

**Évaluation des besoins montréalais pour la mise en place
d'un programme de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes
basé sur l'injection (TAO injectable)**

Document réalisé par

Michel Perreault, PhD, Chercheur responsable
Léonie Archambault, MA, Coordonnatrice de recherche
Camille Blouin, Assistante de recherche

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Institut universitaire en santé mentale Douglas
(CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal)

En collaboration avec le Programme Cran
(CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal)

31 octobre 2017

Remerciements

Nous remercions les usagers de services ayant participé aux consultations.

Nous tenons aussi à remercier les membres du comité d'orientation et les informateurs clés :

Madame Sophie Alarie

Madame Marie-Josée Audet

Dre Suzanne Brissette

Monsieur Martin Camiré

Madame Céline Côté

Monsieur Matthieu Davoine-Tousignant

Madame Andrea D'Elia

Dre Marie-Ève Goyer

Madame Karine Hudon

Madame Louise Laforest

Dr Sidney Maynard

Madame Lise Poirier

Madame Élane Polflit

Monsieur Nicolas Quijano

Madame Léa-Frédérique Rainville

Madame Valérie Ramka

Monsieur Pascal Scheeberger

Madame Claire Thiboutot

Dre Anne-Sophie Thommeret

Cette étude a été réalisée grâce au soutien de :



Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ENCADRÉS	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 – MÉTHODOLOGIE.....	7
1.1 COMITÉ DE TRAVAIL.....	7
1.2 SURVOL DES ÉCRITS SUR LES PRATIQUES COURANTES DE TAO INJECTABLE.....	7
1.3 INFORMATIONS RECUEILLIES AUPRÈS DES USAGERS.....	7
1.4 INFORMATIONS RECUEILLIES AUPRÈS DES INFORMATEURS CLÉS.....	8
1.5 DONNÉES RECUEILLIES AUPRÈS DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS	8
CHAPITRE 2 – TAO INJECTABLE: SURVOL DES ÉCRITS SUR LES PRATIQUES COURANTES.....	9
2.1 TAO INJECTABLE : CRITÈRES D’INCLUSION ET D’EXCLUSION	9
2.2 MODALITÉS DU TAO INJECTABLE ET ORGANISATION DU TRAVAIL	12
CHAPITRE 3 – POINT DE VUE DES USAGERS	17
3.1 PROFIL DES PARTICIPANTS	17
3.2 PERTINENCE D’UN TAO INJECTABLE À MONTRÉAL.....	17
3.3 MODALITÉS DU TRAITEMENT.....	18
3.4 AVANTAGES LIÉS AU TAO INJECTABLE.....	22
3.5 APPRÉHENSIONS OU CRAINTES ASSOCIÉES AU TRAITEMENT	23
3.6 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS D’USAGERS.....	24
CHAPITRE 4 : POINT DE VUE D’INFORMATEURS CLÉS AYANT ÉTÉ ASSOCIÉS À NAOMI.....	26
4.1 PROFIL DES INFORMATEURS CLÉS.....	26
4.2 PERTINENCE D’UN TRAITEMENT INJECTABLE POUR LES TROUBLES LIÉS À L’USAGE D’OPIOÏDES À MONTRÉAL	26
4.3 MODALITÉS COURANTES DE TRAITEMENT	27
4.4 OBSTACLES POUVANT ÊTRE RENCONTRÉS LORS DE L’IMPLANTATION D’UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE.....	30
4.5 FACTEURS FACILITANTS LA MISE EN PLACE D’UN TAO INJECTABLE	30
4.6 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS PROPOSÉES PAR LES INFORMATEURS CLÉS	32
CHAPITRE 5 : ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES QUI POURRAIENT BÉNÉFICIER D’UN TAO INJECTABLE À MONTRÉAL.....	33
CONCLUSION	34
RÉFÉRENCES	35
ANNEXE 1: CANEVAS D’ENTREVUE POUR LES FOCUS GROUPS D’USAGERS.....	38
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER AU FOCUS GROUP	40
ANNEXE 3 : CANEVAS D’ENTRETIEN AVEC LES INFORMATEURS CLÉS	42
ANNEXE 4 : CANEVAS D’ENTRETIEN AVEC LES INFORMATEURS CLÉS	44
ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES INFORMATEURS CLÉS	46
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DESTINÉ AUX MÉDECINS PRESCRIPTEURS	48

Liste des tableaux

TABLEAU 1. PROGRAMMES DE TRAITEMENT ET DE RECHERCHE EN TAO INJECTABLE	9
TABLEAU 2. CRITÈRES D'INCLUSION POUR LES TAO INJECTABLES SELON LES PAYS	12
TABLEAU 3. MODALITÉS DE TRAITEMENT POUR LE TAO INJECTABLE SELON LES PAYS	16

Liste des encadrés

ENCADRÉ 1. LE POINT DE VUE DES USAGERS EN RÉSUMÉ	25
ENCADRÉ 2 : LE POINT DE VUE DES INFORMATEURS CLÉS EN RÉSUMÉ	32

Glossaire

<u>CIUSSS</u> :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<u>Cran</u> :	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (services réguliers et services à bas seuil d'exigence)
<u>ECR</u> :	Essai contrôlé randomisé
<u>ÉTP</u> :	Équivalent temps plein
<u>NAOMI</u> :	North American Opiate Medication Initiative
<u>NS</u> :	Non spécifié
<u>P.O.</u> :	<i>Per os</i> (par voie orale)
<u>PTx</u> :	Programme de traitement
<u>SALOME</u> :	Study to Assess Long-term Opioid Medication Effectiveness
<u>TAO</u> :	Traitement de la dépendance aux opioïdes
<u>TAO injectable</u> :	Le terme TAO injectable est communément employé pour désigner le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur l'injection
<u>TLU</u> :	Troubles liés à l'usage
<u>TLUO</u> :	Troubles liés à l'usage d'opioïdes
<u>TLUS</u> :	Troubles liés à l'usage de substances

Introduction

Une proportion significative des personnes aux prises avec un trouble sévère d'utilisation d'opioïdes ne sont pas attirées ou retenues par les traitements de substitution conventionnels de méthadone et de buprénorphine (Oviedo-Joekes et al., 2016; Strang et al., 2012). Depuis 1994, des essais cliniques randomisés réalisés dans six pays (Suisse, Pays-Bas, Espagne, Allemagne, Canada, Royaume-Uni) ont permis de démontrer l'efficacité d'un traitement de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) injectable pour cette population, entre autres en termes de rétention, de réduction de la consommation d'héroïne et de diminution de la criminalité (Demaret et al., 2010; Ferri et al., 2010; Strang et al., 2012).

Dans de nombreux pays, la diacétylmorphine n'est pas disponible en raison d'obstacles politiques et réglementaires (Oviedo-Joekes et al., 2016). Or, l'hydromorphone, un médicament autorisé pour l'analgésie, produirait les mêmes effets cliniques et subjectifs que la diacétylmorphine (Brands et al., 2004 et Wallenstein et al., 1990 cités dans Oviedo-Joekes et al., 2010). Les résultats d'un essai contrôlé randomisé réalisé au Canada suggèrent qu'il est aussi efficace que la diacétylmorphine pour les usagers réfractaires aux traitements conventionnels (Oviedo-Joekes et al., 2016).

Dans le cadre de l'implantation d'une nouvelle offre de traitement pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, l'équipe de Michel Perreault (Centre de recherche de l'hôpital Douglas) a été mandatée par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)¹ pour réaliser la première phase d'une étude de faisabilité en évaluant les besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur l'injection (couramment nommé programme de « TAO injectable »).

La démarche d'évaluation des besoins repose sur une approche méthodologique qualitative visant à 1) documenter les pratiques courantes pour un traitement de TAO injectable, 2) évaluer les préférences des usagers montréalais quant à ce type de traitement, 3) vérifier les besoins montréalais reliés à ce type d'intervention, les critères de sélection et les modalités à mettre en place et 4) estimer le nombre de patients montréalais qui pourraient être référés vers ce traitement.

Le chapitre 1 décrit la méthode employée afin de répondre aux objectifs de la démarche. Le chapitre 2 présente les résultats d'une brève recension d'écrits portant sur les pratiques courantes en matière de TAO injectable. Le chapitre 3 porte sur les données qualitatives recueillies auprès d'usagers de services montréalais et le chapitre 4 porte sur celles recueillies auprès d'informateurs clés. Le chapitre 5 propose une estimation du nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'un TAO injectable à Montréal. Pour conclure, des étapes subséquentes sont proposées pour la poursuite de l'étude de faisabilité.

¹ Le Cran dispense des soins de santé aux personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Son mandat s'inscrit dans quatre champs d'intervention prioritaires : clinique, enseignement/formation, recherche et rayonnement. Le Cran offre des services réguliers et des services à bas seuil d'exigences (Cran, 2017).

Chapitre 1 – Méthodologie

Les méthodes de collecte et d'analyse de données employées afin de répondre aux objectifs de la démarche sont présentées ci-dessous.

1.1 Comité de travail

Le comité de travail sur le TAO injectable, composé de treize membres affiliés au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, a servi de comité d'orientation pour guider la démarche d'évaluation des besoins. L'équipe de recherche s'est jointe à trois réunions du comité afin de valider la démarche et les outils de cueillette de données ainsi que pour discuter des résultats préliminaires et de la suite des démarches.

1.2 Survol des écrits sur les pratiques courantes de TAO injectable

Une revue sommaire des écrits (*rapid review*)² a été réalisée dans les bases de données PUBMED, psycInfo et Sociological Abstracts afin de repérer des publications portant sur les TAO injectables. La recherche a été effectuée à l'aide de la combinaison de mots-clés suivante: diacetylmorphine OR diamorphine AND treatment. Elle a généré 80 références. Après avoir éliminé les doublons et les articles ne correspondant pas aux critères de recherche, 24 publications ont été conservées auxquelles se sont ajoutées 9 publications provenant des bibliographies d'articles repérés, identifiées à l'aide du moteur de recherche Google ou fournies par le comité de travail.

Une recension de littérature réalisée par le Centre de documentation en toxicomanie de l'Institut universitaire sur les dépendances a aussi été fournie à l'équipe de recherche. Cette recension porte sur les TAO injectables pour la période 2009-2016. Parmi les articles recensés, trois ont été conservés puisqu'ils permettent d'identifier des pratiques courantes de traitement injectable.

1.3 Informations recueillies auprès des usagers

La consultation des usagers a été réalisée dans le cadre de deux focus groups réalisés au mois de juillet 2017 par trois membres de l'équipe de recherche (Michel Perreault, Léonie Archambault et Camille Blouin) auprès de dix usagers de services montréalais. Afin de distinguer les besoins d'usagers du Cran et ceux d'usagers traités dans d'autres cliniques montréalaises, les groupes ont été formés afin de représenter cette distinction. Le groupe #1 était formé de quatre hommes d'âges variés qui reçoivent un traitement de méthadone dans différentes cliniques montréalaises (excluant le Cran et les services à bas seuil d'exigence de Relais). Le groupe #2 était formé de deux femmes et quatre hommes d'âges variés qui reçoivent un traitement de méthadone au Cran (dans les services réguliers ou les services à bas seuil d'exigence de Relais).

L'objectif principal de la consultation était de recueillir l'opinion des participants concernant 1) la pertinence de la mise en place d'un programme de TAO injectable à Montréal et 2) les modalités selon lesquelles ce traitement pourrait répondre le mieux aux besoins des usagers.

² La revue sommaire des écrits (*rapid review*) permet de raccourcir le processus de recension des écrits en limitant, par exemple, le nombre de bases de données exploitées, les années de publication, ou en adoptant une stratégie non itérative (National Collaborating Centre for Methods and Tools, s.d.)

La participation aux *focus groups* était volontaire; des formulaires de consentement signés ont été obtenus. Le canevas d’entrevue utilisé lors de cette consultation portait sur le point de vue des usagers concernant 1) La pertinence d’un programme de TAO injectable à Montréal; 2) L’intérêt envers le traitement; 3) Les appréhensions ou craintes associées au traitement; 4) Les besoins et attentes.

Avec le consentement des participants, les entretiens ont été enregistrés en mode audio pour faciliter la rédaction du rapport synthèse. Le canevas d’entrevue et le formulaire de consentement sont présentés en annexe (annexe 1 et 2). Les consultations ont eu lieu au Cran et ont duré chacune 90 minutes.

1.4 Informations recueillies auprès des informateurs clés

La consultation des informateurs clés a été réalisée dans le cadre d’entrevues réalisées entre les mois de juillet et septembre 2017 par deux membres de l’équipe de recherche (Léonie Archambault et Camille Blouin) auprès de quatre informateurs clés ayant été impliqués dans le projet de recherche NAOMI (North American Opiate Medication Initiative)³ : un coordonnateur de recherche, une agente de recherche, un médecin et une pharmacienne.

L’objectif de la consultation était de recueillir l’opinion des informateurs clés concernant 1) la pertinence de la mise en œuvre d’un programme de TAO injectable à Montréal; 2) la manière dont ce traitement pourrait être mis en place pour répondre le mieux aux besoins des usagers.

La participation aux entrevues était volontaire; des formulaires de consentement signés ont été obtenus. Le canevas d’entrevue (annexe 4) utilisé lors de cette consultation portait sur le point de vue des informateurs clés concernant 1) les leçons à retenir du projet NAOMI; 2) la pertinence d’un traitement injectable pour les troubles liés à l’usage d’opioïdes à Montréal; 3) l’offre de service et modalités de traitement; 4) les obstacles et facteurs facilitants l’implantation d’un programme de TAO injectable.

Avec le consentement des participants, les entretiens ont été enregistrés en mode audio pour faciliter la rédaction du rapport synthèse. Le formulaire de consentement et le canevas d’entrevue sont présentés en annexe (annexe 3, 4 et 5). Le canevas d’entretien destiné à la pharmacienne a été ajusté en fonction de son rôle dans le projet NAOMI (le projet ne disposait pas d’un pharmacien sur place et la médication injectable était préparée au centre hospitalier de l’université de Montréal). Les entrevues ont duré entre 20 et 75 minutes.

1.5 Données recueillies auprès des médecins prescripteurs

Afin de recenser le nombre de patients qui seraient susceptibles de bénéficier d’un TAO injectable à Montréal, une démarche a été entreprise par le Cran pour obtenir une estimation auprès des principaux médecins prescripteurs sur l’île de Montréal. Un formulaire (annexe 6) proposant des critères de référence pour un TAO injectable a été acheminé aux médecins ciblés en leur demandant d’identifier le nombre approximatif de patients pouvant y répondre, parmi leur clientèle.

³ NAOMI est un essai contrôlé randomisé comparant la diacétylmorphine injectable et la méthadone orale pour le traitement d’usagers ayant un trouble lié à l’usage d’opioïdes de longue date. L’étude a été réalisée à Vancouver et à Montréal entre 2005 et 2008 (Oviedo-Joekes et al. 2009).

Chapitre 2 – TAO injectable: Survol des écrits sur les pratiques courantes

Les programmes de traitements de maintien aux opioïdes injectables européens constituent une importante source de données pour amorcer une réflexion sur les pratiques courantes dans les programmes de TAO injectable. Strang et al. (2012) résumant entre autres les caractéristiques de plus de 50 cliniques de diacétylmorphine injectable réparties en Allemagne, en Angleterre, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suisse.

Les résultats d'essais contrôlés randomisés portant sur des traitements de diacétylmorphine et d'hydromorphone injectables constituent aussi une source de réflexion pour l'implantation d'un tel traitement. Des études réalisées dans six pays (Allemagne, Angleterre, Canada, Espagne, Pays-Bas et Suisse) ont permis de démontrer l'efficacité du traitement de diacétylmorphine injectable en termes de réduction de consommation d'héroïne illicite, de diminution de la criminalité et de rétention (Ferri et al., 2010). L'étude canadienne SALOME (Study to Assess Long-term Opioid Medication Effectiveness) conclut que l'hydromorphone injectable serait aussi efficace et sécuritaire que la diacétylmorphine injectable (Oviedo-Joekes et al., 2010).

Le tableau 1 permet de visualiser l'origine des programmes de traitement et de recherche ayant servi à documenter les pratiques courantes en traitement de maintien aux opioïdes injectables.

Tableau 1. Programmes de traitement et de recherche en TAO injectable

	Allemagne	Angleterre	Belgique	Canada	Danemark	Espagne	Pays-Bas	Suisse
Programmes de traitement	x (7 cliniques en 2012)	x (3 cliniques en 2010)		x (1 clinique en 2017)	X (5 cliniques en 2011)		x (17 cliniques en 2012)	x (21 cliniques en 2015)
Programmes de recherche	x	x	x	x		x	x	x

2.1 TAO injectable : critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'admission documentés varient en fonction des pays et de la nature des programmes. Par exemple, les critères apparaissent plus nombreux et rigides dans les essais contrôlés randomisés que dans les programmes de traitement.

Dans l'ensemble, les critères d'inclusion s'articulent autour d'un âge minimum, de la nature chronique du trouble lié à l'usage d'opioïdes et d'une réponse insatisfaisante aux traitements basés sur la substitution ou sur l'abstinence. Dans plusieurs cas, l'altération de la santé physique ou mentale ou du fonctionnement social sont aussi des critères d'admission dans les programmes de traitement ou de recherche. Enfin, d'autres conditions telles que le lieu de résidence et le respect des règlements font aussi partie des considérations recensées.

Le programme allemand : Les critères d'admission au programme de traitement sont basés sur ceux des essais cliniques. Les usagers doivent être âgés d'au moins 23 ans, avoir un trouble lié à l'usage d'opioïdes depuis au moins cinq ans et faire un usage de drogues principalement intraveineux (Eiroa-Orosa et al., 2010; Strang et al., 2012). Les usagers qui consomment régulièrement de l'héroïne de rue (confirmé par un test d'urine) sont

admissibles s'ils sont sous traitement de méthadone depuis au moins six mois (minimum 60mg) ou s'ils rapportent au moins deux échecs de traitement. Les participants ne sont pas tenus d'avoir essayé un traitement de substitution et peuvent donc avoir tenté des traitements basés sur l'abstinence (Haasen et al., 2010; Naber et Haasen, 2006). Dans le cadre des essais cliniques, les participants devaient être en mauvaise santé physique ou mentale avec au moins 13 symptômes sur le Opiate Treatment Index Health Scale ou au moins 60 points sur le Global Severity Index of the Symptom Check-List. Parmi les critères d'exclusion, on retrouve l'abstinence d'héroïne pendant plus de deux mois dans la dernière année, une instance probable d'incarcération, un grave problème de santé tel qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique et la grossesse (Haasen et al., 2007). Haasen et al. (2010) recommandent que des essais cliniques contrôlés soient réalisés afin d'évaluer si la diacétylmorphine injectable pourrait faire partie des options pour les usagers sans expérience antérieure de méthadone en considérant, par exemple, les échecs de traitement basés sur l'abstinence.

Le programme anglais : Les usagers admis au programme doivent être âgés d'au moins 18 ans, avoir un historique d'injection d'héroïne d'au moins trois ans et s'injecter régulièrement (Strang et al., 2012). La majorité d'entre eux ont participé à l'essai contrôlé randomisé RIOTT (Randomised Injectable Opioid Treatment Trial) dans le cadre duquel les usagers devaient être sous traitement de méthadone depuis au moins six mois et s'être injectés au moins 50% des jours dans le mois précédant l'évaluation. Un grave problème de santé tel qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique, un grave problème de santé mentale tel qu'un état psychotique, une grossesse, l'allaitement, un trouble lié à l'usage d'alcool ou l'abus régulier de benzodiazépines constituent des critères d'exclusion (Lintzeris et al., 2006).

La recherche belge : Les participants du projet TADAM (Traitement assisté par diacétylmorphine) devaient être dépendants à l'héroïne (principal trouble lié à l'usage de substances) depuis au moins cinq ans selon les critères du DSM-IV et être âgés d'au moins 20 ans. Ils devaient avoir fait un usage quotidien ou presque pendant le mois précédent l'évaluation (ou au moins trois fois par semaine pour les usagers sous méthadone) et avoir fait au moins une tentative de traitement de méthadone avec un minimum de 60 mg par jour pendant au moins un mois. Les usagers devaient présenter une déficience au niveau physique (score d'au moins 8 sur l'échelle MAP-HSS) ou un trouble mental (score d'au moins 41 pour les hommes et 60 pour les femmes sur le Global Severity Index de l'échelle SCL- 90-R) ou un trouble de délinquance (au moins 6 actes délinquants commis ou subis dans les 30 derniers jours). Parmi les critères d'exclusion, on retrouve l'abstinence d'héroïne pendant plus de deux mois dans la dernière année, une instance probable d'incarcération, un grave problème de santé tel qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique, un grave problème de santé mentale tel qu'un état psychotique, un problème psychosocial grave qui pourrait constituer une contre-indication, la grossesse, l'allaitement, les comportements perturbateurs ou agressifs et le recours à plus de 150 mg de méthadone par jour (Demaret et al., 2013).

La recherche canadienne : Pour être admissibles à l'essai contrôlé randomisé canadien NAOMI (North American Opiate Medication Initiative), les participants devaient utiliser des opioïdes depuis au moins cinq ans, s'injecter des opioïdes régulièrement (au moins quatre jours par semaine dans le dernier mois et au moins huit mois dans la dernière année) et être âgés d'au moins 25 ans. L'héroïne devait constituer au moins la moitié des injections dans la dernière année. Les candidats devaient avoir tenté au moins deux traitements pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes dont au moins un avec 60 mg ou plus de méthadone quotidienne pour au moins 30 jours sur

une période de 40 jours. Les candidats ne devaient toutefois pas avoir été inscrits dans un traitement de substitution depuis au moins six mois. Parmi les critères d'exclusion, on retrouve une instance probable d'incarcération, un grave problème de santé tel qu'une maladie pulmonaire obstructive chronique, un grave problème de santé mentale tel qu'un état psychotique et la grossesse (Oviedo-Joekes et al., 2009). Dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé SALOME, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient semblables sauf pour l'âge minimum qui était abaissé à 19 ans (Oviedo-Joekes et al., 2015).

Le programme danois : Pour accéder au programme de traitement injectable du Danemark, les usagers doivent avoir au moins 18 ans et faire un usage persistant d'opioïdes par injection malgré la participation à un traitement oral de substitution dans les 12 derniers mois (DHMA, 2013)

La recherche espagnole : L'inclusion dans le programme de recherche PEPSA, en Espagne, était réservée aux usagers de 18 ans et plus ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes depuis au moins deux ans, qui s'injectent activement et qui ont fait au moins deux tentatives de traitements de substitution à la méthadone. Les usagers devaient présenter au moins deux des conditions suivantes : infection liée à l'injection, trouble de santé mentale ou problèmes psychosociaux en fonction des scores de l'évaluation de la sévérité par l'intervieweur pour la situation sociale/familiale et légale des sous-échelles de l'Indice de gravité de la dépendance – *Addiction Severity Index*. La grossesse ainsi que les enjeux sociaux, médicaux ou légaux qui empêcheraient le participant de compléter le traitement sont des critères d'exclusion (March, Oviedo-Joekes, Perea-Milla, Carrasco, & team, 2006).

Le programme néerlandais : Les usagers éligibles doivent être âgés de 25 ans ou plus, avoir un trouble lié à l'usage d'opioïdes depuis au moins cinq ans et continuer à consommer de l'héroïne presque tous les jours malgré une dose appropriée de méthadone (Strang et al., 2012). L'inclusion dans les essais contrôlés randomisés exigeait cinq années de trouble lié à l'usage d'héroïne selon les critères du DSM-IV et les participants devaient présenter des déficits de nature psychique (score d'au moins 41 pour les femmes et d'au moins 60 pour les hommes sur le Symptom Check List – 90), physique (score d'au moins 8 sur le Maudsley Addiction Profile – Health Symptoms Scale) ou sociale (au moins 6 jours sans contacts avec des personnes non-utilisatrices ou au moins six jours d'activités criminelles). L'abstinence d'héroïne pendant plus de deux mois dans la dernière année constitue un critère d'exclusion (Blanken et al., 2016).

Le programme suisse : Le programme de traitement de maintien aux opioïdes injectables est destiné aux usagers de 18 ans et plus ayant un trouble grave lié à l'usage d'opiacés depuis au moins deux ans et un minimum de deux échecs de traitement tels que des thérapies ambulatoires ou résidentielles reconnues. Les usagers doivent présenter des déficits de nature psychique, physique ou sociale (OFSP, 2015). Les participants à l'essai contrôlé randomisé suisse devaient avoir 20 ans ou plus (Strang et al., 2012).

Le tableau 2 permet de visualiser les principaux critères d'inclusion dans les programmes de traitement ou de recherche en TAO injectable. Dans les cas où les critères documentés s'appliquent spécifiquement aux essais contrôlés randomisés (ECR) ou aux programmes de traitement (PTx), le tableau permet de préciser la distinction. Dans les cas où les critères sont non spécifiés, on trouve la mention NS dans le tableau.

Tableau 2. Critères d'inclusion pour les TAO injectables selon les pays

	Allemagne	Angleterre	Belgique	Canada	Danemark	Espagne	Pays-Bas	Suisse
Âge minimum	23 ans	18 ans	20 ans	NAOMI : 25 ans SALOME : 19 ans	18 ans	18 ans	25 ans	ECR : 20 ans PTx : 18 ans
Nb d'années de TLU d'opioïdes	5 ans de TLUO et usage intraveineux régulier	Injection depuis au moins 3 ans	5 ans de TLUO Usage quotidien depuis 1 mois	ECR : 5 ans de TLU d'opioïdes et injection régulière	NS	2 ans de TLUO (s'injectent activement)	5 ans de TLUO	2 ans de TLU d'opiacés
Échecs de traitement	Min. 2 (avec ou sans substitution) ou ne bénéficie pas du traitement actuel de méthadone (min 60mg)	ECR : Continue à s'injecter malgré tx méthadone depuis min. 6 mois	Minimum d'un échec de méthadone (min 60 mg)	ECR : Min. 2 (dont un avec méthadone min 60 mg) + Sans traitement depuis min 6 mois	Continue à s'injecter malgré tx substitution dans les 12 derniers mois	Min. deux traitements de méthadone	Héroïne illicite presque tous les jours malgré traitement adéquat de méthadone	Min. 2 (thérapies ambulatoires ou résidentielles reconnues)
Altération de la santé physique ou mentale ou fonct. social	Requis OTI health scale ou SCL-90-R	NS	Requis Échelle MAP-HSS ou SCL-90-R Ou au moins 6 actes de délinquance	NS	NS	Au moins deux conditions Addiction Severity Index	ECR : Requis MAP-HSS SCL-90 Criminalité et contacts sociaux	Requis Déficit psychique, physique ou social

2.2 Modalités du TAO injectable et organisation du travail

À travers les écrits recensés, les différents aspects liés aux modalités de traitement s'articulent autour de la médication injectable, de l'offre de services connexes au traitement injectable, du fonctionnement des cliniques et de l'organisation du travail. La description des différents programmes permet de documenter des services médicaux, infirmiers et psychosociaux offerts aux patients recevant un TAO injectable par le personnel de la clinique ou en partenariat avec des spécialistes ou des ressources complémentaires.

Le programme allemand : Le programme allemand comprend sept cliniques avec des entrées séparées ou des horaires distincts pour les patients sous traitement de substitution et ceux sous traitement de diacétylmorphine. Les cliniques sont ouvertes sept jours sur sept et la salle d'injection est supervisée par du personnel infirmier (Strang et al., 2012). La diacétylmorphine injectable est offerte jusqu'à trois fois par jour et jusqu'à un maximum de 1000mg par jour et jusqu'à 400mg par dose. La co prescription de méthadone est offerte jusqu'à un maximum de 60mg (Haasen et al., 2007). Des tests d'urine sont réalisés à l'occasion alors que les alcoomètres sont utilisés régulièrement. Les cliniques peuvent compter sur des travailleurs sociaux qui interviennent sur les conditions de vie et l'employabilité des usagers. Ils entretiennent des liens et partenariats avec d'autres organismes afin de répondre aux besoins médicaux et sociaux de la clientèle (Strang et al., 2012). Les patients ont des rencontres régulières avec leur médecin et dans le cadre du protocole de recherche, ils sont randomisés à un type de traitement psychosocial : gestion de cas avec entretien motivationnel ou thérapie de groupe psychoéducatif avec counseling individuel (Verthein, Haasen, & Reimer, 2011).

Le programme anglais : Les patients des trois cliniques anglaises ont accès à un suivi médical régulier, à un intervenant pivot (Strang et al., 2010) à un psychologue ainsi qu'à des programmes facultatifs de groupe, de thérapie cognitivo-comportementale (Lintzeris et al, 2006) et de counseling (Strang et al., 2012). Les cliniques (affiliées à des centres de traitements des troubles liés à l'utilisation de substances) sont ouvertes sept jours sur

sept, sous forme deux blocs horaires de deux heures par jour. La diacétylmorphine injectable est offerte jusqu'à deux fois par jour avec une co prescription de méthadone possible. Le maximum quotidien de diacétylmorphine est de 900mg (450 mg par injection) et la co prescription de méthadone est de 100mg maximum (Linzeris et al., 2006). Les tests d'urine et l'alcoomètre sont utilisés régulièrement. Avant l'injection, le personnel infirmier évalue le patient ainsi que le choix du mode d'injection (intramusculaire, sous-cutané ou intraveineux) et supervise les pratiques d'injection sécuritaires et hygiéniques. Ce processus prend en moyenne une dizaine de minutes. Un infirmier supervise un maximum de trois patients à la fois et l'injection dans les veines profondes est interdite (Strang et al., 2012). La conversion des doses entre la méthadone orale et la diacétylmorphine par injection est réalisée à l'aide des travaux de Seidenberg et al. (Lintzeris et al., 2006). Les cliniques ont une capacité d'environ 30 à 40 patients et comptent généralement un médecin, un infirmier chef, quatre ressources infirmières (ainsi que deux équivalents temps plein (ÉTP) supplémentaires pour la fin de semaine) et un pharmacien (0,5 ÉTP). Le personnel infirmier et médical est formé pour la réanimation cardiorespiratoire; la prévention, l'identification et le traitement des intoxications et surdoses; l'évaluation pré et post injection; la gestion des veines et l'injection sécuritaire; les premiers soins et l'anaphylaxie (Strang et al., 2012).

La recherche belge (projet TADAM): Le traitement à la clinique de Liège était supervisé par une équipe comportant un psychiatre, un généraliste et une équipe d'infirmières (Strang et al., 2012). La clinique était ouverte tous les jours pendant la durée de l'étude en 2011-2012 (Demaret et al., 2013). La diacétylmorphine était offerte un maximum de trois fois par jour jusqu'à un maximum quotidien de 1000mg avec une co-prescription possible de méthadone (Demaret et al., 2010). Un pharmacien préparait les doses distribuées par les infirmières. Celles-ci effectuaient les évaluations pré et post injection, la supervision, le monitoring, l'assistance en cas d'urgence et le suivi du patient (Strang et al., 2012). Les services de support social étaient dispensés par les centres partenaires (Demaret et al., 2013).

Les recherches canadiennes et le programme canadien: L'essai contrôlé randomisé NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) a eu lieu dans deux cliniques canadiennes (l'une à Vancouver et l'autre à Montréal) de 2005 à 2008 afin de comparer la diacétylmorphine injectable et la méthadone orale pour les patients ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes réfractaires au traitement. La diacétylmorphine injectable était offerte jusqu'à trois fois par jour et jusqu'à un maximum de 1000mg par jour et jusqu'à 400mg par dose. La co prescription de méthadone était aussi offerte (Oviedo-Joekes et al., 2009). Les participants avaient accès à des services psychosociaux tels que du counseling, de la prévention de la rechute, de la gestion de cas, des interventions individuelles et de groupe ainsi qu'à des soins primaires complets tels que le dépistage d'infections transmises sexuellement et par le sang, le traitement du VIH et le traitement des complications physiques et mentales de l'abus de substances. Pour des raisons de sécurité, les participants étaient évalués 15 minutes avant et 30 minutes après l'injection (Nosyk et al., 2012; Oviedo-Joekes et al., 2009).

L'essai contrôlé randomisé SALOME (Study to Assess Long-term Opioid Medication Effectiveness) a eu lieu à Vancouver de 2011 à 2013 afin de comparer l'efficacité des traitements injectables d'hydromorphone et de diacétylmorphine avec un maximum de trois doses quotidiennes de 200mg jusqu'à concurrence de 500mg par jour. La co prescription de méthadone était aussi offerte. Les traitements injectables étaient auto-administrés sous supervision infirmière dans les membres supérieurs pour les injections intraveineuses ainsi que dans les cuisses et les muscles fessiers pour les injections intramusculaires. Les participants avaient accès à des infirmières, des intervenants spécialisés en troubles liés à l'usage de substances, des travailleurs sociaux, des

médecins et d'autres professionnels de la santé sur place. En 2016, la clinique de Vancouver continuait à prescrire et superviser le traitement injectable de diacétylmorphine ou d'hydromorphone à 150 participants de l'essai clinique SALOME (Oviedo-Joekes et al., 2016).

Au Canada, l'adoption en août 2016 du Règlement modifiant certains règlements pris en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (accès à la diacétylmorphine aux fins de traitement d'urgence) permet maintenant aux praticiens de demander, dans des « circonstances exceptionnelles », la diacétylmorphine comme « traitement de deuxième intention pour les personnes ayant une dépendance aux opioïdes et pour lesquelles les traitements conventionnels ont échoué à maintes reprises » (Gouvernement du Canada, 2016).

Le programme danois : Le programme Danois comptait cinq cliniques en 2011 (Strang et al., 2012). Les patients du programme danois peuvent recevoir deux injections auto-administrées de diacétylmorphine supervisées par jour depuis 2010 en plus d'une co prescription de méthadone. Les médecins prescripteurs doivent être spécialisés dans une discipline pertinente et peuvent s'adjoindre le soutien d'autres professionnels spécialisés dans le domaine des troubles liés à l'utilisation de substances. Au moins deux professionnels de la santé autorisés doivent être présents durant les heures d'ouverture des cliniques, en plus du médecin qui doit être sur place ou pouvoir être contacté rapidement. Les cliniques sont ouvertes entre 8 et 10 heures par jour, tous les jours. Les professionnels sont formés sur les balises du traitement injectable, les principes pharmacologiques, les maladies liées à l'usage de substances et la gestion de l'intoxication (DHMA, 2013).

La recherche espagnole : La clinique du projet PEPSA est située dans un hôpital de Grenade. La diacétylmorphine injectable est offerte jusqu'à deux fois par jour avec une co prescription de méthadone possible. Une offre exhaustive et facultative de services médicaux et psychosociaux est disponible afin de répondre aux problèmes concomitants (tels que les troubles de santé mentale) ainsi qu'aux besoins légaux, financiers ou liés au logement. L'injection de diacétylmorphine est supervisée par des infirmières et une évaluation est réalisée 10 minutes avant l'injection. En cas d'intoxication, une autre évaluation est réalisée 30 minutes plus tard afin de déterminer si la dose pourra être administrée ou non (March et al., 2006). Au total, ce sont respectivement 20 minutes pré et post injection qui sont prévues pour chaque visite. Lors de leurs visites à la clinique, les usagers peuvent aussi utiliser les ordinateurs et autres installations de loisirs. La clinique est ouverte 5 jours sur 7, en fonction de deux blocs horaires. Le personnel est composé de trois infirmières, un médecin, un adjoint administratif et un garde de sécurité. La liaison avec d'autres ressources ou spécialistes vise à rejoindre les clientèles cibles et à offrir une offre complète de soins et services. Des activités éducatives et l'implication des membres de la famille sont mis en œuvre par les professionnels de la clinique. Ceux-ci sont formés à prévenir et traiter les troubles liés à l'utilisation de substances. Depuis la fin de l'essai clinique, quelques participants continuent à recevoir le traitement en vertu de la loi sur l'usage compassionnel. Des évaluations et du monitoring servent à assurer la qualité des pratiques (Strang et al., 2012).

Le programme néerlandais : En 2011, les Pays-Bas comptaient 17 cliniques offrant des services complets tels que l'intervention en situation de crise ainsi que les interventions orientées vers l'abstinence et la réduction des méfaits. Les cliniques sont ouvertes tous les jours en fonction de trois blocs horaires qui varient entre deux et quatre heures chacun. La diacétylmorphine injectable est offerte jusqu'à trois fois par jour et jusqu'à un maximum de 1000mg par jour et jusqu'à 400mg par dose. La co prescription de méthadone est d'un minimum

de 35mg par jour (Blanken, Hendriks, van Ree, & van den Brink, 2010b). La médication est livrée en véhicules blindés et entreposée dans un coffre-fort pour éviter la revente illicite. Les doses sont préparées sur place. Des procédures de comptabilité de la médication sont effectuées régulièrement. La supervision de l'injection dure en moyenne cinq à dix minutes par patient et ces derniers doivent rester dans l'unité de traitement au moins 15 minutes après l'administration. Les doses manquées engendrent une diminution de la dose suivante afin d'éviter l'excès de sédation. Toutes les cliniques disposent d'une équipe multidisciplinaire incluant un pharmacien et du personnel de sécurité. Une évaluation complète du patient est réalisée à l'admission par le médecin et l'infirmière. Le support social et le counseling sont assumés par le travailleur social. Au besoin, les usagers peuvent être orientés vers d'autres services spécialisés externes afin d'assurer une prise en charge complète. Les besoins en termes de personnel sont évalués à un coordonnateur (0,5 ÉTC pour 25 patients), un médecin (0,4 ÉTC pour 25 patients), des ressources infirmières (sept ÉTC pour 25 patients), du personnel de sécurité (un ÉTC pour 25 patients) et un pharmacien (0,1 ÉTC pour 25 patients) (Strang et al., 2012).

Le programme suisse : En 2015, la Suisse comptait 21 cliniques distributrices de diacétylmorphine dont une en milieu carcéral (Kham et al., 2015). À l'admission, une évaluation médicale et psychosociale complète est réalisée. Les patients ont accès à un travailleur social et un psychothérapeute pour du counseling individuel et familial. Les cliniques sont ouvertes tous les jours en fonction de deux ou trois blocs horaires qui varient entre deux et quatre heures chacun. L'injection est supervisée, mais des doses orales peuvent être apportées à domicile pour quelques jours en fonction de certaines conditions (dosage stabilisé, pas de polyconsommation, situation sociale et physique stable). La médication est livrée en transport sécurisé et entreposée dans un coffre-fort pour éviter la revente illicite. Des procédures de comptabilisation de la médication sont effectuées régulièrement. La diacétylmorphine injectable est offerte jusqu'à trois fois par jours avec une co prescription de méthadone possible. En cas de situation de crise en traitement résidentiel ou d'hospitalisation, les patients peuvent recevoir la diacétylmorphine per os. La supervision de l'injection dure en moyenne cinq minutes par patient et 20 minutes additionnelles par jour sont dédiées aux patients. Certaines cliniques effectuent des analyses d'urine, mais la majorité n'a pas les fonds nécessaires à cet exercice. Les doses manquées engendrent une diminution de la dose suivante afin d'éviter l'excès de sédation (Strang et al., 2012). Le personnel doit être composé d'au moins un médecin prescripteur responsable de la direction médicale, d'une personne qualifiée pour la prise en charge psychosociale et de personnes compétentes pour dispenser les soins. Les besoins en termes de personnel sont évalués pour le médecin et le travailleurs social à 1,7% de poste pour 1 patient; pour le personnel infirmier à deux personnes pour chaque période de travail si la salle d'injection compte cinq places; au personnel lié à la direction, à l'organisation, à l'administration et au développement des ressources humaines. Un plan thérapeutique est établi et évalué régulièrement par l'équipe interdisciplinaire (OFSP, 2015). Les cliniques entretiennent des liens avec d'autres ressources afin de répondre aux différents besoins sociaux et médicaux des patients (somatiques, psychiatriques, logement, emploi). Le personnel reçoit de la formation continue en fonction des besoins (Strang et al., 2012).

Tableau 3. Modalités de traitement pour le TAO injectable selon les pays

	Molécules et dosages	Services médicaux et psychosociaux (personnel de la clinique ou partenariat)	Lieu de traitement	Horaire	Tests d'urine et d'alcool	Personnel	Formation du personnel
Allemagne	Diacétylmorphine max 1000mg die max 3X par jour max 400mg/dose Co prescription de méthadone possible Max 60 mg	Conditions de vie et employabilité; Psychoéducation et counseling ou gestion de cas et entretien motivationnel.	Cliniques	7 jours /7	Urine : occasionnel Alcool : régulier		
Angleterre	Diacétylmorphine max 900mg die max 2X par jour max 450mg/dose Co prescription de méthadone possible Jusqu'à 100mg	Suivi médical régulier; Intervenant pivot; Psychologie; Counseling; Programmes de groupe; Thérapie cognitivo-comportementale.	Centres de traitement des TLUS ou cliniques	7 jours/7 2 blocs de 2h par jour	Urine : régulier Alcool : régulier		RCR; prévention, identification et tx des intoxications et surdoses; évaluations pré et post injection; gestion des veines et injection sécuritaire; premiers soins; anaphylaxie.
Belgique	Diacétylmorphine max 1000 mg die max 3X par jour Co prescription de méthadone possible	Support social par les centres partenaires	Cliniques	7 jours /7		Médecin Psychiatre Infirmières	
Canada	DAM/HDM: max 1000mg/500mg die max 3X par jour max 400mg/200mg par dose Co prescription de méthadone possible médiane 20 mg	Offre exhaustive de services médicaux (dépistage ITSS, traitement du VIH et des complications de la conso); Offre exhaustive de services psychosociaux (counseling, prévention rechute, gestion de cas, interventions ind/groupe).	Cliniques	7 jours /7			
Danemark	Diacétylmorphine max 2X par jour Co prescription de méthadone		Cliniques	7 jours/7 8-10 h par jour		Médecin spécialisé en traitement des TLUS et troubles concomitants Personnel spécialisé en TLUS	Principes pharmacologiques; maladies liées aux TLUS; gestion de l'intoxication (alcool et drogues).
Espagne	Diacétylmorphine Max 2X par jour Co prescription de méthadone possible	Offre exhaustive de soins primaires, services psychosociaux (légaux, financiers, logement); Ordinateurs et installations de loisir; Implication de la famille.	Hôpital	5 jours/7 2 blocs par jour	Urine : Non	3 infirmières 1 médecin 1 adjoint administratif 1 garde de sécurité	Prévention et traitement des TLUS; formation continue et ateliers pour les spécialistes des TLUS.
Pays-Bas	Diacétylmorphine max 1000 mg die max 3X par jour max 400mg/dose Co prescription de méthadone min 35 mg	Évaluation; Traitement psychosocial; Counseling; Intervention de crise; Interventions visant l'abstinence ou la réduction des méfaits.	Centres de tx des TLUS ou cliniques	7 jours/7 3 blocs par jour	Urine : Non	Pour 25 patients : Coordo : 0,5 ÉTP Médecin : 0,4 ÉTP Infirmière : 7 ÉTP Travailleur social Pharmacien : 0,1 ÉTP Sécurité :1 ÉTP	
Suisse	Diacétylmorphine max 3X par jour Co prescription de méthadone possible DAM P.O. pour emporter à certaines conditions	Évaluation complète de la santé et de la situation sociale à l'admission; Counseling; Resocialisation, logement, employabilité.	Centres de tx des TLUS ou cliniques	7 jours/7 2 ou 3 blocs par jour	Urine : minorité des cliniques suisses	Cliniques : MD (1,7% par pt) TS (1,7% par pt) Psychologues Infirmières	Formation continue

Chapitre 3 – Point de vue des usagers

Deux focus groups ont été réalisés au mois de juillet 2017 auprès de dix usagers de services montréalais. L'objectif principal de la consultation était de recueillir l'opinion des participants concernant 1) la pertinence de la mise en place d'un programme de TAO injectable à Montréal et 2) les modalités selon lesquelles ce traitement pourrait répondre le mieux aux besoins des usagers.

3.1 Profil des participants

Le premier groupe de discussion est formé de quatre hommes d'âges variés qui reçoivent un traitement de méthadone dans différentes ressources montréalaises. Le deuxième groupe de discussion est formé de deux femmes et quatre hommes d'âges variés qui reçoivent un traitement de méthadone au Cran (services réguliers ou services à bas seuil d'exigence Relais). Certains d'entre eux ont déjà essayé la buprénorphine-naloxone. Deux usagers mentionnent avoir développé un trouble lié à l'usage d'opioïdes en contexte médical de douleur chronique.

« Beaucoup de gens que je connais sur l'héroïne ont commencé par avoir des douleurs chroniques. Un jour, ils se font couper leur prescription. »

3.2 Pertinence d'un TAO injectable à Montréal

Tous les participants recommandent l'implantation d'un traitement de TAO injectable. Ils évaluent qu'il y a un réel besoin dans la population et que plusieurs individus bénéficieraient d'un tel programme. Certains d'entre eux consomment régulièrement (voire quotidiennement) en plus de leur programme de méthadone et souhaiteraient avoir accès à un TAO injectable dès maintenant. L'un d'eux souligne l'aspect sécuritaire d'une molécule pharmaceutique.

« Moi, s'il y avait ce programme d'opioïdes injectables, ça serait maintenant que j'en aurais besoin [...] j'ai contracté l'hépatite C, je veux prendre soins de ma santé, je veux passer à l'action par des choses. Cette offre de molécule différente et ce mode d'administration différent pourrait être la solution pour moi [...] tout autre [traitement] a échoué. »

« Si j'pouvais avoir accès à ça, j'trouverais ça vraiment cool, parce que ben c'est ça, c'est comme, c'est pas tout le temps, mais le peu que je [consomme], j'angoisse pas mal à cause du fentanyl et tout ça. »

Au moins trois participants soutiennent qu'un tel programme aurait pu les aider dans le passé, mais aujourd'hui, ils ne consomment plus de drogues par injection et n'en ressentent pas le besoin.

« Moi je l'ai pu le problème de ça, de me shooter, mais aujourd'hui j'me verrais mal me tourner vers ça, mais au début là, ça m'aurait aidé ça, de pas retourner sur le marché noir ou whatever, au début j'aurais sauté là-dessus à pieds joints. »

Un participant précise qu'il est actuellement stable sous méthadone mais qu'il pourrait un jour avoir besoin d'un tel traitement :

« Pour moi, l'étape est passée, mais on est jamais à l'abris de retomber dans la consommation. »

3.3 Modalités du traitement

3.3.1 La clientèle cible pour un TAO injectable

Les critères d'admission pour un éventuel programme de TAO injectable ont fait l'objet d'un débat sur les enjeux éthiques, moraux, politiques et sociaux au sein des groupes. Les participants oscillent entre une position très inclusive de réduction des méfaits et une crainte de dérive d'un programme qui pourrait être perçu comme une manière d'obtenir de la drogue gratuite. Dans l'ensemble, les participants considèrent que le TAO injectable devrait être offert à toute personne qui pourrait en bénéficier. Toutefois, la majorité des participants s'inquiète des répercussions que pourraient avoir un tel programme chez certains usagers.

« Moi j'me questionne sur les gens comme moi, qui consomment pas tous les jours....est-ce que...qu'est-ce qui va se passer...? »

« Je me rappelle quand je m'injectais...pour moi, si j'entendais parler de quelque chose comme ça, je pense que ma première pensée aurait probablement été : "Oh, de la drogue gratuite!" »

« Faut pas que ça soit une machine à faire des junkies là. »

Toutefois, un participant souligne qu'un environnement trop strict briserait le lien de confiance avec les usagers. Pour sa part, il n'apprécie pas que sa crédibilité soit mise en doute à travers des évaluations régulières. Il ajoute qu'une offre de services trop rigide ne répondrait pas aux besoins de certains individus et s'inquiète que cela nuise à l'adhésion au programme. Il souligne l'importance d'un programme flexible et inclusif.

« Avec les choses trop strictes, j'ai peur que justement il y ait plein de gens qui aient besoin de ça et qui du fait que ça soit trop stricte, trop compliqué fassent fuck off ...faire du bas seuil aussi c'est important là, comme, accepter les gens comme ils sont, comme ils arrivent. »

À l'unanimité, les participants considèrent qu'il est important d'accepter les usagers qui n'ont pas l'intention d'arrêter de consommer. Ils préconisent une approche de réduction des méfaits. Un participant nuance la discussion en soulevant que l'équipe traitante devra être vigilante si un usager consomme parallèlement à son TAO injectable. Ce dernier pourrait présenter de plus grands risques de surdose. Il ajoute que malgré les risques, l'équipe devrait respecter les choix de l'usager.

Plusieurs participants considèrent que le TAO injectable devrait être un traitement de première intention. Il ne devrait pas être réservé uniquement à des individus qui ont déjà essayé un autre programme de substitution.

« Moi en première instance, je l'aurais pris tout suite ça, au début là, j'serais peut-être ben guéri d'après moi [...] j'aurais eu l'impression de me faire un hit tout en me soignant. »

« Quand j'ai commencé mes traitements [méthadone] c'est pas ça j'voulais, j'voulais pouvoir avoir la molécule que je voulais et la consommer de la manière que je voulais pis c'était juste pas disponible. »

« Je trouve que ça devrait pouvoir être accessible tout de suite. Dès que la personne dit qu'elle a une consommation problématique, qu'elle n'arrive pas à maintenir l'équilibre dans sa vie avec sa consommation, quelle a envie d'avoir un traitement injectable parce qu'elle ne veut pas arrêter l'injection. »

« Ça serait une porte d'entrée, dans le sens d'accrocher sur un premier programme. Les sortir plus rapidement et les sensibiliser à autre chose. »

Au plan de la stratégie politique, un participant souligne que le programme pourrait d'emblée être mis en place à titre de traitement de deuxième intention pour être ultérieurement élargi et devenir un traitement de substitution au même titre que la méthadone ou la buprénorphine-naloxone.

« Il faut commencer quelque part [...] L'important, c'est qu'on démarre le programme à Montréal, même si c'est très restrictif [...] avec des bases qui vont permettre l'élargissement. »

Dans l'ensemble, les groupes n'atteignent pas de consensus spécifique concernant les critères d'admission pour un TAO injectable mais les participants semblent généralement d'accord que le traitement devrait être inclusif et accessible tout en tenant compte des risques d'abus.

3.3.2 L'offre de médicament, l'administration supervisée et le dosage

À l'unanimité, les participants souhaiteraient que la diacétylmorphine et l'hydromorphone soient toutes deux disponibles et qu'elles soient offertes en fonction des préférences des usagers.

« Idéalement, on mettrait tout de suite la personne dépendante à l'héroïne sur l'héroïne et la personne dépendante de l'hydro sur l'hydro. »

« Moi j'trouve que les gens devraient avoir le choix de la molécule qu'ils veulent prendre. »

Plusieurs participants souhaiteraient qu'un programme de TAO injectable permette les doses non supervisées, sur le modèle des programmes de substitution existants.

« Le but, c'est d'amener les gens à avoir des privilèges comme avec la méthadone ou le suboxone. »

« Moi je ne serais pas prête à me déplacer plusieurs fois par jour. Je trouve ça infantilisant et ça ne fitte pas avec mon mode vie non plus. [...] Ça serait maximum une fois par jour. »

Un participant se montre inquiet quant au dosage qui serait proposé dans un programme de TAO injectable. Pour lui, le protocole utilisé dans le cadre du projet NAOMI (augmentation progressive de la dose) ne répondrait pas à ses besoins.

« Je prenais 20 fois la dose létale pour une personne normalement constituée. [...] À la quantité que je prenais de morphine, si tu m'offres une ampoule injectable, ça sera pas suffisant pis je vais être obligé d'aller voler. »

Plusieurs participants mentionnent qu'une offre de traitement d'hydromorphone *per os* serait aussi pertinente à considérer.

3.3.3 Les lieux physiques pour recevoir le traitement

Les réponses obtenues dans les deux focus groups divergent de manière importante. Dans le premier groupe, les participants notent que le lieu de traitement devrait être accueillant, chaleureux et que les usagers devraient s'y sentir à l'aise.

« Jamais je fréquenterais un site d'injection supervisée comme ils ouvrent, jamais je pourrais aller là, j'ai besoin d'une intimité [...] faudrait créer un espace cozy pour que les gens puissent consommer, faut que les gens se sentent à l'aise, faudrait pas que ça ressemble à un hôpital. »

Un participant du premier groupe propose un lieu de traitement mobile. Il précise qu'un autobus pourrait se déplacer dans les quartiers de la ville en fonction de la demande de service. Il ajoute qu'il pourrait être géré par une petite équipe accompagnée de pairs aidants. Il suggère que le reste de l'équipe puisse être localisé dans un endroit institutionnel pour les procédures administratives et les rencontres individuelles sporadiques. L'ensemble du groupe semble appuyer cette idée.

Deux participants soulèvent que la meilleure alternative pour eux serait de pouvoir apporter leur consommation à la maison.

« Moi dans l'idéal, j'aurais pas besoin de rien. J'voudrais juste qu'on me donne mes affaires et "Merci, Au revoir" »

« L'idéal ça serait t'sais, pas de trouble, j'ai rien à dire. 'Donne-moi ma molécule' pis c'est tout, j'm'en vais à la maison pis c'est fini! »

Toutefois, un participant s'inquiète des risques de perte ou de revente du produit. Cette crainte n'est pas partagée par le reste du groupe. Un autre participant souligne que les usagers n'auraient aucun avantage à agir ainsi.

« C'est comme les privilèges⁴ finalement pour la méthadone t'sais, c'est ta responsabilité aussi, si tu les vends, fine! Tu vas être dans la merde après t'sais [...] On apprend aussi de nos erreur t'sais j'les ai faites pareil d'aller vendre mes bouteilles de méthadone pour pouvoir acheter de la drogue pis après j'étais comme : "Oh fuck! J'ai pu de dope, j'ai pu d'argent, j'ai pu de méthadone." Heye! J'l'ai pas refait deux fois. »

Dans le deuxième groupe, trois propositions émergent quant au lieu où le TAO injectable pourrait être offert : 1) les sites d'injection supervisée, 2) les pharmacies, 3) le Cran. Tous les participants semblent convenir de la pertinence de ces propositions. Toutefois, un participant s'inquiète du phénomène de « ghetto » qui pourrait émerger d'un lieu de traitement unique pour le TAO injectable et se montre plus favorable à une offre multisite.

« Dans les [sites d'injection supervisée], ils ont les infrastructures, ils ont les infirmières sur place. [...] Il y a aussi tout l'aspect de prise en mains [...] toutes les offres de services. L'infrastructure en soi est parfaite, s'il y avait une salle réservée pour le traitement de substitution TAO ».

« Pourquoi pas dans les pharmacies? [...] Le voir comme un médicament comme un autre. »

« Pourquoi pas une petite section réservée dans les pharmacies? Et former les pharmaciens pour qu'ils puissent superviser l'injection de façon sécuritaire. »

Plusieurs participants mentionnent la pertinence d'identifier des lieux de traitement qui pourraient aussi être ciblés à l'extérieur de Montréal.

⁴ Doses non supervisées.

3.3.4 L'offre de services connexes au TAO injectable

Tous les participants proposent qu'il y ait une équipe de soutien à la disposition des individus qui adhèrent au TAO injectable. Celle-ci devrait pouvoir répondre rapidement à leurs besoins médicaux et psychosociaux. Plus précisément, un participant mentionne que l'équipe traitante devrait être composée de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux. Un participant précise que ces professionnels devraient bien connaître les ressources d'aide disponibles pour pouvoir référer les usagers adéquatement, s'il y a lieu.

« Ça prend un réseau de soutien quand tu es dans une situation totalement précaire dans la rue, c'est dur de donner un autre sens à ta vie. »

Un participant mentionne toutefois que les rencontres avec l'équipe traitante ne devraient pas être obligatoires et qu'elles devraient être sporadiques. La majorité des participants appuie cette idée.

« Faut ça soit sporadique, pas à tous les jours, ça serait ben qu'trop d'aide pour rien! »

« Moi j'dis qu'on devrait pouvoir laisser le choix aux gens. Moi, ça m'intéresse pas de voir une intervenante ou heu...j'men fou, j'ai rien à lui dire, je sais ce que je veux, j'connais mes besoins pis heu, moi j'aimerais avoir le choix de dire comme : "non, fais-moi ma prescription, j'ai pas besoin de rien aujourd'hui là... c'est correct". Au moment où j'aurai peut-être quelque chose à te dire, à ce moment-là, oui je veux avoir la possibilité de le faire ».

Le groupe met en évidence l'importance de respecter les différences interindividuelles. Selon eux, les intervenants devraient prendre le temps de considérer les usagers individuellement.

« J'pense qui faudrait être surtout à l'écoute des personnes qui font la demande, qui veulent avoir un traitement ou heu...C'toujours nous autres qui est le mieux placés pour savoir ce qu'on a d'besoin. »

Un participant propose que des pairs aidants soient intégrés au programme. Il explique qu'ils comprennent bien la réalité des usagers, ce qui leur permet de donner de bons conseils. À l'unanimité, le groupe appuie sa suggestion. Tous les participants semblent considérer que les pairs pourraient facilement établir un lien de confiance avec les usagers et qu'ils seraient les mieux outillés pour le constater si leur situation se détériore. Ils précisent que le service devrait être offert sans être imposé. L'un d'eux ajoute que les pairs pourraient jouer un rôle important dans la promotion du TAO injectable dans les coins stratégiques de la ville.

« On est du même milieu, c'pour ça aussi que ça marche pis que...on parle le même langage, pis ça, c'est super important ».

Un des participants recommande que les usagers reçoivent une brève séance d'information axée sur les pratiques d'injections sécuritaires. Il ajoute qu'une formation pourrait être offerte aux usagers lorsqu'ils entament le traitement pour qu'ils soient en mesure d'administrer du naloxone en cas d'urgence. Un autre recommande d'offrir du matériel d'injection pour les usagers d'un éventuel programme de TAO injectable ainsi que des services de dépistage.

3.3.5 Recrutement des patients et promotion du programme

Un participant propose que les usagers soient informés de l'existence du programme par leur omnipraticien, par les sites d'injection supervisée ou par les travailleurs de rue.

3.4 Avantages liés au TAO injectable

3.4.1 Aspects socio-économiques et réduction de la criminalité

Tous les participants semblent être d'accord sur les avantages socio-économiques que ce programme de TAO injectable entraînerait. Plusieurs soulignent que les usagers d'opioïdes sont contraints de s'investir dans des activités criminelles ou de quête pour assumer le fardeau financier associé à leur consommation. Selon eux, le TAO injectable favoriserait une meilleure qualité de vie pour les usagers.

« Je n'aurais plus besoin de faire du vol à l'étalage ou d'autres choses comme ça pour avoir de l'argent. »

« Pu rien avoir à faire aussi avec la rue pis le milieu des crimes organisés ça c'est comme vraiment important pour moi aussi de pu avoir rien à faire avec la rue. »

« Les gens sortiraient de leur torpeur, y sortirait de leur petite bulle de consommation, pis il reprendrait...pas goût à la vie, mais j'veux dire...les rênes, ils reprendraient au moins les rênes de leur vie t'sais. »

« Apporte le TAO [injectable] en ce moment, ça enlève tout le négatif dans nos vies, puis on va devenir des membres actifs de la société, productifs, on va en faire des choses. La société va être tellement gagnante. »

« Si on offre un traitement [injectable], ça va permettre de garder la dignité comme consommateur. Tu n'es pas obligé de bummer sur le coin de la rue. »

3.4.2 Santé physique et psychologique

Deux participants rapportent que l'accès à une molécule pharmaceutique et sécuritaire réduirait les risques encourus sur leur santé physique, ce qui aurait des répercussions psychologiques positives.

« Y'a toujours le risque de tomber sur du mauvais stock...c'est la roulette russe qu'on joue tout le temps».

«La qualité des produits pharmaceutiques, en c'est comme, c'est, tous cas moi ça m'enlèverait un stress énorme, de, de pas savoir ce que je consomme c'est vraiment problématique».

« C'est de la survie. Tu risques de mourir à chaque fois que tu changes de fournisseur. »

« Combien de gens qui sont morts à cause du fentanyl. [...] Je suis d'accord pour qu'il y ait un endroit pour aider ces gens-là qui sont pris dans la rue. »

Un participant précise qu'une offre de traitement injectable pourrait favoriser des soins de santé moins onéreux pour l'ensemble de la société.

3.4.3 La notion de plaisir

Pour plusieurs participants, le bien-être ou le plaisir que procurent les opioïdes sont un motif de poursuite de la consommation durant le traitement de substitution. Ils expliquent que les traitements de substitutions permettent d'éviter les symptômes de sevrage, mais que le TAO injectable procurerait le bien-être recherché. Certains se questionnent toutefois sur l'acceptabilité sociale de cette quête de plaisir à travers la substance.

« Pourquoi ne pas se retrouver avec les molécules les plus intéressantes au niveau du bien-être? »

« Parce que moralement c'est moins acceptable [selon la société] parce que ça procure du bien-être? »

« Pourquoi prendre 4-5 molécules : antidépresseur, antipsychotique, quelque chose pour dormir, ta méthadone puis en plus tu fume du pot quand tu pourrais avoir une molécule qui répond à tous tes besoins, c'est celle que ton cerveau désire. [...] Pour moi c'est l'héroïne. »

3.5 Appréhensions ou craintes associées au traitement

3.5.1 Les enjeux éthiques et les risques d'abus

Au moins la moitié des participants évoque des enjeux éthiques et des risques d'abus associés à un programme de TAO injectable. Ils mentionnent que certaines personnes pourraient tirer profit d'un programme qui offre de la drogue gratuitement. Certains se questionnent sur la responsabilité de la société envers les usagers de substances.

« Pour pas que ça devienne dans la facilité non plus : "heille, l'héro est prescrite, fait que je vais consommer pendant 6 mois pour m'en faire donner gratuitement" »

« Je connais du monde qui ont fait ça pour la méthadone. Ils en prennent pendant une semaine, après ça ils se mettent sur un programme de substitution. Y'en a plein. »

« Il faut pas tomber dans le piège de dire : "Le gouvernement paye notre dope". Sinon, pourquoi on se mettrait pas à payer la coke à tout le monde, ou la bière? »

3.5.2 Confidentialité

Un participant se questionne sur les répercussions que pourrait avoir son adhésion au TAO injectable. Il dit s'inquiéter de ce que pourrait faire le gouvernement avec les informations obtenues à son sujet.

« Est-ce que ça va me nuire dans le futur quand je me chercherai un emploi ou un programme scolaire ou des prêts? »

3.5.3 Contraintes liées aux rendez-vous

Pour l'un des participants, le fait de se déplacer plusieurs fois par jour pour obtenir le traitement injectable constitue une condition trop contraignante pour ses besoins et son mode de vie. L'ensemble des participants est convaincu que ces contraintes décourageraient certains individus qui auraient pu en bénéficier d'adhérer au TAO injectable.

« La seule chose que je trouverais moins intéressante pour mon style de vie, s'il n'y avait pas de privilège, ça serait de me déplacer trois fois par jour. Je me dis que je serais plus indépendant dans ce cas-là avec l'héroïne. [...] Jusqu'à quel coût financier je suis prêt à mettre sur l'héroïne [...] ou d'avoir le feeling de me faire infantiliser trois fois par jour. »

« Si faut qu't'aille avec ça quatre fois par jour ou trois fois par jours dans une clinique, t'as pu de vie. »

« Moi j'irais là-dessus si c'était moins contraignant que la méthadone, j'va aller là-dessus, si ça peut me sauver du temps dans vie [...] Si c'est pour être plus contraignant qu'autre chose, je vais vivre avec mes bobos là. »

Les autres participants déplorent aussi des contraintes associées au TAO injectable telles que les « restrictions sur le quotidien » (déplacements) et la possibilité de voir leur permis de conduire suspendu. Les participants nuancent leur propos en ajoutant qu'ils pensent que plusieurs personnes seraient prêtes à se déplacer

quotidiennement ou à déménager pour bénéficier de ce programme de TAO injectable. Ils proposent aussi que les usagers aient le choix de la fréquence à laquelle ils souhaitent aller se procurer leur traitement.

« Moi je ne vois aucun problème à remplir les places du programme, même avec ces restrictions-là. »

« Mais ça ne remplira pas tous les besoins. »

« Si faudrait se déplacer, j'me déplacerais. »

« Moi j'connais plusieurs personnes qui le feraient, qui seraient prêtes à se déplacer. »

3.5.4 Dosage

Au moins un usager se montre inquiet que les dosages de départ soient insuffisants et ne tiennent pas suffisamment compte du « *cas par cas* » ou du phénomène d'augmentation de la tolérance.

3.5.5 Critiques sociales

Plusieurs participants recommandent d'éduquer le public afin que la population soit informée des avantages sociaux et de la pertinence d'un tel traitement. Ils craignent qu'un tel projet alimente l'incompréhension et le jugement au sein de la société. Ils proposent que le public soit informé des raisons pour lesquelles ce traitement sera mis en place et des effets positifs qu'il pourrait entraîner.

« Il faudrait expliquer [...] pour éviter des répercussions négatives. »

« Ma tante [en banlieue], ne comprendra pas si elle voit ça aux nouvelles à la télé. Il faut éduquer le public. »

3.6 Principales recommandations des participants aux focus groups d'usagers

En conclusion, certaines recommandations semblent faire consensus au sein des groupes de discussion:

- S'assurer que le TAO injectable soit accessible à l'ensemble des individus qui pourraient en bénéficier;
- Offrir l'hydromorphe et la diacéylmorphine, selon les préférences de l'utilisateur;
- Implanter un lieu de traitement accueillant et chaleureux;
- Offrir des services psychosociaux et médicaux, sans toutefois les imposer;
- Inclure des pairs aidants dans le programme de TAO injectable;
- Considérer et respecter les différences interindividuelles en priorisant une approche individualisée.

Le point de vue des usagers en résumé

Dans l'ensemble, le débat sur les enjeux éthiques, politiques et sociaux traverse les discussions. Lorsqu'ils travaillent à définir les modalités qui pourraient structurer un programme de TAO injectable, la majorité des participants oscille entre une posture inclusive de réduction des méfaits et une position plus restrictive et plus stratégique visant à limiter les abus potentiels, les écueils légaux et les critiques sociales. Dans l'ensemble, les participants recommandent un programme de TAO injectable inclusif et un encadrement qui limiterait les risques d'abus ou d'amplification du problème de consommation d'opioïdes.

Un grand thème transversal se dégage des discussions: la flexibilité en fonction des choix des usagers. Pour répondre aux besoins des usagers, les participants considèrent que les professionnels de l'équipe traitante devraient considérer et respecter leurs choix et leurs préférences. Ils suggèrent que les ceux-ci priorisent une approche individualisée et qu'ils s'adaptent aux différences interindividuelles des usagers.

« Plus qu'y va avoir d'options, mieux qu'ça va être, on va pouvoir traiter plus de monde, on va pouvoir sauver plus de monde, on va pouvoir faire toute la... parce que chaque individu est différent. »

Chapitre 4 : Point de vue d'informateurs clés ayant été associés à NAOMI

Des entrevues ont été réalisées entre les mois de juillet et septembre 2017 avec quatre informateurs clés ayant été impliqués dans le projet de recherche NAOMI (North American Opiate Medication Initiative). L'objectif de la consultation était de recueillir l'opinion des informateurs clés concernant 1) la pertinence de la mise en œuvre d'un programme de TAO injectable à Montréal; 2) la manière dont ce traitement pourrait être mis en place pour répondre le mieux aux besoins des usagers.

4.1 Profil des informateurs clés

Les entrevues ont été réalisées avec un médecin, un coordonnateur de recherche, une agente de recherche et une pharmacienne. Les trois premiers ont été questionnés sur les thèmes suivants :

- 1) Pertinence d'un traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur l'injection à Montréal
- 2) Offre de service et modalités de traitement
- 3) Implantation d'un TAO injectable : obstacles et facteurs facilitants
- 4) Suggestions pour l'évaluation des besoins

La pharmacienne rencontrée n'a pas été en contact avec la clientèle puisqu'il n'y avait pas de pharmacien sur place dans le cadre de l'étude NAOMI. Celle-ci a donc été questionnée principalement sur les aspects liés à la médication et la pertinence de la présence d'un pharmacien à la clinique de TAO injectable.

4.2 Pertinence d'un traitement injectable pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes à Montréal

Les informateurs clés évaluent qu'il y a un réel besoin pour un TAO injectable à Montréal. Selon eux, plusieurs individus pourraient en bénéficier, et ce, sur plusieurs aspects de leur vie.

« C'est un besoin pour la clientèle. »

« J'ai aucun doute, j'en douterai jamais »

« On en a eu un patient... On se disait tous: "Mon Dieu! Si on avait les opiacés injectables, c'est là qu'il irait! Ça fait trois fois qu'il est hospitalisé avec des infections, qu'il passe un mois et demi et plus à l'hôpital parce qu'il a des infections épouvantables. On essaye la méthadone, on essaye la buprénorphine. À la minute qu'il sort dehors, ça foire... Même s'il est bien dosé, même si on lui donne tout ce qu'il faut. Tu te dis : Combien d'infections il a avoir avant qu'on lui offre ce qu'il veut dans le fond. »

En se basant sur leurs observations à NAOMI, les informateurs disent avoir constaté une véritable amélioration chez la majorité des participants ayant eu accès à un traitement d'opioïdes injectables.

« On a vu l'amélioration des clients »

« Y'en a qui ont repris le travail et qui étaient vraiment mieux. »

4.3 Modalités courantes de traitement

4.3.1 Clientèle cible pour un TAO injectable

Les informateurs clés soulignent l'importance de bien réfléchir aux critères d'inclusion pour les usagers potentiels du TAO injectable. Ils recommandent des critères flexibles pour éviter de limiter l'accès à des usagers pour qui le traitement aurait pu être bénéfique. Les informateurs ajoutent qu'un individu qui ne répond pas aux autres traitements de substitution devrait avoir accès au TAO injectable. Ils oscillent entre leur souci d'inclure tous ceux qui pourraient en bénéficier et la crainte d'aggraver la condition d'individus qui auraient pu répondre à d'autres traitements de substitutions.

« Si on le regarde objectivement...prendre un client qui fonctionne sur la méthadone et de le mettre en opiacés injectables...Y'a une question de coûts, mais y'a aussi...j'pas sure qu'on améliore sa situation »

« Faut être très inclusifs. »

« C'est le juste milieu entre être trop libéral et de laisser des gens dans des programmes d'injection alors qu'ils pourraient bénéficier de programmes un peu plus standard, sans pénaliser ceux qui en ont vraiment besoin.»

Les informateurs suggèrent que l'équipe qui sélectionne les usagers puisse utiliser son expérience et son jugement clinique pour déterminer si l'individu est un bon candidat au TAO injectable. La majorité d'entre eux rapporte que l'équipe devrait prioriser une approche individualisée, plutôt que d'appliquer des critères de sélection de manière rigide.

« J'ai l'impression que ça devrait être au cas pas cas, parce que y'a des gens qui avaient pas cinq ans de consommation d'héroïne qui auraient été des bons candidats [à un programme de TAO injectable] et yen a qui avaient cinq ans pis nous on était pas sur que y'avait pas d'autres traitements qui auraient pu fonctionner. »

Les informateurs ne recommandent pas que le TAO injectable soit offert en première intention, mais jugent qu'il ne devrait pas être uniquement offert en dernier recours. L'un d'eux suggère que le programme ne soit pas réservé aux usagers qui ont accumulé plusieurs échecs à un programme de substitution. Il précise que le TAO injectable devrait aussi avoir des objectifs préventifs.

« Est-ce qu'on est obligé de les laisser se caler pis se planter beaucoup avant d'intervenir? Ou est-ce que...je parle pas à la première consommation, mais quand la personne est dans son début de consommation, ben d'avoir quelque chose comme ça, ça pourrait pas prévenir d'autres affaires? »

«Les gens sont obligés d'aller acheter leur héro sur le marché noir, ben y se mettent en contact avec des milieux, y se mettent en contact avec des comportements...»

«J'peux pas m'empêcher de penser que y'aurait un espace à quelque part de mettre ça plus tôt dans un processus.»

« Pas nécessairement en première intention, mais pas en 18^e intention non plus.»

4.3.2 L'offre de médicament

Un des informateurs clés recommande que la molécule offerte aux usagers soit celle qu'ils consomment. Ainsi, la diacétylmorphine et l'hydromorphone devraient être mises à leur disposition.

« Pas sûr que de la mettre en contact avec un produit qu'il ne connaît pas serait l'idéal. »

Selon les informateurs, l'hydromorphone serait un traitement tout aussi intéressant que la diacétylmorphine pour traiter la clientèle cible. Ceux-ci disent toutefois se questionner sur l'intérêt qu'auront les consommateurs de diacétylmorphine si on annonce que l'unique molécule proposée est l'hydromorphone.

« Le bon traitement dans leur tête est la diacétylmorphine. »

« Est-ce que ça va attirer autant les gens? »

« Probablement qui si c'était connu, ça serait un frein, mais j pense que dans l'application par contre, personne ferait la différence. »

« L'idée de proposer des opiacés injectables plutôt qu'un produit spécifique, dans le marketing peut faire une différence. »

4.3.3 Localisation

Un informateur mentionne que la clientèle qui pourrait bénéficier d'un programme de TAO injectable à Montréal est dispersée sur un vaste territoire. Or, l'implantation de plusieurs lieux de traitement ne serait pas réaliste compte tenu des coûts associés. Il serait plus économique d'ouvrir un seul point de service situé près d'un métro pour faciliter l'accès. Un autre informateur propose de fournir des places de stationnement gratuites à proximité. Certains informateurs recommandent d'éviter de distribuer le TAO injectable dans un hôpital :

« Le milieu hospitalier je pense que ça peut être un frein [...] T'sais j pense que d'y donner un caractère trop médical, ça peut en décourager certains. Parce qu'ils n'ont pas une bonne expérience, chaque fois qu'ils vont à l'urgence y se font regardé tout croche, pis y attendent.... »

« Tu veux pas hospitaliser ce traitement-là. »

« C'est pas du tout un milieu convivial pis c'est trop cher. »

4.3.4 Les lieux physiques pour offrir le traitement

Tous les informateurs mentionnent que les lieux devront être adaptés aux besoins des usagers. Ceux-ci devront pouvoir s'approprier l'espace et s'y sentir confortable. Pour accommoder les travailleurs ou les usagers qui projettent réinsérer le marché du travail, un informateur recommande que ce lieu ouvre tôt le matin et ferme après 17h00. Il suggère aussi que l'endroit soit organisé pour que les infirmières puissent aisément superviser les injections. Toutefois, certains rappellent qu'il y aura plusieurs normes de Santé Canada à respecter (coffre-fort, hotte, réfrigérateur, vitres par balles).

4.3.5 Organisation des salles d'attentes

Les informateurs clés soulèvent des problèmes pouvant survenir dans les salles d'attente de la clinique de TAO injectable. Les délais d'attente pré et post injection peuvent être des irritants pour les usagers et des conflits

peuvent survenir. Pour s'assurer du bon déroulement, un participant propose qu'il y ait deux salles d'attente supervisées mises à la disposition des usagers : une pour l'attente du traitement et l'autre suivant l'injection. Tous soulignent l'importance d'organiser ces salles en fonction des besoins des usagers (éclairage adéquat, télévision, tablettes, lectures).

4.3.6 L'offre de services connexes au TAO injectable

Services médicaux : Les informateurs mentionnent que la santé physique et mentale des usagers devrait être prise en charge par l'équipe traitante. Ceux-ci devraient avoir accès à des médecins, des psychiatres et des infirmières. Dans l'éventualité où l'équipe traitante ne pouvait pas répondre à certains besoins, les informateurs recommandent que des partenariats soient établis avec des institutions et des organismes de la région afin de référer facilement et rapidement vers des ressources spécialisées.

« Si on s'engage à prendre en charge leur santé, faut avoir les mécanismes [pour le faire]. »

Services psychosociaux : Les informateurs clés considèrent que des services psychosociaux doivent être mis à la disposition des usagers du TAO injectable. L'un d'eux recommande l'embauche de travailleurs sociaux, d'intervenants, et de pairs aidants. Il ajoute qu'une formation à la Naloxone devrait être offerte aux usagers qui le désirent. Les informateurs rappellent l'importance de répondre aux besoins de base des usagers (logement, alimentation, carte d'assurance maladie, etc.).

« C'est clairement pas juste un acte médical, ça va plus loin que ça. »

« On est vraiment dans le besoin immédiat [...] L'espèce de suivi psychosocial où ils font le déblayage de leur jeunesse, ça ne marchera pas. »

Réceptionniste : Un informateur clé souligne l'importance du rôle du/de la réceptionniste pour accueillir les patients à la clinique. Il soulève qu'à NAOMI, celle-ci avait été un élément clé dans l'organisation des services. Grâce à son rôle moins formel et son contact amical, elle accueillait les préoccupations des patients et pouvait les diriger vers les professionnels qualifiés pour demander de l'aide ou aborder un sujet en particulier.

« Pour certains, c'était leur seul contact humain dans la journée. »

« Ce qu'ils disaient c'est: le produit j'peux en trouver dans rue mais d'être accueilli comme ça, ça j'ai pas ça ailleurs. »

Les informateurs recommandent que les services connexes au TAO injectable soient facultatifs (à la demande de l'utilisateur).

« Si tu mets trop de contraintes, ben encore là, tu vas perdre de la clientèle, parce qu'ils vont avoir l'impression que tu veux contrôler toutes sortes d'affaires. »

Un informateur ajoute que contraindre les usagers à recevoir des services dont ils ne veulent pas risquerait de favoriser les conduites d'opposition. Il remarque que le titre d'intervenant psychosocial n'a pas particulièrement bonne réputation chez la clientèle. Selon lui, il est préférable de nommer les membres de l'équipe traitante par leur nom plutôt que par leur titre.

« Une intervenante psychosociale pour cette clientèle-là, je caricature un peu, mais c'est un peu menaçant. »

« Si les services psychosociaux étaient obligatoires, ça serait une barrière parce que les participants ont eu beaucoup d'expériences négatives dans le passé. »

4.4 Obstacles pouvant être rencontrés lors de l'implantation d'un programme de TAO injectable

4.4.1 Enjeux liés au transport et à l'entreposage du traitement

Les informateurs consultés mentionnent des enjeux liés au transport et à l'entreposage du traitement relativement aux normes de Santé Canada. Certains recommandent la présence d'un pharmacien à la clinique de TAO injectable pour préparer les traitements quotidiennement et ainsi éviter les contraintes liées au transport.

4.4.2 Organisation d'un réseau de vente

Un informateur mentionne que dans le cadre du projet NAOMI, certains usagers vendaient de la drogue sur le marché noir. Ceux-ci recrutaient des clients potentiels à la clinique de TAO injectable.

«Ce qu'on entendait [...] ça aurait permis d'organiser à quelque part aussi un peu un réseau la, t'sais celui qui vendait pis qui était dans la clinique ben y'avait comme une clientèle potentielle assez facile autour de lui.»

4.4.3 Acceptabilité sociale

Les informateurs clés soulignent qu'un des principaux obstacles à l'implantation d'un TAO injectable sera la réticence des citoyens. Les citoyens vivant dans les quartiers où on trouve déjà plusieurs organismes de soutien aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances peuvent être réticents à en accueillir un supplémentaire. Ceux qui habitent les secteurs plus tranquilles peuvent être choqués ou insécurisé face à cette nouveauté.

«Le syndrome du 'pas dans ma cour', peu importe ce que tu mets en place, tu vas toujours avoir à composer avec. En tout cas, moi j'pense que l'idéal, c'est d'être le plus transparent possible.»

Malgré les inquiétudes de la population, la plupart des informateurs disent ne pas avoir observé de répercussions négatives dans l'environnement où avait été implanté le projet de recherche NAOMI :

«Y s'est pas passé grand-chose. Pis les patients, une fois qui sont embarqués dans le programme d'habitude, ils vont de mieux en mieux. »

«Moi, j'ai pas entendu dire qu'il y avait eu des problèmes aux alentours.»

4.5 Facteurs facilitants la mise en place d'un TAO injectable

4.5.1 Sélection de l'équipe traitante

Les informateurs soulignent l'importance de différents critères lors de la sélection de l'équipe traitante. Certains recommandent que les professionnels embauchés supportent la cause et soient à l'aise avec l'ensemble des situations auxquelles ils peuvent être confrontés. Ils soulignent que lorsqu'un membre de l'équipe traitante est heurté dans ses valeurs, les usagers le sentent et peuvent se sentir jugés.

« Au début, tu penses que c'est correct, qu'il y en aura pas de problèmes, [...] Quand t'as une cliente mettons, en face de toi, pis tu sais qu'est enceinte, pis qu'est en train de s'injecter, ben là, ça peut éventuellement venir chercher des choses que t'avais pas pensé. »

« C'est dur de regarder quelqu'un s'injecter, de regarder quelqu'un se tenir dans ce monde-là, quand toi...c'est pas que c'est contre tes valeurs, c'est juste que tu penses que cette personne-là, peut-être que y'a d'autres choses qui lui conviendraient mieux. »

« Quand tu vois quelqu'un de très jeune, ça va venir chercher certaines valeurs, même chez quelqu'un de très ouvert ! Faut prévoir des équivalents de groupe de discussion pour ventiler tout ça fréquemment. »

Les informateurs recommandent que l'équipe traitante soit flexible avec la clientèle. Entre autres, l'un d'entre eux souligne que lors de l'admission, il serait facilitant d'aller rencontrer les personnes dans leur milieu, s'ils s'y sentent plus à l'aise. Dans le cas où un usager soulignerait un problème avec un des professionnels impliqués dans son suivi, un informateur recommande que l'équipe traitante fasse des démarches pour lui assigner un professionnel avec qui il pourra créer un bon lien thérapeutique.

Un informateur ajoute que dans ce milieu, la réputation des professionnels qui interagissent avec les usagers est particulièrement importante.

« Le milieu est petit, tout le monde se connaît. »

« Les clients se renseignent. »

« Ça à l'air de rien, mais si un intervenant a pas une bonne réputation, les participants vont l'éviter. »

Selon cet informateur, il est préférable que le personnel embauché ait une apparence physique neutre et professionnelle. Il ajoute que certains usagers sont hésitants face aux employés ayant une apparence marginalisée, qui leur rappelle la rue.

« Faut que les gens aient l'air professionnels, c'est une affaire que les participants ont soulignée souvent »

4.5.2 Présence d'un pharmacien à la clinique de TAO injectable

Les informateurs mentionnent que la présence d'un pharmacien sur place peut non seulement limiter les enjeux liés au transport, mais encore prévenir le gaspillage du traitement. En effet, en n'étant pas sur place, le pharmacien doit préparer la médication en considérant que les usagers s'injecteront les trois doses permises, ce qui n'est pas toujours le cas. En travaillant à même la clinique, le pharmacien peut préparer le produit en fonction de la fréquence réelle à laquelle les usagers viennent le chercher. Ainsi, le gaspillage est limité et les coûts associés sont diminués.

« Si vous êtes capable d'avoir quelqu'un sur place [...] y'aurait moins de gaspillage, parce que ça implique des coûts au bout de la ligne... »

« Au moins en avoir un [pharmacien sur place] 5 jours par semaine. »

4.5.3 Pairs aidants

Certains informateurs clés recommandent l'implication de pairs aidants. L'un d'eux souligne que grâce à leurs contacts avec la rue, les pairs peuvent retrouver certains usagers qui ne présenteraient plus à leur traitement et informer adéquatement la clientèle cible de l'existence et des modalités du programme de TAO injectable.

4.5.4 Suivi ponctuel par une personne externe à l'équipe traitante

Un informateur recommande qu'une personne ne faisant pas partie du personnel de la clinique puisse rencontrer ponctuellement les usagers en cours de traitement pour faire le point sur leur expérience. Cette personne n'étant pas un membre de l'équipe traitante, les usagers se sentiraient généralement plus à l'aise de s'ouvrir sur leurs besoins et leurs insatisfactions en lien avec le TAO injectable. Ainsi, des améliorations aux services pourront être effectuées ou des explications pourront leur être fournies pour expliquer les motifs de la structure du traitement. L'informateur rencontré nomme ce système le « deuxième filet de sécurité » pour éviter les abandons de traitement ou la désaffiliation des services.

4.5.5 Promotion du traitement

Pour faire connaître le traitement, un informateur recommande d'établir des partenariats avec des ressources spécialisées auprès de la clientèle cible. Les intervenants qui y travaillent seront en mesure de référer des personnes qui pourraient répondre aux critères d'inclusion du programme de TAO injectable. Un participant suggère de promouvoir le traitement à l'aide d'annonces dans les journaux. Il ajoute qu'une publicité d'apparence neutre et professionnelle est à privilégier pour capter l'attention des usagers.

« D'avoir une approche médicale avec cette clientèle-là, c'qu'on pensait qui serait une barrière, finalement a été un facilitateur. »

4.6 Principales recommandations proposées par les informateurs clés

Dans l'ensemble, les recommandations des informateurs clés s'articulent autour des éléments suivants :

- Des critères de sélection inclusifs, sans toutefois permettre l'accès aux usagers qui pourraient répondre aux programmes de substitution;
- Un choix de molécule (la diacétylmorphine et l'hydromorphone);
- Un lieu de traitement facile d'accès et adapté aux besoins des usagers;
- Des services connexes médicaux et psychosociaux à la disposition des usagers;
- L'implication de pairs aidants;
- Un pharmacien pour préparer la médication sur place quotidiennement.

Encadré 2 : Le point de vue des informateurs clés en résumé

Le point de vue des informateurs clés en résumé

Les informateurs clés soulignent l'importance de mettre en place un programme flexible et adapté aux besoins des usagers. Ils recommandent que les professionnels de l'équipe traitante priorise une approche individualisée à travers laquelle ils auront la latitude de mettre en pratique leur jugement clinique.

Chapitre 5 : Estimation du nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'un TAO injectable à Montréal

5.1 Consultation des médecins

Un formulaire a été acheminé aux médecins identifiés par le Cran comme prescrivant des traitements de substitution à de nombreux usagers pour leur demander d'identifier le nombre approximatif de patients de leur clientèle qui seraient susceptibles de bénéficier d'un TAO injectable.

Deux centres spécialisés et cinq médecins de la communauté ont répondu à la consultation. Au total, ils identifient 111 de leurs patients qui, selon eux, seraient susceptibles de bénéficier d'un TAO injectable en fonction des critères d'inclusion préliminaires proposés :

- Personne en dosage continuellement et qui s'injecte activement des opioïdes;
- Personne en inconfort chronique avec les deux molécules traditionnelles et qui s'injecte activement des opioïdes;
- Personne qui ne va pas à la pharmacie chercher sa méthadone plus de deux jours par semaine et qui s'injecte activement des opioïdes.

5.2 Estimation basée sur la littérature

Dans les pays où la diacétylmorphine injectable fait partie de l'offre de service en traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, la proportion des usagers en traitement qui bénéficieraient de ce programme varie entre 5% en Angleterre et aux Pays-Bas (Strang et al., 2012), 8% en Suisse (OFSP, 2017) et environ 10% au Danemark (Danish Health and Medicines Authority, 2013). En fonction de l'évaluation du requis de service réalisé en 2016 pour le Cran (Perreault et al., 2017), on estime que 2223 résidents montréalais recevaient en 2016 un traitement de substitution. En se basant sur la proportion mentionnée dans la littérature, ce serait entre 111 et 222 patients montréalais qui seraient susceptibles de bénéficier d'une offre de TAO injectable.

Conclusion

Les données recueillies dans le cadre de l'évaluation des besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de TAO injectable mettent en relief la pertinence d'une telle offre de traitement afin de répondre aux besoins d'une portion des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

La recension des écrits (*rapid review*) a permis de documenter les pratiques courantes en termes de critères d'inclusion, d'offre de services médicaux et psychosociaux, de fonctionnement des cliniques et d'organisation du travail. La souplesse des paramètres varie selon les programmes.

La collecte de données auprès d'usagers de services montréalais et d'informateurs clés confirme l'existence d'un besoin pour la mise en place d'un programme de TAO injectable. Certains usagers rencontrés considèrent qu'ils seraient susceptibles de bénéficier d'un tel programme ou rapportent connaître d'autres personnes qui le seraient. Les informateurs clés rencontrés évaluent aussi qu'il existe un besoin pour ce type de programme et les médecins consultés identifient au total 111 patients qui répondraient aux critères d'inclusion préliminaires proposés. Enfin, dans les pays où le TAO injectable a été intégré dans l'offre de service, se sont entre 5% et presque 10% des patients en traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes qui y ont accès. À Montréal, ce pourcentage représenterait environ 111 à 222 personnes.

L'analyse des données recueillies auprès des usagers et des informateurs clés permet aussi de mettre en relief les besoins connexes au traitement, tels qu'une gamme complète de services médicaux et psychosociaux disponibles au besoin, une approche flexible et individualisée ainsi qu'une offre de traitement inclusive et accessible.

Dans ce contexte, l'équipe de recherche et le comité de travail sur le TAO injectable recommandent la poursuite de l'étude de faisabilité à travers les démarches suivantes :

- L'identification des enjeux cliniques, organisationnels et d'acceptabilité sociale associés à l'implantation d'un programme de TAO injectable;
- La conception d'une offre de service (approche, cadre légal, collaboration avec les partenaires, budget prévisionnel);
- La rédaction d'un avis de pertinence.

Références

- Blanken, P., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., van Ree, J. M., & van den Brink, W. (2016). Efficacy of cocaine contingency management in heroin-assisted treatment: Results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, *164*, 55-63. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.018
- Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., Klous, M. G., Rook, E. J., . . . van Ree, J. M. (2010a). Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context. *Eur Neuropsychopharmacol*, *20 Suppl 2*, S105-158. doi:10.1016/S0924-977X(10)70001-8
- Blanken, P., Hendriks, V. M., van Ree, J. M., & van den Brink, W. (2010b). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, *105*(2), 300-308. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02754.x
- Cran. 2017. À propos du programme Cran. Mission. En ligne. <http://www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/propos-du-cran/mission>
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. (2010). [Efficacy diacetylmorphine (pharmaceutical heroin) for heroin treatment]. *Rev Med Liege*, *65*(12), 681-687.
- Demaret, I., Litran, G., Magoga, C., Deblire, C., De Roubaix, J., Quertemont, E., . . . Anseau, M. (2013). *Projet TADAM : rapport final*. Retrieved from Belgique:
- Danish Health and Medicines Authority (DHMA). (2013). *Evaluation of the program for prescribed heroin to drug abusers 2010-2012*. Retrieved from Copenhagen:
- Eiroa-Orosa, F. J., Verthein, U., Kuhn, S., Lindemann, C., Karow, A., Haasen, C., & Reimer, J. (2010). Implication of gender differences in heroin-assisted treatment: results from the German randomized controlled trial. *Am J Addict*, *19*(4), 312-318. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00049.x
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2010). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev*(8), CD003410. doi:10.1002/14651858.CD003410.pub3
- Gouvernement du Canada. (2016). Règlement modifiant certains règlements pris en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (accès à la diacétylmorphine aux fins de traitement d'urgence). *Gazette du Canada*, *50*(18). <http://www.gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2016/2016-09-07/html/sor-dors239-fra.php>
- Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Berger, J., Krausz, M., & Naber, D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, *191*, 55-62. doi:10.1192/bjp.bp.106.026112
- Haasen, C., Verthein, U., Eiroa-Orosa, F. J., Schafer, I., & Reimer, J. (2010). Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German randomised controlled trial. *Eur Addict Res*, *16*(3), 124-130. doi:10.1159/000313334
- Kham, R., Khazaal, Y., Thorens, G., Achab, S., Annoni-Manghi, R., Zullino, D. et Uchtenhagen, A. (2015). Two decades of the Swiss program based on the prescription of Diacetylmorphine, from a public health intervention to a treatment option. *Canadian Journal of Addiction Medicine*, *6*(1):20-22.
- Lintzeris, N., Strang, J., Metrebian, N., Byford, S., Hallam, C., Lee, S., . . . Group, R. (2006). Methodology for the Randomised Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT): evaluating injectable methadone and injectable heroin treatment versus optimised oral methadone treatment in the UK. *Harm Reduct J*, *3*, 28. doi:10.1186/1477-7517-3-28
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F., & team, P. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat*, *31*(2), 203-211. doi:10.1016/j.jsat.2006.04.007
- Naber et Haasen. 2006. The German model project for heroin assisted treatment of opioid dependant patients - a multi-centre, randomised, controlled treatment study. En ligne. http://www.heroinstudie.de/H-Report_P1_engl.pdf

- Nosyk, B., Guh, D. P., Bansback, N. J., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., . . . Anis, A. H. (2012). Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *CMAJ*, *184*(6), E317-328. doi:10.1503/cmaj.110669
- Office fédérale de la santé publique (OFSP). (2015). Traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne). En ligne. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2015). *Manuel Traitement avec prescription de diacetylmorphine Directives et explications complémentaires aux dispositions légales*. Retrieved from
- Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med*, *361*(8), 777-786. doi:10.1056/NEJMoa0810635
- Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., MacDonald, S., Lock, K., . . . Schechter, M. T. (2016). Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *73*(5), 447-455. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0109
- Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marsh, D. C., Nosyk, B., Krausz, M., . . . Schechter, M. T. (2010). Double-blind injectable hydromorphone versus diacetylmorphine for the treatment of opioid dependence: a pilot study. *J Subst Abuse Treat*, *38*(4), 408-411. doi:10.1016/j.jsat.2010.03.003
- Oviedo-Joekes, E., Marchand, K., Lock, K., MacDonald, S., Guh, D., & Schechter, M. T. (2015). The SALOME study: recruitment experiences in a clinical trial offering injectable diacetylmorphine and hydromorphone for opioid dependency. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *10*, 3. doi:10.1186/1747-597X-10-3
- Strang, J., Groshkova, T., & Metrebian, N. (2012). *New heroin-assisted treatment Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Retrieved from Luxembourg:
- Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., . . . Forzisi, L. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet*, *375*(9729), 1885-1895. doi:10.1016/S0140-6736(10)60349-2
- Verthein, U., Haasen, C., & Reimer, J. (2011). Switching from methadone to diamorphine: 2-year results of the german heroin-assisted treatment trial. *Subst Use Misuse*, *46*(8), 980-991. doi:10.3109/10826084.2010.540624

Autres références pertinentes

- Bell, J., Waal, R. V., & Strang, J. (2017). Supervised Injectable Heroin: A Clinical Perspective. *Can J Psychiatry*, *62*(7), 451-456. doi:10.1177/0706743716673966
- Blanken, P., Hendriks, V. M., Koeter, M. W., van Ree, J. M., & van den Brink, W. (2012). Craving and illicit heroin use among patients in heroin-assisted treatment. *Drug Alcohol Depend*, *120*(1-3), 74-80. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.06.025
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. (2012). Staff concerns in heroin-assisted treatment centres. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *19*(6), 563-567. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01810.x
- Farrell, M., & Hall, W. (2015). Heroin-assisted treatment: has a controversial treatment come of age? *Br J Psychiatry*, *207*(1), 3-4. doi:10.1192/bjp.bp.114.160986
- Karow, A., Reimer, J., Schafer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*, *112*(3), 209-215. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009
- Marchand, K. I., Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marsh, D. C., & Schechter, M. T. (2011). Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Serv Res*, *11*, 174. doi:10.1186/1472-6963-11-174

- Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., MacDonald, S., Guh, D., Marchand, K., Jutha, S., . . . Schechter, M. T. (2017). Safety profile of injectable hydromorphone and diacetylmorphine for long-term severe opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*, *176*, 55-62. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.02.021
- Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., Marsh, D., Chettiar, J., . . . Schechter, M. T. (2010). Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence in women. *Drug Alcohol Depend*, *111*(1-2), 50-57. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.016
- Oviedo-Joekes, E., March, J. C., Romero, M., & Perea-Milla, E. (2010). The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: a 2 year follow-up. *Drug Alcohol Rev*, *29*(1), 75-80. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00100.x
- Oviedo-Joekes, E., Marchand, K., Lock, K., Chettiar, J., Marsh, D. C., Brissette, S., . . . Schechter, M. T. (2014). A chance to stop and breathe: participants' experiences in the North American Opiate Medication Initiative clinical trial. *Addict Sci Clin Pract*, *9*, 21. doi:10.1186/1940-0640-9-21
- Oviedo-Joekes, E., Nosyk, B., Marsh, D. C., Guh, D., Brissette, S., Gartry, C., . . . Schechter, M. T. (2009). Scientific and political challenges in North America's first randomized controlled trial of heroin-assisted treatment for severe heroin addiction: rationale and design of the NAOMI study. *Clin Trials*, *6*(3), 261-271. doi:10.1177/1740774509105222
- Palis, H., Marchand, K., Guh, D., Brissette, S., Lock, K., MacDonald, S., . . . Oviedo-Joekes, E. (2017). Men's and women's response to treatment and perceptions of outcomes in a randomized controlled trial of injectable opioid assisted treatment for severe opioid use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *12*(1), 25. doi:10.1186/s13011-017-0110-9
- Schafer, I., Eiroa-Orosa, F. J., Verthein, U., Dilg, C., Haasen, C., & Reimer, J. (2010). Effects of psychiatric comorbidity on treatment outcome in patients undergoing diamorphine or methadone maintenance treatment. *Psychopathology*, *43*(2), 88-95. doi:10.1159/000274177

Annexe 1: Canevas d'entrevue pour les focus groups d'usagers

ÉVALUATION DES BESOINS MONTRÉLAIS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE

CANEVAS D'ENTREVUE – FOCUS GROUP (USAGERS/ÈRES)

1. Introduction

Il existe une forme de traitement de la dépendance aux opioïdes qui consiste à prescrire un traitement injectable à base de diacéylmorphine (héroïne pharmaceutique) ou d'hydromorphone (dilaudid). Ce traitement très encadré est disponible en Colombie-Britannique et dans certains pays d'Europe. Il l'a été, pour fins de recherche, à Montréal entre 2005 et 2008 dans le cadre du projet NAOMI. Le Cran examine la possibilité d'offrir un traitement d'opioïde par injection de ce type à Montréal.

Notre rencontre a deux objectifs : 1) recueillir votre avis sur l'intérêt de cette possibilité, et 2) examiner comment ce traitement pourrait être mis en place pour répondre le mieux aux besoins des usagers.

2. Pertinence d'un traitement de la dépendance aux opioïdes injectable à Montréal

- a) Selon vous, aurait-il des personnes qui auraient besoin d'un tel traitement?
- b) Qui seraient ces personnes?
Sonder pour : critères d'inclusion
- c) Quel médicament devrait leur être offert? (héroïne pharmaceutique? hydromorphone?)
- d) Où ce traitement devrait-il être offert?

3. Intérêt envers le traitement

- a) Selon vous, quels seraient les principaux avantages d'un traitement injectable?
- b) S'il était disponible, seriez-vous intéressée par un tel traitement? (ou auriez-vous pu être intéressé dans le passé?)
Sonder pourquoi

4. Appréhensions ou craintes associées au traitement

- a) Selon vous, est-ce qu'un tel traitement présenterait des désavantages?
- b) Auriez-vous des inquiétudes ou des craintes à recevoir un tel traitement?
Sonder pour : encadrement, dosage, durée et fréquence des visites, gestion du temps, déplacements, distance, frais ou dépenses connexes (ex. : transport, seriez-vous prêts à déménager pour vous rapprocher?), confidentialité, intimité.

5. Besoins et attentes:

- a) Quels seraient les services qui devraient être disponibles pour ceux qui suivraient un tel traitement?
Sonder pour :
 - *soutien psychosocial (démarches légales, soutien familial, démarches administratives, logement)*
 - *santé mentale*
 - *santé physique*
 - *autres problèmes de consommation*
- b) Auriez-vous des suggestions pour la mise en place d'un traitement injectable?
Sonder pour : horaires, professionnels, locaux, encadrement, aménagements des lieux, transport.

Annexe 2 : Formulaire de consentement pour participer au focus group

**ÉVALUATION DES BESOINS MONTRÉLAIS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE
CONSENTEMENT POUR PARTICIPER À UN FOCUS GROUP**

ÉQUIPE DE RECHERCHE

- Michel Perreault, Ph.D., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (chercheur principal)
- Léonie Archambault, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
- Diana Milton, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
- Camille Blouin, stagiaire au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

OBJECTIF

L'étude a pour but de recueillir votre opinion sur les besoins pour la mise en place d'un traitement injectable pour la dépendance aux opioïdes à Montréal. Elle vise aussi à connaître votre avis sur les services qui pourraient être développés pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

ACTIVITÉ

Vous êtes invités à participer à une consultation de groupe (durée d'environ une heure et demie). La discussion sera dirigée par un animateur et une assistante de recherche. La rencontre sera enregistrée. L'enregistrement sera réservé pour les citations et pour la clarification de certains points soulevés au cours de l'entrevue, et ne permettra pas de vous identifier.

DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision à un membre de l'équipe de recherche ou de l'équipe de formation.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis serviront uniquement à la présente étude et demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les données et les enregistrements seront conservés pendant 5 ans par le chercheur principal dans les locaux du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et seront détruits à la fin de cette période. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques. Aucun des noms des participants n'y apparaîtra. Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal, Michel Perreault au 514-761-6131, poste 2823.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet, on a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à cette étude aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été offerte.

Nom du participant	Signature du participant	7 juillet 2017 Date
Signature et engagement du chercheur principal du projet		
MICHEL PERREAULT		7 juillet 2017 Date
Nom du chercheur principal	Signature du chercheur principal	

Annexe 3 : Canevas d'entretien avec les informateurs clés (Coordonnateur de recherche, agente de recherche et médecin)

ÉVALUATION DES BESOINS MONTRÉLAIS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE

CANEVAS D'ENTREVUE – INFORMATEURS CLÉS

Objectifs de l'entrevue

- a) Recueillir votre avis sur la pertinence de la mise en œuvre d'un programme de TAO injectable à Montréal;
- b) Examiner comment ce traitement pourrait être mis en place pour répondre le mieux aux besoins des usagers.

Votre participation à titre d'informateur clé

Afin de répondre aux objectifs de l'entrevue, vous avez été choisi en fonction de votre expérience dans le domaine de la toxicomanie, spécialement en lien avec votre implication dans le projet NAOMI.

6. Leçons à retenir du projet NAOMI

En fonction de votre expérience dans le projet NAOMI, quels sont les éléments essentiels ou leçons à retenir de ce projet?

7. Pertinence d'un traitement de la dépendance aux opioïdes injectable à Montréal

Y aurait-il des personnes qui auraient besoin d'un TAO injectable à Montréal?

8. Offre de service et modalités de traitement

- c) Quels services connexes devraient être disponibles pour les usagers en TAO injectable?

Sonder pour :

- *soutien psychosocial (démarches légales, soutien familial, démarches administratives, logement)*
- *santé mentale*
- *santé physique*
- *autres problèmes de consommation*

- d) Comment peut-on répondre aux besoins des usagers en termes de modalités de traitement?

Sonder pour : critères d'inclusion, molécule, lieux/locaux, intimité, confidentialité, salle d'attente, horaires, transport

9. Implantation d'un TAO injectable : obstacles et facteurs facilitants

- c) Quels sont les obstacles qui pourraient être rencontrés lors de la mise en place d'un programme de TAO injectable?

Sonder pour : recrutement et rétention des patients, personnel soignant, cadre et modalités du traitement

- d) Quels sont les facteurs facilitants qui pourraient favoriser la mise en place d'un programme de TAO injectable?

Sonder pour : recrutement et rétention des patients, personnel soignant, cadre et modalités du traitement

Annexe 4 : Canevas d'entretien avec les informateurs clés
(Pharmacienne)

ÉVALUATION DES BESOINS MONTRÉLAIS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE

CANEVAS D'ENTREVUE – INFORMATEURS CLÉS – PHARMACIENNE

Objectif de l'entrevue

Examiner comment ce traitement pourrait être mis en place pour répondre le mieux aux besoins des usagers au plan de la médication.

Votre participation à titre d'informateur clé

Afin de répondre aux objectifs de l'entrevue, vous avez été choisi en fonction de votre expérience en lien avec votre implication dans le projet NAOMI.

10. Leçons à retenir du projet NAOMI

a) En fonction de votre expérience dans le projet NAOMI, quels sont les éléments essentiels ou leçons à retenir de ce projet?

b) En lien avec la contribution du pharmacien?

Sonder pour : Préparation, transport, logiciel, ressources (personnel – pertinence d'un pharmacien sur place, temps, matériel)

11. Implantation d'un TAO injectable : obstacles et facteurs facilitants

e) Au plan de la médication, quels sont les obstacles qui pourraient être rencontrés lors de la mise en place d'un programme de TAO injectable?

f) Au plan de la médication, quels sont les facteurs facilitants qui pourraient favoriser la mise en place d'un programme de TAO injectable?

Annexe 5 : Formulaire de consentement pour les informateurs clés

**ÉVALUATION DES BESOINS MONTRÉALAIS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE
CONSENTEMENT POUR PARTICIPER À UNE ENTREVUE**

ÉQUIPE DE RECHERCHE

- Michel Perreault, Ph.D., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (chercheur principal)
- Léonie Archambault, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
- Diana Milton, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
- Camille Blouin, stagiaire au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

OBJECTIF

L'étude a pour but de recueillir votre opinion sur les besoins pour la mise en place d'un traitement injectable pour la dépendance aux opioïdes à Montréal. Elle vise aussi à connaître votre avis sur les services qui pourraient être développés pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

ACTIVITÉ

Vous êtes invité à participer à une entrevue (durée d'environ une heure). La discussion sera dirigée par un intervieweur et une assistante de recherche. La rencontre sera enregistrée. L'enregistrement sera réservé pour les citations et pour la clarification de certains points soulevés au cours de l'entrevue.

DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision à un membre de l'équipe de recherche.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis serviront uniquement à la présente étude et demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les données et les enregistrements seront conservés pendant 5 ans par le chercheur principal dans les locaux du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et seront détruits à la fin de cette période. Les noms des informateurs clés apparaîtront dans la liste des remerciements, mais ne seront pas liés à des commentaires spécifiques exprimés. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques. Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal, Michel Perreault au 514-761-6131, poste 2823.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet, on a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à cette étude aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été offerte.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date
Signature et engagement du chercheur principal du projet		
_____		_____
MICHEL PERREULT	Signature du chercheur principal	Date
Nom du chercheur principal		

Annexe 6 : Formulaire destiné aux médecins prescripteurs

Projet TAO injectable du Cran

Recension auprès des médecins d'usagers du Cran susceptibles d'être des candidats au TAO injectable.

Mise en contexte :

Depuis le mois de février un comité de travail formé de médecins, d'infirmiers et d'intervenants psychosociaux du Cran s'est rencontré à trois reprises afin de réfléchir sur les modalités nécessaires pour permettre d'offrir à Montréal **l'hydromorphe injectable comme molécule de traitement de dépendances aux opioïdes en deuxième intention.**

Actuellement, nous en sommes à évaluer le nombre potentiel approximatif de personnes sur le territoire montréalais pouvant être candidat au TAO injectable. Nous travaillons de concert avec Michel Perreault pour la collecte de données. Pour ce, nous avons besoin de vous pour avoir une idée du nombre d'usagers du Cran pouvant répondre aux critères que nous avons définis pour l'étape d'évaluation des besoins montréalais. Veuillez noter que ces critères ne seront pas nécessairement ceux qui seront retenus pour le développement de la future offre de service, mais des pistes pour l'étape de l'évaluation des besoins montréalais.

Demande :

Valérie et Élane vous ont remis la liste de vos patients et nous souhaitons que vous me remettiez le nombre approximatif de patients pouvant répondre à un des critères ci-dessous.

Critères :

Prenant comme prémisse que le TAO injectable serait de 2^e intention,

1. Personne en dosage continuellement et qui s'injecte activement des opioïdes ;
2. Personne en inconfort chronique avec les 2 molécules traditionnelles et qui s'injectent activement des opioïdes ;
3. Personne qui ne va pas à la pharmacie plus de deux jours par semaine et qui s'injectent activement des opioïdes ;

Réponse :

Sur les _____ usagers de mon caseload, j'ai approximativement _____ personnes qui seraient susceptibles de bénéficier d'un TAO injectable.

Nom du médecin : _____

Merci !

Léa-Frédérique Rainville

Agente de planification, de programmation et de recherche du programme Cran

CIUSSS Centre-Sud