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet Lond Engl* 2019; **394**: 1560–1579.
- 47 Palmateer N, Hamill V, Bergenstrom A, Bloomfield H, Gordon L, Stone J *et al*. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *Int J Drug Policy* 2022; **109**: 103872.
- 48 Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J *et al*. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; **358**: j4008.
- 49 Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I *et al*. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019; **366**: l4898.
- 50 Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M *et al*. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ* 2016; **355**: i4919.
- 51 Gierisch JM, Beadles C, Shapiro A, McDuffie JR, Cunningham N, Bradford D *et al*. Newcastle–Ottawa scale coding manual for cohort studies. In: *Health Disparities in Quality Indicators of Healthcare Among Adults with Mental Illness [Internet]*. Department of Veterans Affairs (US), 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299087/> (accessed 19 Jan2024).
- 52 Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J *et al*. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 401–406.
- 53 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D *et al*. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence--imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 1283–1293.
- 54 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M *et al*. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence--inconsistency. *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 1294–1302.
- 55 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M *et al*. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence--indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 1303–1310.
- 56 Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J *et al*. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence--publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 1277–1282.
- 57 Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P *et al*. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011; **64**: 407–415.
- 58 Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-É, Poulin G, Selby P, Fischer B *et al*. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *Can Med Assoc J* 2018; **190**: E247–E257.
- 59 Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y *et al*. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to Recommendations: the significance and presentation of Recommendations. *J Clin Epidemiol* 2013; **66**: 719–725.
- 60 Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA *et al*. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to Recommendation-determinants of a Recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013; **66**: 726–735.
- 61 Brouwers MC, Spithoff K, Kerkvliet K, Alonso-Coello P, Burgers J, Cluzeau F *et al*. Development and Validation of a Tool to Assess the Quality of Clinical Practice Guideline Recommendations. *JAMA Netw Open* 2020; **3**: e205535.
- 62 Field MJ, Lohr KN. A Provisional Instrument for Assessing Clinical Practice Guidelines. In: *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. National Academies Press (US), 1992 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234505/> (accessed 17 Apr2024).
- 63 Health Canada. Opioid use disorder and treatment. 2023. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioids-use-disorder-treatment.html> (accessed 19 Jan2024).
- 64 Health Canada. Government of Canada approves new treatment options for opioid use disorder and supports research, treatment and harm reduction projects in Ontario. 2019. <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2019/05/government-of-canada-approves-new-treatment-options-for-opioid-use-disorder-and-supports-research-treatment-and-harm-reduction-projects-in-ontario.html> (accessed 19 Jan2024).
- 65 Priest KC, Gorfinkel L, Klimas J, Jones AA, Fairbairn N, McCarty D. Comparing Canadian and United States opioid agonist therapy policies. *Int J Drug Policy* 2019; **74**: 257–265.

- 66 Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology. *Pain Physician* 2008; **11**: S133-153.
- 67 Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, Lyman DR, Montejano LB, Dougherty RH *et al*. Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatr Serv Wash DC* 2014; **65**: 146-157.
- 68 Thomas CP, Fullerton CA, Kim M, Montejano L, Lyman DR, Dougherty RH *et al*. Medication-assisted treatment with buprenorphine: assessing the evidence. *Psychiatr Serv Wash DC* 2014; **65**: 158-170.
- 69 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; **2009**: CD002209.
- 70 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; **2014**: CD002207.
- 71 Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addict Abingdon Engl* 2009; **104**: 1356-1362.
- 72 Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M *et al*. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addict Abingdon Engl* 2011; **106**: 32-51.
- 73 Evans E, Li L, Min J, Huang D, Urada D, Liu L *et al*. Mortality among individuals accessing pharmacological treatment for opioid dependence in California, 2006-10. *Addict Abingdon Engl* 2015; **110**: 996-1005.
- 74 Gibson A, Degenhardt L, Mattick RP, Ali R, White J, O'Brien S. Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addict Abingdon Engl* 2008; **103**: 462-468.
- 75 Pierce M, Bird SM, Hickman M, Marsden J, Dunn G, Jones A *et al*. Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: a national cohort study in England. *Addict Abingdon Engl* 2016; **111**: 298-308.
- 76 Schwartz RP, Gryczynski J, O'Grady KE, Sharfstein JM, Warren G, Olsen Y *et al*. Opioid agonist treatments and heroin overdose deaths in Baltimore, Maryland, 1995-2009. *Am J Public Health* 2013; **103**: 917-922.
- 77 Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L *et al*. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017; **357**: j1550.
- 78 Webster LR, Cochella S, Dasgupta N, Fakata KL, Fine PG, Fishman SM *et al*. An analysis of the root causes for opioid-related overdose deaths in the United States. *Pain Med Malden Mass* 2011; **12 Suppl 2**: S26-35.
- 79 White M, Burton R, Darke S, Eastwood B, Knight J, Millar T *et al*. Fatal opioid poisoning: a counterfactual model to estimate the preventive effect of treatment for opioid use disorder in England. *Addict Abingdon Engl* 2015; **110**: 1321-1329.
- 80 Wikner BN, Öhman I, Seldén T, Druid H, Brandt L, Kieler H. Opioid-related mortality and filled prescriptions for buprenorphine and methadone. *Drug Alcohol Rev* 2014; **33**: 491-498.
- 81 MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V *et al*. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy* 2014; **25**: 34-52.
- 82 World Health Organization. Web Annex A. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 23rd List, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24 – 28 April 2023. Geneva, 2023 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02> (accessed 20 Jan 2024).
- 83 Shastry S, Nobel I, Allen LR, Richardson LD, Vidal K, Manini AF. Prior use of medications for opioid use disorder in ED patients with opioid overdose: prevalence, misuse and overdose severity. *Am J Emerg Med* 2022; **51**: 114-118.
- 84 Samples H, Nowels MA, Williams AR, Olfson M, Crystal S. Buprenorphine After Nonfatal Opioid Overdose: Reduced Mortality Risk in Medicare Disability Beneficiaries. *Am J Prev Med* 2023; **65**: 19-29.
- 85 Heikkinen M, Taipale H, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, Lähteenvuo M, Tiihonen J. Real-world effectiveness of pharmacological treatments of opioid use disorder in a national cohort. *Addict Abingdon Engl* 2022; **117**: 1683-1691.
- 86 Wakeman SE, Larochelle MR, Ameli O, Chaisson CE, McPheeters JT, Crown WH *et al*. Comparative Effectiveness of Different Treatment Pathways for Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open* 2020; **3**: e1920622.
- 87 Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B *et al*. Opioid use disorder in primary care: PEER umbrella systematic review of systematic reviews. *Can Fam Physician Med Fam Can* 2019; **65**: e194-e206.
- 88 Nielsen S, Tse WC, Larance B. Opioid agonist treatment for people who are dependent on pharmaceutical opioids. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; **9**: CD011117.
- 89 Lim J, Farhat I, Douros A, Panagiotoglou D. Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2022; **17**: e0266142.
- 90 Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E *et al*. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. *Lancet Psychiatry* 2023; **10**: 386-402.
- 91 Klimas J, Hamilton M-A, Gorfinkel L, Adam A, Cullen W, Wood E. Retention in opioid agonist treatment: a rapid review and meta-analysis comparing observational studies and randomized controlled trials. *Syst Rev* 2021; **10**: 216.
- 92 Hassan AN, Bozinoff N, Jutras-Aswad D, Socias ME, Stewart SH, Lim R *et al*. Patient Satisfaction With Standard Methadone and Flexible Buprenorphine/Naloxone Models of Care: Résultats From a Pragmatic Randomized Controlled Clinical Trial. *J Addict Med* 2023; **17**: e49-e56.
- 93 Korthuis PT, King C, Cook RR, Khuyen TT, Kunkel LE, Bart G *et al*. HIV clinic-based buprenorphine plus naloxone versus referral for methadone maintenance therapy for treatment of opioid use disorder in HIV clinics in Vietnam (BRAVO): an open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet HIV* 2021; **8**: e67-e76.
- 94 Kelty E, Hulse G. Rates of Hospital and Emergency Department Attendances in Opiate-dependent Patients Treated With Implant Naltrexone, Methadone, or Buprenorphine. *Addict Disord Their Treat* 2017; **16**: 39.
- 95 Pérez V, Hidalgo MJ, Martínez M, Orozco D, Giron M. Adherence, abstinence and quality of life in patients with heroin dependence receiving methadone or buprenorphine-naloxone replacement therapy. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2019; **21**: 21-29.
- 96 Domzaridou E, Carr MJ, Webb RT, Millar T, Ashcroft DM. Non-fatal overdose risk during and after opioid agonist treatment: A primary care cohort study with linked hospitalisation and mortality records. *Lancet Reg Health Eur* 2022; **22**: 100489.

- 97 Kessler SH, Schwarz ES, Liss DB. Methadone vs. Buprenorphine for In-Hospital Initiation: Which Is Better for Outpatient Care Retention in Patients with Opioid Use Disorder? *J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol* 2022; **18**: 11–18.
- 98 Wyse JJ, McGinnis KA, Edelman EJ, Gordon AJ, Manhapra A, Fiellin DA *et al.* Twelve-Month Retention in Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder Among Patients With and Without HIV. *AIDS Behav* 2022; **26**: 975–985.
- 99 Kurz M, Min JE, Dale LM, Nosyk B. Assessing the determinants of completing OAT induction and long-term retention: A population-based study in British Columbia, Canada. *J Subst Abuse Treat* 2022; **133**: 108647.
- 100 Zhang P, Tossone K, Ashmead R, Bickert T, Bailey E, Doogan NJ *et al.* Examining differences in retention on medication for opioid use disorder: An analysis of Ohio Medicaid data. *J Subst Abuse Treat* 2022; **136**: 108686.
- 101 Chalabianloo F, Ohldieck C, Haaland ØA, Fadnes LT, Johansson KA. Effectiveness and Safety of Low-Threshold Opioid-Agonist Treatment in Hard-To-Reach Populations with Opioid Dependence. *Eur Addict Res* 2022; **28**: 199–209.
- 102 Gomes T, McCormack D, Bozinoff N, Tadrous M, Antoniou T, Munro C *et al.* Duration of use and outcomes among people with opioid use disorder initiating methadone and buprenorphine in Ontario: a population-based propensity-score matched cohort study. *Addict Abingdon Engl* 2022; **117**: 1972–1981.
- 103 Sadek J, Saunders J. Treatment retention in opioid agonist therapy: Comparateur of methadone versus buprenorphine/naloxone by analysis of daily-witnessed dispensed medication in a Canadian Province. *BMC Psychiatry* 2022; **22**: 516.
- 104 Paul LA, Bayoumi AM, Chen C, Kocovska E, Smith BT, Raboud JM *et al.* Evaluation of the gap in delivery of opioid agonist therapy among individuals with opioid-related health problems: a population-based retrospective cohort study. *Addict Abingdon Engl* 2023; **118**: 686–697.
- 105 Yazdani K, Dolguikh K, Ye M, Trigg J, Joe R, Emerson SD *et al.* Characterizing opioid agonist therapy uptake and factors associated with treatment retention among people with HIV in British Columbia, Canada. *Prev Med Rep* 2023; **35**: 102305.
- 106 Bakouni H, McAnulty C, Tatar O, Socias ME, Le Foll B, Lim R *et al.* Associations of methadone and buprenorphine-naloxone doses with unregulated opioid use, treatment retention, and adverse events in prescription-type opioid use disorders: Exploratory analyses of the OPTIMA study. *Am J Addict* 2023; **32**: 469–478.
- 107 Farnum SO, Makarenko I, Madden L, Mazhnaya A, Marcus R, Prokhorova T *et al.* The real-world impact of dosing of methadone and buprenorphine in retention on opioid agonist therapies in Ukraine. *Addict Abingdon Engl* 2021; **116**: 83–93.
- 108 Morgan JR, Walley AY, Murphy SM, Chatterjee A, Hadland SE, Barocas J *et al.* Characterizing initiation, use, and discontinuation of extended-release buprenorphine in a nationally representative United States commercially insured cohort. *Drug Alcohol Depend* 2021; **225**: 108764.
- 109 Krebs E, Homayra F, Min JE, MacDonald S, Gold L, Carter C *et al.* Characterizing opioid agonist treatment discontinuation trends in British Columbia, Canada, 2012–2018. *Drug Alcohol Depend* 2021; **225**: 108799.
- 110 Hser Y-I, Huang D, Saxon AJ, Woody G, Moskowitz AL, Matthews AG *et al.* Distinctive Trajectories of Opioid Use Over an Extended Follow-up of Patients in a Multisite Trial on Buprenorphine+Naloxone and Methadone. *J Addict Med* 2017; **11**: 63–69.
- 111 Robertson AG, Easter MM, Lin H-J, Frisman LK, Swanson JW, Swartz MS. Associations between pharmacotherapy for opioid dependence and clinical and criminal justice outcomes among adults with co-occurring serious mental illness. *J Subst Abuse Treat* 2018; **86**: 17–25.
- 112 Kinsky S, Houck PR, Mayes K, Loveland D, Daley D, Schuster JM. A Comparateur of adherence, outcomes, and costs among opioid use disorder Medicaid patients treated with buprenorphine and methadone: A view from the payer perspective. *J Subst Abuse Treat* 2019; **104**: 15–21.
- 113 Evans EA, Zhu Y, Yoo C, Huang D, Hser Y-I. Criminal justice outcomes over 5 years after randomization to buprenorphine-naloxone or methadone treatment for opioid use disorder. *Addict Abingdon Engl* 2019; **114**: 1396–1404.
- 114 Jutras-Aswad D, Le Foll B, Ahamad K, Lim R, Bruneau J, Fischer B *et al.* Flexible Buprenorphine/Naloxone Model of Care for Reducing Opioid Use in Individuals With Prescription-Type Opioid Use Disorder: An Open-Label, Pragmatic, Noninferiority Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2022; **179**: 726–739.
- 115 Maquod F, Fabio G, Ciliero N, Antonacci M, Mastrangelo F, Sammaruco G *et al.* Multicenter Observational/Exploratory Study Addressed to the Evaluation of the Effectiveness and Safety of Pharmacological Therapy in Opioid-Dependent Patients in Maintenance Therapy in Southern Italy. *Pharmaceutics* 2022; **14**: 461.
- 116 Finan PH, Mun CJ, Epstein DH, Kowalczyk WJ, Phillips KA, Agage D *et al.* Multimodal assessment of sleep in men and women during treatment for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2020; **207**: 107698.
- 117 Heidebrecht F, MacLeod MB, Dawkins L. Predictors of heroin abstinence in opiate substitution therapy in heroin-only users and dual users of heroin and crack. *Addict Behav* 2018; **77**: 210–216.
- 118 Health Canada. Adverse Reaction Database. 2009. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medeffect-canada/adverse-reaction-database.html> (accessed 21 Jan2024).
- 119 Domzaridou E, Carr MJ, Millar T, Webb RT, Ashcroft DM. Non-fatal overdose risk associated with prescribing opioid agonists concurrently with other medication: Cohort study conducted using linked primary care, secondary care and mortality records. *Addict Abingdon Engl* 2023; **118**: 2374–2383.
- 120 Raji MA, Priyadarshni S, Yu X, Digbeu B, Kuo Y-F. Association of Medication-Assisted Therapy with New Onset of Cardiac Arrhythmia in Patients Diagnosed with Opioid Use Disorders. *Am J Med* 2022; **135**: 864–870.e3.
- 121 McAnulty C, Bastien G, Eugenia Socias M, Bruneau J, Foll BL, Lim R *et al.* Buprenorphine/naloxone and methadone effectiveness for reducing craving in individuals with prescription opioid use disorder: Exploratory Résultats from an open-label, pragmatic randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2022; **239**: 109604.
- 122 Kheradmand A, Fazeli A, Mazaheri Meybodi A. Comparing the Effects of Methadone, Buprenorphine, and Opium Tincture Maintenance Therapy on Sexual Function. *Addict Health* 2019; **11**: 120–128.
- 123 Fazeli A, Pourmahmodian M. A Comparative Study of Maintenance Therapy Effects of Methadone, Buprenorphine and Opium Tincture on Sleep Status of Outpatients Referring to Addiction Treatment Centers in Tehran: a Prospective Study. .
- 124 Bahji A, Cheng B, Gray S, Stuart H. Reduction in mortality risk with opioid agonist therapy: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2019; **140**: 313–339.
- 125 Ma J, Bao Y-P, Wang R-J, Su M-F, Liu M-X, Li J-Q *et al.* Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2019; **24**: 1868–1883.
- 126 Santo T, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L *et al.* Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; **78**: 979–993.

- 127 Steer CD, Macleod J, Tilling K, Lim AG, Marsden J, Millar T *et al*. The impact of opiate substitution treatment on mortality risk in drug addicts: a natural experiment study. NIHR Journals Library: Southampton (UK), 2019 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536756/> (accessed 21 Jan2024).
- 128 Gottlieb DJ, Shiner B, Hoyt JE, Riblet NB, Peltzman T, Teja N *et al*. A Comparison of mortality rates for buprenorphine versus methadone treatments for opioid use disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2023; **147**: 6–15.
- 129 McAuley A, Fraser R, Glancy M, Yeung A, Jones HE, Vickerman P *et al*. Mortality among individuals prescribed opioid-agonist therapy in Scotland, UK, 2011–20: a national retrospective cohort study. *Lancet Public Health* 2023; **8**: e484–e493.
- 130 Larney S, Jones NR, Hickman M, Nielsen S, Ali R, Degenhardt L. Does opioid agonist treatment reduce overdose mortality risk in people who are older or have physical comorbidities? Cohort study using linked administrative health data in New South Wales, Australia, 2002–17. *Addict Abingdon Engl* 2023; **118**: 1527–1539.
- 131 Kelty E, Hulse G, Joyce D. A Comparison of blood toxicology in fatalities involving alcohol and other drugs in patients with an opioid use disorder treated with methadone, buprenorphine, and implant naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2020; **46**: 241–250.
- 132 Hickman M, Steer C, Tilling K, Lim AG, Marsden J, Millar T *et al*. The impact of buprenorphine and methadone on mortality: a primary care cohort study in the United Kingdom. *Addict Abingdon Engl* 2018; **113**: 1461–1476.
- 133 Bech AB, Clausen T, Waal H, Šaltytė Benth J, Skeie I. Mortality and causes of death among patients with opioid use disorder receiving opioid agonist treatment: a national register study. *BMC Health Serv Res* 2019; **19**: 440.
- 134 Enns B, Krebs E, Whitehurst DGT, Jutras-Aswad D, Le Foll B, Socias ME *et al*. Cost-effectiveness of flexible take-home buprenorphine-naloxone versus methadone for treatment of prescription-type opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2023; **247**: 109893.
- 135 Reimer J, Vogelmann T, Trümper D, Scherbaum N. Opioid use disorder in Germany: healthcare costs of patients in opioid maintenance treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2019; **14**: 57.
- 136 Salinsky LM, Merritt CR, Zamora JC, Giacomini JL, Anastasio NC, Cunningham KA. μ -opioid receptor agonists and psychedelics: pharmacological opportunities and challenges. *Front Pharmacol* 2023; **14**: 1239159.
- 137 Ferri M, Minozzi S, Bo A, Amato L. Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; : CD009879.
- 138 Mitchell TB, White JM, Somogyi AA, Bochner F. Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover Comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence. *Addict Abingdon Engl* 2004; **99**. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00764.x.
- 139 Eder H, Jagsch R, Kraigher D, Primorac A, Ebner N, Fischer G. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addict Abingdon Engl* 2005; **100**: 1101–1109.
- 140 Kraigher D, Jagsch R, Gombas W, Ortner R, Eder H, Primorac A *et al*. Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *Eur Addict Res* 2005; **11**: 145–151.
- 141 Kastelic A, Dubajic G, Strbad E. Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. *Addict Abingdon Engl* 2008; **103**: 1837–1846.
- 142 Klimas J, Gorfinkel L, Giacomuzzi SM, Ruckes C, Socias ME, Fairbairn N *et al*. Slow release oral morphine versus methadone for the treatment of opioid use disorder. *BMJ Open* 2019; **9**: e025799.
- 143 Bertin C, Bezin J, Chenaf C, Delorme J, Kerckhove N, Pariente A *et al*. Oral Morphine as an Alternative Substitution Treatment for Opioid Use Disorder, a Rare but Non-risk-free Use. *Front Psychiatry* 2022; **13**: 893590.
- 144 Brothers TD, Fraser J, MacAdam E, Morgan B, Webster D. Uptake of slow-release oral morphine as opioid agonist treatment among hospitalised patients with opioid use disorder. *Drug Alcohol Rev* 2022; **41**: 430–434.
- 145 Bertin C, Delorme J, Riquelme M, Peyrière H, Brousse G, Eschalier A *et al*. Risk assessment of using off-label morphine sulfate in a population-based retrospective cohort of opioid-dependent patients. *Br J Clin Pharmacol* 2020; **86**: 2338–2348.
- 146 Beck T, Haasen C, Verthein U, Walcher S, Schuler C, Backmund M *et al*. Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non-inferiority study versus methadone. *Addict Abingdon Engl* 2014; **109**: 617–626.
- 147 Health Canada. Drug product database - Methadone product monograph. <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/info?lang=eng&code=98568> (accessed 19 Apr2024).
- 148 Health Canada. Drug product database - Suboxone product monograph. <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/info?lang=eng&code=78105> (accessed 19 Apr2024).
- 149 Weimer MB, Herring AA, Kawasaki SS, Meyer M, Kleykamp BA, Ramsey KS. ASAM Clinical Considerations: Buprenorphine Treatment of Opioid Use Disorder for Individuals Using High-potency Synthetic Opioids. *J Addict Med* 2023; **17**: 632.
- 150 Health Canada. Drug product database - Morphine sulfate product monograph. <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/info?lang=eng&code=7421> (accessed 19 Apr2024).
- 151 Kosten TR, Baxter LE. Review article: Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *Am J Addict* 2019; **28**: 55–62.
- 152 Farrell M. Opiate withdrawal. *Addiction* 1994; **89**: 1471–1475.
- 153 Pergolizzi Jr JV, Raffa RB, Rosenblatt MH. Opioid withdrawal symptoms, a consequence of chronic opioid use and opioid use disorder: Current understanding and approaches to management. *J Clin Pharm Ther* 2020; **45**: 892–903.
- 154 Kesten JM, Holder E, Ayres R, Ellis P, Taylor S, Hickman M *et al*. Changes in the development of opioid tolerance on re-exposure among people who use heroin: A qualitative study. *PLOS ONE* 2022; **17**: e0269379.
- 155 Kosten TR, George TP. The Neurobiology of Opioid Dependence: Implications for Treatment. *Sci Pract Perspect* 2002; **1**: 13–20.
- 156 Kakko J, Alho H, Baldacchino A, Molina R, Nava FA, Shaya G. Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice. *Front Psychiatry* 2019; **10**. doi:10.3389/fpsy.2019.00592.
- 157 Koob GF. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacol Rev* 2021; **73**: 163–201.
- 158 Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; **3**: 760–773.
- 159 Darke S, Larney S, Farrell M. Yes, people can die from opiate withdrawal. *Addiction* 2017; **112**: 199–200.
- 160 Tuten M, DeFulio A, Jones HE, Stitzer M. Abstinence-contingent recovery housing and reinforcement-based treatment following opioid detoxification. *Addict Abingdon Engl* 2012; **107**: 973–982.
- 161 Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J *et al*. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addict Abingdon Engl* 2010; **105**: 1545–1554.

- 162 Wright NMJ, Sheard L, Adams CE, Rushforth BJ, Harrison W, Bound N *et al.* Comparateur of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2011; **61**: e772-780.
- 163 Stein M, Herman D, Conti M, Anderson B, Bailey G. Initiating buprenorphine treatment for opioid use disorder during short-term in-patient 'detoxification': a randomized clinical trial. *Addiction* 2020; **115**: 82-94.
- 164 Schwartz RP, Kelly SM, Mitchell SG, O'Grady KE, Duren T, Sharma A *et al.* Randomized trial of methadone treatment of arrestees: 24-month post-release outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2021; **218**: 108392.
- 165 Brinkley-Rubinstein L, McKenzie M, Macmadu A, Larney S, Zaller N, Dauria E *et al.* A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release. *Drug Alcohol Depend* 2018; **184**: 57-63.
- 166 Shafti SS. Methadone Contrasted with Acetaminophen Codeine Plus Clonidine: An Inpatient Pilot Study. *Curr Psychopharmacol* 2022; **11**: 43-49.
- 167 Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S *et al.* Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ* 2003; **326**: 959-960.
- 168 Seaman SR, Brettell RP, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ* 1998; **316**: 426-428.
- 169 Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ferroni E, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **2013**: CD003409.
- 170 Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, Moore BA, Barry DT, O'Connor PG. Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2014; **174**: 1947-1954.
- 171 Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha₂-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; **2016**: CD002024.
- 172 Kleber HD, Riordan CE, Rounsaville B, Kosten T, Charney D, Gaspari J *et al.* Clonidine in Outpatient Detoxification From Methadone Maintenance. *Arch Gen Psychiatry* 1985; **42**: 391-394.
- 173 Gowing L, Ali R, White JM, Mbewe D. Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **2017**. doi:10.1002/14651858.cd002025.pub5.
- 174 Stella L, D'Ambra C, Di Donato L, Infantinon R, Boccella S, Mirto BF *et al.* Buprenorphine for opioid withdrawal syndrome management: Comparateur of different dose-tapering protocols. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2021; **23**: 51-57.
- 175 Bozinoff N, Men S, Kurdyak P, Selby P, Gomes T. Prescribing Characteristics Associated With Opioid Overdose Following Buprenorphine Taper. *JAMA Netw Open* 2022; **5**: e2234168.
- 176 Lu Q, Zou X, Liu Y, Gong C, Ling L. Dose Tapering Strategy for Heroin Abstinence among Methadone Maintenance Treatment Participants: Evidence from A Retrospective Study in Guangdong, China. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **16**: 2800.
- 177 Dole VP, Nyswander ME. Methadone maintenance treatment. A ten-year perspective. *JAMA* 1976; **235**: 2117-2119.
- 178 Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders, Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards*. National Academies Press (US): Washington (DC), 2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305126/> (accessed 18 Apr2024).
- 179 Rice D, Corace K, Wolfe D, Esmaeilisaraji L, Michaud A, Grima A *et al.* Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. *PLoS One* 2020; **15**: e0244401.
- 180 Hodgins DC, Budd M, Czukar G, Dubreucq S, Jackson LA, Rush B *et al.* Treatment of Opioid Use Disorder in Canadian Psychosocial Addiction Programs: A National Survey of Policy, Attitudes, and Practice. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2022; **67**: 638-647.
- 181 Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; : CD004147.
- 182 Moore BA, Barry DT, Sullivan LE, O'Connor PG, Cutter CJ, Schottenfeld RS *et al.* Counseling and directly observed medication for primary care buprenorphine maintenance: a pilot study. *J Addict Med* 2012; **6**: 205-211.
- 183 Moore BA, Fazzino T, Barry DT, Fiellin DA, Cutter CJ, Schottenfeld RS *et al.* The Recovery Line: A pilot trial of automated, telephone-based treatment for continued drug use in methadone maintenance. *J Subst Abuse Treat* 2013; **45**: 63-69.
- 184 Ling W, Hillhouse M, Ang A, Jenkins J, Fahey J. Comparateur of behavioral treatment conditions in buprenorphine maintenance. *Addict Abingdon Engl* 2013; **108**: 1788-1798.
- 185 Fiellin DA, Barry DT, Sullivan LE, Cutter CJ, Moore BA, O'Connor PG *et al.* A randomized trial of cognitive behavioral therapy in primary care-based buprenorphine. *Am J Med* 2013; **126**: 74.e11-17.
- 186 Hser Y-I, Li J, Jiang H, Zhang R, Du J, Zhang C *et al.* Effects of a randomized contingency management intervention on opiate abstinence and retention in methadone maintenance treatment in China. *Addict Abingdon Engl* 2011; **106**: 1801-1809.
- 187 Chen W, Hong Y, Zou X, McLaughlin MM, Xia Y, Ling L. Effectiveness of prize-based contingency management in a methadone maintenance program in China. *Drug Alcohol Depend* 2013; **133**: 270-274.
- 188 Gerra G, Saenz E, Busse A, Maremmanni I, Ciccocioppo R, Zaimovic A *et al.* Supervised daily consumption, contingent take-home incentive and non-contingent take-home in methadone maintenance. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; **35**: 483-489.
- 189 Gu J, Lau JTF, Xu H, Zhong Y, Hao Y, Zhao Y *et al.* A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of the addition of a psycho-social intervention to standard-of-care services in reducing attrition and improving attendance among first-time users of methadone maintenance treatment in China. *AIDS Behav* 2013; **17**: 2002-2010.
- 190 Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H *et al.* The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Résultats from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; **51**: 1137-1148.
- 191 Liu C, Li Y. Psychosocial combined with methadone maintenance treatments versus methadone maintenance treatments alone for treatment of opioid use disorder: A meta-analysis. *J Addict Dis* 2024; **42**: 126-135.
- 192 Taştekin N, Ünübol B, Yazıcı M. Clinical and Cognitive Effects of Computer Assisted Cognitive Remediation Method in Turkish Men with Opioid Use Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Subst Use Misuse* 2022; **57**: 1973-1981.
- 193 Day E, Copello A, Seddon JL, Christie M, Bamber D, Powell C *et al.* A pilot feasibility randomised controlled trial of an adjunct brief social network intervention in opiate substitution treatment services. *BMC Psychiatry* 2018; **18**: 8.

- 194 Carlyle M, Rockliff H, Edwards R, Ene C, Karl A, Marsh B *et al.* Investigating the Feasibility of Brief Compassion Focused Therapy in Individuals in Treatment for Opioid Use Disorder. *Subst Abuse Res Treat* 2019; **13**: 1178221819836726.
- 195 Rezapour T, Hatami J, Farhoudian A, Sofuoglu M, Noroozi A, Daneshmand R *et al.* Cognitive rehabilitation for individuals with opioid use disorder: A randomized controlled trial. *Neuropsychol Rehabil* 2019; **29**: 1273–1289.
- 196 Moore BA, Buono FD, Lloyd DP, Printz DMB, Fiellin DA, Barry DT. A randomized clinical trial of the Recovery Line among methadone treatment patients with ongoing illicit drug use. *J Subst Abuse Treat* 2019; **97**: 68–74.
- 197 Shi JM, Henry SP, Dwy SL, Oraziotti SA, Carroll KM. Randomized pilot trial of Web-based cognitive-behavioral therapy adapted for use in office-based buprenorphine maintenance. *Subst Abuse* 2019; **40**: 132–135.
- 198 Marsden J, Stillwell G, James K, Shearer J, Byford S, Hellier J *et al.* Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019; **6**: 391–402.
- 199 Kidorf M, Brooner RK, Leoutsakos J-M, Peirce J. Treatment initiation strategies for syringe exchange referrals to methadone maintenance: A randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2018; **187**: 343–350.
- 200 Elarabi HF, Al Ghaferi H, Hasan N, Lee AJ, Shawky M, Al Kathiri H *et al.* Exploratory Economic Evaluation of Buprenorphine Treatment in Opioid Use Disorder. *J Ment Health Policy Econ* 2021; **24**: 89–95.
- 201 Liu P, Song R, Zhang Y, Liu C, Cai B, Liu X *et al.* Educational and Behavioral Counseling in a Methadone Maintenance Treatment Program in China: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry* 2018; **9**: 113.
- 202 Fan X, Zhang X, Xu H, Yang F, Lau JTF, Hao C *et al.* Effectiveness of a Psycho-Social Intervention Aimed at Reducing Attrition at Methadone Maintenance Treatment Clinics: A Propensity Score Matching Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **16**: 4337.
- 203 Manhapra A, Agbese E, Leslie DL, Rosenheck RA. Three-Year Retention in Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder Among Privately Insured Adults. *Psychiatr Serv Wash DC* 2018; **69**: 768–776.
- 204 Samples H, Williams AR, Crystal S, Olfson M. Psychosocial and behavioral therapy in conjunction with medication for opioid use disorder: Patterns, predictors, and association with buprenorphine treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2022; **139**: 108774.
- 205 Ainscough TS, McNeill A, Strang J, Calder R, Brose LS. Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2017; **178**: 318–339.
- 206 Elarabi HF, Shawky M, Mustafa N, Radwan D, Elarasheed A, Yousif Ali A *et al.* Effectiveness of incentivised adherence and abstinence monitoring in buprenorphine maintenance: a pragmatic, randomised controlled trial. *Addiction* 2021; **116**: 2398–2408.
- 207 Amini-Lari M, Alammehjerdi Z, Ameli F, Joulaei H, Daneshmand R, Faramarzi H *et al.* Cognitive-Behavioral Therapy for Opiate Users in Methadone Treatment: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2017; **11**. doi:10.5812/ijpbs.9302.
- 208 Yaghubi M, Zargar F, Akbari H. Comparing Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention with Treatment as Usual on Impulsivity and Relapse for Methadone-Treated Patients: A Randomized Clinical Trial. ; **9**.
- 209 Shearer J, Metrebian N, Weaver T, Goldsmith K, Strang J, Pilling S *et al.* The Cost-Effectiveness of Financial Incentives to Achieve Heroin Abstinence in Individuals With Heroin Use Disorder Starting New Treatment Episodes: A Cluster Randomized Trial-Based Economic Evaluation. *Value Health* 2023; **26**: 658–665.
- 210 McHugh RK, Hilton BT, Chase AM, Griffin ML, Weiss RD. Do people with opioid use disorder and posttraumatic stress disorder benefit from doing Individual opioid Drug Counseling to buprenorphine? *Drug Alcohol Depend* 2021; **228**: 109084.
- 211 Velez FF, Colman S, Kauffman L, Ruetsch C, Anastassopoulos K, Maricich YA. Comparateur of Healthcare Resource Utilization Between Patients Who Engaged or Did Not Engage With a Prescription Digital Therapeutic for Opioid Use Disorder. *Clin Outcomes Res* 2021; **Volume 13**: 909–916.
- 212 Velez FF, Huang D, Mody L, Malone DC. Five-year budget impact of a prescription digital therapeutic for patients with opioid use disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2022; **22**: 599–607.
- 213 Kennedy AJ, McGinnis KA, Merlin JS, Edelman EJ, Gordon AJ, Korhuis PT *et al.* Impact of intensity of behavioral treatment, with or without medication treatment, for opioid use disorder on HIV outcomes in persons with HIV. *J Subst Abuse Treat* 2022; **132**: 108509.
- 214 Harm Reduction International. What is Harm Reduction? Harm Reduct. Int. <https://hri.global/what-is-harm-reduction/> (accessed 26 Jan2024).
- 215 Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M *et al.* Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J* 2017; **14**: 70.
- 216 Inciardi JA, Harrison LD. *Harm Reduction: National and International Perspectives*. SAGE Publications, 1999.
- 217 Lenton S, Single E. The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev* 1998; **17**: 213–220.
- 218 Health Canada. Canadian Drugs and Substances Strategy: Substance use services and supports. 2023. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy/substance-use-services-supports.html> (accessed 26 Jan2024).
- 219 Taylor JL, Johnson S, Cruz R, Gray JR, Schiff D, Bagley SM. Integrating Harm Reduction into Outpatient Opioid Use Disorder Treatment Settings. *J Gen Intern Med* 2021; **36**: 3810–3819.
- 220 Pade P, Fehling P, Collins S, Martin L. Opioid Overdose Prevention in a Residential Care Setting: Naloxone Education and Distribution. *Subst Abuse* 2017; **38**: 113–117.
- 221 Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006; **25**: 611–624.
- 222 Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy* 2015; **26**: S5–S11.
- 223 Jozaghi E, Reid AA, Andresen MA, Juneau A. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Ottawa, Canada. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; **9**: 31.
- 224 Iversen J, Wand H, Topp L, Kaldor J, Maher L. Extremely low and sustained HIV incidence among people who inject drugs in a setting of harm reduction. *AIDS* 2014; **28**: 275.
- 225 Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E *et al.* Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2014; **43**: 235–248.
- 226 Chimbar L, Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. *J Addict Nurs* 2018; **29**: 167–171.

- 227 Langham S, Wright A, Kenworthy J, Grieve R, Dunlop WCN. Cost-Effectiveness of Take-Home Naloxone for the Prevention of Overdose Fatalities among Heroin Users in the United Kingdom. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2018; **21**: 407–415.
- 228 Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intern Med* 2013; **158**: 1–9.
- 229 Rowan SE, Kamis KF, Beum R, Bryan K, Gawenus L, Colon Sanchez D et al. Viral Hepatitis and Human Immunodeficiency Virus Testing and Linkage to Care for Individuals Enrolled in an Opioid Treatment Program. *J Infect Dis* 2020; **222**: S384–S391.
- 230 Winhusen T, Wilder C, Lyons MS, Theobald J, Kropp F, Lewis D. Evaluation of a personally-tailored opioid overdose prevention education and naloxone distribution intervention to promote harm reduction and treatment readiness in individuals actively using illicit opioids. *Drug Alcohol Depend* 2020; **216**: 108265.
- 231 Dunn KE, Yopez-Laubach C, Nuzzo PA, Fingerhood M, Kelly A, Berman S et al. Randomized controlled trial of a computerized opioid overdose education intervention. *Drug Alcohol Depend* 2017; **173**: S39–S47.
- 232 Katzman JG, Takeda MY, Bhatt SR, Moya Balasch M, Greenberg N, Yonas H. An Innovative Model for Naloxone Use Within an OTP Setting: A Prospective Cohort Study. *J Addict Med* 2018; **12**: 113–118.
- 233 Katzman JG, Takeda MY, Greenberg N, Moya Balasch M, Alchbli A, Katzman WG et al. Association of Take-Home Naloxone and Opioid Overdose Reversals Performed by Patients in an Opioid Treatment Program. *JAMA Netw Open* 2020; **3**: e200117.
- 234 Kirby T, Connell R, Linneman T. Assessment of the impact of an opioid-specific education series on rates of medication-assisted treatment for opioid use disorder in veterans. *Am J Health Syst Pharm* 2021; **78**: 301–309.
- 235 Harris MT, Seliga RK, Fairbairn N, Nolan S, Walley AY, Weinstein ZM et al. Outcomes of Ottawa, Canada's Managed Opioid Program (MOP) where supervised injectable hydromorphone was paired with assisted housing. *Int J Drug Policy* 2021; **98**: 103400.
- 236 Heil SH, Melbostad HS, Matusiewicz AK, Rey CN, Badger GJ, Shepard DS et al. Efficacy and Cost-Benefit of Onsite Contraceptive Services With and Without Incentives Among Women With Opioid Use Disorder at High Risk for Unintended Pregnancy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2021; **78**: 1071.
- 237 Zarkin GA, Orme S, Dunlap LJ, Kelly SM, Mitchell SG, O'Grady KE et al. Cost and cost-effectiveness of interim methadone treatment and patient navigation initiated in jail. *Drug Alcohol Depend* 2020; **217**: 108292.
- 238 Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction* 2018; **113**: 545–563.
- 239 Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ et al. Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: A meta-analysis. *J Hepatol* 2020; **72**: 643–657.
- 240 Hochstatter KR, Gustafson Sr DH, Landucci G, Pe-Romashko K, Cody O, Maus A et al. Effect of an mHealth Intervention on Hepatitis C Testing Uptake Among People With Opioid Use Disorder: Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth UHealth* 2021; **9**: e23080.
- 241 Palmateer N, Hamill V, Bergenstrom A, Bloomfield H, Gordon L, Stone J et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *Int J Drug Policy* 2022; **109**: 103872.
- 242 Bigelow GE, Preston KL, Schmittner J, Dong Q, Gastfriend DR. Opioid Challenge Evaluation of Blockade by Extended-Release Naltrexone in Opioid-Abusing Adults: Dose-Effects and Time-Course. *Drug Alcohol Depend* 2012; **123**: 10.1016/j.drugalcdep.2011.10.018.
- 243 Gonzalez JP, Brogden RN. Naltrexone. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. *Drugs* 1988; **35**: 192–213.
- 244 Kleber HD, Kosten TR, Gaspari J, Topazian M. Nontolerance to the opioid antagonism of naltrexone. *Biol Psychiatry* 1985; **20**: 66–72.
- 245 Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011. doi:10.1002/14651858.CD001333.pub4.
- 246 Gibson AE, Degenhardt LJ. Mortality related to pharmacotherapies for opioid dependence: a comparative analysis of coronial records. *Drug Alcohol Rev* 2007; **26**: 405–410.
- 247 Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B et al. Opioid use disorder in primary care: PEER umbrella systematic review of systematic reviews. *Can Fam Physician Med Fam Can* 2019; **65**: e194–e206.
- 248 Bahji A, Carlone D, Altomare J. Acceptability and efficacy of naltrexone for criminal justice-involved individuals with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Addict Abingdon Engl* 2020; **115**: 1413–1425.
- 249 Hochheimer M, Unick GJ. Systematic review and meta-analysis of retention in treatment using medications for opioid use disorder by medication, race/ethnicity, and gender in the United States. *Addict Behav* 2022; **124**: 107113.
- 250 Zhang P, Tossone K, Ashmead R, Bickert T, Bailey E, Doogan NJ et al. Examining differences in retention on medication for opioid use disorder: An analysis of Ohio Medicaid data. *J Subst Abuse Treat* 2022; **136**: 108686.
- 251 Morgan JR, Schackman BR, Leff JA, Linas BP, Walley AY. Injectable naltrexone, oral naltrexone, and buprenorphine utilization and discontinuation among individuals treated for opioid use disorder in a United States commercially insured population. *J Subst Abuse Treat* 2018; **85**: 90–96.
- 252 Shouan A, Ghosh A, Singh SM, Basu D, Mattoo SK. Predictors of retention in the treatment for opioid dependence: A prospective, observational study from India. *Indian J Psychiatry* 2021; **63**: 355–365.
- 253 Mintz CM, Presnall NJ, Xu KY, Hartz SM, Sahrman JM, Bierut LJ et al. An examination between treatment type and treatment retention in persons with opioid and co-occurring alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2021; **226**: 108886.
- 254 Singh VV, Dhawan A, Chadda RK, Mishra AK, Sarkar S. A Prospective Three-Months Naturalistic Follow-Up Study of Outcomes of Patients with Opioid Dependence Discharged on Buprenorphine or Oral Naltrexone. *Indian J Psychol Med* 2023; **45**: 26–32.
- 255 Larochelle MR, Bernson D, Land T, Stopka TJ, Wang N, Xuan Z et al. Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality: A Cohort Study. *Ann Intern Med* 2018; **169**: 137–145.
- 256 Morgan JR, Schackman BR, Weinstein ZM, Walley AY, Linas BP. Overdose following initiation of naltrexone and buprenorphine medication treatment for opioid use disorder in a United States commercially insured cohort. *Drug Alcohol Depend* 2019; **200**: 34–39.
- 257 Kleber HD. Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues Clin Neurosci* 2007; **9**.

- 258 Ryan KS, Prewitt KC, Hayer S, Hedges MA, Benson AE, Lo JO. Opioid Use in Pregnancy: A Review. *Obstet Gynecol Surv* 2023; **78**: 35–49.
- 259 Health Canada. Neonatal abstinence syndrome in Canada: a descriptive analysis of hospitalization data. 2021. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/data-surveillance-research/neonatal-abstinence-syndrome-descriptive-analysis-hospitalization.html> (accessed 20 Jan2024).
- 260 Plouffe R, Grywacheski V, Luo W, Nelson C, Orpana H. Neonatal abstinence syndrome hospitalizations in Canada: a descriptive study. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique* 2023; **114**: 277–286.
- 261 Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; : CD006318.
- 262 Noormohammadi A, Forinash A, Yancey A, Crannage E, Campbell K, Shyken J. Buprenorphine versus methadone for Opioid Dependence in Pregnancy. *Ann Pharmacother* 2016; **50**: 666–672.
- 263 Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, O’Grady KE, Chisholm CA, Choo RE *et al*. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug Alcohol Depend* 2005; **79**: 1–10.
- 264 Zedler BK, Mann AL, Kim MM, Amick HR, Joyce AR, Murrelle EL *et al*. Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child. *Addict Abingdon Engl* 2016; **111**: 2115–2128.
- 265 Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; **11**: CD006318.
- 266 Kumar N, Rocha FG, Moustafa ASZ, Masten M, Bruder A, Parmar K *et al*. Impact of opioid maintenance treatment during pregnancy on neonatal birth weight and head circumference. *J Neonatal-Perinat Med* 2021; **14**: 475–484.
- 267 Perry BN, Vais S, Boateng JO, Jain M, Wachman EM, Saia KA. Buprenorphine-naloxone Versus Buprenorphine for Treatment of Opioid Use Disorder in Pregnancy. *J Addict Med* 2022; **16**: e399–e404.
- 268 Wachman EM, Saia K, Miller M, Valle E, Shrestha H, Carter G *et al*. Naltrexone Treatment for Pregnant Women With Opioid Use Disorder Compared With Matched Buprenorphine Control Subjects. *Clin Ther* 2019; **41**: 1681–1689.
- 269 Kinsella M, Capel Y, Nelson SM, Kearns RJ. Opioid substitution in pregnancy a narrative review: contemporary evidence for use of methadone and buprenorphine in pregnancy. *J Subst Use* 2022; : 1–6.
- 270 Kanervo MM, Tupola SJ, Nikkola EM, Rantakari KM, Kahila HK. Buprenorphine-naloxone, buprenorphine, and methadone throughout pregnancy in maternal opioid use disorder. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2023; **102**: 313–322.
- 271 Fernandez S, Bruni T, Bishop L, Turuba R, Olibris B, Jumah NA. Differences in hospital length of stay between neonates exposed to buprenorphine versus methadone in utero: A retrospective chart review. *Paediatr Child Health* 2019; **24**: e104–e110.
- 272 Staszewski CL, Garretto D, Garry ET, Ly V, Davis JA, Herrera KM. Comparateur of buprenorphine and methadone in the management of maternal opioid use disorder in full term pregnancies. *J Perinat Med* 2020; **48**: 677–680.
- 273 Suarez EA, Huybrechts KF, Straub L, Hernández-Díaz S, Jones HE, Connery HS *et al*. Buprenorphine versus Methadone for Opioid Use Disorder in Pregnancy. *N Engl J Med* 2022; **387**: 2033–2044.
- 274 Sujan A, Cleary E, Douglas E, Aujla R, Boyars L, Smith C *et al*. A retrospective, observational study on medication for opioid use disorder during pregnancy and risk for neonatal abstinence syndrome. *Fam Pract* 2022; **39**: 311–315.
- 275 Coulson CC, Lorencz E, Rittenhouse K, Ramage M, Lorenz K, Galvin SL. Association of Maternal Buprenorphine or Methadone Dose with Fetal Growth Indices and Neonatal Abstinence Syndrome. *Am J Perinatol* 2021; **38**: 28–36.
- 276 Brogly SB, Hernández-Díaz S, Regan E, Fadli E, Hahn KA, Werler MM. Neonatal Outcomes in a Medicaid Population With Opioid Dependence. *Am J Epidemiol* 2018; **187**: 1153–1161.
- 277 Hensley L, Sulo S, Kozmic S, Parilla BV. Opioid Addiction in Pregnancy: Does Depression Negatively Impact Adherence With Prenatal Care? *J Addict Med* 2018; **12**: 61–64.
- 278 Lemon LS, Caritis SN, Venkataramanan R, Platt RW, Bodnar LM. Methadone Versus Buprenorphine for Opioid Use Dependence and Risk of Neonatal Abstinence Syndrome: *Epidemiology* 2018; **29**: 261–268.
- 279 Lemon LS, Naimi A, Caritis SN, Platt RW, Venkataramanan R, Bodnar LM. The Role of Preterm Birth in the Association Between Opioid Maintenance Therapy and Neonatal Abstinence Syndrome. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2018; **32**: 213–222.
- 280 Knittel AK, Swartzwelder RA, Zarnick S, Tsujimoto TM, Horne T, Lin FC *et al*. Neonatal Outcomes after Medications for Opioid Use Disorder during Pregnancy in a State Women’s Prison Facility, 2016–2019. *J Addict Med* 2023; **17**: 587–591.
- 281 Wang S, Meador KJ, Pawasauskas J, Lewkowicz AK, Ward KE, Brothers TN *et al*. Comparative Safety Analysis of Opioid Agonist Treatment in Pregnant Women with Opioid Use Disorder: A Population-Based Study. *Drug Saf* 2023; **46**: 257–271.
- 282 Link HM, Jones H, Miller L, Kaltenbach K, Seligman N. Buprenorphine-naloxone use in pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020; **2**: 100179.
- 283 Mullins N, Galvin SL, Ramage M, Gannon M, Lorenz K, Sager B *et al*. Buprenorphine and Naloxone Versus Buprenorphine for Opioid Use Disorder in Pregnancy: A Cohort Study. *J Addict Med* 2020; **14**: 185–192.
- 284 Petrich M, Battin M, Walker E, Brown M, Abdelwahab M, Ma’ayeh M *et al*. Comparateur of neonatal outcomes in pregnant women undergoing medication-assisted treatment of opioid use disorder with methadone or buprenorphine/naloxone. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* 2022; **35**: 10481–10486.
- 285 Goshgarian G, Jawad R, O’Brien L, Muterspaugh R, Zikos D, Ezhuthachan S *et al*. Prenatal Buprenorphine/Naloxone or Methadone Use on Neonatal Outcomes in Michigan. *Cureus* 2022; **14**: e27790.
- 286 Piske M, Homayra F, Min JE, Zhou H, Marchand C, Mead A *et al*. Opioid Use Disorder and Perinatal Outcomes. *Pediatrics* 2021; **148**: e2021050279.
- 287 Towers CV, Katz E, Weitz B, Visconti K. Use of naltrexone in treating opioid use disorder in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2020; **222**: 83.e1–83.e8.
- 288 Krans EE, Bobby S, England M, Gedekoh RH, Chang JC, Maguire B *et al*. The Pregnancy Recovery Center: A women-centered treatment program for pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Addict Behav* 2018; **86**: 124–129.
- 289 Shiu JR, Ensom MHH. Dosing and Monitoring of Methadone in Pregnancy: Literature Review. *Can J Hosp Pharm* 2012; **65**. doi:10.4212/cjhp.v65i5.1176.
- 290 Towers CV, Terry P, Rackley B, Hennessy M, Visconti K. Fetal Outcomes with Detoxification from Opioid Drugs during Pregnancy: A Systematic Review. *Am J Perinatol* 2020; **37**: 679–688.

- 291 Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. 2014 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548731> (accessed 15 Mar2024).
- 292 Opioid- and stimulant-related harms in Canada. Gov. Can. 2022. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/> (accessed 15 Jan2024).
- 293 Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use. CCENDU Alert - Changes Related to COVID-19 in the Illegal Drug Supply and Access to Services, and Resulting Health Harms. 2020 <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-19-CCENDU-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-en.pdf> (accessed 15 Jan2024).
- 294 British Columbia Centre on Substance Use, BC Ministry of Health, Ministry of Mental Health and Addictions. Risk Mitigation in the Context of Dual Health Emergencies—Interim Clinical Guidance: Update. 2022 <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2022/02/Risk-Mitigation-Guidance-Update-February-2022.pdf> (accessed 15 Jan2024).
- 295 Ministry of Mental Health and Addictions Ministry of Health. Access to Prescribed Safer Supply in British Columbia: Policy Direction. 2021 https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/overdose-awareness/prescribed_safer_supply_in_bc.pdf (accessed 20 Dec2023).
- 296 The 'Safe Supply' Movement Aims to Curb Drug Deaths Linked to the Opioid Crisis. TIME. 2021. <https://time.com/6108812/drug-deaths-safe-supply-opioids/> (accessed 20 Dec2023).
- 297 Government of Canada. Safer supply. Gov. Can. 2021. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/responding-canada-opioid-crisis/safer-supply.html> (accessed 17 Jan2023).
- 298 Canadian Association of People who Use Drugs. Safe supply: Concept document. 2019. <https://vancouver.ca/files/cov/capud-safe-supply-concept-document.pdf>.
- 299 Class action lawsuit proposed against B.C. government over safe supply drug program - BC | Globalnews.ca. Glob. News. <https://globalnews.ca/news/10699432/class-action-lawsuit-bc-government-safe-supply-drug-program/> (accessed 29 Oct2024).
- 300 Caulkins JP. White Paper Providing an Economic Framework for Thinking Through Possible Effects of Prescribed Safer Supply (PSS). 2024. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/economic_framework_for_thinking_through_possible_effects_of_prescribed_safer_supply.pdf.
- 301 Zivo A. Addiction experts accuse minister of ignoring 'safer supply' diversion crisis | National Post. <https://nationalpost.com/opinion/addiction-experts-accuse-minister-of-ignoring-the-safer-supply-diversion-crisis> (accessed 29 Oct2024).
- 302 Walker L, Avant K. Discourse on concept analysis. *J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc* 2005; **23**: 11–12.
- 303 Do U, Larney S, Bruneau J. The role of prescribed medications as a safer alternative to toxic unregulated drug supply: A scoping review protocol. 2023. <https://osf.io/j37hm/> (accessed 15 Jan2024).
- 304 Bergeron A. The role of prescribed medications as a safer alternative to toxic unregulated drug supply. 2023. doi:10.5683/SP3/XZIL5U.
- 305 Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 2018; **169**: 467–473.
- 306 Health Canada. Fentanyl. 2018. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/controlled-illegal-drugs/fentanyl.html> (accessed 14 Feb2024).
- 307 National Institute of Drug Abuse. Fentanyl DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2021. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/fentanyl> (accessed 19 Jan2024).
- 308 Wilde M, Pichini S, Pacifici R, Tagliabracchi A, Busardò FP, Auwärter V *et al.* Metabolic Pathways and Potencies of New Fentanyl Analogs. *Front Pharmacol* 2019; **10**: 238.
- 309 Thakrar AP, Kleinman RA. Opioid withdrawal management in the fentanyl era. *Addiction* 2022; **117**: 2560–2561.
- 310 Britch SC, Walsh SL. Treatment of opioid overdose: current approaches and recent advances. *Psychopharmacology (Berl)* 2022; **239**: 2063–2081.
- 311 Socias ME, Wood E, Le Foll B, Lim R, Choi JC, Mok WY *et al.* Impact of fentanyl use on initiation and discontinuation of methadone and buprenorphine/naloxone among people with prescription-type opioid use disorder: secondary analysis of a Canadian treatment trial. *Addict Abingdon Engl* 2022; **117**: 2662–2672.
- 312 Pearce LA, Min JE, Piske M, Zhou H, Homayra F, Slaunwhite A *et al.* Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2020; : m772.
- 313 Weimer MB, Herring AA, Kawasaki SS, Meyer M, Kleykamp BA, Ramsey KS. ASAM Clinical Considerations: Buprenorphine Treatment of Opioid Use Disorder for Individuals Using High-potency Synthetic Opioids. *J Addict Med* 2023; **17**: 632.
- 314 Bromley L, Kahan M, Regenstreif L, Srivastava A, Wyman J. Methadone treatment for people who use fentanyl: Recommendations. 2021.
- 315 Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr, Bigelow GE. Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment-Seeking Opioid Abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; **54**: 71–80.
- 316 Tsui JI, Akosile MA, Lapham GT, Boudreau DM, Johnson EA, Bobb JF *et al.* Prevalence and Medication Treatment of Opioid Use Disorder Among Primary Care Patients with Hepatitis C and HIV. *J Gen Intern Med* 2021; **36**: 930–937.
- 317 Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P *et al.* Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* 2017; **5**: e1192–e1207.
- 318 Berger O, Rector K, Meredith J, Sebaaly J. Evaluation of drug-drug interactions in hospitalized patients on medications for OUD. *Ment Health Clin* 2021; **11**: 231–237.
- 319 Blehar MC, Spong C, Grady C, Goldkind SF, Sahin L, Clayton JA. Enrolling pregnant women: issues in clinical research. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health* 2013; **23**: e39–45.
- 320 Ethical Considerations for Including Women as Research Participants. *Pediatrics* 2016; **137**: e20153990.



crism.ca



ICRIS

Initiative Canadienne de Recherche sur
les Impacts des Substances psychoactives