Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal

Document réalisé en collaboration avec

le Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes (Cran)

par

Michel Perreault, Ph.D., chercheur responsable
Léonie Archambault, M.A., assistante de recherche
Centre de recherche de l'hôpital Douglas

29 mars 2017
(Version amendée – octobre 2019)

Cran
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Douglas
CENTRE DE RECHERCHE
RESEARCH CENTRE

Sommaire de la démarche

Au printemps 2016, le Cran a mandaté l'équipe de Michel Perreault, chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, pour l'évaluation du requis de services pour la clientèle ayant des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal.

Cette démarche vise les objectifs suivants :

1) Dresser un portrait de la clientèle à desservir à Montréal;
2) Recenser l'offre de services en traitement de substitution aux opioïdes actuellement disponible à Montréal;
3) Identifier les pratiques courantes ou émergeantes documentées dans la littérature;
4) Estimer l'écart entre les besoins et les services actuellement disponibles à Montréal;
5) Identifier les enjeux et développer des recommandations dans une perspective de réponse aux besoins de la population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

Le rapport présente les résultats de la démarche et comporte sept chapitres se rapportant aux thèmes suivants :

Chapitre 1 : Méthodologie employée.

Chapitre 2 : Recension d'écrits (*rapid review*) visant à dresser le portrait de la clientèle et des pratiques courantes en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. La recherche réalisée dans les bases de données PUBMED, Psycinfo et Francis a généré 539 publications dont 78 ont été conservées. Afin de compléter l'information recueillie, 60 références supplémentaires ont été répertoriées dans Google et Google Scholar.

Chapitre 3 : Portrait d'usagers de services montréalais réalisé à l'aide d'informations contenues dans trois bases de données (n_1=905, n_2=378, n_3=205).

Chapitre 4 : Données qualitatives portant sur la perception des services et les besoins de la clientèle, tirées de deux focus groups d'usagers (n_1=9 et n_2=10).

Chapitre 5 : Résultats d'une consultation auprès de 22 pharmaciens, 58 médecins et quatre centres spécialisés en toxicomanie dont l'objectif était de recenser et décrire les services montréalais pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

Chapitre 6 : Évaluation du requis de services en fonction de l'estimation du nombre d'usagers ayant besoin de traitement, du nombre d'usagers traités et du taux de desserte proposé.

Chapitre 7 : Grands constats et enjeux ayant émergés de la démarche et recommandations élaborées par les membres du comité de travail dont le mandat consistait à soutenir le projet et à formuler les recommandations.

Un bref résumé sous forme d'encadré conclut chacun des chapitres.

Remerciements

Nous remercions les membres du comité de travail, les membres du comité consultatif ainsi que toutes les personnes ayant collaboré à titre d'expert afin d'assurer la qualité et la pertinence du présent rapport :

Docteur David Barbeau…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Docteure Suzanne Brissette……Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Madame Sylvie Des Roches…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Docteur Serge Dupont……...Collège des médecins du Québec

Monsieur Pascal Ellapoulé…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Docteure Marie-Ève Goyer…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Karine Hudon…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Bonita Laau……CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Madame Pascale Leclerc……CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

Monsieur Rock Lévesque…….Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Madame Élaine Polflit…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Julie Poulin…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Valérie Ramka…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Léa-Frédérique Rainville…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Monsieur Stéphane Roy…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Madame Félice Saulnier……..Pharmacie Pharmaprix Félice Saulnier

Madame Pierrette Savard…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Monsieur Frédéric Venne…….Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

Nous tenons aussi à remercier les personnes ayant participé aux consultations (usagers de services, médecins, pharmaciens et gestionnaires en centres spécialisés).

Table des matières

LISTE DES ENCADRÉS **7**

LISTE DES TABLEAUX **7**

LISTE DES FIGURES **7**

GLOSSAIRE **9**

INTRODUCTION **10**

CHAPITRE 1 - MÉTHODOLOGIE **12**

1.1 Les comités 12
1.2 La recension de littérature 12
1.3 Les données du réseau SurvUDI 13
1.4 Les données du Système informatique clientèle (SIC) 13
1.5 Les données compilées pour la clientèle élective du Cran 14
1.6 La consultation d'usagers sur les services et les besoins de services (focus groups) 14
1.6.1 La consultation auprès d'usagers en traitement de substitution à Montréal *14*
1.6.2 La consultation auprès d'usagers de services à bas seuil d'exigence du Cran (point de service : Relais) *15*
1.7 La consultation des pharmaciens, médecins et centres spécialisés 15
1.7.1 Enquête auprès des pharmaciens *15*
1.7.2 Enquête auprès des médecins prescripteurs hors des centres spécialisés *16*
1.7.3 Enquête auprès des centres spécialisés *16*

CHAPITRE 2 – PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE ET PRATIQUES COURANTES POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'OPIOÏDES : SURVOL DE LA LITTÉRATURE **18**

2.1 Portrait de la clientèle 18
2.1.1 Prévalence de l'abus d'opioïdes *18*
2.1.2 Caractéristiques sociodémographiques *18*
2.1.3 Substances consommées et modes de consommation *19*
2.1.4 Comorbidités *21*
2.1.5 Portrait de la clientèle : En résumé *23*
2. 2 Pratiques courantes en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes 24
2.2.1 Pharmacopée *24*
2.2.2 Interventions psychosociales *28*
2.2.3 Organisation des services, approches et modèles de soins *30*
2.2.4 Paradigmes de traitement *33*
2.2.5 Pratiques courantes : En résumé *35*

CHAPITRE 3 – CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE AYANT UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL **38**

3.1 Données extraites de la base de données SurvUDI 38
3.2 Données extraites du Système informatique clientèle (SIC) du Cran 40
3.3 Usagers en admission élective au Cran 45
3.4 Caractéristiques de la clientèle montréalaise (2012-2015) : En résumé 46

CHAPITRE 4 - POINT DE VUE DES USAGERS : PERCEPTION DES SERVICES ET BESOINS **48**

4.1 Consultation d'usagers en traitement de substitution à Montréal....48
4.1.1 Profil des neuf participants....48
4.1.2 Perception des services offerts en traitement de substitution à Montréal....48
4.1.3 Perception des services offerts pour les besoins particuliers....50
4.1.4 Recommandations proposées par les participants....51
4.1.5 Thèmes transversaux....53
4.2 Consultation d'usagers des services à bas seuil d'exigence du Cran....54

CHAPITRE 5 – L'OFFRE DE SERVICES EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES À MONTRÉAL....55

5.1 L'offre de services en pharmacies....55
5.1.1 Répartition des pharmacies distributrices de traitement de substitution sur l'île de Montréal....55
5.1.2 Distribution des patients en traitement de substitution selon le médicament prescrit....56
5.1.3 Services dispensés dans les pharmacies de l'échantillon....56
5.1.4 Les enjeux du traitement de substitution en pharmacie....57
5.1.5 Les limites de la consultation auprès des pharmacies....57
5.2 Les services offerts par les médecins habilités à prescrire un traitement de substitution aux opioïdes....58
5.2.1. Distribution des médecins prescripteurs répertoriés sur l'île de Montréal....58
5.2.2 Résultats de la consultation auprès des médecins prescripteurs hors des centres spécialisés....59
5.2.3 Limites de la consultation auprès des médecins prescripteurs de la communauté....65
5.3 Les services offerts par les centres spécialisés en traitement de substitution aux opioïdes à Montréal....66
5.3.1 Résultats de la consultation auprès des centres spécialisés à Montréal....66
5.3.2 Limites de la consultation auprès des centres spécialisés....68
5.4 L'offre de services à Montréal : En résumé....69

CHAPITRE 6 – REQUIS DE SERVICES....71

6.1 Cadre théorique utilisé pour établir le requis de services....71
6.2 Accessibilité actuelle, écart et requis à atteindre....72

CHAPITRE 7 – CONSTATS, ENJEUX ET RECOMMANDATIONS....74

7.1 Constats, enjeux et recommandations liés aux tendances....74
Constats....74
Enjeu....74
Recommandations....74
7.2 Constats, enjeux et recommandations liés aux caractéristiques de la clientèle....75
Constats....75
Enjeu....75
Recommandations....75
7.3 Constats, enjeux et recommandations liés à l'accessibilité (taux de desserte et clientèles non rejointes)....76
Constats....76
Enjeu....76
Recommandations....76
7.4 Constats, enjeux et recommandations liés à la recherche et l'évaluation....77
Constats....77
Enjeu....77
Recommandation....77

RÉFÉRENCES....79

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PHARMACIENS 88
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX MÉDECINS DE LA COMMUNAUTÉ 91
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CENTRES SPÉCIALISÉS 95

Liste des encadrés

Encadré 1. Objectifs de la démarche visant à évaluer le requis de services....11
Encadré 2. La méthodologie en résumé....17
Encadré 3. Caractéristiques de la clientèle et pratiques courantes recensées dans la littérature : En résumé....37
Encadré 4. Caractéristiques de la clientèle montréalaise (2012-2015): En résumé....47
Encadré 5. Le point de vue des usagers en résumé....54
Encadré 6. Recension des services montréalais à l'automne 2016: En résumé....70
Encadré 7. Résumé des recommandations....78

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques d'usagers d'opioïdes, réseau SurvUDI, Montréal 2012-2015*....39
Tableau 2. Caractéristiques d'usagers d'opioïdes ayant obtenu une prescription pour un traitement de substitution dans le dernier mois, réseau SurvUDI, Montréal 2012-2015*....40
Tableau 3. Nouvelles demandes de services au Cran (2012-2015) selon le service et le sexe*....41
Tableau 4. Admissions : Premiers épisodes de services au Cran (2012-2015) selon le service et le sexe*....41
Tableau 5. Répartition des usagers en fonction de l'âge à l'admission (2012-2015)*....42
Tableau 6. Nombre d'usagers évalués avec la fiche-dépendance lors d'une admission ou d'une réadmission à Relais ou aux services réguliers du Cran pour la période 2012-2015*....42
Tableau 7. Caractéristiques d'usagers du Cran évalués à l'aide du SIC – Services réguliers et Relais – 2012-2015 (n = 378)*....43
Tableau 8. Répartition géographique de la clientèle du Cran à Montréal en fonction des territoires de Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) pour la période 2012-2015*....44
Tableau 9. Fins d'épisodes de service pour la clientèle du Cran, en fonction des causes de cessation, pour la période 2012-2015. .44
Tableau 10. Répartition de la clientèle en admission élective selon l'âge et le sexe (n=205), Cran, 2012-2015*....45
Tableau 11. Substances, modes de consommation et molécule de substitution pour les usagers en admission élective au Cran (période 2012-2015)*....46

Liste des figures

Figure 1. Nombre de pharmacies distributrices de méthadone et/ou de buprénorphine-naloxone sur l'île de Montréal, selon les territoires de CLSC (2016)....55
Figure 2. Distribution des patients sous traitement de substitution selon le médicament prescrit dans un échantillon de 22 pharmacies montréalaises* (septembre 2016)....56
Figure 3. Nombre de pharmacies offrant divers services aux patients en traitement de substitution (n=22 pharmaciens répondants)*....56
Figure 4. Nombre de pharmaciens ayant identifié des enjeux liés aux traitements de substitution (n=22 pharmaciens répondants) 57
Figure 5. Nombre de médecins habilités à prescrire un traitement de substitution aux opioïdes à Montréal, selon les territoires de CLSC en 2016 (n total=146 médecins)....58
Figure 6. Nombre de patients par médecin traités avec un médicament de substitution hors des centres spécialisés à Montréal en 2016 (n= 58 médecins prescripteurs répondants)....59
Figure 7. Types de médicaments de substitution aux opioïdes prescrits hors des centres spécialisés en toxicomanie à Montréal en 2016 (n=38 médecins ayant traité 710 patients)....60
Figure 8. Proportion des milieux de pratique offrant des services infirmiers et psychosociaux hors des centres spécialisés en septembre 2016 (basé sur un échantillon de 40 médecins prescripteurs de Montréal œuvrant hors des centres spécialisés) 61

FIGURE 9. NOMBRE DE MÉDECINS PRESCRIPTEURS ŒUVRANT HORS DES CENTRES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE DE MONTRÉAL SELON QU'ILS DISPOSENT D'UNE RELÈVE ET QU'ILS PRÉVOIENT UN CONGÉ OU LEUR RETRAITE (N=38 MÉDECINS AYANT RÉPONDU À LA QUESTION PORTANT SUR LES CONGÉS PROLONGÉS ET LA RELÈVE DISPONIBLE)....61
FIGURE 10. ENJEUX IDENTIFIÉS PAR LES MÉDECINS PRESCRIPTEURS ŒUVRANT HORS DES CENTRES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE À MONTRÉAL EN 2016 (N=45 MÉDECINS AYANT RÉPONDU À LA QUESTION PORTANT SUR LES ENJEUX)*....62
FIGURE 11. PRINCIPAL LIEU DE PRATIQUE DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS EXERÇANT HORS DES CENTRES SPÉCIALISÉS À MONTRÉAL EN 2016 (ÉCHANTILLON DE CONVENANCE DE N=40 MÉDECINS PRESCRIVANT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AU MOMENT DE L'ÉTUDE)....63
FIGURE 12. DISTRIBUTION DES PATIENTS DANS LES PRINCIPAUX LIEUX DE PRATIQUE IDENTIFIÉS PAR LES RÉPONDANTS QUI EXERCENT HORS DES CENTRES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE À MONTRÉAL EN 2016 (N=806 PATIENTS)....64
FIGURE 13. RÉSUMÉ DES SERVICES DISPONIBLES DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS MONTRÉALAIS EN 2016....67
FIGURE 14. ESTIMATION DU NOMBRE DE RÉSIDENTS DE L'ÎLE DE MONTRÉAL À DESSERVIR AVEC UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES SELON LE REQUIS DE SERVICES EN 2016....73
FIGURE 15. ESTIMATION DU NOMBRE DE PATIENTS RECEVANT DES SERVICES SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL ET DU NOMBRE DE PATIENTS ESTIMÉS AYANT BESOIN DE SERVICES SELON LE REQUIS DE SERVICES EN 2016....73

Glossaire

Admission élective :	Première admission d'un usager ou retour dans les services après plus de six mois.
Centre spécialisé :	L'emploi du terme « centre spécialisé » dans le texte réfère aux centres spécialisés en traitement des troubles liés à l'utilisation de substances.
CLSC :	Centre local de services communautaires.
Cran :	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes.
Demande de service :	Au Cran, la demande de service se fait généralement par un appel téléphonique.
Dossier permanent :	Créé lorsqu'une première intervention a été effectuée au Cran, premières rencontres.
Dossier temporaire :	Créé lors de la première prise de contact téléphonique avec un usager au Cran, pré-évaluation.
GMF :	Groupe de médecine familiale : « regroupement de médecins accrédité par le ministre de la santé » (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2017).
Médecin de la communauté :	L'emploi du terme « médecin de la communauté » dans le texte réfère à un médecin exerçant hors des centres spécialisés en traitement des troubles liés à l'utilisation de substances.
Médecin prescripteur :	L'emploi du terme « médecin prescripteur » dans le texte réfère à un médecin habilité à prescrire un traitement de substitution aux opioïdes.
Montréal :	La démarche d'évaluation du requis de services porte sur les besoins et les services sur l'Île de Montréal. Toute référence à « Montréal » dans le texte sous-entend l'Île de Montréal.
Opioïdes :	Héroïne, médicaments dérivés de l'opium (codéine, morphine), médicaments opioïdes synthétiques ou semi-synthétiques (oxycodone, fentanyl, hydromorphone, hydrocodone, méthadone, mépéridine, buprénorphine).
Pharmacie distributrice :	L'emploi du terme « pharmacie distributrice » dans le texte réfère à une pharmacie offrant le service de distribution de méthadone et/ou de buprénorphine-naloxone.
Services à bas seuil d'exigence:	Traitement de substitution (méthadone ou buprénorphine-naloxone), accompagnement psychosocial, soins de santé et références appropriées pour une clientèle marginalisée ayant des conditions de vie précaires.
Service d'appui :	Soutien d'assistance, d'expertise et de conseils aux professionnels et partenaires du milieu.
Services réguliers :	Traitement de substitution avec méthadone ou buprénorphine-naloxone, interventions thérapeutiques visant la réduction des méfaits, la réinsertion socioprofessionnelle et/ou la réhabilitation. Les services sont offerts aux personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et aux familles.
UHRESS :	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
UMF :	Unité de médecine familiale : « unité de soins rattachée à une université qui, outre les services courants de médecine familiale, dispense un enseignement clinique aux résidents en médecine familiale » (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2017)

Introduction

La prévalence mondiale de l'usage illicite d'opioïdes serait d'environ 0,7% de la population adulte selon le rapport mondial sur les drogues (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), 2015). Au Canada, la prévalence de l'abus d'opioïdes[1] est estimée à 0,3% des personnes de 15 ans et plus, en 2013 (Gouvernement du Canada, 2015).

Au niveau international, le traitement basé sur la substitution « est reconnu comme traitement de base de la dépendance aux opioïdes » (OMS, WFSBP, NICE dans Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013) et il constitue le traitement le plus utilisé pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes (EMCDDA 2012 et SAMHSA 2011 dans Riksheim, Gossop, & Clausen, 2014). En outre, il existe diverses modalités de traitements fondés sur la substitution, différentes approches pharmacologiques et psychosociales ainsi que plusieurs approches de soins et d'organisation des services visant la gestion des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

En 2011, le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) a réalisé une consultation visant à recenser les services et à estimer les besoins de services en matière de traitement de substitution aux opioïdes dans les 16 régions administratives du Québec (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, 2011).

Au printemps 2016, le Cran a mandaté Michel Perreault, chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, pour l'évaluation du requis de services pour la clientèle ayant des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal.

La démarche d'évaluation du requis de services repose sur différentes approches méthodologiques qualitatives et quantitatives visant à 1) dresser un portrait de la clientèle à desservir à Montréal, 2) recenser l'offre de services en traitement de substitution aux opioïdes actuellement disponible à Montréal, 3) identifier les pratiques courantes ou émergeantes documentées dans la littérature, 4) estimer l'écart entre les besoins et les services actuellement disponibles à Montréal, 5) identifier les enjeux et développer des recommandations dans une perspective de réponse aux besoins de la population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

Le chapitre 1 décrit la démarche méthodologique mixte employée afin de répondre aux objectifs. Le chapitre 2 dépeint les résultats d'une recension d'écrits portant sur les caractéristiques de la clientèle ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et sur les pratiques de traitement courantes documentées dans la littérature. Le chapitre 3 présente des données portant spécifiquement sur les caractéristiques de la clientèle montréalaise. Le chapitre 4 porte sur les résultats d'une consultation portant sur la perception des services et des besoins de services des usagers en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. Le chapitre 5 présente les résultats de la consultation réalisée auprès de médecins, pharmaciens et centres spécialisés en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes afin de recenser les services disponibles à Montréal. Le chapitre 6 permet d'estimer l'écart entre les besoins identifiés et les services requis en fonction de cibles à atteindre. Enfin, le chapitre 7 permet de

[1] Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (Gouvernement du Canada, 2015) des questions ont été posées pour distinguer l'usage thérapeutique (tel que prescrit) et l'abus de produits pharmaceutiques (pour ressentir un effet par exemple).

mettre en relief les enjeux associés au traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes et de proposer des recommandations.

Encadré 1. Objectifs de la démarche visant à évaluer le requis de services

1) Établir un portrait des clientèles à desservir et de leurs besoins en termes de soins et services;
2) Identifier les pratiques de traitement courantes ou émergeantes documentées dans la littérature;
3) Décrire l'offre de services actuelle en traitement de substitution aux opioïdes à Montréal;
4) Établir le requis de services pour l'île de Montréal (écart à atteindre entre les besoins et l'offre actuelle);
5) Identifier les enjeux et développer des recommandations pour répondre aux besoins identifiés.

Chapitre 1 - Méthodologie

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

1.1 Les comités

Le comité de travail

Un comité de travail a été mis sur pied, composé de six membres du Cran (la directrice, le directeur médical, la conseillère clinique à la qualité des services et à l'avancement des traitements de la dépendance aux opioïdes, l'ancienne conseillère clinique à la qualité des services et à l'avancement des traitements de la dépendance aux opioïdes, un infirmier clinicien au soutien à la qualité des services et l'assistant au supérieur immédiat et agent de liaison), d'une agente de recherche à la direction régionale de santé publique, du chercheur de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à qui a été confié le projet d'évaluation et d'une adjointe de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le comité s'est réuni à quatre reprises entre les mois de mars 2016 et février 2017 afin de :

- Déterminer l'utilité, les orientations et le contenu souhaité du requis de services montréalais en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes;
- Adopter le plan de travail et son échéancier;
- Soutenir le travail visant à établir le requis de services sur le territoire montréalais;
- Valider et adopter le rapport sur le requis de services incluant ses recommandations;
- Déterminer les modalités de diffusion et de publication.

Le comité consultatif

Un comité consultatif a été réuni au mois de juillet 2016 afin de guider la démarche de consultation auprès des pharmacies, des médecins de la communauté et des centres spécialisés. Une pharmacienne ainsi qu'un représentant du Collège des médecins ont aussi été consultés individuellement dans ce même but.

1.2 La recension de littérature

Une revue rapide des écrits (*rapid review*)[2] a été réalisée dans les bases de données PUBMED, Psycinfo et Francis afin de repérer la littérature scientifique permettant de dresser un portrait des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et des pratiques courantes en matière de traitement. La recherche a été effectuée à l'aide des combinaisons de mots-clés suivantes pour les années 2013 à 2016 dans PUBMED et 2012 à 2016 dans Psycinfo et Francis:

- opioid* AND addict* AND treat*
- opioid* AND addict* AND Montreal[*]
- opioid* AND addict* AND Canada

[2] La revue rapide de littérature (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.)

[*] L'utilisation de l'astérisque à la fin des termes permet d'étendre la recherche à tous les mots dérivant d'une racine commune.

Pour qu'une publication soit retenue dans le cadre de la recension, elle devait être rédigée en français ou en anglais, avoir été révisée par des pairs et présenter des caractéristiques d'usagers en traitement ou des pratiques courantes en matière de traitement. La recherche a généré 539 publications dont 78 ont été conservées aux fins de la présente. Les articles sélectionnés présentent des résultats de recherche, des recensions de littérature ou des opinions d'experts.

À l'aide de Google, Google Scholar et du réseau WorldCat de l'Université McGill, d'autres articles ont été répertoriés pour compléter l'information recueillie. Le moteur de recherche Google a aussi été utilisé afin de rassembler des documents de littérature grise (tel que des lignes directrices ou des rapports de centres de recherche). Ces démarches ont généré l'ajout de 60 références supplémentaires.

1.3 Les données du réseau SurvUDI

Le réseau SurvUDI effectue une surveillance épidémiologique du VIH, du VHC et des comportements à risque associés chez les personnes qui utilisent des drogues par injection dans huit régions du Québec. Implanté depuis 1995, le réseau est financé par l'Agence de Santé Publique du Canada et le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Afin de contribuer à établir le portrait de la clientèle ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes à Montréal, des données ont été extraites des bases de données pour les participants du réseau de surveillance SurvUDI consommant de l'héroïne ou un médicament opioïde (n=905). Afin de contribuer au portrait de la clientèle en traitement de substitution, un deuxième sous-échantillon de 196 participants ayant reçu une prescription pour un traitement de méthadone ou de suboxone dans le dernier mois a été isolé. Les caractéristiques des deux échantillons sont exposées dans le rapport en fonction des variables suivantes : sexe, âge, études, principale source de revenu, lieu et territoire de résidence, prévalence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'infection au virus de l'hépatite C (VHC) et drogues injectées.

1.4 Les données du Système informatique clientèle (SIC)

Le projet de système informatique clientèle du Cran a été déployé à partir de 2010 et contient entre autres des données sur les demandes de service et les admissions aux services réguliers, à Relais (services à bas seuil d'exigence) ainsi qu'au service d'appui (soutien d'assistance, d'expertise et de conseils aux professionnels et partenaires du milieu). Le système permet aussi d'accéder à des données sociodémographiques et cliniques sur les usagers évalués.

Tous les usagers admis au Cran ou soutenus grâce au service d'appui ont un dossier permanent permettant d'accéder aux informations sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le lieu de résidence. Pour la période 2012-2015, ce sont 434 nouveaux usagers qui ont été admis au service d'appui et 474 qui ont été admis à Relais ou aux services réguliers. De plus, grâce aux fiches-dépendance, le système permet aussi de compiler des données cliniques concernant les clientèles spécifiques, les abus et dépendances, la situation de vie et l'occupation des usagers. Pour l'ensemble de la période 2012-2015, ce sont 378 usagers admis ou réadmis à Relais ou aux services réguliers qui ont été évalués à l'aide de la fiche-dépendance.

1.5 Les données compilées pour la clientèle élective[3] du Cran

L'évaluation du cheminement de la clientèle en fonction des deux principaux médicaments de substitution utilisés pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes est documentée dans le présent rapport. Le Cran dispose de données spécifiques concernant un échantillon de 205 usagers en admission élective pour la période 2012-2015 (sur un total de 338 usagers admis aux services réguliers du Cran durant cette même période). Les données concernant le profil des usagers à l'admission ont été extraites à partir des dossiers manuscrits du Cran. Elles portent sur le sexe, l'âge, les substances consommées (médicaments opioïdes prescrits, médicaments opioïdes non prescrits, héroïne), les modes de consommation, les médicaments de substitution choisis (méthadone ou buprénorphine-naloxone), les contacts antérieurs avec les médicaments (méthadone ou buprénorphine-naloxone), l'historique de traitement et l'historique de consommation.

1.6 La consultation d'usagers sur les services et les besoins de services (focus groups)

Afin de développer une compréhension qualitative du point de vue des usagers concernant les services et les besoins de services à Montréal, les données recueillies à partir de deux groupes de discussions sont présentées. Le premier groupe de discussion, réalisé dans le cadre de la présente démarche d'évaluation du requis de services, est constitué d'usagers en traitement de substitution dans cinq points de services à Montréal. Le deuxième groupe, composé d'usagers de services à bas seuil d'exigence (Relais – Cran), a été rencontré à l'été 2015 dans le cadre d'une consultation portant sur un projet de clinique délocalisée (Perreault *et al*., 2015).

1.6.1 La consultation auprès d'usagers en traitement de substitution à Montréal

La consultation a été réalisée à l'automne 2016 par deux membres de l'équipe de recherche (Michel Perreault, chercheur et Léonie Archambault, adjointe de recherche) auprès de neuf usagers en traitement de substitution aux opioïdes recevant des services à Montréal. Les participants ont été recrutés avec l'aide de Karine Hudon, conseillère clinique à la qualité des services et à l'avancement des TDO par intérim au Cran. Ils ont été sélectionnés afin de représenter une variété d'âges et de lieux de traitement. Les six hommes et trois femmes recrutés ont aussi été ciblés en fonction de leur aisance à s'exprimer en groupe. Tous les participants recrutés se sont présentés tel que convenu au groupe de discussion.

La participation au *focus group* était volontaire. Des formulaires de consentement signés ont été obtenus. L'entretien a été enregistré en mode audio pour faciliter la rédaction du rapport synthèse. Le formulaire de consentement et le canevas d'entrevue sont présentés en annexe. Le *focus group* a eu lieu au Cran et a duré 1h50 minutes. La consultation s'est déroulée dans un climat cordial et animé. Tous les participants ont émis leur opinion au moins une fois dans le cadre de la consultation, mais la plupart des échanges ont été mobilisés par trois ou quatre participants plus volubiles. Deux questions de précision portant sur les services aux familles des usagers et au traitement des troubles liés à l'utilisation d'autres substances n'ont pas été couvertes spécifiquement, faute de temps.

Le canevas d'entrevue utilisé lors de cette consultation portait sur :

1. La perception des services offerts en matière de traitement de substitution à Montréal;
2. Ce qui pourrait être amélioré dans l'offre de services;
3. Les clientèles non desservies par les services de traitement de substitution à Montréal;

[3] Clientèle en première admission ou de retour dans les services après plus de six mois.

4. Les principales raisons qui amènent les usagers à poursuivre leur traitement de substitution;
5. Les besoins particuliers (traitements offerts en prison; soulagement de la douleur chez les personnes en traitement de substitution; traitement des troubles de santé mentale; services offerts en cas de grossesse; services offerts aux familles; traitement des autres troubles liés à l'utilisation de substances; difficultés associées au logement, à l'emploi ou au revenu).

1.6.2 La consultation auprès d'usagers de services à bas seuil d'exigence du Cran (point de service : Relais)

Les principaux résultats obtenus en 2015 dans le cadre d'un focus group auprès de dix usagers de services à bas seuil d'exigence sont aussi présentés sommairement afin de complémenter le point de vue des usagers. Le canevas d'entrevue utilisé lors de cette consultation portait sur :

1. La perception des services offerts à Relais;
2. La clientèle non rejointe par Relais;
3. La clientèle n'ayant accès à aucun programme;
4. La possibilité d'implanter un projet de clinique délocalisée.

1.7 La consultation des pharmaciens, médecins et centres spécialisés

Afin de recenser et décrire les services offerts par les pharmaciens, les médecins de la communauté et les centres spécialisés en traitement de substitution aux opioïdes, une enquête par questionnaires a été réalisée. Dans le but de recueillir des données comparables à celles publiées par le Cran en 2011, les questionnaires originaux ont été conservés (mais actualisés). Leur contenu ainsi que les modalités de diffusion ont été discutés et validés auprès d'un comité de travail mis en place pour soutenir cette étude, ainsi que dans le cadre du comité consultatif qui s'est réuni au mois de juillet 2016.

1.7.1 Enquête auprès des pharmaciens

Instruments de cueillette : Les questionnaires destinés aux pharmaciens (voir annexe 1) portent sur le nombre de patients suivis, le médicament de substitution servi, les services connexes (question à choix multiple) et les enjeux auxquels sont confrontés les pharmaciens en matière de traitement de substitution aux opioïdes (question à choix multiple).

Échantillon : Au total, 140 pharmacies offrant le service de distribution de méthadone et/ou de buprénorphine-naloxone ont été identifiées par le Cran. Les questionnaires ont été acheminés à un échantillon de convenance de 28 pharmaciens au mois de septembre 2016, par télécopie et par courriel. La consultation n'a pas été étendue à l'ensemble des pharmacies distributrices en raison de contraintes de temps et de ressources. Les 28 pharmacies sollicitées ont été sélectionnées en fonction du nombre élevé de patients du Cran qui leur sont référées.

Analyse des données recueillies : Des analyses descriptives ont été effectuées suite à la compilation de l'ensemble des données rapportées par les pharmaciens répondants. Les résultats portant sur le nombre de pharmacies distributrices ont été comparés à ceux publiés dans le cadre de l'évaluation du requis de services réalisée par le Cran en 2011.

1.7.2 Enquête auprès des médecins prescripteurs hors des centres spécialisés

Instruments de cueillette : Les questionnaires destinés aux médecins de la communauté (voir annexe 2) portent sur le modèle de clinique reflétant le mieux le principal milieu de pratique (question à choix multiples), le nombre de patients suivis, les suivis en médecine familiale pour les patients traités avec un médicament de substitution, les congés prévus et la relève en cas d'absence, la disponibilité pour accueillir de nouveaux usagers, les autres services offerts dans le milieu de pratique (infirmiers et psychosociaux), la provenance de la clientèle aux plans de la géographie et de la trajectoire (estimation du pourcentage), les enjeux (question à choix multiple) ainsi que sur le nombre de patients suivis dans les autres milieux de pratique.

Échantillon : Les questionnaires ont été acheminés aux 146 médecins identifiés comme prescrivant ou pouvant prescrire des traitements de substitution aux opioïdes, par télécopieur ou par la poste.

Analyse des données recueillies : Des analyses descriptives ont été effectuées suite à la compilation de l'ensemble des données rapportées. Les résultats portant sur le nombre de médecins et le nombre de patients desservis ont été comparés aux données recueillies dans le cadre de l'évaluation du requis de services réalisée par le Cran en 2011.

1.7.3 Enquête auprès des centres spécialisés

Instruments de cueillette : Les questionnaires destinés aux centres spécialisés (voir annexe 3) ont été remplis par des médecins et/ou des gestionnaires. Ils portent principalement sur le nombre de points de services par établissement, le nombre de médecins prescripteurs par centre, le nombre d'heures/semaine dédiées au traitement de substitution, le nombre de médecins planifiant leur retraite prochainement, la relève médicale en cas d'absence, les services de médecine familiale pour les patients en traitement de substitution aux opioïdes, les services infirmiers et psychosociaux (nombre d'effectifs en équivalent temps plein et types de professionnels), les médicaments prescrits (pourcentage estimé), le nombre de patients ayant fait l'objet d'au moins une intervention au cours de la dernière année, le nombre de patients en attente de traitement ou de transfert, la provenance de la clientèle aux plans de la géographie et de la trajectoire (estimation du pourcentage), les caractéristiques de la clientèles (choix multiples et estimation de pourcentages), les délais pour l'obtention d'un traitement et les enjeux actuels (question à développement).

Échantillon : Les questionnaires destinés aux quatre centres spécialisés montréalais (incluant le Cran) ont été acheminés aux personnes-contact identifiées par le Cran (médecins et gestionnaires) par courriel.

Analyse des données recueillies : Des analyses descriptives ont été effectuées suite à la compilation de l'ensemble des données rapportées. Les résultats portant sur le nombre de médecins et le nombre de patients desservis ont été comparés aux données recueillies dans le cadre de l'évaluation du requis de services réalisée par le Cran en 2011.

Encadré 2. La méthodologie en résumé

- **Comité de travail** dont le mandat vise à guider et valider la démarche;
- **Recension de littérature** sur les caractéristiques de la clientèle et les pratiques courantes de traitement;
- **Compilation et analyse de données disponibles** grâce au réseau SurvUDI, aux données du système informatisé clientèle et aux données disponibles pour la clientèle élective du Cran afin de dresser le portrait de la clientèle montréalaise;
- **Consultation sous forme de focus groups** visant à documenter la perception d'usagers concernant les services et les besoins de la clientèle à Montréal;
- **Enquête par questionnaires** auprès de médecins, pharmaciens et centres spécialisés afin de recenser les services offerts à Montréal.

Chapitre 2 – Portrait de la clientèle et pratiques courantes pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes : Survol de la littérature

2.1 Portrait de la clientèle

Les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes ne composent pas un ensemble homogène, mais certaines caractéristiques sociodémographiques et cliniques peuvent être mises en relief afin de générer un portrait de la clientèle recevant ou non un traitement de substitution[4].

2.1.1 Prévalence de l'abus d'opioïdes

Selon l'enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (2013), la prévalence de l'abus d'opioïdes[5] au Canada est estimée à 0,3% et la prévalence de l'usage non médical d'opioïdes chez les adultes dans la dernière année serait similaire en zones rurales et urbaines (Wang et al., 2013). À Montréal, la population de 15 ans et plus était évaluée à près de 1 665 000 personnes en 2016. On peut ainsi estimer que la population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes se situe à environ 5000 personnes.

2.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Âge en début de traitement et nombre d'années d'utilisation de drogues : Huit recherches permettent d'identifier l'âge de patients en début de traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Parmi celles-ci, quatre échantillons (américains et européens) situent l'âge moyen à 32 ou 33 ans (Reissner et al., 2012; Dreifuss et al., 2013; Weiss et al., 2015; Vorma et al., 2013; Stevenson et Cole, 2015), deux échantillons de patients souffrant de douleur le situent à 35 ans (Stevenson et Cole, 2015; Weiss et al., 2014) et un échantillon suisse d'usagers atteints d'hépatite C établit l'âge moyen à 39 ans (Seidenberg et al., 2013). Une étude portant sur des patients en début de traitement de méthadone en milieu urbain aux États-Unis situe l'âge moyen en début de traitement à 40 ans (Marsch et al., 2014) et une recherche auprès d'usagers afro-américains le porte à 46 ans (Mitchell et al., 2012). L'âge moyen du début d'utilisation de drogues est situé à 18 ans dans un échantillon de patients atteints d'hépatite C en Suisse (Seidenberg et al., 2013), à 21 ans dans un échantillon de femmes en traitement au Royaume-Unis (Cornford et al., 2015) et à 22 ans dans un échantillon de patients français admis aux fins d'un sevrage du traitement de substitution (Bouab et al., 2013). Le nombre moyen d'années d'utilisation ou de dépendance aux opioïdes varie entre cinq ans dans un échantillon d'utilisateurs de médicaments opioïdes en début de traitement aux États-Unis (Weiss et al., 2014 et 2015), huit ans dans un échantillon de patients américains effectuant une désintoxication en établissement (Bailey et al., 2013) et 12 ans en moyenne dans six échantillons de patients européens en début de traitement (Reissner et al., 2012).

Ratio hommes-femmes : En ce qui concerne la proportion d'hommes dans la clientèle en début de traitement, elle varie entre 54% et 62% dans cinq études américaines et européennes portant sur des clientèles spécifiques (troubles liés à l'utilisation d'opioïdes prescrits, douleur, usagers afro-américains, hépatite C) en début de traitement (Stevenson et Cole, 2015; Weiss et al., 2014; Weiss et al., 2015; Mitchell et al., 2013; Seidenberg et al., 2013; Dreifuss et al., 2013) alors qu'elle grimpe à 74% ou 75% dans quatre études portant sur des échantillons

[4] Les statistiques rapportées ont été arrondies afin de faciliter la lecture.

[5] Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (Gouvernement du Canada, 2015) des questions ont été posées pour distinguer l'usage thérapeutique (tel que prescrit) et l'abus de produits pharmaceutiques (pour ressentir un effet par exemple).

généraux de patients en début de traitement, aux États-Unis et en Europe (Reissner et al., 2012; Marsch et al., 2014; Vorma et al., 2013; Comiskey et al., 2012).

Stabilité résidentielle : L'instabilité résidentielle est associée à une frange non négligeable de la clientèle. Des études américaines portant sur des utilisateurs d'opioïdes rapportent des taux d'instabilité résidentielle récente entre 28% et 33% (Ries, 2015; Conners et al., 2006 dans Maguire, 2013; Rigg et Murphy, 2013). Dans un échantillon montréalais d'utilisateurs de drogues injectables (opioïdes et cocaïne) recrutés dans des services de réduction des méfaits, près de la moitié se déclaraient itinérants (Roy et al., 2013).

Emploi : En termes de travail rémunéré, chez des patients en début de traitement pour un trouble lié à l'usage de médicaments opioïdes, le taux d'emploi se situe à 27% en moyenne dans six échantillons de patients européens (Reissner et al., 2012), à 36% dans un échantillon d'usagers afro-américains au Maryland (Mitchell et al., 2013) et à 53% et 73% dans deux autres échantillons américains (Marsch et al., 2014; Weiss, 2014). Une étude portant sur des femmes en traitement au Royaume-Uni établi à 5% le taux d'emploi (Cornford et al., 2015) alors qu'il est de 45% et 52% (selon la consommation concomitante de benzodiazépines et d'opioïdes ou d'opioïdes uniquement) chez des utilisateurs d'opioïdes sous supervision suite à des accusations criminelles aux États-Unis (Cropsey et al., 2015). L'employabilité est établie à 60% par Seidenberg et al. (2013) pour un échantillon de patients suisses atteints d'hépatite C ainsi que par Dreifuss et al. (2013) dans une étude portant sur les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de médicaments opioïdes. Chez des usagers de soins primaires ayant consommé des opioïdes dans les trois derniers mois, Ries et al. (2015) évaluent le taux d'emploi à 7%. Stevenson et Cole (2015) distinguent pour leur part, dans un échantillon de patients en traitement, le taux d'emploi selon la présence ou l'absence de douleur chronique (respectivement 15% et 74%). Le même exercice par Dunn et al. (2014) révèle des taux d'emploi de 36% chez les patients atteints de douleur chronique et de 43% chez les patients ne rapportant pas de douleur chronique.

Judiciarisation : La judiciarisation caractérise le profil de plusieurs personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Dans une étude qualitative sur l'étiologie et les facteurs associés à l'abus de médicaments opioïdes, Rigg et Murphy (2013) notent que 65% des répondants rapportent un passé judiciaire. Chez des patients français admis pour un sevrage du traitement de substitution, 28% déclarent des antécédents d'incarcération (Bouab et al., 2013). En outre, une étude menée en Finlande sur 169 sujets conclut que l'engagement dans un traitement de substitution est significativement associée à une réduction des activités criminelles (Vorma et al., 2013).

Usagers ayant ou vivant avec de jeunes enfants : Selon un rapport britannique, pour la période 2012-2013, 55% des usagers en début de traitement sont des parents ou vivent avec des enfants (Adfam, 2014). Dans une étude de Cornford et al. (2015) portant sur un échantillon de femmes en début de traitement de substitution, 86% des participantes avaient eu au moins une grossesse à vie. Dans un échantillon irlandais de 404 patients en début de traitement, 53% déclaraient être parent d'un enfant de moins de 18 ans (Comiskey, 2013).

2.1.3 Substances consommées et modes de consommation

Consommation d'héroïne et de médicaments opioïdes : La proportion d'utilisateurs d'héroïne chez les consommateurs d'opioïdes varie selon les populations à l'étude. Dans un échantillon de femmes à l'entrée en traitement de substitution, 90% rapportaient consommer (non-exclusivement) de l'héroïne (Cornford et al., 2015) alors que sur 396 consommateurs d'opioïdes en soins primaires, 15% avaient consommé de l'héroïne dans le

dernier mois (Ries et al., 2015). Par ailleurs, dans deux études portant sur des patients en début de traitement de substitution pour une dépendance aux médicaments opioïdes, 23% (Weiss et al., 2014) et 26% (Dreifuss et al., 2013) avaient déjà utilisé de l'héroïne. Dans l'étude montréalaise de Roy et al. (2013) portant sur des utilisateurs de services de réduction des méfaits, 69% des participants ayant rapporté une consommation d'opioïdes dans le dernier mois avaient consommé de l'héroïne et 77% avaient consommé des médicaments opioïdes. L'héroïne constitue le principal opioïde consommé par 96% des usagers dans un échantillon de patients américains en début de traitement sous méthadone (Marsh et al., 2014).

Compton et al. (2016) s'appuient sur les résultats de plusieurs études américaines publiées entre 2003 et 2015 pour affirmer que la présence d'un trouble lié à l'utilisation de médicaments opioïdes constitue un important facteur de risque pour l'initiation à l'héroïne. Entre autres, les données du *National Survey on Drug and Health* aux États-Unis pour les périodes 2002-2004 et 2008-2010 permettent de constater que 77% des personnes qui avaient consommé des médicaments opioïdes et de l'héroïne dans la dernière année s'étaient initiés à la consommation de médicaments opioïdes avant de s'initier à l'héroïne (Jones, 2013). Toutefois, si une proportion importante des consommateurs d'héroïne ont d'abord consommé des médicaments opioïdes, deux études américaines estiment qu'une faible proportion de personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de médicaments opioïdes s'initient ensuite à l'héroïne (Muhuri et al., dans Compton et al., 2016; Jones, 2013).

En 2008, une étude canadienne multisite rapportait une augmentation de la consommation de médicaments opioïdes et une diminution de l'utilisation d'héroïne chez les utilisateurs de drogue de rue (Fischer et al., 2008). Toutefois, en 2014, l'Association canadienne de santé publique estimait que l'héroïne était redevenue une drogue de prédilection sur la côte Ouest canadienne par rapport aux médicaments opioïdes en raison de son prix plus bas et de son accessibilité. En 2016, Compton et al. notent aussi que l'utilisation d'héroïne a augmentée entre 2007 et 2014 aux États-Unis et suggèrent que cette augmentation pourrait être liée au bas prix et à la pureté du produit.

En ce qui concerne les processus d'approvisionnement des consommateurs, l'héroïne serait obtenue principalement auprès de trafiquants (Fischer et al., 2008) alors que différents moyens permettant de se procurer des médicaments opioïdes sont documentés dans la littérature: prescription (fraude et cumul d'ordonnances), revendeurs de rue, échange et vente, vol, achat sur internet (Sproule et al. 2009; Fischer et al., 2008 et 2009; Weber, 2016).

Polyconsommation : Les recherches portant sur les usagers sans traitement, en début de traitement ou en cours de traitement mettent en relief le phénomène de la polyconsommation. En Finlande, une étude rétrospective de patients admis dans un programme de substitution portait à 93% la proportion de patients ayant reçu un diagnostic pour un autre trouble lié à l'usage de substances, dont 57% aux amphétamines (Vorma et al., 2013). Dans un échantillon irlandais de 404 patients scindé en fonction de la présence ou non d'enfants à charge, respectivement 40% et 45% avaient consommé des benzodiazépines dans les 90 jours précédant l'admission en traitement, 44% et 46% avaient consommé de la cocaïne, 55% et 66% avaient consommé du cannabis, 53% et 58% avaient consommé de l'alcool (Comiskey, 2013). La co-utilisation répandue de cocaïne et d'opioïdes a été mise en relief par Roy et al. (2013) dans un échantillon montréalais (52% des 886 utilisateurs de cocaïne fréquentant des services de réduction des méfaits avaient consommé des opioïdes dans le mois précédant l'étude), par Cornford et al. (2015) pour un échantillon de femmes américaines consommant principalement de l'héroïne (27% rapportaient aussi l'utilisation de crack à l'admission), par Mitchell et al. (2013) (61% des 300

patients admis en début de traitement avaient consommé de la cocaïne dans les 30 derniers jours) ainsi que par Marsch et al. (2014) aux États-Unis (47% des participants avaient consommé de la cocaïne dans les 30 jours précédant l'admission en traitement de méthadone). Dans ce dernier échantillon, 23% s'étaient intoxiqués avec de l'alcool dans les 30 jours avant le début du traitement (Marsch et al., 2014). L'utilisation d'alcool dans les 12 mois précédant l'admission en traitement varie dans l'étude de Stevenson et Cole (2015) selon la présence ou l'absence de douleur chronique (respectivement 45% et 57%) alors que la dépendance à l'alcool chez les utilisateurs d'opioïde est de 10% et 12% dans un échantillon de patients américains sous buprénorphine selon le type d'assurance médicaments (Mark et al., 2013) et de 10% en moyenne dans six échantillons de patients européens en début de traitement (Reissner et al., 2012). Dans ces échantillons européens, ce sont les benzodiazépines (15%) et le cannabis (14%) qui sont les autres drogues consommées par le plus de répondants, suivies par un plus faible pourcentage de consommateurs de cocaïne (6%). Chez les utilisateurs d'opioïdes et de cocaïne recensés dans l'étude de Roy et al. (2013) le cannabis constitue la troisième drogue la plus souvent utilisée après les opioïdes et la cocaïne. À l'inverse, chez des utilisateurs d'opioïdes recrutés dans les soins primaires, le cannabis constitue la deuxième drogue utilisée par le plus grand nombre de participants dans les trente derniers jours après les opioïdes, suivie par la cocaïne (41%). Le phénomène de la polyconsommation est aussi observable dans l'étude de Cropsey et al. (2015) chez des utilisateurs d'opioïdes pour lesquels des troubles liés à l'utilisation de cannabis (51%), de cocaïne (30%) et d'alcool (24%) ont été identifiés ainsi que dans un échantillon suisse de patients atteints d'hépatite C recevant un traitement de substitution (26% consomment de la cocaïne, 20% consomment des benzodiazépines et 32% consomment de l'alcool) (Seidenberg et al., 2013). Toutefois, il est intéressant de soulever que dans un échantillon de patients en début de traitement pour une dépendance aux opioïdes prescrits (avec absence d'historique ou historique minimale de consommation d'héroïne), la consommation auto-rapportée d'autres substances dans la dernière année s'avère plus faible : entre 3% et 6% pour l'alcool, le cannabis, la cocaïne et d'autres stimulants ou sédatifs (Weiss et al., 2015).

Modes de consommation : En ce qui concerne le mode de consommation, deux études portant sur des patients en début de traitement de substitution en Europe et sur des patients en désintoxication aux États-Unis établissent le taux de consommateurs par injection à 69% et 67% respectivement (Reissner et al., 2012; Bailey et al., 2013). Dans un échantillon d'usagers afro-américains en début de traitement, ce taux est établit à 23% (Mitchell et al., 2013) alors qu'une étude portant sur des femmes en majorité consommatrices d'héroïne le situe à 40% (Cornford et al., 2015). Enfin, une recherche auprès de consommateurs d'opioïdes recrutés en soins primaires porte le taux d'injecteurs à 14% alors qu'il varie entre 10% et 12% chez des utilisateurs sous supervision suite à des accusations criminelles aux États-Unis (Cropsey et al., 2015). Enfin, dans une étude canadienne multisite portant sur un échantillon d'utilisateurs d'opioïdes illicites, Fischer et al. (2008) rapportent une prévalence d'injection plus faible chez les participants ne consommant que des médicaments opioïdes (67% dans les trente derniers jours) par rapport aux participants consommant uniquement de l'héroïne (92% dans les trente derniers jours).

2.1.4 Comorbidités

Douleur chronique : De nombreuses recherches portent sur les manifestations de la douleur chronique chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Les travaux de Stevenson et Cole témoignent d'un taux de douleur chronique à 20% chez un échantillon de patients traités pour une dépendance aux opioïdes alors que ce taux grimpe à 41% et 42% respectivement pour deux échantillons d'usagers traités pour une dépendance aux médicaments opioïdes (Dreifuss et al., 2013; Weiss et al., 2014). Une recension de littérature établit la

prévalence agrégée de la douleur à 48% chez les personnes faisant un mésusage d'opioïdes (Fisher et al., dans Voon et Kerr, 2013). Dans le cadre d'une étude longitudinale sur la douleur chez les patients en traitement de méthadone, 55% des participants rapportaient de la douleur cliniquement significative à l'un des temps de mesure au cours de l'année (Dhingra et al., 2015) alors qu'une prise de mesure unique sur un échantillon similaire porte ce taux à 60% (Dunn et al., 2014). Enfin, le tiers d'un échantillon de 238 patients en traitement de la dépendance aux opioïdes aux États-Unis rapporte faire usage d'opioïdes dans l'unique but de soulager une douleur (Bohnert et al., 2013).

Santé mentale : La présence de diagnostics psychiatriques est courante chez les utilisateurs d'opioïdes. Le taux d'usagers en traitement souffrant de troubles de santé mentale dans un échantillon Finlandais atteint 76% (Vorma et al., 2013) et des taux similaires (70% et 72%) sont rapportés respectivement par Ries et al., (2015) ainsi que par Seidenberg et al. (2013). Chez des patients français admis pour un sevrage du traitement de substitution, 66% présentent une comorbidité psychiatrique (Bouab et al., 2013). Dans une étude portant sur 585 usagers en traitement de substitution, Stevenson et Cole (2015) rapportent un taux de dépression au cours de la dernière année s'élevant à 48% chez les patients sans douleur chronique et à 64% chez les patients avec douleur chronique. Le même exercice dans un échantillon d'usagers en début de traitement pour une dépendance aux médicaments opioïdes permet de mettre en relief des taux de dépression dans la dernière année de 18% chez les patients sans douleur chronique et 26% pour les usagers atteints d'une douleur chronique (Weiss et al., 2014). La prévalence de la dépression à vie pour un échantillon de patients américains en début de traitement est évaluée à 32% par Dreifuss et al. (2013). En ce qui concerne le stress post traumatique, son taux est établi pour les mêmes échantillons entre 10% et 15% au cours de la dernière année (Weiss et al., 2014) et à 18% à vie (Dreifuss et al., 2013). Des informations issues de bases de données d'assureurs américains indiquent que, selon le type d'assurance médicament, 41% et 48% des patients sous buprénorphine auraient un diagnostic de trouble de l'humeur, 20% et 36% auraient un diagnostic trouble anxieux, 3% et 5% souffriraient d'un trouble d'adaptation, 3% et 6% auraient un trouble d'attention ou de comportement et qu'encore un autre 3% et 6% auraient des troubles psychotiques. De plus, 3% et 7% auraient fait une tentative de suicide ou se seraient infligé des blessures, selon le type d'assurance médicament (Mark et al., 2013). Dans un échantillon d'utilisateurs américains d'opioïdes sous supervision suite à des accusations criminelles, respectivement 22% et 26% auraient consommé des médications pour un trouble psychiatrique et 16% et 18% auraient eu des idéations suicidaires ou auraient fait une tentative de suicide, selon qu'ils consomment des benzodiazépines et des opioïdes de manière concomitante ou uniquement des opioïdes (Cropsey et al., 2015). Enfin, en moyenne 52% des patients européens en début de traitement dans six échantillons (n=599) ont reçu un diagnostic de dépression majeure alors qu'en moyenne 15% affichent un trouble anxieux généralisé (Reissner et al., 2012).

Infections transmises sexuellement et par le sang : En matière d'infections transmises sexuellement et par le sang, les taux d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine varient entre 0% dans un échantillon de patients français admis pour un sevrage de leur traitement de substitution (Bouab et al., 2013), 1% dans une cohorte australienne de patients en traitement de substitution (Vajdic et al., 2015), 3,5% en moyenne pour six échantillons de patients européens en début de traitement (Reissner et al., 2012) et 10% dans un échantillon de patients américains en début de traitement de méthadone (Marsch et al., 2014). Dans les études de Vajdic et al. (2015) et de Bouab et al. (2013), le taux identifié pour l'hépatite B est de 4%. Le taux d'hépatite C chez des

utilisateurs d'opioïdes dans les recherches consultées varie entre 30% (Cornford et al., 2015), 34% (Marsch et al., 2014), 36% (Bouab et al., 2013) et 52% (Vajdic et al., 2015).

2.1.5 Portrait de la clientèle : En résumé

La démarche de recension de littérature comporte des limites. D'une part, des critères de recherche restreints ont été utilisés en fonction du temps limité imparti au projet et la recension ne peut se prétendre exhaustive. De plus, les données présentées sont teintées par la proportion importante de littérature scientifique provenant des États-Unis. Enfin, l'absence d'uniformité dans la composition des échantillons et dans la manière dont les données ont été recueillies et traitées à travers les diverses sources nuit à la précision du portrait, en particulier lorsqu'il s'agit de distinguer les caractéristiques spécifiques aux usagers d'opioïdes prescrits pour les comparer aux usagers d'héroïne ou de médicaments illicites.

Malgré les limites de la démarche, certaines caractéristiques sociodémographiques et cliniques peuvent être mises en relief afin de générer un portrait de la clientèle ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Parmi celles-ci, on peut noter que l'âge moyen en début de traitement s'inscrit entre 32 et 46 ans, qu'entre 54% et 75% de la population est composée d'hommes, que de nombreux usagers vivent des situations d'instabilité résidentielle, n'ont pas d'emploi et sont judiciarisés, que le phénomène de la polyconsommation est très répandu, tout comme celui de la douleur chronique et des troubles de santé mentale. De plus, la population des personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes affiche des taux de VIH et d'hépatite C plus élevés que ceux qu'on retrouve dans la population générale.

2. 2 Pratiques courantes en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes

2.2.1 Pharmacopée

Traitements de substitution aux opioïdes

Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone ou la buprénorphine constitue la norme de référence dans de nombreux pays (Metz, Brandt, Unger, & Fischer, 2014).

- **Méthadone**

La méthadone est le médicament de substitution aux opioïdes le plus prescrit au monde (EMCDDA 2012 et SAMHSA 2011 dans Metrebian et al., 2015; Riksheim et al., 2014). Elle est considérée comme le « gold standard » en matière de traitement de substitution (Beck et al., 2014). En ce qui concerne les clientèles ayant des besoins spécifiques, la méthadone semble être le traitement de substitution le plus efficace pour les usagers ayant aussi un trouble lié à l'utilisation de cocaïne (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013). Bien que pouvant être utilisé durant la grossesse, Meyer & Phillips (2015) soulignent que la complexité du déplacement pour l'administration supervisée quotidienne en zones rurales, en particulier pour les femmes enceintes, constitue un obstacle au traitement.

Au Québec, la méthadone est utilisée depuis le début des années 70. Elle est administrée sous forme liquide et sous supervision quotidienne. L'obtention de privilèges (doses non supervisées) suite à une stabilité prolongée en traitement permet d'espacer les visites en pharmacie. La méthadone sous forme de comprimés ou capsules peut être utilisée à l'occasion mais doit répondre à des exigences particulières (Collège des médecins, 2014; Ordre des pharmaciens du Québec, 2004). En 2014, le Collège des médecins du Québec comptait 265 médecins détenant une exemption permanente leur permettant de prescrire la méthadone pour le traitement de la dépendance (Collège des médecins, 2014).

La lévomethadone constitue une alternative disponible dans certains pays tels que l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse (Metz et al., 2014; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013).

- **Buprénorphine**

La buprénorphine est le principal médicament de substitution prescrit en France, en Grèce, en République tchèque, à Chypre et en Turquie (Brisacier & Collin, 2014). Elle peut être prescrite par tout médecin en France (Brisacier & Collin, 2014) et elle est associée à une plus grande autonomie pour les usagers puisqu'elle s'inscrit dans une structure de traitement plus flexible dans plusieurs pays tels que la France ou les États-Unis où elle est accessible en soins primaires (Bell, 2014). Cette autonomie peut s'accompagner de certains risques et la détection du mésusage ou du détournement est recommandée (Lofwall & Walsh, 2014). Combinée à la naloxone, elle comporte des risques réduits d'être mal utilisée (Bell, 2014). La buprénorphine-naloxone commercialisée sous le nom de Suboxone a été approuvée en 2007 au Canada et constitue un outil thérapeutique utile pour les médecins de famille (Ducharme, Fraser, & Gill, 2012). Enfin, Nutt (2015) rapporte que le risque de décès serait plus faible lors de l'induction avec buprénorphine qu'avec méthadone (Bell et al., 2009 dans Nutt, 2015), que la buprénorphine aurait un effet moins sédatif sur les usagers (Chadderton, 2000; Law et al., 1997; Lintzeris et al., 2006 dans Nutt, 2015), qu'elle comporterait moins de risques d'interactions médicamenteuses (Gruber et McCance-Katz, 2010 et Chiang et Hawks, 2003 dans Nutt, 2015) et qu'elle serait plus favorable au sevrage que la méthadone (Stine et Kosten, 1992 dans Nutt, 2015). Par ailleurs, l'induction en traitement peut s'effectuer entre

12 et 24 heures après la dernière dose d'opioïdes, les usagers devant commencer à afficher des symptômes de sevrage (Ducharme et al., 2012).

Au Canada, les médecins peuvent compléter une formation en ligne afin d'obtenir l'autorisation de prescrire la buprénorphine (Ducharme et al., 2012). Au Québec, le médicament se présente sous forme de comprimé sublingual et durant les deux premiers mois du traitement, la prise de la médication est supervisée à la pharmacie. Lorsque l'usager atteint une stabilité permettant le maximum hebdomadaire de six doses non supervisées, il n'aura à se présenter à la pharmacie qu'une seule fois par semaine (Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009). D'autres formulations existent telles que le film sublingual utilisé depuis plusieurs années aux États-Unis et en Australie (Metz et al., 2014) ainsi que l'implant conçu pour administrer de la buprénorphine en continu pendant six mois (Rosenthal et al., 2013). Ce dernier a été approuvé par la Food and Drug Administration aux États-Unis au mois de mai 2016. En ce qui concerne les clientèles spécifiques, des chercheurs américains proposent « l'utilisation innovante du timbre transdermique à faible dose pour 24 heures afin d'amorcer de manière sécuritaire l'analgésie grâce à la buprénorphine sublinguale chez les usagers atteints de douleur chronique et de dépendance sans période de sevrage » [Notre traduction] (Kornfeld & Reetz, 2015). Pour les femmes enceintes, la buprénorphine prescrite en cabinet est privilégiée par Meyer et Phillips (2015). Une recension de littérature conclut que la buprénorphine émerge comme étant le traitement à privilégier en cas de grossesse (Soyka, 2013).

Enfin, Kakko et al. (2007) proposent de s'inspirer du modèle de traitement à niveau dans le choix de la médication à privilégier. Le modèle de traitement à niveau « vise à offrir l'intensité de traitement appropriée à chaque individu et à intervenir le plus tôt possible dans l'évolution du problème de consommation » (Simoneau, 2012). Le traitement initialement choisi doit être le moins intensif possible et pourra être intensifié au besoin lors de la réévaluation (Simoneau, 2012). Dans cette perspective, la buprénorphine-naloxone est suggérée comme premier niveau de traitement (en raison des risques de surdose plus faibles qu'elle comporte) et la méthadone comme deuxième niveau en cas de besoin (Kakko et al., 2007; Li, Shorter, & Kosten, 2014).

- **Traitement par opioïdes injectables**

Trois types de traitement par opioïdes injectables sont documentés dans la littérature recensée : la diamorphine injectable, la méthadone injectable et l'hydromorphone injectable.

La diamorphine (ou diacétylmorphine) injectable : Initiée par des chercheurs suisses dans les années 1990, la prescription de diamorphine injectable constitue un traitement très structuré[6] de deuxième ligne pouvant être envisagé pour les patients qui ne répondent pas à la méthadone (Bell, 2014; Demaret et al., 2010). Ce traitement pourrait agir comme un incitatif pour les individus non motivés qui peuvent ensuite passer vers un traitement plus classique. Il peut être prescrit aux patients qui ne répondent pas à la méthadone dans des pays tels que le Royaume-Uni (Bell, 2014) ou la Suisse (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013). Il y a de plus en plus d'évidence que ce traitement de deuxième ligne peut être approprié, en particulier pour les usagers d'héroïne réfractaires aux traitements traditionnels. Un niveau de satisfaction modérément élevé de la part des usagers a été documenté (Groshkova et al., 2013). Des études européennes ont montré que cette approche peut diminuer

[6] Le traitement implique deux ou trois visites par jours pour l'administration de doses sous supervision médicale (Demaret et al., 2010).

l'utilisation d'héroïne de rue (Metrebian et al., 2015) tout en offrant une protection contre le stress et un effet modérateur sur les affects négatifs tels que l'anxiété, le craving ou le sevrage (Walter et al., 2013). L'étude canadienne NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) a montré un taux de rétention élevé chez les usagers traités avec la diacétylmorphine injectable, une diminution des activités illégales et une réduction de la consommation d'héroïne illicite (Oviedo-Joekes et al., 2009). 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 », ce « 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, 2016a).

La méthadone injectable : Au Royaume-Uni, des essais contrôlés randomisés comparant la diamorphine injectable, la méthadone injectable et la méthadone orale ont obtenu des résultats concluant en termes de coût-bénéfice pour les traitements injectables (diamorphine et méthadone) chez les usagers réfractaires au traitement de méthadone oral (Byford et al., 2013).

L'hydromorphone injectable : Les résultats de l'étude canadienne SALOME (Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness) démontrent que « l'hydromorphone injectable est aussi efficace que la diacétylmorphine injectable pour les utilisateurs de longue date d'opioïdes de rue qui ne bénéficient pas actuellement des traitements disponibles » [notre traduction] (Oviedo-Joekes et al., 2016).

- **Morphine-retard**

Approuvée en Suisse (Besson et al., 2014) ainsi que disponible en Autriche, en Bulgarie et en Slovénie (Metz et al., 2014) la morphine retard constitue une option par rapport à la méthadone, en fonction des caractéristiques individuelles des usagers, telles que la tolérance au médicament et les objectifs de traitement (Beck et al., 2014). Plus de la moitié des patients Autrichiens sont maintenus sur la morphine retard malgré un potentiel élevé de mésusage (Brisacier & Collin, 2014; Metz et al., 2014). Notons toutefois qu'en Europe, la morphine à libération prolongée et la diacétylmorphine représentent moins de 5% de l'ensemble des traitements dispensés (Brisacier & Collin, 2014).

Traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament antagoniste des opioïdes

- **Naloxone**

La naloxone est un médicament antagoniste des opioïdes utilisé afin de contrer les effets des surdoses d'opioïdes. Dans les régions où la formation et la distribution de la naloxone ont été implantées, les taux de décès par overdose auraient été réduits (Klimas, O'Reilly, Egan, Tobin, & Bury, 2014). « Au Canada, la naloxone a été ajoutée à la buprénorphine (SuboxoneMC) pour tenter de limiter le détournement et l'utilisation inappropriée de la buprénorphine » (Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009).

- **Naltrexone**

Le naltrexone sous forme de comprimé est utilisé comme alternative à la méthadone au Québec depuis 2008 (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), 2016). Ce médicament existe aussi sous forme de dépôt intramusculaire mensuel ou en formulation sous-cutanée à libération prolongée. Bien que les données demeurent mitigées sur le naltrexone, les formules à libération prolongée apparaissent favorables pour le traitement des

populations en régions rurales (Meyer & Phillips, 2015) ou chez les individus en probation (Crits-Christoph, Lundy, Stringer, Gallop, & Gastfriend, 2015).

Une revue de littérature réalisée par des chercheurs norvégiens suggère que la formule à libération prolongée est une option sécuritaire et efficace pour soutenir l'abstinence chez les usagers atteints d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (Kunoe, Lobmaier, Ngo, & Hulse, 2012). Toutefois, les auteurs soulignent que les essais contrôlés randomisés portent principalement sur l'utilisation d'héroïne alors que peu de données sont disponibles concernant la dépendance aux médicaments opioïdes. Ils ajoutent que d'autres essais contrôlés seraient nécessaires, tels que des études comparant le naltrexone à libération prolongée avec des traitements de substitution aux opioïdes ou la combinaison du naltrexone à libération prolongée avec des interventions comportementales (Kunoe et al., 2012).

Le naltrexone empêche de ressentir les effets des opioïdes et peut être utile pour les personnes très motivées (Kolodny et al., 2015). Une étude menée aux États-Unis sur un petit échantillon conclut que l'introduction graduelle du naltrexone combinée avec le retrait progressif de la buprénorphine-naloxone dans un contexte ambulatoire offre un haut niveau de satisfaction pour les patients (Mannelli, Wu, Peindl, Swartz, & Woody, 2014). Les chercheurs soulignent toutefois que d'autres recherches sur des échantillons plus grands sont nécessaires pour confirmer l'utilité de cette approche (Mannelli et al., 2014). Une recherche réalisée en Russie auprès de patients ayant débuté le naltrexone à libération prolongée après sept jours d'abstinence suggère que cette médication serait efficace pour favoriser le maintien de l'abstinence par rapport au placebo (Nunes et al., 2015). Parrino, Maremmani, Samuels, & Maremmani (2015) observent qu'une attention croissante est portée au naltrexone comme outil de prévention de la rechute chez les usagers atteints d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

Toutefois, le naltrexone oral est associé à des taux élevés d'abandon du traitement et une recension systématique concluait en 2002 à l'insuffisance de données justifiant son utilisation pour le traitement de maintien chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (Kirchmayer et al., 2002). La compliance étant nécessaire pour l'efficacité du naltrexone, les formules impliquant l'injection ou l'implantation chirurgicale d'une formule à libération prolongée paraissent plus indiquées selon Goonoo et al. (2014). Ahamad et al. (2015) citent quelques exemples d'essais contrôlés contre placebo où le naltrexone en formulation *Extended-Release Injectable Suspension* a démontré une efficacité en termes de rétention en traitement, d'abstinence et de réduction des cravings par rapport au placebo. « Bien que la méthadone et la buprénorphine-naloxone soient actuellement les principaux médicaments de substitution pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, ces médications sont souvent mal acceptées ou mal tolérées par les patients. Récemment, le naltrexone à libération prolongée a été proposé comme traitement alternatif. » [notre traduction] (Ahamad et al., 2015). Selon ces chercheurs, 52% des usagers sondés à Vancouver seraient ouvert à essayer cette médication.

Enfin, certains aspects psychosociaux du profil d'utilisateur d'opioïdes peuvent aussi guider le choix de la médication, tels que la sévérité du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, le degré d'autonomie ou de supervision requis, le degré de fonctionnement social, le niveau de motivation ou le choix de l'usager (Bell, 2014; Li et al., 2014; Meini et al., 2015).

2.2.2 Interventions psychosociales

La combinaison d'une médication de substitution avec des mesures de support psychosocial est recommandée pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (WHO, 2004; Amato et al., 2011 dans Beck et al., 2014). De façon générale, les lignes directrices concernant les traitements de substitution aux opioïdes recommandent d'y associer une évaluation et des interventions psychosociales (Brisacier & Collin, 2014; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013) telles que, par exemple, du counseling[7] (SAMHSA, 2015).

La combinaison de services psychosociaux aux traitements pharmacologiques augmente la rétention en traitement et les résultats favorables (Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009). Au Canada, les traitements de substitution sont généralement accompagnés d'interventions psychosociales (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013).

Des données probantes démontrent l'efficacité du traitement pharmacologique combiné au support psychosocial (Parrino et al., 2015). En outre, le traitement pharmacologique de substitution est reconnu comme traitement de base en matière de dépendance aux opioïdes (OMS, WFSBP, NICE dans Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013). Toutefois, Parrino et al. (2015) considèrent que le développement de ce dernier est entravé en comparaison des modèles tels que la désintoxication et les approches psychosociales ou de réadaptation sans médicaments. De même, Nosyk, Anglin, Brissette, et al. (2013) mettent en garde contre les effets néfastes (rechute et mortalité) de l'utilisation des médicaments de substitution dans une optique de désintoxication visant l'abstinence. En raison de difficultés d'accès aux traitements de substitution, la désintoxication suivie d'un counseling psychosocial serait malgré tout l'approche la plus commune pour le traitement de la dépendance aux opioïdes aux États-Unis (Mattick et al., 2009; Mayet et al., 2005 dans Brigham et al., 2014). Pourtant, plusieurs sources ainsi qu'une recension de littérature Cochrane ont démontré des résultats inférieurs en termes de rétention et de consommation d'opioïdes pour les traitements psychosociaux non associés à une médication (Bart, 2012).

À travers la littérature portant spécifiquement sur le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, plusieurs approches psychosociales sont proposées, en combinaison ou non avec un traitement pharmacologique. Les principaux types d'interventions psychosociales recensées sont 1) les approches cognitives comportementales et motivationnelles et 2) les programmes en 12 étapes et 3) le soutien par les pairs.

Les approches cognitives comportementales et motivationnelles

L'utilisation d'approches cognitives comportementales et motivationnelles dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances est largement appuyée dans la littérature (Dutra et al., 2008 et Magill et al., 2009 dans Carroll et al., 2014; Landry, Tremblay, Bertrand, & Ménard, 2010) et la mise à contribution de la technologie dans l'utilisation de telles approches peut favoriser des services individualisés, accessibles, de qualité et rentables selon Marsch et al. (2014). Par exemple, une étude visant à évaluer l'efficacité clinique d'une intervention comportementale accessible sur internet (Therapeutic Education System) associée à un traitement de méthadone et à des séances de counseling réduites a permis d'obtenir des taux d'abstinence de consommation d'opioïdes

[7] « Le counseling vise généralement la réduction ou l'arrêt de consommation, le développement de compétence, l'adhérence à un plan de rétablissement, ainsi que l'amélioration de la situation sociale, familiale, et professionnelle. » [Notre traduction] (SAMHSA, 2015)

plus élevés que chez les individus ayant reçu le traitement standard avec méthadone, counseling complet, gestion de cas et matériel éducatif (Marsch et al., 2014). D'autres études portant sur des interventions en ligne témoignent de la pertinence de complémenter ou même de remplacer une partie des interventions psychothérapeutiques par de tels programmes (Marsch et al., 2014).

En outre, l'utilisation de l'approche cognitive comportementale est aussi recommandée pour les patients atteints de douleur chronique pour améliorer la tolérance à la douleur (Wachholtz & Gonzalez, 2014) ou pour atténuer le désir de consommer des opioïdes (Garland, 2014; Garland, Froeliger, & Howard, 2014). Dans cette perspective, l'approche « *Mindfulness-oriented recovery enhancement* » intègre des techniques de la pleine-conscience, de la thérapie cognitive comportementale et de la psychologie positive (Garland, 2014).

Le programme de renforcement communautaire et de formation familiale (CRAFT) mis au point par Sisson et Azrin implique l'engagement d'une personne significative dans le changement des comportements de consommation (Landry et al., 2010). Afin de pallier aux problèmes d'accès aux traitements de maintien aux opioïdes, Brigham et al. (2014) proposent d'associer le programme CRAFT-T (*Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention*) aux processus de désintoxication afin d'en améliorer les résultats. Un essai clinique a en effet montré certains résultats positifs pour cette association (Brigham et al., 2014).

Une revue de littérature portant sur six études ayant utilisé l'imagerie cérébrale pour évaluer le succès de l'entraînement au neurofeedback conclut que l'apprentissage de l'autorégulation des signaux cérébraux aurait le potentiel de réduire les comportements de consommation de drogue. Toutefois, les auteurs soulignent que l'hétérogénéité des approches ainsi que le petit nombre d'études et de participants ne permettent pas de tirer des conclusions probantes (Zilverstand, Parvaz, Moeller, & Goldstein, 2016). En outre, une étude iranienne sur un petit nombre de participants conclut que la combinaison d'un traitement de substitution avec des séances de neurofeedback favoriserait des améliorations sur les plans de la santé mentale et du craving (Dehghani-Arani, Rostami, & Nadali, 2013).

Les approches en 12 étapes

Les approches psychosociales telles que les programmes résidentiels, les approches en 12 étapes et le soutien par les pairs sont utilisées seules ou combinées à la pharmacothérapie (Kolodny et al., 2015).

Le modèle de traitement en 12 étapes *Minnesota* « réfère typiquement à des programmes de traitement en contexte résidentiel dans le cadre duquel la personne participe à une variété d'interventions, mais reçoit aussi de l'enseignement approfondi sur la philosophie [narcotique anonymes], durant et après le traitement (McElrath, 1997) » (Landry et al., 2010).

La participation à des programmes en 12 étapes de type *narcotiques anonymes* sous forme de réunion de soutien par les pairs non professionnels (à ne pas confondre avec le modèle Minnesota) est recommandée par un panel d'expert pour le traitement des troubles concomitants liés à l'utilisation d'opioïdes et à la douleur chronique (Cheatle, Comer, Wunsch, Skoufalos, & Reddy, 2014). Dans cette perspective, le rétablissement, la spiritualité et le parrainage occupent une place importante dans la prévention de la rechute (Cheatle et al., 2014).

Le soutien par les pairs

L'apport des pairs aidants peut être significatif pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie (Boyd et al., 2005 ; Foote et al., 1999 ; Miller, Zaloshnja & Spicer, 2007 ; Ouimette et al., 2001 ; Rowe et al., 2007 dans M. Perreault et Komaroff, 2013). Par exemple, l'évaluation d'un programme intégré de maintien à la méthadone et de traitement de l'hépatite C comportant entre autres des interventions par des pairs formés et l'option de participer à des activités de groupe a permis de mettre en relief des résultats en matière de réduction du stigma et de l'utilisation de substances (Batchelder, Peyser, Nahvi, Arnsten, & Litwin, 2015). Dans la perspective du rétablissement tel que décrit par Nutt (2015), le support par les pairs s'inscrit dans une démarche de réinsertion sociale (Nutt, 2015).

2.2.3 Organisation des services, approches et modèles de soins

Les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes s'inscrivent dans le modèle de la maladie chronique (McLellan et al., 2000 dans Nosyk, Anglin, Brecht, Lima, & Hser, 2013) et les services destinés au traitement devraient être adaptés aux individus dans une perspective long-terme (WHO, 2003 dans Feelemyer, Des Jarlais, Arasteh, Phillips, & Hagan, 2014). Le continuum de soins dans le domaine des maladies chroniques est envisagé de manière moins linéaire que dynamique à travers une trajectoire comportant des interventions interdisciplinaires de prévention, de traitement, de réadaptation et de palliation (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). Grâce à une revue de littérature, Dennis et Scott (2007) documentent les cycles récurrents de rechutes et de rétablissement en matière de dépendance et recommandent des pratiques continues et prolongées de soins et de support. En matière de traitement des troubles liés à la dépendance aux opioïdes, les services peuvent être dispensés en soins primaires ou spécialisés, en contexte ambulatoire ainsi qu'en milieu hospitalier ou résidentiel. Les approches de soins s'articulent autour de services psychosociaux, de traitements avec une médication (substitution ou naltrexone), de désintoxication ou d'une combinaison de plusieurs de ceux-ci.

Prévention et gestion des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes en soins primaires

En amont des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, la détection, l'intervention brève et les pratiques de réduction des méfaits sont recommandées en soins primaires (Bowman, Eiserman, Beletsky, Stancliff, & Bruce, 2013). Des outils de détection tels que le CAGE-AID, le DAST-10 (Drug Abuse Screening Test) ou le CRAFFT pour les adolescents sont suggérés et l'entretien motivationnel est recommandé afin d'engager l'usager vers un changement (Bowman et al., 2013). En matière de réduction des méfaits, la référence vers des programmes d'échange de seringue ainsi que l'accès à la naloxone sont suggérés (Bowman et al., 2013). Hagemeier, Alamian, Murawski, & Pack (2015) soulignent aussi l'apport des pharmaciens à la prévention ainsi qu'à la référence aux services.

En termes de traitement, la prescription de buprénorphine par les médecins généralistes en première ligne favorise l'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales (Meyer & Phillips, 2015; Rosenblatt, Andrilla, Catlin, & Larson, 2015). En France, la majorité des traitements de substitution sont prescrits en cabinet (« officine de ville »). « Le choix de la [buprénorphine haut dosage] et son cadre réglementaire ont permis une très grande liberté de prescription par les médecins généralistes et donc une forte disponibilité de ces traitements par rapport aux autres pays » (Brisacier & Collin, 2014). L'utilisation de la buprénorphine en cabinet de médecine générale permet d'intégrer le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes et d'autres conditions médicales en favorisant la prise en charge individualisée (Li et al., 2014). En outre, la gestion de la buprénorphine en soins primaires serait

une stratégie efficace pour engager les usagers dans les soins à travers le dépistage d'autres conditions médicales ou de pratiques à risque (Edelman et al., 2012; Haddad, Zelenev, & Altice, 2015; Klimas et al., 2015).

Dans le domaine de l'intervention en première ligne, une étude américaine a testé l'efficacité de trois interventions associées au « SBIRT[8] » : 1. Dépistage et référence au traitement ; 2. Dépistage, intervention brève et référence au traitement ; 3. Dépistage, intervention brève et induction d'un traitement de buprénorphine-naloxone en urgence hospitalière avec référence vers les soins primaires. Les auteurs concluent que la troisième (dépistage, intervention brève et induction d'un traitement de buprénorphine-naloxone en urgence hospitalière avec référence vers les soins primaires) serait la plus efficace en termes d'engagement dans le traitement ainsi que de réduction d'utilisation illicite d'opioïdes (auto-rapportée) et d'hospitalisations (D'Onofrio et al., 2015). Hersh et al. proposent pour leur part de procéder à l'induction avec la buprénorphine dans une clinique spécialisée avec un transfert vers les ressources de la communauté dès la médication stabilisée (Hersh et al., 2011 dans Li et al., 2014). Enfin, Liebschutz et al. (2014) soulignent que les patients hospitalisés en soins généraux affichent des taux élevés de troubles liés à l'utilisation de substances et recommandent d'offrir l'initiation à la buprénorphine chez les patients hospitalisés avec une référence vers une ressource de traitement au congé médical (Liebschutz et al., 2014).

Dans un continuum de soins inspiré par celui des maladies chroniques, la contribution des soins primaires peut s'illustrer à travers un modèle axé sur la collaboration entre les infirmières gestionnaires de soins et les médecins généralistes, mettant l'accent sur le rôle que peuvent jouer les infirmières expérimentées en soins généraux (Alford et al., 2011 dans Li et al., 2014). L'accès facilité au traitement de buprénorphine en première ligne est la base du modèle Français au sein duquel le taux de desserte est estimé à 80%. La fluidité du parcours des usagers est favorisée par le développement des réseaux et des pratiques de relais entre les milieux généraux et spécialisés (Brisacier & Collin, 2014). Par ailleurs, aux États-Unis, le modèle ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) permet à des médecins généralistes d'être connectés et formés à distance par des spécialistes du traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes afin de rendre les soins accessibles dans les régions moins desservies (Komaromy et al., 2016).

Gestion des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes en soins spécialisés

De façon générale, dans plusieurs pays tels que la France, le Canada, la Suisse, les États-Unis ou le Royaume-Uni, les traitements de substitution sont initiés soit en soins primaires ou en centre spécialisés, selon le médicament ou les besoins (Brisacier & Collin, 2014; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Department of Health (England) and the devolved administrations, 2007; Ducharme et al., 2012; Office fédéral de la santé publique (OFSP), sans date). Dans d'autres pays tels que la Nouvelle-Zélande ou la Norvège, les traitements de substitution sont systématiquement initiés dans un centre spécialisé (New Zealand Ministry of Health, 2014; Riksheim et al., 2014). Pour Metz et al. (2014), le traitement en centre spécialisé comporte des avantages en termes de profondeur et de multidisciplinarité du traitement, en particulier pour les cas de troubles concomitants, alors que le traitement en soins primaires favorise l'accessibilité.

[8] L'approche de la détection, des interventions brèves et de l'orientation aux services spécialisés est mieux connue sous l'acronyme SBIRT (screening, brief intervention, and referral to treatment).

Intégration des services

L'intégration des services vise à favoriser l'accessibilité et la continuité des soins (Gouvernement du Québec, 2004). L'approche d'intégration des services a émergé, dans les années 1990, en réponse aux besoins de clientèles cibles ayant des problèmes complexes (Fleury, 2002). De nombreuses personnes ayant des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes souffrent d'autres troubles concomitants. La présence de diagnostics psychiatriques est courante chez les utilisateurs d'opioïdes et plusieurs auteurs évaluent qu'elle touche plus des deux-tiers de la clientèle (Vorma et al., 2013; Ries et al., 2015; Seidenberg et al., 2013). La prévalence des infections transmises sexuellement et par le sang est aussi plus élevée dans cette population que dans la population générale : jusqu'à 10% pour le VIH dans un échantillon de patients américains (Marsch et al., 2014), et jusqu'à 52% dans un échantillon de patients en traitement de substitution aux opioïdes en Australie (Vajdic et al., 2015).

L'intégration des services se structure autour de deux modèles, celui de l'intégration verticale et celui de l'intégration horizontale (Fleury, 2002).

L'intégration verticale des services ou des programmes implique de joindre différentes spécialités au sein d'une même équipe, afin de desservir de manière globale les usagers ayant des troubles concomitants (Fleury, Perreault, & Grenier, 2012). Par exemple, l'évaluation d'un programme intégré de traitement de l'hépatite C dans un centre de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances aux États-Unis suggère des impacts positifs sur l'estime de soi et les habitudes de vie des usagers (Batchelder et al., 2015). Un autre exemple d'intégration verticale évalué dans le cadre d'une recherche portant sur l'intégration de services psychiatriques au sein d'un programme de traitement de la dépendance aux opioïdes a favorisé des améliorations au plan de la santé mentale des usagers par rapport au traitement non intégré (Brooner et al., 2013). Enfin, l'évaluation de différents modèles de soins ukrainiens pour des usagers d'opioïdes injectables séropositifs conclut que les services intégrés favorisent l'accès à la thérapie antirétrovirale (Bachireddy et al., 2014).

L'intégration horizontale réfère à l'intégration au niveau du système, par exemple, sous forme d'entente de services entre deux établissements distincts (Fleury et al., 2012). Dans cette perspective, Meyer et Phillips (2015) proposent des interventions visant le développement de l'accessibilité aux traitements de substitution en contexte de grossesse et en périnatalité aux États-Unis. Au Vermont, la collaboration initiée en 2013 entre les agences de santé et celles des troubles liés à l'utilisation de substances (appuyée par les unités mobiles de traitement de substitution et l'expansion du traitement avec la buprénorphine en cabinet) inclut une structure administrative qui facilite les transitions en fonction des niveaux de besoins tout en favorisant l'accès aux services psychosociaux ou de santé mentale (Meyer & Phillips, 2015; Parrino et al., 2015). Le renforcement des relations entre un établissement de troisième ligne, les hôpitaux locaux, les infrastructures de santé communautaires et les décideurs a contribué à améliorer l'accès aux traitements de substitution dans cette région rurale (Meyer & Phillips, 2015).

L'intervention interdisciplinaire ou multidisciplinaire est généralement recommandée en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (Ford, Halliday, Euan Lawson, & Browne, 2011; Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), 2006; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013) en particulier dans les cas de troubles concomitants tels que la douleur (McCauley, Mercer, Barth, Brady, & Back, 2014; Wachholtz, Foster, & Cheatle, 2015) ou en contexte de grossesse (Ford et al., 2011; Meyer & Phillips, 2015). « Toute forme de collaboration, du simple réseautage jusqu'à une intégration organisationnelle, est indispensable afin d'améliorer

et de bonifier les soins et services fournis aux personnes présentant un troubles concomitant en santé mentale et en dépendance. » (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), ETMIS 2016). L'interdisciplinarité « est un mode de collaboration entre intervenants de différentes disciplines qui les amène à s'influencer mutuellement, à adapter leurs pratiques, à conjuguer leurs efforts et à mettre à profit de manière optimale et complémentaire l'expertise de chacun pour mieux répondre aux besoins d'une population ciblée. » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), 2006)

2.2.4 Paradigmes de traitement

Chronicité et soins longitudinaux

La conceptualisation de la dépendance en tant que problème chronique appelle à repenser les notions de réduction des méfaits, de traitement et de rétablissement dans une perspective complémentaire et long-terme (White, 2012). L'entrée en traitement pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes est souvent motivée par une période de crise et des périodes d'abstinence ou de consommation contrôlée peuvent être suivies de nouvelles crises (Bell, 2014). Dans ce contexte, les traitements à long-terme sont associés à de meilleurs résultats (Bell, 2014).

En France, 37% des patients suivis en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont sous médication depuis plus de 5 ans, l'arrêt de la substitution ne figurant pas comme objectif prioritaire (Brisacier & Collin, 2014). Dans le modèle de la maladie chronique présenté par Nosyk, Anglin, Brecht, et al. (2013), l'accès au traitement de substitution et l'insertion professionnelle sont recommandés afin de soutenir l'arrêt de consommation. Or, selon Parrino et al. (2015), l'approche pharmacologique de substitution est freinée aux États-Unis par rapport à d'autres modèles tels la désintoxication ou les approches psychosociales sans médicaments.

Dans une perspective de chronicité, le continuum de la prévention tel que décrit par Kolodny et al. (2015) propose 1. des stratégies de prévention primaire de la dépendance iatrogène et du mésusage; 2. des stratégies de prévention secondaire telles que le dépistage et le traitement précoce; 3. des approches de prévention tertiaire de traitement et de réadaptation; 4. des interventions de réduction des méfaits telles que l'échange de seringues ou la gestion des overdoses grâce à la formation naloxone pour les usagers et leurs proches. La prise en charge globale des troubles chroniques liées à l'utilisation de substances implique la prise en charge des comorbidités (telles que les infections transmises sexuellement et par le sang) et nécessite la collaboration des réseaux de la santé, de la santé publique, de la sécurité publique et de la justice criminelle (Walley, 2015). Dans les milieux carcéraux, Fovet, Amad, Adins, & Thomas (2014) soulignent que les indications d'initiation et les modalités de prescription des traitements de substitution sont les mêmes qu'en milieu libre. Plusieurs études démontrent d'ailleurs que les traitements de substitution amorcés en prison réduisent le risque de rechutes à la sortie (Chavez, 2012). En France, l'accès aux médicaments de substitution en prison est jugé effectif par Brisacier & Collin (2014) qui rapportent que 8% des détenus en 2010 recevaient un tel traitement. D'autre part, l'accès aux médicaments de substitution demeure limité dans les tribunaux de traitement de la toxicomanie aux États-Unis et une étude américaine conclut à un besoin de formation des intervenants dans ce domaine (Matusow et al., 2013).

Réduction des méfaits

Les pratiques visant à réduire les conséquences négatives liées à l'usage de drogues au Canada s'articulent autour de la fourniture de matériel de consommation, d'activités d'information et de référence, de travail de proximité et de support par les pairs, de services d'injection supervisée et de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution (Institut national de santé publique Québec (INSPQ), 2012).

Apparue aux Pays-Bas, en Grande Bretagne, en Suisse et en Allemagne au début des années 1980, la réduction des méfaits émerge comme une approche pour freiner la transmission du VIH (Institut national de santé publique Québec (INSPQ), 2012). Les pratiques développées dans le domaine de l'éducation à la prévention du VIH peuvent être appliquées pour contrer ce qui est aujourd'hui couramment appelé la « crise des surdoses » grâce aux sites d'injection supervisée, à la disponibilité de la naloxone et aux traitements de substitution (Walley, 2015). En effet, les taux de décès par overdose seraient réduits dans les régions où la formation et la distribution de la naloxone ont été implantées (Klimas, O'Reilly, Egan, Tobin, & Bury, 2014).

Selon Parrino et al. (2015), « la meilleure stratégie de réduction des méfaits est celle qui est obtenue par un traitement global de substitution » [Notre traduction]. Toutefois, si l'abstinence constitue l'objectif du traitement conventionnel de substitution, celle-ci n'est pas nécessairement réaliste à court terme pour les usagers les plus désorganisés aux prises avec des problèmes de marginalisation, de précarité résidentielle, de santé mentale ou de prise de risque par exemple (Perreault, Bouchard et al., 2015; Perreault et al., 2007). Les exigences élevées associées aux traitements conventionnels peuvent être un obstacle au traitement de certains usagers (Peterson et al., 2010 dans Ahamad et al., 2015) alors que les programme à bas seuil d'exigence visent la réduction des méfaits grâce à des modalités d'admission et de traitement plus souples (Hser, Evans, Grella, Ling, & Anglin, 2015). Pour Metz et al. (2014), le traitement de la dépendance aux opioïdes en soins primaire par un médecin généraliste constitue en quelque sorte une intervention de bas seuil. Selon les données pour l'année 2012 en France, 57% des personnes desservies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues déclaraient être sous traitement de substitution aux opioïdes prescrits en majorité (54%) par des médecins généralistes (Brisacier & Collin, 2014).

La distribution de méthadone en autobus constitue aussi une pratique de réduction des méfaits dans le domaine du traitement de la dépendance aux opioïdes. Toutefois, l'absence de littérature concernant cette pratique depuis 2012 ne nous permet pas de documenter son évolution récente.

Rétablissement

Bien que le rétablissement soit une notion ayant un sens personnel pour ceux qui le vivent, le concept peut être défini fonctionnellement comme un style de vie volontairement caractérisé par la sobriété (abstinence de substances non prescrites), une amélioration de la qualité de vie et la citoyenneté (fonctionnement social) (The Betty Ford Institute Consensus, 2007).

Au Royaume-Uni, le paradigme de la réduction des méfaits a évolué vers un paradigme du rétablissement visant à éviter les traitements pharmacologiques à long terme (National Treatment Agency (NTA), 2011; Nutt, 2015). Loin de faire l'unanimité, le virage a été accompagné d'un débat enflammé sur le rôle des médications de substitution (Duke & Thom, 2014). Dans la perspective britannique du rétablissement, les premières phases du traitement (engagement, stabilisation, intervention psychosociale et médicament de substitution) sont suivies par

la désintoxication, le sevrage du médicament de substitution et la réinsertion communautaire (soutenue par l'emploi, les pairs et le counseling).

Selon White (2012), les résistances concernant l'utilisation d'une médication de substitution dans une optique de rétablissement peuvent être outrepassées en adoptant une vision globale des aspects physiques, cognitifs, émotionnels, relationnels, professionnels et spirituels du rétablissement à long terme, dans une approche centrée sur le patient. La supériorité des traitements pharmacologiques par rapport aux approches sans médication a été démontrée en termes de réduction de la mortalité, d'amélioration du fonctionnement social, de diminution d'utilisation de drogues et d'amélioration de la qualité de vie (Bart, 2012). Pour Bart (2012), « ces médications aident les patients à atteindre l'abstinence, telle qu'actuellement définie. »

Cadres légaux

L'usage de drogues est interdit en vertu des conventions internationales mais les sanctions varient en fonction des pays (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), 2011). « Le recours au traitement comme mesure de substitution aux sanctions pénales est expressément encouragé par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues et s'est révélé être plus efficace que la détention pour inciter les toxicomanes à rompre avec la drogue et pour réduire le taux de criminalité liée à la drogue » (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), 2011).

Dans un rapport portant sur le panorama général des réglementations suisse, française, belge, québécoise et tunisienne, les auteurs concluent que les cadres légaux belge, québécois, suisse et français adoptent une perspective tournée vers la santé publique, bien que la réglementation française demeure encore marquée par des caractéristiques répressives. En Tunisie toutefois, malgré que les principes de la prévention et du traitement soient admis, l'approche demeure ancrée dans la tradition répressive et les législations appuyant les principes de prévention et de traitement demeurent sommaires (Amey & Brunner, 2013).

Au plan international, la majorité des besoins de traitement non comblés se situent en Asie et en Europe de l'Est. Certains pays d'Asie commencent à adopter des approches de réduction des méfaits en réponse à l'ampleur du problème lié à la consommation d'opioïdes. Toutefois, l'accès aux traitements de substitution demeure marginal (World Health Organisation (WHO), 2013; World Health Organization (WHO), 2008). Au Viêt-Nam, l'environnement légal est hétérogène en ce qui concerne les utilisateurs d'opioïdes et les mesures punitives côtoient celles de réduction des méfaits. Les utilisateurs de drogues injectables sont orientés vers des centres de détention où la désintoxication est obligatoire et les médications de substitution sont peu accessibles (Tomori et al., 2014). En Russie, les traitements de substitution demeurent interdits (Parrino et al., 2015; World Health Organization (WHO), 2008).

L'approche punitive adoptée par le Tennessee envers les femmes enceintes ayant une dépendance aux opioïdes est dénoncée par Glauser (2014) qui suggère d'adopter plutôt une approche d'accès aux soins telle que celle qui a été mise en place à Thunder Bay (Ontario) pour répondre aux besoin des communautés autochtones éloignées en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

2.2.5 Pratiques courantes : En résumé

Parmi les constats qui émergent de la recension de littérature, mentionnons d'abord les limites de la démarche. Malgré la richesse du corpus de littérature portant sur les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, nous avons

employé des critères de recherche restreints en fonction du temps limité imparti au projet et la recension ne peut se prétendre exhaustive. De plus, les données présentées sont teintées par la proportion importante de littérature scientifique provenant des États-Unis (plus de la moitié). En ce qui concerne particulièrement le portrait de la clientèle, l'absence d'uniformité dans la composition des échantillons et dans la manière dont les données sont recueillies et traitées à travers les diverses sources nuit à la précision du portrait, en particulier lorsqu'il s'agit de distinguer les caractéristiques spécifiques aux usagers d'opioïdes prescrits pour les comparer aux usagers d'héroïne ou de médicaments illicites. En ce qui concerne les pratiques de traitement identifiées, elles peuvent être répandues et reconnues même si elles ne sont pas nécessairement fondées sur des données probantes. À titre d'exemple, le processus de désintoxication visant l'abstinence sans traitement de maintien aux opioïdes constitue une pratique courante malgré les risques élevés de rechute et de mortalité dans le mois suivant celle-ci (Nosyk, Anglin, Brissette, et al., 2013). Actuellement, les données probantes disponibles permettent de faire émerger les constats suivants :

- **Au plan de la pharmacopée** : De nombreuses recherches ont démontré l'efficacité du traitement de maintien aux opioïdes avec la méthadone et la buprénorphine comme traitement de première ligne en termes de rétention, d'amélioration de la qualité de vie, de réduction de la consommation illicite de drogues et des risques de contracter le VIH. La méthadone est associée à une meilleure rétention en traitement alors que la buprénorphine est associée à une meilleure sécurité au plan des surdoses (Garcia-Portilla, Bobes-Bascaran, Bascaran, Saiz, & Bobes, 2014; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2014; Nosyk, Anglin, Brissette, et al., 2013). Plusieurs recherches confirment aussi l'efficacité du traitement d'héroïne injectable comme traitement de deuxième ligne pour les usagers d'héroïne réfractaires aux traitements conventionnels (Garcia-Portilla, Bobes-Bascaran, Bascaran, Saiz, & Bobes, 2014; Nosyk, Anglin, Brissette, et al., 2013; Demaret et al., 2010).
- **Au plan des interventions psychosociales** : Une recension de littérature Cochrane conclut que le traitement de maintien aux opioïdes combiné à un traitement psychosocial structuré et spécifique n'apporte pas de bénéfices supplémentaires en termes de rétention, d'abstinence, de respect du traitement ou de santé mentale par rapport au traitement de maintien aux opioïdes administré avec un counseling standard. Toutefois, les auteurs recommandent que des études soient menées sur de plus longues périodes afin d'évaluer d'autres critères de résultats pour différentes approches tels que les changements aux plans émotionnels, interpersonnels ou du fonctionnement global des individus (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011).

L'encadré 3 permet de mettre en relief les principaux résultats qui émergent de la recension de littérature sur le profil de la clientèle et les pratiques courantes en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

Encadré 3. Caractéristiques de la clientèle et pratiques courantes recensées dans la littérature : En résumé

RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE

Âge moyen en début de traitement :	entre 32 et 46 ans
Pourcentage d'hommes dans la clientèle :	entre 54% et 75%
Principaux problèmes ou caractéristiques concomitants recensés :	• Instabilité résidentielle • Absence d'emploi rémunéré • Judiciarisation • Polyconsommation • Douleur chronique • Troubles de santé mentale • VIH et d'hépatite C • Parentalité

RÉSUMÉ DES PRATIQUES COURANTES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE

Pharmacopée :	• Méthadone • Buprénorphine (avec ou sans naloxone)
Interventions psychosociales :	• Cognitives comportementales et motivationnelles • Approches en 12 étapes • Soutien par les pairs
Organisation des services, approches, modèles de soins :	• Traitements dispensés en soins primaires ou spécialisés • Intégration des services pour le traitement des problèmes concomitants
Paradigmes de traitement :	• Soins longitudinaux pour répondre à la chronicité • Réduction des méfaits • Rétablissement • Cadre légaux : santé publique vs approche répressive
Interventions soutenues par des données probantes :	• Méthadone et buprénorphine (tx de première ligne) • Héroïne injectable (tx de deuxième ligne)

Chapitre 3 – Caractéristiques de la clientèle ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal[9]

Trois sources de données ont été utilisées afin de décrire plus spécifiquement les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal. Les données compilées par la Direction régionale de santé publique dans le cadre du réseau SurvUDI permettent de mettre en relief certaines caractéristiques d'usagers montréalais d'opioïdes injectables. Les données du Système informatique clientèle du Cran permettent pour leur part de générer un portrait de l'ensemble de la clientèle traitée au Cran. Enfin, les données compilées pour la clientèle élective du Cran (205 usagers en première admission ou de retour dans les services après plus de six mois) permettent de documenter certaines caractéristiques associées aux habitudes de consommation ou au choix de traitement pour cette portion de la clientèle en traitement.

3.1 Données extraites de la base de données SurvUDI[10]

Les données du réseau SurvUDI portent sur les personnes qui utilisent des drogues par injection. Afin de contribuer à établir le portrait de la clientèle pouvant bénéficier d'un traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes à l'aide d'un médicament de substitution, seules les données concernant les personnes consommant des médicaments opioïdes ou de l'héroïne ont été extraites aux fins du présent rapport. L'échantillon ainsi constitué compte 905 participants et représente 74% de l'échantillon montréalais total du réseau SurvUDI. Un sous-échantillon de participants (n = 196) ayant reçu une prescription pour une médication de substitution dans le dernier mois a aussi été formé afin de contribuer à dresser le profil des personnes qui utilisent des drogues par injection en traitement ou ayant démontré un intérêt récent pour un traitement de substitution.

Le tableau 1 permet de mettre en relief des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de consommation pour les 905 participants montréalais qui consomment des médicaments opioïdes ou de l'héroïne. La proportion de femmes est de 21%, l'âge médian est de 31 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes. La proportion de personnes ayant complété des études secondaires est de 50%. Soixante-six pourcent des participants déclarent une prestation d'aide sociale comme source de revenu. Soixante-neuf pourcent ont vécu (au moins temporairement) dans une résidence privée au cours des six derniers mois et 49% ont séjourné dans la rue, dans un refuge, un foyer ou un squat au moins une nuit durant cette période. Vingt-huit pourcent des participants résident sur le territoire du Réseau local de service (RLS) Des Faubourgs-Plateau-Mont-Royal-St-Louis-du-Parc. Les taux de VIH et d'anticorps VHC sont respectivement de 15% et 69%. Le Dilaudid® non prescrit est la drogue que la plus grande proportion d'usagers rapporte s'être injectée dans le dernier mois (72%). Les opioïdes (héroïne ou médicaments) sont la drogue la plus souvent injectée pour 72% des participants, ce qui représente 652 personnes.

[9] Compilées à partir des données du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) et du Réseau de surveillance épidémiologique SurvUDI.

[10] Les pourcentages ont été arrondis afin de faciliter la lecture.

Tableau 1. Caractéristiques d'usagers d'opioïdes, réseau SurvUDI, Montréal 2012-2015*

	Usagers d'opioïdes (Rx ou héroïne) n=905
Femmes	**21%**
Âge médian femmes	**31 ans**
Hommes	**79%**
Âge médian hommes	**36 ans**
Études secondaires complétées	**50%**
Aide sociale comme principale source de revenu	**66%**
Principaux lieux de résidence (6 derniers mois)**	
Résidence privée	**69%**
Rue, refuge, foyer ou squat	**49%**
Chambre (hôtel, motel ou pension)	**10%**
Centre de détention/prison/pénitencier	**5%**
Établissement	**3%**
Principaux territoire RLS de résidence***	
Des Faubourgs-Plateau-Mont-Royal-St-Louis-du-Parc	**28%**
De Hochelaga-Maisonneuve-Mercier-Ouest-Rosemont	**10%**
De Verdun-Côte-St-Paul-St-Henri-Pointe-St-Charles	**3%**
Infection VIH	**15%**
Anticorps VHC	**69%**
Principales drogues injectées (dernier mois)****	
Dilaudid® (non prescrit)	**72%**
Hydromorph-Contin (non prescrit)	**63%**
Cocaïne	**59%**
Héroïne beige ou brune	**50%**
Morphine (non prescrite)	**13%**
Héroïne blanche	**9%**
Drogue la plus souvent injectée (dernier mois)	
Opioïde (héroïne ou médicament)	**72%**
Cocaïne ou crack	**26%**
Autres	**2%**

*Pourcentages arrondis

**Catégories non mutuellement exclusives : un usager peut avoir résidé temporairement dans plus d'un lieu (au moins une nuit).

***Seuls les trois territoires RLS les plus représentés sont présentés dans le tableau. De plus, 43% des participants ont rapporté ne pas avoir de domicile fixe et n'ont donc pas été classés dans un territoire de RLS.

****Seules les six drogues les plus souvent nommées sont présentées dans le tableau.

Le tableau 2 permet de mettre en relief des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de consommation pour le sous-échantillon de 196 participants montréalais ayant obtenu une prescription pour un traitement de substitution dans le dernier mois. La proportion de femmes est de 24%, l'âge médian est de 35 ans pour les femmes et 38 ans pour les hommes. La proportion de personnes ayant complété des études secondaires est de 55%. Soixante-douze pourcent des participants déclarent une prestation d'aide sociale comme source de revenu. Soixante-dix-neuf pourcent ont vécu (au moins temporairement) dans une résidence privée au cours des six derniers mois et 33% ont séjourné dans la rue, dans un refuge, un foyer ou un squat au moins une nuit au cours de cette période. Trente-deux pourcent des participants résident sur le territoire du Réseau local de service (RLS) Des Faubourgs-Plateau-Mont-Royal-St-Louis-du-Parc. Les taux de VIH et d'anticorps VHC sont respectivement de

12% et 68%. Enfin, l'héroïne beige ou brune est la drogue que la plus grande proportion d'usagers rapporte s'être injectée dans le dernier mois (69%).

Tableau 2. Caractéristiques d'usagers d'opioïdes ayant obtenu une prescription pour un traitement de substitution dans le dernier mois, réseau SurvUDI, Montréal 2012-2015*

	Usagers d'opioïdes (tx de substitution dernier mois) N = 196
Femmes	**24%**
Âge médian femmes	**35 ans**
Hommes	**76%**
Âge médian hommes	**38 ans**
Études secondaires complétées	**55%**
Aide sociale comme principale source de revenu	**72%**
Principaux lieux de résidence (6 derniers mois)**	
Résidence privée	**79%**
Rue, refuge, foyer ou squat	**33%**
Chambre (hôtel, motel ou pension)	**6%**
Centre de détention/prison/pénitencier	**4%**
Établissement	**3%**
Principaux territoire RLS de résidence***	
Des Faubourgs-Plateau-Mont-Royal-St-Louis-du-Parc	**32%**
De Hochelaga-Maisonneuve-Mercier-Ouest-Rosemont	**13%**
De Verdun-Côte-St-Paul-St-Henri-Pointe-St-Charles	**8%**
Infection VIH	**12%**
Anticorps VHC	**68%**
Principales drogues injectées (dernier mois)****	
Héroïne beige ou brune	**69%**
Cocaïne	**57%**
Dilaudid® (non prescrit)	**56%**
Hydromorph-Contin (non prescrit)	**52%**
Héroïne blanche	**11%**
Morphine (non prescrite)	**8%**

***Pourcentages arrondis

****Catégories non mutuellement exclusives : un usager peut avoir résidé temporairement dans plus d'un lieu (au moins une nuit).

*****Seuls les trois territoires RLS les plus représentés sont présentés dans le tableau. De plus, 27% des participants ont rapporté ne pas avoir de domicile fixe et n'ont donc pas été classés dans un territoire de RLS.

******Seules les six drogues les plus souvent nommées sont présentées dans le tableau.

3.2 Données extraites du Système informatique clientèle (SIC) du Cran

Les données obtenues grâce au système informatique clientèle (SIC) du Cran portent sur les nouvelles demandes de services obtenues entre 2012 et 2015, les usagers admis durant cette période dans les services à bas seuil d'exigence Relais et dans les services réguliers, ainsi que sur les usagers soutenus via le service d'appui aux partenaires et professionnels. Le nombre de demandes de services ainsi compilées s'élève à 2587 (voir tableau 3) alors que le nombre d'usagers admis durant cette même période s'élève à 908 individus (voir tableau 4). L'écart entre le nombre de demandes et le nombre d'admission s'explique par le fait que la démarche de traitement est parfois abandonnée avant l'admission et peut donner lieu à une nouvelle demande.

Entre 2012 et 2014, les nouvelles demandes de services à Relais et aux services réguliers ont diminué de 19% pour remonter légèrement en 2015, demeurant sous le niveau de base. Toutefois, les demandes pour le service d'appui ont bondi de 53% en 2015 par rapport à 2012 (voir tableau 3). Ces données pourraient être le reflet de l'augmentation des places de traitement en périphérie de Montréal depuis 2014, permettant de transférer des clientèles hors-secteur vers ces nouvelles places.

Concernant les admissions, elles ont augmenté entre 2012 et 2015 de 19% dans les services réguliers, et de 38% au service d'appui. Au niveau des services réguliers, ces hausses reflètent l'embauche de nouveaux médecins et les changements dans la prise en charge médicale au Cran qui, depuis 2013, visent à se concentrer sur le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes tout en limitant l'offre de soins de santé généraux, pour lesquels une référence vers les médecins de la communauté est privilégiée. Cette approche a permis d'augmenter les places de traitement.

Comme en témoignent les tableaux 3 et 4, la proportion d'hommes au sein de la clientèle du Cran varie entre 71% et 65% selon les services. Les services à bas seuil d'exigence (Relais) affichent le ratio le plus inégal entre les hommes et les femmes en traitement alors que le service d'appui présente l'écart le moins important entre les sexes.

En ce qui concerne l'âge des usagers du Cran pour la période 2012-2015 (tableau 5), c'est le groupe des 25-34 ans qui est le plus représenté, suivis de près par le groupe des 35-44 ans. Toutefois, lorsqu'on ventile les données par service, on remarque que les usagers plus jeunes sont surtout concentrés à Relais alors que les plus âgés sont particulièrement représentés au service d'appui.

Tableau 3. Nouvelles demandes de service au Cran (2012-2015) selon le service et le sexe*

Année civile	Relais			Services réguliers (SR)			Sous-total (Relais+SR)	Service d'appui			Total		
	F	H	Total	F	H	Total		F	H	Total	F	H	Total
2012	75	113	188	117	204	321	509	49	83	132	**241**	**400**	**641**
2013	35	126	161	91	168	259	420	68	136	204	**194**	**430**	**624**
2014	46	107	153	85	174	259	412	61	131	192	**192**	**412**	**604**
2015	53	121	174	75	188	263	437	85	196	281	**213**	**505**	**718**
Total	**209 (31%)**	**467 (69%)**	**676**	**368 (33%)**	**734 (67%)**	**1102**	**1778**	**263 (33%)**	**546 67%)**	**809**	**840 (32%)**	**1747 (68%)**	**2587**

*Pourcentages arrondis

Tableau 4. Admissions : Premiers épisodes de services au Cran (2012-2015) selon le service et le sexe*

Année civile	Relais			Services réguliers (SR)			Sous-total (Relais+SR)	Service d'appui			Total		
	F	H	Total	F	H	Total		F	H	Total	F	H	Total
2012	13	24	37	32	58	90	127	43	52	95	**88**	**134**	**222**
2013	8	27	35	23	33	56	91	30	66	96	**61**	**126**	**187**
2014	8	19	27	28	53	81	108	25	64	89	**61**	**136**	**197**
2015	11	26	37	36	75	111	148	40	114	154	**87**	**215**	**302**
Total	**40 (29%)**	**96 (71%)**	**136**	**119 (35%)**	**219 (65%)**	**338**	**474**	**138 (32%)**	**296 (68%)**	**434**	**297 (33%)**	**611 (67%)**	**908**

*Pourcentages arrondis

Tableau 5. Répartition des usagers en fonction de l'âge à l'admission (2012-2015)*

	n	Moins 18 ans	18-24	25-34	35-44	45-54	55 ans et plus
Relais	**136**	**---**	**16 (12%)**	**51 (38%)**	**35 (26%)**	**28 (21%)**	**6 (4%)**
Services réguliers	**338**	**3(1%)**	**13(4%)**	**106(31%)**	**95 (28%)**	**77 (23%)**	**44 (13%)**
Service d'appui	**434**	**1 (0%)**	**18 (4%)**	**111 (26%)**	**133 (31%)**	**112 (26%)**	**59 (14%)**
Total	**908**	**4 (0%)**	**47 (5%)**	**268 (30%)**	**263 (29%)**	**217 (24%)**	**109 (12%)**

*Pourcentages arrondis

Le système informatique clientèle permet de compiler des données sociodémographiques et cliniques supplémentaires grâce à la « fiche-dépendance ». Lors des évaluations d'admission ou de réadmission ainsi que lors de transferts, les intervenants sont invités à remplir cette fiche, bien que cette tâche demeure facultative. Entre 2012 et 2015, 378 usagers ont été évalués à l'aide de la fiche-dépendance (tableau 6). Plus d'une fiche peut avoir été remplie pour le même usager mais afin de réaliser un portrait le plus fidèle possible de l'échantillon (n=378), une seule fiche par usager évalué a été conservée aux fins du présent exercice.

Tableau 6. Nombre d'usagers évalués avec la fiche-dépendance lors d'une admission ou d'une réadmission à Relais ou aux services réguliers du Cran pour la période 2012-2015

Année	Nb d'usagers évalués avec la fiche-dépendance
2012	**54**
2013	**67**
2014	**71**
2015	**186**
Total	**378**

Selon les données compilées grâce aux fiches-dépendance (voir tableau 7), les clientèles spécifiques les plus représentées sont les personnes judiciarisées, suivies des utilisateurs de drogues injectables. Les premières constituent 24% des personnes évaluées alors que les deuxièmes composent 14% de l'échantillon. Selon ces mêmes données, la cocaïne et le cannabis seraient, excluant les opioïdes, les drogues consommées ayant été nommées par le plus grand nombre d'usagers à l'évaluation (respectivement 22% et 17% de l'échantillon). En ce qui concerne la situation de vie et l'occupation, 52% des usagers évalués vivent seuls, 49% rapportent n'avoir aucune occupation et 13% seulement détiennent un emploi.

Enfin, les données disponibles grâce au SIC nous permettent de constater que 36% de la clientèle du Cran (Relais, services réguliers et services d'appui) pour la période 2012-2015 est composée d'usagers dont le lieu de résidence est trop instable pour avoir été identifié dans le système informatique et que 18% des usagers résident à l'extérieur de Montréal. À Montréal, le CIUSSS le plus représenté est celui du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal avec 13% de la clientèle, suivi de près par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal avec 12% des usagers (voir tableau 8).

Tableau 7. Caractéristiques d'usagers du Cran évalués à l'aide du SIC – Services réguliers et Relais – 2012-2015 (n = 378)*

		n	%
Clientèles spécifiques	Femmes enceintes	**9**	**2%**
	Mères de jeunes enfants	**19**	**5%**
	Personnes itinérantes	**33**	**9%**
	Personnes judiciarisées	**90**	**24%**
	Problème de santé mentale non diagnostiqué	**23**	**6%**
	Problème de santé mentale diagnostiqué	**26**	**7%**
	Père de jeunes enfants	**25**	**7%**
	Santé physique	**23**	**6%**
	Utilisateur de drogues injectables	**53**	**14%**
	Virus de l'hépatite C (VHC)	**15**	**4%**
	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	**2**	**1%**
Abus et dépendances	Alcool	**32**	**8%**
	Amphétamines et métamphétamines	**19**	**5%**
	Autre – non précisé	**3**	**1%**
	Autres médicaments sédatifs	**6**	**2%**
	Autres substances consommées	**4**	**1%**
	Barbituriques	**1**	**0%**
	Cannabis	**66**	**17%**
	Cocaïne	**84**	**22%**
	Cyberdépendance	**1**	**0%**
	GHB	**2**	**1%**
	Hallucinogènes	**1**	**0%**
	Substances opiacées	**365**	**97%**
Situation de vie	Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans	**39**	**10%**
	Couple sans enfant	**45**	**12%**
	Famille monoparentale	**21**	**6%**
	Personne seule	**198**	**52%**
	Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées	**58**	**15%**
	Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées	**20**	**5%**
Occupation	Aucune (itinérant)	**184**	**49%**
	Autre	**38**	**10%**
	Recherche d'emploi	**15**	**4%**
	Invalidité incapacitante	**40**	**11%**
	Travail	**50**	**13%**
	Travail à temps complet	**23**	**6%**
	Travail à temps partiel	**14**	**4%**
	À l'emploi mais en congé	**3**	**1%**
	À la maison	**12**	**3%**
	Études	**13**	**3%**

*Pourcentages arrondis

Tableau 8. Répartition géographique de la clientèle du Cran à Montréal en fonction des territoires de Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) pour la période 2012-2015*

CIUSSS	Nombre	%
CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal	113	12%
CIUSSS du Nord de l'île de Montréal	57	6%
CIUSSS du Centre Sud de l'île de Montréal	119	13%
CIUSSS du Centre Ouest de l'île de Montréal	69	8%
CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal	62	7%
NA (sans domicile fixe)	325	36%
NSP (hors secteur)	163	18%
Total	**908**	

*Pourcentages arrondis

En ce qui concerne l'attrition, le tableau 9 présente le nombre d'épisodes de soins terminés pour la période 2012-2015 en fonction des services (Relais, services réguliers et service d'appui) et des causes de cessation (décès, déménagement, transfert vers un centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes, transfert vers une ressource de la communauté tel qu'une clinique ou un CLSC, usager non-joignable, objectifs atteints, transfert refusé par le centre de réadaptation, abandon). Le principal motif d'attrition se situe dans la catégorie « abandon ». Cette catégorie comprend les usagers qui font une demande de service mais qui se désistent avant l'admission. Les transferts vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes et vers les ressources de la communauté sont le deuxième plus important motif justifiant la fin d'un épisode de service au Cran.

Tableau 9. Fins d'épisodes de service pour la clientèle du Cran, en fonction des causes de cessation, pour la période 2012-2015.

Causes → / Services ↓	Abandon	Trans. CR.	Trans. Com.	Obj. Att.	Démén.	Décès.	Non rej.	Refus CR	Total
Relais	270	46	20	1	3	3			343
S. Rég.	402	21	71	21	2	25	6		548
S. Appui	198	179	78	26	38	3		5	527
Total	870	246	169	48	43	31	6	5	1418

3.3 Usagers en admission élective au Cran

Dans le cadre d'un projet d'analyse comparative des trajectoires de traitement avec méthadone ou buprénorphine-naloxone chez la clientèle élective des services réguliers du Cran, des données concernant le profil de 205 usagers à l'admission dans les services réguliers ont été compilées pour la période 2012-2015. Tel qu'en témoigne le tableau 10, l'échantillon comprend 73% d'hommes et c'est le groupe des 35-44 ans qui est le plus représenté (32%), suivi par le groupe des 25-34 ans (30%), puis par celui des 45-54 ans (25%).

Tableau 10. Répartition de la clientèle en admission élective selon l'âge et le sexe (n=205), Cran, 2012-2015*

	Femmes	Hommes	Total
Moins 18 ans	**1**	**0**	1 (0,5%)
18-24	**5**	**5**	10 (5%)
25-34	**26**	**36**	62 (30%)
35-44	**10**	**56**	66 (32%)
45-54	**11**	**41**	52 (25,5%)
55 ans et plus	**3**	**11**	14 (7%)
Total	**56 (27%)**	**149 (73%)**	**205 (100%)**

*Pourcentages arrondis

Les données présentées au tableau 11 mettent en relief que dans le mois précédant l'admission, 62% des usagers en admission élective ont consommé des médicaments opioïdes illicites, 13% ont consommé des médicaments opioïdes prescrits par un médecin et 50% ont consommé de l'héroïne. Ces données étant non-mutuellement exclusives, il est pertinent de noter que parmi les consommateurs d'héroïne, 40% ont aussi consommé des médicaments opioïdes illicites alors que 58% n'ont consommé que de l'héroïne.

En ce qui concerne le mode de consommation des opioïdes (voir tableau 11), un seul mode a été compilé pour chaque usager en fonction de sa préférence (mode le plus utilisé). Au cours du mois précédant l'admission, plus de la moitié de l'échantillon (51%) avait consommé des drogues par injection (49% par mode intraveineux et 2% par mode intramusculaire ou sous-cutané). Les autres modes de consommation les plus communs, utilisés tous deux par 21% de l'échantillon, étaient intranasal et *per os*. La consommation d'opioïdes fumés ou sous forme de patch constituent des pratiques marginales (respectivement 7% et 1% des usagers).

Le tableau 11 témoigne aussi du choix des usagers en terme de molécule pour le traitement de substitution pour la période 2012-2015 ainsi que des contacts antérieurs avec les molécules (prescrites ou illicites). Plus de la moitié des usagers en admission élective ont choisi la méthadone (54%) alors que 43% ont opté pour la buprénorphine-naloxone. Avant l'admission, 60% des usagers avaient déjà consommé de la méthadone alors que 15% avaient essayé la buprénorphine-naloxone.

Enfin, 59% des usagers en admission élective pour la période de 2012 à 2015 n'avaient jamais eu d'autre expérience de traitement de substitution aux opioïdes et 40% consommaient des opioïdes depuis plus de 10 ans à l'admission.

Tableau 11. Substances, modes de consommation et molécule de substitution pour les usagers en admission élective au Cran (période 2012-2015)*

	n = 205	%	
Consommateurs de médicaments opioïdes (dernier mois)	128	**62%**	
Prescription d'opioïdes par un médecin (dernier mois)	26	**13%**	
Consommateurs d'héroïne (dernier mois)	103	**50%**	
Ne consomment que de l'héroïne	60	**29%**	
Consomment aussi des médicaments opioïdes non prescrits	42	**20%**	
Consomment aussi des médicaments opioïdes prescrits	1	**0%**	
Modes d'administration des opioïdes			
Intraveineux	99	**48%**	**(50% = injection)**
Intramusculaire ou sous-cutané	4	**2%**	
Intranasal	43	**21%**	
Per os	43	**21%**	
Fumé	14	**7%**	
Patch	2	**1%**	
Molécule choisie			
Buprénorphine-naloxone	89	**43%**	
Méthadone	110	**54%**	
Autre	6	**3%**	
Historique de contact avec les molécules			
Buprénorphine-naloxone	31	**15%**	
Méthadone	123	**60%**	
Historique de traitement de substitution aux opioïdes			
Première expérience de traitement	121	**59%**	
Historique de consommation			
Plus de 10 ans	83	**40%**	

*Pourcentages arrondis

3.4 Caractéristiques de la clientèle montréalaise (2012-2015) : En résumé

En somme, les données disponibles pour la clientèle du Cran et du réseau SurvUDI permettent de générer un portrait de la clientèle montréalaise qui s'inscrit en cohérence avec le portrait développé à l'aide de la recension des écrits. Parmi les personnes qui sont admises en traitement, on peut noter que les groupes d'âge les plus représentés sont les 25-34 ans et les 35-44 ans (pour la clientèle du Cran, ces deux ensembles regroupent 59% des usagers), qu'un peu plus des deux-tiers de la population est composée d'hommes, que de nombreux usagers vivent des situations d'instabilité résidentielle, n'ont pas d'emploi et sont judiciarisés, que le phénomène de la polyconsommation est très répandu, tout comme celui de la douleur chronique et des troubles de santé mentale. De plus, la population des personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes affiche des taux de VIH et d'hépatite C plus élevés que ceux qu'on retrouve dans la population générale. En ce qui concerne les choix de traitement de substitution, les données compilées pour la clientèle en admission élective au Cran témoignent de l'adoption de la buprénorphine-naloxone par la clientèle. Le médicament approuvé par Santé Canada en 2007 a été choisi par près de la moitié de ces patients entre 2012 et 2015.

L'encadré 4 permet de mettre en relief les principaux résultats qui émergent de l'analyse des données disponibles sur les personnes utilisatrices d'opioïdes à Montréal pour la période 2012-2015.

Encadré 4. Caractéristiques de la clientèle montréalaise (2012-2015): En résumé

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE MONTRÉALAISE: RÉSUMÉ DES DONNÉES DISPONIBLES (2012-2015)

Pourcentage d'hommes dans la clientèle :	Entre 67% et 79%
Catégories d'âge les plus représentées à l'admission en traitement au Cran :	25-34 ans (30%) et 35-44 ans (29%)
Usagers résidant sur le territoire du CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal :	Entre 13% et 32%
Principaux problèmes ou besoins concomitants recensés :	• Instabilité résidentielle • Absence d'emploi rémunéré • Judiciarisation • Polyconsommation/usage de drogues injectables/usage d'opioïdes prescrits • Troubles de santé mentale • Santé physique (tel que VIH et VHC) • Jeunes enfants à charge/grossesse
Médicament de substitution choisi – clientèle élective – Cran (2012-2015):	Méthadone : 54%

Chapitre 4 - Point de vue des usagers : perception des services et besoins

Afin de développer une compréhension qualitative du point de vue des usagers concernant les services et les besoins de services à Montréal, les données recueillies à partir de deux groupes de discussions sont présentées. Le premier groupe de discussion, réalisé dans le cadre de la présente démarche d'évaluation du requis de services, est constitué d'usagers en traitement de substitution dans cinq points de services à Montréal. Le deuxième groupe, composé d'usagers de services à bas seuil d'exigence (Relais – Cran), a été rencontré à l'été 2015 dans le cadre d'une consultation portant sur un projet de clinique délocalisée.

4.1 Consultation d'usagers en traitement de substitution à Montréal

Neuf usagers en traitement de substitution aux opioïdes ont été consultés dans le cadre d'un groupe de discussion. La consultation portait sur 1) La perception des services offerts en matière de traitement de substitution à Montréal; 2) Ce qui pourrait être amélioré dans l'offre de services; 3) Les clientèles non desservies par les services de traitement de substitution à Montréal; 4) Les principales raisons qui amènent les usagers à poursuivre leur traitement de substitution; 5) Les besoins particuliers (tels que le soulagement de la douleur, les services en milieu carcéral ou les services en santé mentale). La méthodologie détaillée est décrite au chapitre 1.

4.1.1 Profil des neuf participants

Parmi les neuf participants, trois sont des femmes et six sont des hommes. Les usagers rencontrés reçoivent leur traitement de substitution dans des centres ou cliniques à Montréal.

Huit participants reçoivent actuellement un traitement de méthadone (dont deux ont déjà essayé la buprénorphine ou la buprénorphine-naloxone) et une personne reçoit un traitement de buprénorphine-naloxone (après avoir initialement reçu de la méthadone). Les participants rapportent des dosages de méthadone variant de 5 à 145 mg par jour.

4.1.2 Perception des services offerts en traitement de substitution à Montréal

En général, les participants consultés se disent satisfaits des services reçus par leur médecin et leurs équipes multidisciplinaires à Montréal. Certains soulignent que l'accès est parfois trop long ou trop compliqué, mais qu'ils ont finalement trouvé un lieu de traitement où ils se sentent bien et où ils considèrent recevoir de bons soins. Dans l'ensemble, les participants considèrent que l'accès au traitement à Montréal s'est beaucoup amélioré dans les dernières années.

Par contre, plusieurs participants jugent que certaines pratiques sont « paternalistes » ou marginalisantes et que certaines approches s'inscrivent dans une perspective punitive. Certains souhaiteraient aussi avoir accès à d'autres options thérapeutiques outre la méthadone et la buprénorphine-naloxone.

La pharmacopée

Plusieurs participants déplorent les effets secondaires de la méthadone tels que la sudation excessive et la perte d'appétit. Ils souhaiteraient que d'autres options thérapeutiques outre la méthadone et la buprénorphine-naloxone soient disponibles.

L'accès au traitement de substitution à Montréal

Certains participants se rappellent d'une époque où l'attente pour obtenir un traitement de substitution était de plusieurs années et soulignent que la situation générale s'est beaucoup améliorée à Montréal. Une personne considère que l'amélioration de l'accès au traitement à Montréal est principalement due à l'amélioration de l'accès au Cran, au Service de médecine des toxicomanies du CHUM et à l'Actuel.

« *À l'Actuel, la dernière fois que j'étais allée, ils m'avaient donné le traitement de méthadone le jour d'après* ».

Plusieurs participants précisent que l'offre de traitement à Montréal est « très bonne » par rapport à d'autres villes ou régions telles que Sherbrooke, les Laurentides ou Vancouver. Toutefois, ils ajoutent que les services sont surtout concentrés au centre-ville.

« J'ai essayé ailleurs, puis j'ai pas été capable d'avoir des services, à Sherbrooke […] j'ai redéménagé ici pour ça ».

« Ma dernière expérience à Vancouver, je ne l'ai jamais eue la méthadone à Vancouver, et j'ai passé deux ans ».

Par contre, un participant considère que l'accès demeure long et restrictif lorsqu'on le compare à certaines régions d'Europe où l'on peut selon lui obtenir une prescription de méthadone chez un médecin de famille.

D'autre part, plusieurs participants disent avoir été tenus de faire la démonstration de leur motivation dans le cadre de leurs démarches pour accéder au traitement (par exemple, en s'inscrivant sur toutes les listes d'attentes avant de débuter un traitement). Certains mentionnent que le premier rendez-vous ne sert qu'à tester la motivation et cette pratique est considérée comme « paternaliste » et « décourageante » par plusieurs.

« *Quand t'es complètement magané et que tu reçois cette attitude-là, t'as juste le goût de décâlisser ton camp et de te péter un quart de gramme*. »

Enfin, des problèmes d'accès au traitement sont identifiés par les participants pour les immigrants qui n'ont pas encore leurs « papiers » et qui ne savent pas où aller chercher l'aide ainsi que pour les personnes très désorganisées en raison de troubles de santé mentale ou d'itinérance.

Les services en pharmacie

Plusieurs participants se disent très satisfaits des services qu'ils reçoivent à leur pharmacie. Tout comme pour les services de traitement, ils disent avoir trouvé un endroit où ils se sentent bien. Un participant rapporte être toujours servi rapidement et être accueilli de manière personnalisée à sa pharmacie.

« *Moi ma pharmacie […] je vais chercher ma méthadone, je passe en avant de tout le monde […] j'ai des espaces à côté […]* ».

Toutefois, certains participants disent se sentir marginalisés par l'accueil qui leur est réservé à leur pharmacie :

« Dans les pharmacies, on est considérés comme de la merde. De devoir passer à côté des poubelles, dans un local complètement dégueulasse parce qu'on est des populations marginalisées, qu'on a des chiens, qu'on sent mauvais puis qu'on risque de voler. »

Plusieurs participants s'inquiètent aussi de la précision de leur dosage quotidien. Un participant dit avoir parfois l'impression de recevoir une dose inférieure à celle qui lui a été prescrite alors qu'un autre dit effectuer la vérification de sa dose à tous les jours suite à une erreur survenue dans le passé à sa pharmacie.

Enfin, le fait de se déplacer quotidiennement pour aller chercher la médication et la boire devant le pharmacien constitue pour plusieurs participants un obstacle à la vie professionnelle et l'absence de privilèges[11] est perçue par eux comme une approche punitive injustifiée.

« *Je trouve ça très hypocrite de mettre sur le marché des drogues que les gens s'injectent […] du Fentanyl etcetera, et de dire 'la méthadone il faut pas parce qu'il va y avoir du trafic'. C'est ridicule, c'est méprisant*. »

Les services psychosociaux

À l'unanimité, les participants considèrent que les services psychosociaux sont importants et qu'ils doivent être disponibles, mais que leur utilisation devrait être optionnelle (au besoin).

« *T'as besoin d'avoir un travailleur social, que ce soit pour ne pas le voir, mais t'as besoin d'en avoir un* ».

Tous les participants valorisent la présence d'une équipe multidisciplinaire dont les membres sont disponibles pour répondre aux besoins des usagers, sur une base volontaire. Le psychiatre, le psychologue, le médecin et le travailleur social sont nommés. Certains ajoutent qu'ils aimeraient avoir la possibilité de changer d'intervenants sans culpabilité en fonction de leurs préférences ou de la compatibilité au plan du sexe ou de la personnalité.

4.1.3 Perception des services offerts pour les besoins particuliers

Lorsque questionnés sur leur perception des services en cas de besoins particuliers, les participants ont spontanément abordé principalement les aspects liés à l'accès aux services. Selon eux, l'accès aux services en milieu carcéral, en santé mentale, en cas de grossesse ou pour le soulagement de la douleur est facilité pour les usagers qui sont suivis par une équipe traitante stable avec laquelle la relation thérapeutique est bien établie.

Toutefois, les participants estiment qu'en dehors du milieu de soins où ils sont connus, la qualité des soins dépend du « *bon vouloir* » du personnel médical. Les participants disent percevoir des préjugés de la part du personnel médical non spécialisé en toxicomanie.

Accès aux services en prison

D'emblée, quelques participants mentionnent que le traitement de substitution peut être poursuivi sans problème en prison. Par contre, d'autres précisent avoir vécu des délais d'accès à la médication, en particulier les fins de semaines.

« *Si tu rentres la fin de semaine, un vendredi, t'es malade* ».

« *Tant que tu es pas en prison comme tel, tant que t'es au poste de police whatever, tu l'auras pas, fait que si tu rentres la fin de semaine […] mon chum a attendu quatre jours avant de l'avoir* ».

« *S'il [policier] t'arrête à 4h du matin, il t'amènera pas à la pharmacie* ».

Pour plusieurs participants, l'accès au traitement en prison a été long et difficile. À partir du moment où le traitement a été amorcé toutefois, la majorité souligne que tout allait bien, sauf pour le fait que le médecin de la prison n'ajustait pas les dosages et s'en tenait à la posologie prescrite avant l'incarcération. Un seul participant rapporte n'avoir pas pu poursuivre son traitement en prison.

[11] Les « privilèges » réfèrent à l'autorisation d'emporter chez soi une ou plusieurs doses de médicament de substitution afin d'éviter de se présenter à la pharmacie de manière quotidienne.

Les participants semblent tous convenir que l'accès au traitement dépend du « *bon vouloir* » des intervenants en place.

Accès aux services en santé mentale

Plusieurs participants rapportent avoir été évalués par un psychiatre affilié à leur centre de traitement. Par la suite, le renouvellement des ordonnances est assuré par le médecin prescrivant le traitement de substitution.

Deux participants rapportent des cas où la médication souhaitée pour l'anxiété n'a pas été prescrite par le médecin. Ce refus est attribué par certains participants aux risques de surdoses ainsi qu'aux préjugés du médecin. Selon l'un deux, l'accès à certaines médications dépend du médecin et de la relation entre l'usager et le médecin.

Les participants soulignent que l'accès aux services en santé mentale peut être problématique pour les personnes en situation complexe d'itinérance et d'isolement. L'approche par les pairs est proposée comme piste pour rejoindre et desservir ces populations.

Les participants ont une perception positive des centres de traitements qui ont une équipe complète et stable, incluant un psychiatre, favorisant l'accès aux soins en santé mentale.

« *Moi je vois que ça prend une équipe complète alentour* ».

Accès aux services en cas de grossesse

Une participante rapporte le cas d'une amie qui a poursuivi son traitement de substitution durant sa grossesse. Elle souligne que la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) n'a pas été impliquée mais suppose que la DPJ aurait été impliquée en cas de consommation active.

Accès aux services en cas de douleur

Tous les participants semblent d'accord pour affirmer qu'il est difficile d'obtenir des analgésiques en cas de douleur. Plusieurs participants considèrent que les intervenants médicaux ont des préjugés envers les usagers d'opioïdes ou les personnes en traitement de substitution et que l'obtention d'un analgésique en cas de besoin dépend du médecin consulté.

Un participant rapporte que certains médecins croient que le traitement de substitution empêche de ressentir la douleur. Selon un autre participant, les intervenants soupçonnent les narcomanes de s'automutiler afin d'obtenir des opioïdes. Certains craignent de dévoiler qu'ils sont sous traitement.

« *On nous demande d'être honnête avec les médecins […] Tu as le malheur de dire que tu es un consommateur : Bang. Stigmatisation*. »

Par contre, plusieurs participants insistent pour préciser que s'ils sont stigmatisés dans les milieux de soins où ils ne sont pas connus, ils reçoivent par ailleurs des soins satisfaisants et adéquats auprès du médecin et de l'équipe qui assure leur traitement de substitution.

4.1.4 Recommandations proposées par les participants

Tous les participants valorisent la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire stable composée de divers professionnels et de pairs aidants. Toutefois, ils proposent des interventions d'intensité variable et un recours optionnel aux différents intervenants, selon les besoins de chaque usager. Ils préconisent une approche médicale de santé globale où le médecin prescrivant la médication de substitution assume aussi le rôle de médecin de famille.

Plusieurs participants mentionnent que l'emploi et le logement abordable sont des facteurs de maintien en traitement alors qu'une approche de traitement jugée punitive ou stigmatisante constitue plutôt un facteur de rechute ou d'abandon.

Améliorer l'aide ponctuelle par des programmes allégés et de l'« outreach »

Plusieurs participants plaident pour la mise en place d'un modèle de distribution facilitée de médicaments de substitution pour les personnes qui sont trop désorganisées pour suivre un programme de traitement ou qui ont besoin d'un dépannage. Une personne suggère des programmes allégés en termes de services et de coûts, avec un recours facultatif aux services multidisciplinaires. Le modèle du bus méthadone est proposé. L'« outreach » est aussi recommandé afin de rejoindre les populations plus désorganisées.

« *Quelqu'un qui est mal pris, il est malade, il ne peut pas faire son cash. Pourquoi on ne lui donne pas de la méthadone 3-4 jours ou du suboxone si on veut pas qu'il se gèle? Whatever. D'avoir cette aide ponctuelle […] pour soulager la douleur ou aider un sevrage compliqué.* »

Favoriser l'implication des pairs dans l'équipe traitante

Les pairs sont identifiés par plusieurs participants comme ayant leur place au sein d'une équipe soignante.

« *Ça peut servir autant à la personne, à l'usager, qu'à l'équipe aussi* ».

Un participant propose la mise en place d'un groupe de pairs qui aurait un pouvoir décisionnel dans les structures de services. Un autre insiste sur l'importance de la neutralité idéologique d'un tel groupe en matière de philosophies thérapeutiques.

Offrir une approche médicale globale et une équipe multidisciplinaire stable

Tous les participants valorisent une approche médicale globale où le médecin prescripteur pour le traitement de substitution joue aussi le rôle de médecin de famille. Ils estiment que la scission de la prise en charge médicale constitue un dédoublement et s'inscrit dans une gestion contreproductive des services.

Un participant insiste sur l'importance d'une équipe de professionnels stable qui connaît le patient.

« *Raconter 15 fois la même affaire… t'as besoin d'être compris globalement!* »

« *Toujours avoir les mêmes personnes qui te suivent, c'est super important!* »

Soutenir l'emploi, le revenu et le logement

Plusieurs participants considèrent qu'un emploi gratifiant est un facteur important de maintien en traitement. D'autres ajoutent que certains programmes d'insertion professionnelle ne sont pas suffisamment valorisants ou adaptés aux besoins des usagers (en matière de réinsertion progressive par exemple).

« *C'est du make believe work* ».

« *Quelque chose qui te permet de te réinsérer progressivement aussi. C'est pas tout le monde qui peut retourner 40h puis travailler tout de suite sans te geler.* »

Quelques participants abordent l'existence d'une prestation pour contrainte à l'emploi qui permettrait aux usagers en traitement de substitution de bonifier leur prestation d'aide sociale. Toutefois, un participant rapporte devoir se battre pour obtenir la prestation pour contrainte à l'emploi.

Durant la pause, deux participants discutent de l'importance du logement en soutien au traitement.

« *Si j'avais pas trouvé […] un logement à prix modique, j'aurais jamais été capable de me sevrer.* »

« *Moi si j'avais pas eu ça [programme d'accès au logement], je pense que je ne m'en serais pas sorti* »

Revoir les modalités entourant les privilèges

La notion de privilège est perçue comme une approche punitive par les participants. Le délai de trois mois pour obtenir les privilèges et les conditions d'abstinence sont jugés trop restrictifs.

« *Moi je consomme des opiacés une ou deux fois par mois, c'est comme ça depuis des années, je suis super stable, j'ai un emploi, un appartement, tout ce qu'il faut. Pourquoi j'ai pas de privilèges?* »

« *C'est des relents de sobriété qui se mélangent avec harm reduction qui donne des philosophies bizarres* ».

Les participants soulignent que l'obtention des privilèges varie en fonction des médecins, donnant lieu à des incohérences.

4.1.5 Thèmes transversaux

Dans l'ensemble, trois grands thèmes transversaux émergent de la consultation réalisée auprès des participants : 1. La qualité inégale des services selon les régions et les intervenants, 2. La préférence pour des services de santé globaux dispensés par une équipe multidisciplinaire, 3. Certaines modalités de traitements perçues comme punitives ou rigides.

Des services de qualité inégale selon les régions et les intervenants

Plusieurs participants considèrent que l'accès au traitement est meilleur à Montréal que dans d'autres régions du Québec et du Canada telles que Sherbrooke, les Laurentides ou Vancouver. Certains soulignent aussi que les services sont concentrés principalement au centre de l'île de Montréal.

À travers les échanges, les participants évoquent des modalités de traitement de la dépendance qui varient selon les cliniques, les centres de traitement, les médecins et les pharmacies. En ce qui concerne les besoins particuliers, les participants révèlent des expériences d'incarcération, de troubles de santé mentale ou d'épisodes de douleur à travers lesquelles ils ont reçu des services qui varient, selon eux, en fonction de la bonne volonté des intervenants, de leurs préjugés, ou de leur niveau de connaissances.

La préférence pour des services de santé globaux dispensés par une équipe

La possibilité d'avoir recours, au besoin, à une équipe multidisciplinaire incluant des pairs est perçue très positivement par les participants. Ceux-ci préconisent une approche médicale globale (où le médecin prescrivant le traitement de substitution assume aussi le rôle de médecin de famille) ainsi qu'une stabilité des intervenants afin d'éviter le dédoublement des interventions.

Certaines modalités de traitements perçues comme punitives ou rigides

Le sentiment d'être marginalisé dans les services (que ce soit dans les urgences hospitalières ou dans les pharmacies par exemple) et d'être traité avec une attitude jugée paternaliste (basée sur les punitions et les privilèges) constituent des facteurs de démotivation selon plusieurs participants. L'impression d'être traité de manière inéquitable en raison de la stigmatisation ou des préjugés associées aux usagers d'opioïdes (au plan du soulagement de la douleur ou dans les services carcéraux par exemple) constitue un irritant partagé par les participants.

4.2 Consultation d'usagers des services à bas seuil d'exigence du Cran

Une consultation a été réalisée au mois de juin 2015 avec des usagers des services à bas seuil d'exigence du point de service Relais du Cran (Perreault, Archambault *et al*., 2015). En ce qui concerne les besoins de services pour cette clientèle spécifique, trois grands thèmes transversaux émergent de la consultation :

- L'accès aux services (en périphérie du centre-ville ainsi que dans les milieux carcéraux);
- La promotion des services auprès des clientèles non rejointes (« outreach » et information);
- La flexibilité des services (horaires, privilèges).

Encadré 5. Le point de vue des usagers en résumé

CONSULTATION D'USAGERS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION À MONTRÉAL

Perception des services offerts :

- La majorité des participants considèrent que l'accès aux soins à Montréal s'est amélioré et se compare favorablement à d'autres régions;
- Globalement, les participants se disent satisfaits des soins reçus de la part de leurs équipes traitantes;
- Plusieurs participants souhaiteraient avoir accès à d'autres options thérapeutiques outre la méthadone et la buprénorphine-naloxone.

Thèmes transversaux :

- Accès et modalités de traitement qui varient selon les régions, cliniques, centres de traitement, médecins et pharmacies;
- Préférence pour des services de santé globaux dispensés par une équipe;
- Certaines modalités de traitements perçues comme punitives ou rigides.

Recommandations proposées par les participants:

- Aide ponctuelle et programmes allégés;
- Implication des pairs;
- Approche médicale globale;
- Possibilité de recourir à une équipe multidisciplinaire;
- Révision des modalités entourant les privilèges;

CONSULTATION D'USAGERS DE SERVICES À BAS SEUIL D'EXIGENCE DU CRAN

Thèmes transversaux :

- Accès aux services (en périphérie du centre-ville et dans les milieux carcéraux);
- Promotion des services auprès des clientèles non rejointes (outreach et information);
- Flexibilité des services (horaires, privilèges).

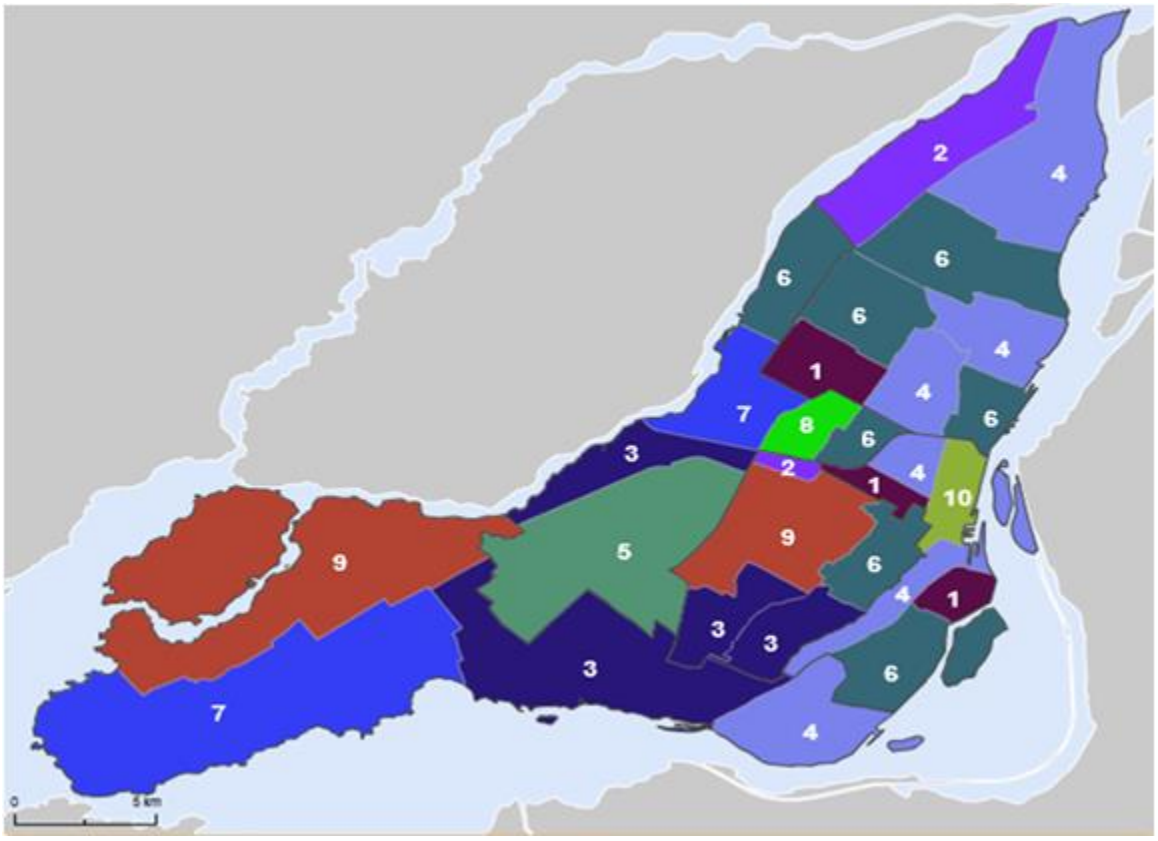
Chapitre 5 – L'offre de services en traitement de substitution aux opioïdes à Montréal

5.1 L'offre de services en pharmacies

5.1.1 Répartition des pharmacies distributrices de traitement de substitution sur l'île de Montréal

Au total, 140 pharmacies offrant le service de distribution de méthadone et/ou de buprénorphine-naloxone ont été identifiées par le Cran sur l'Île de Montréal. Ces 140 pharmacies sont réparties dans tous les territoires de centre locaux de services communautaires (CLSC)[12] sur l'île de Montréal, tel qu'en témoigne la carte géographique ci-dessous. La concentration la plus forte se situe sur le territoire du CLSC des Faubourgs avec dix sites.

Figure 1. Nombre de pharmacies distributrices de méthadone et/ou de buprénorphine-naloxone sur l'île de Montréal, selon les territoires de CLSC[13] (2016)



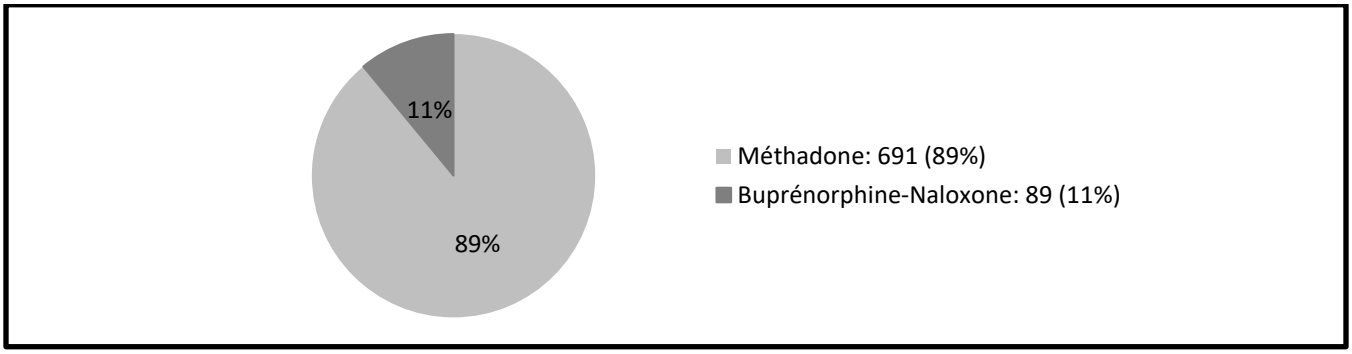
[12] Les pharmacies ont été associées à un territoire de CLSC en fonction de leur code postal grâce à l'outil de recherche disponible à l'adresse suivante : http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m34/rechCodePostal.asp

[13] Les données ont été cartographiées grâce à l'application disponible sur l'Espace montréalais d'information sur la santé à l'adresse : http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/creer_carte06/carto.php

5.1.2 Distribution des patients en traitement de substitution selon le médicament prescrit

Pour l'étude des types de traitements de substitution dispensés à Montréal, le questionnaire portant sur l'offre de services en pharmacie (annexe 1) a été acheminé à 28 pharmaciens propriétaires sélectionnées en fonction du nombre élevé de patients du Cran qui leur étaient référés. Parmi cet échantillon de convenance, vingt-deux répondants ont retourné le questionnaire (taux de réponse de 79%). Dans la grande majorité des cas, les questionnaires ont été complétés par un pharmacien propriétaire. Au total, ces 22 pharmacies desservent 780 patients dont 89% reçoivent un traitement de méthadone et 11% un traitement de buprénorphine-naloxone (figure 2).

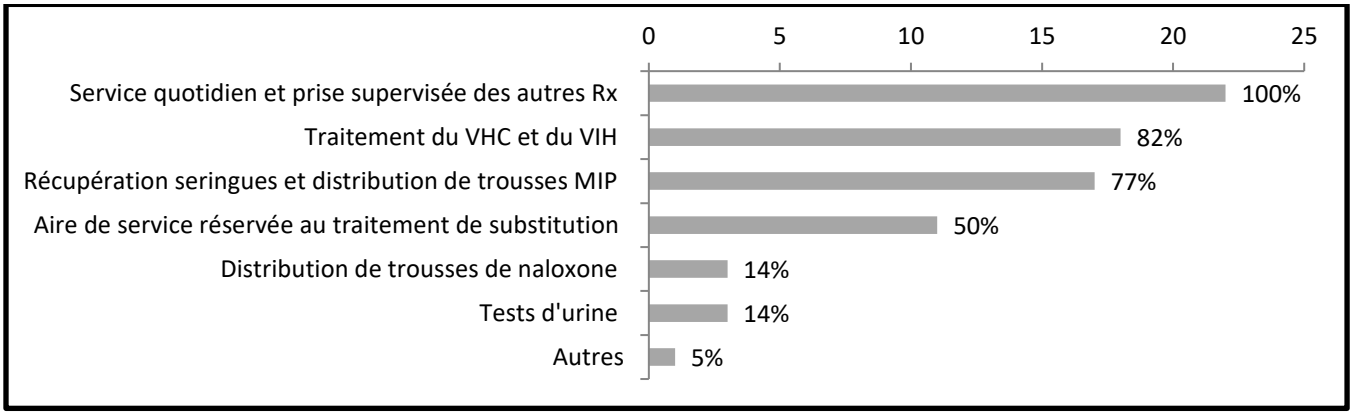
Figure 2. Distribution des patients sous traitement de substitution selon le médicament prescrit dans un échantillon de 22 pharmacies montréalaises* (septembre 2016)



5.1.3 Services dispensés dans les pharmacies de l'échantillon

Les résultats obtenus grâce à la question à choix multiples portant sur les services disponibles indiquent que 22 pharmacies (100% des répondants) offrent le service quotidien et la prise supervisée des autres médicaments en plus de superviser la prise du médicament de substitution. Dix-huit pharmacies (82% de l'échantillon) offrent le traitement du virus de l'hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Dix-sept (77% de l'échantillon) récupèrent les seringues et distribuent du matériel d'injection personnel (trousses MIP). Onze (50% de l'échantillon) offrent une aire de service réservée au traitement de substitution. Enfin, la distribution des trousses de naloxone pour la prévention des surdoses ainsi les tests d'urine sont les services les moins souvent proposés, puisqu'ils sont offerts dans trois pharmacies de l'échantillon (figure 3).

Figure 3. Nombre de pharmacies offrant divers services aux patients en traitement de substitution (n=22 pharmaciens répondants)*

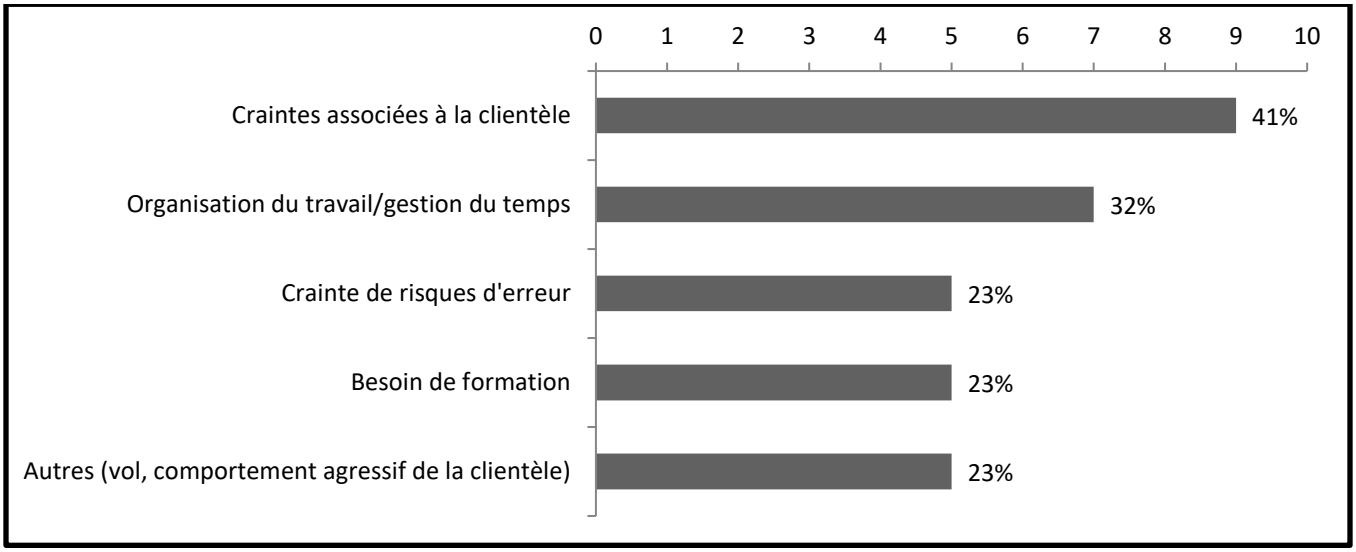


*Catégories non mutuellement exclusives

5.1.4 Les enjeux du traitement de substitution en pharmacie

Les résultats obtenus grâce à la question à choix multiples portant sur les enjeux du traitement de la dépendance aux opioïdes en pharmacie montrent que les craintes associées à la clientèle constituent une préoccupation pour neuf répondants (41% de l'échantillon). Dans le même ordre d'idées, cinq répondants (23%) ont spécifié craindre le vol et les comportements agressifs. Sept répondants (32% de l'échantillon) considèrent l'organisation du travail et la gestion du temps comme un enjeu du traitement de la dépendance aux opioïdes en pharmacie et respectivement cinq répondants mentionnent les risques d'erreur et le besoin de formation (figure 4).

Figure 4. Nombre de pharmaciens ayant identifié des enjeux liés aux traitements de substitution (n=22 pharmaciens répondants)



*Catégories non-mutuellement exclusives

5.1.5 Les limites de la consultation auprès des pharmacies

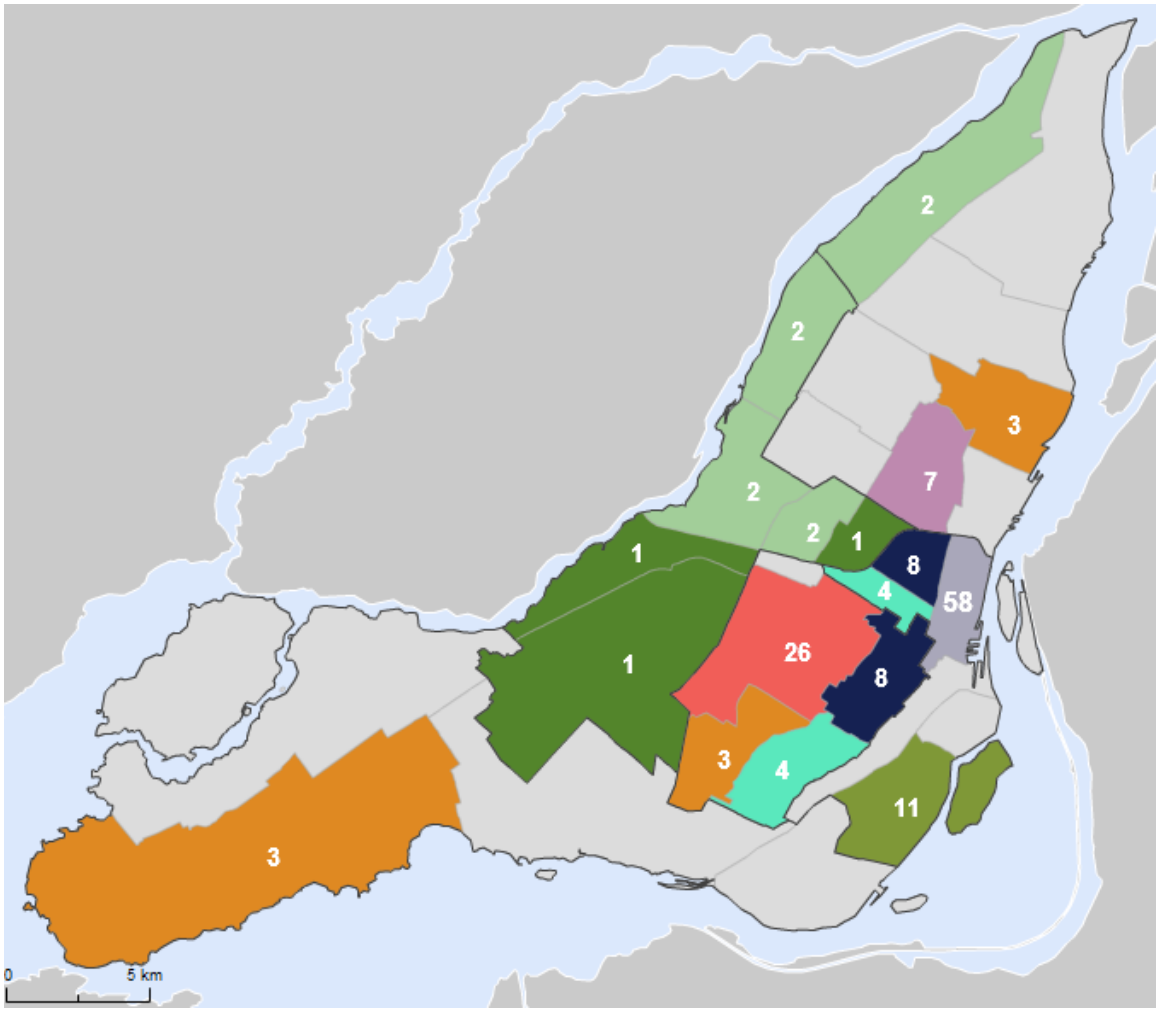
La consultation a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance de 28 pharmaciens propriétaires sélectionnés en fonction du nombre élevé de patients du Cran qui leur sont référés. Vingt-deux pharmaciens ont retourné leur questionnaire complété. Les résultats portant sur le nombre de patients, sur les services offerts et sur les enjeux du traitement ne sont pas représentatifs de toutes les pharmacies distributrices à Montréal et ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de celles-ci. En effet, l'échantillon comporte une surreprésentation de pharmacies présentant un haut taux d'achalandage de patients sous traitement de substitution et sont conséquemment susceptibles de fournir une gamme de services spécialisés plus large en lien avec la clientèle. Les données ne permettent pas d'estimer le nombre de patients desservis pour un traitement de substitution dans les pharmacies de l'Île de Montréal. De plus, six pharmacies n'ont pas retourné leur questionnaire.

5.2 Les services offerts par les médecins habilités à prescrire un traitement de substitution aux opioïdes

5.2.1. Distribution des médecins prescripteurs répertoriés sur l'île de Montréal

Au total, 146 médecins pratiquant sur l'île de Montréal ont été identifiés comme habilités à prescrire un traitement de substitution. Ils ont été ciblés pour la consultation. La carte ci-dessous permet d'illustrer leur distribution en fonction de leur adresse postale sur le territoire montréalais et de mettre en relief leur concentration dans les secteurs du centre de l'île, principalement dans les territoires du CLSC des Faubourgs et du CLSC Côte-des-Neiges (où se situent en l'occurrence des centres spécialisés de traitement de la toxicomanie).

Figure 5. Nombre de médecins habilités à prescrire un traitement de substitution aux opioïdes à Montréal, selon les territoires de CLSC[14] en 2016 (n total=146 médecins)



[14] Les adresses postales ont été associées à un territoire de CLSC en fonction de leur code postal grâce à l'outil de recherche disponible à l'adresse suivante : http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m34/rechCodePostal.asp
Les données ont été cartographiées grâce à l'application disponible sur l'Espace montréalais d'information sur la santé à l'adresse : http://www.cmisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/creer_carte06/carto.php

5.2.2 Résultats de la consultation auprès des médecins prescripteurs hors des centres spécialisés

Le questionnaire portant sur l'offre de services dans la communauté (annexe 2) a été expédié aux 146 médecins prescripteurs identifiés par le Cran. De ceux-ci, cinquante-huit médecins ont répondu à la consultation portant sur les traitements de substitution aux opioïdes prescrits hors des centres spécialisés en toxicomanie.

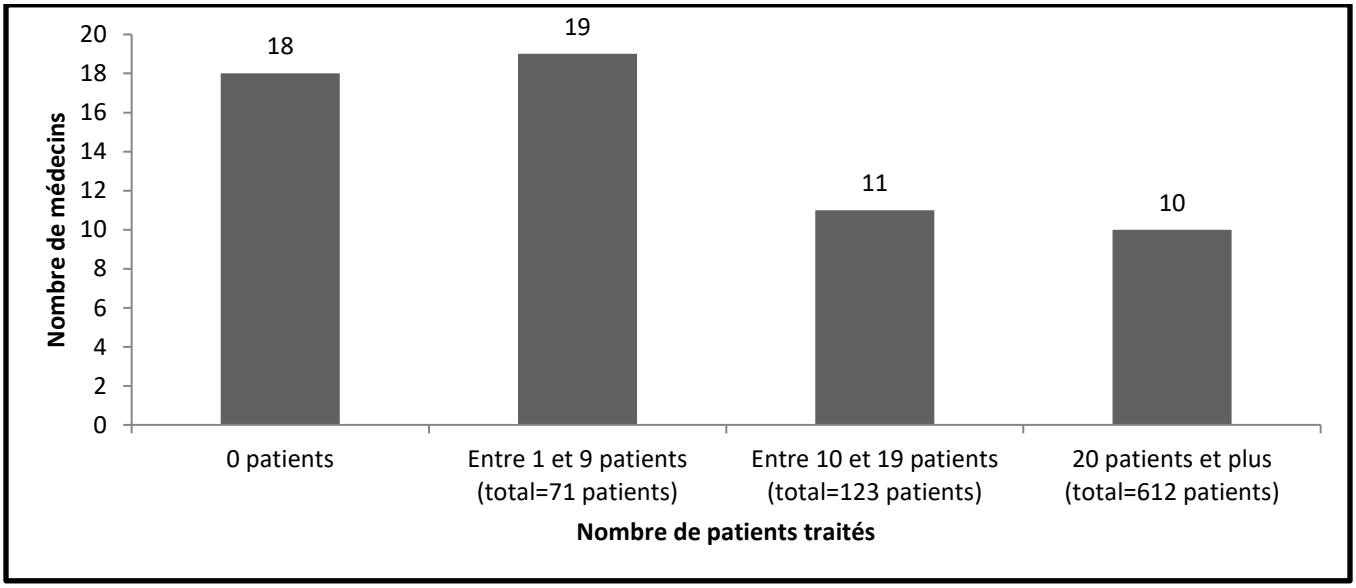
Nombre de patients suivis hors des centres spécialisés en toxicomanie à Montréal

Les données compilées et analysées portent sur 58 questionnaires. Au total, 806 patients traités hors des centres spécialisés en toxicomanie ont été recensés. Parmi les 58 répondants hors des centres spécialisés en toxicomanie, 18 déclarent ne traiter actuellement aucun patient avec un médicament de substitution aux opioïdes dans la communauté à Montréal. Ce sont donc 40 médecins répondants qui prescrivent un traitement de substitution aux opioïdes pour 806 patients hors des centres spécialisés.

Nombre de patients par médecin prescripteur

À l'automne 2016, parmi les 58 médecins répondants hors des centres spécialisés, 18 (31%) ne traitaient aucun patient avec un médicament de substitution, 19 (33%) traitaient entre 1 et 9 patients (pour un total de 71 patients), 11 (19%) traitaient entre 10 et 19 patients (pour un total de 123 patients) et dix (17%) traitaient 20 patients et plus (pour un total de 612 patients).

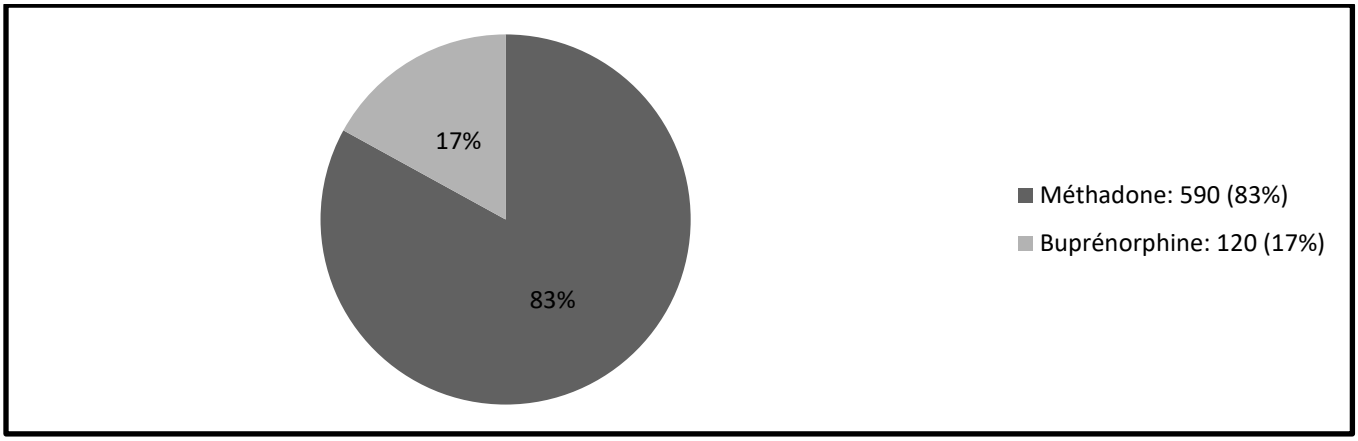
Figure 6. Nombre de patients par médecin traités avec un médicament de substitution hors des centres spécialisés à Montréal en 2016 (n= 58 médecins prescripteurs répondants)



Médicaments de substitution aux opioïdes prescrits hors des centres spécialisés à Montréal

Trente-huit médecins prescripteurs ont précisé le nombre de patients qu'ils traitent sous méthadone et ceux qu'ils traitent sous buprénorphine-naloxone dans leur principal lieu d'exercice. Les réponses obtenues pour 710 patients permettent d'estimer à 83% la proportion d'usagers traités avec la méthadone et à 17% ceux traités avec la buprénorphine-naloxone hors des centres spécialisés à Montréal (figure 7).

Figure 7. Types de médicaments de substitution aux opioïdes prescrits hors des centres spécialisés en toxicomanie à Montréal en 2016 (n=38 médecins ayant traité 710 patients)



Offre de services : Accueil de nouveaux patients dans la prochaine année

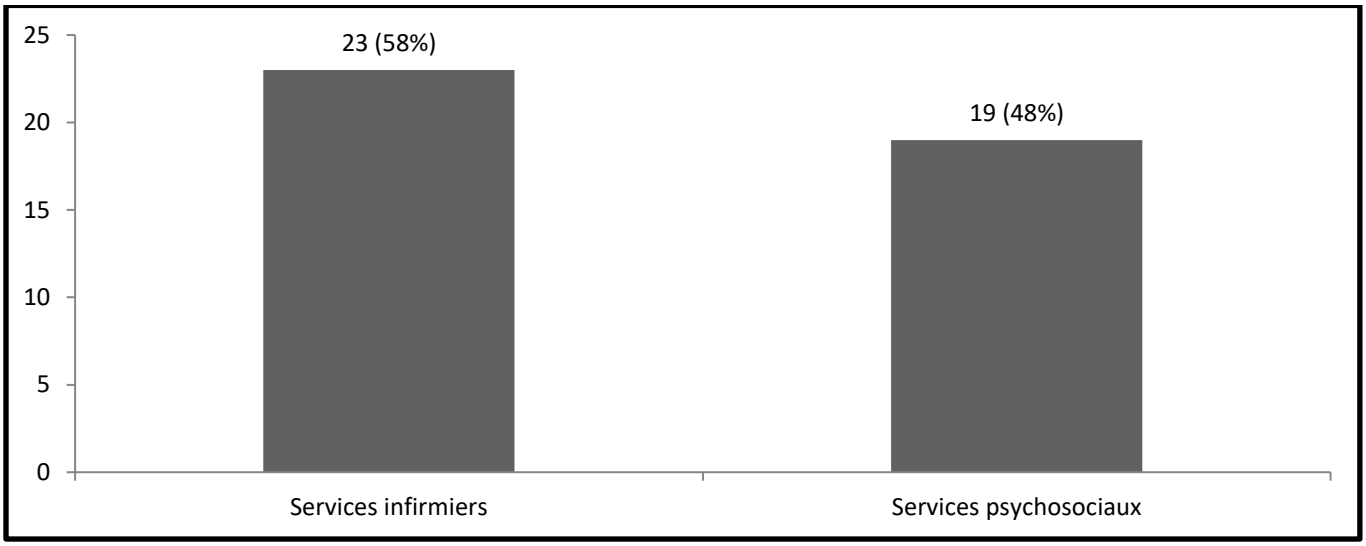
Parmi les 58 médecins prescripteurs répondants exerçant hors des centres spécialisés en toxicomanie, 25 (43%) prévoient pouvoir accueillir de nouveaux usagers ou des transferts dans la prochaine année (i.e. 2017). En fonction de leurs estimations, ce sont au minimum 151 patients qui pourraient être pris en charge pour un traitement hors des centres spécialisés. L'ouverture en 2017 d'une clinique spécialisée en traitement de substitution au sein d'un groupe de médecine familiale a aussi été mentionnée par un répondant et permettra d'accueillir un nombre non défini d'usagers.

Offre de services : Prise en charge globale (médecine familiale et services multidisciplinaires)

Parmi les 40 médecins prescripteurs répondants qui traitaient au moment de l'étude des patients hors des centres spécialisés à Montréal, 32 déclarent agir à titre de médecin de famille pour leurs patients en traitement de substitution (80%). Les patients desservis par ces 32 médecins représentent 80% des patients recensés.

Aussi, parmi les 40 médecins prescripteurs répondants qui traitent au moment de l'étude des patients hors des centres spécialisés à Montréal, 23 ont indiqué que des services infirmiers sont offerts aux usagers dans leur milieu de pratique et 19 que des services psychosociaux sont disponibles (figure 8). Dans 15 cas, le milieu est desservi par des travailleurs sociaux, dans 10 cas, par des psychologues, dans deux cas par des agents de relations humaines et dans un cas par un éducateur spécialisé.

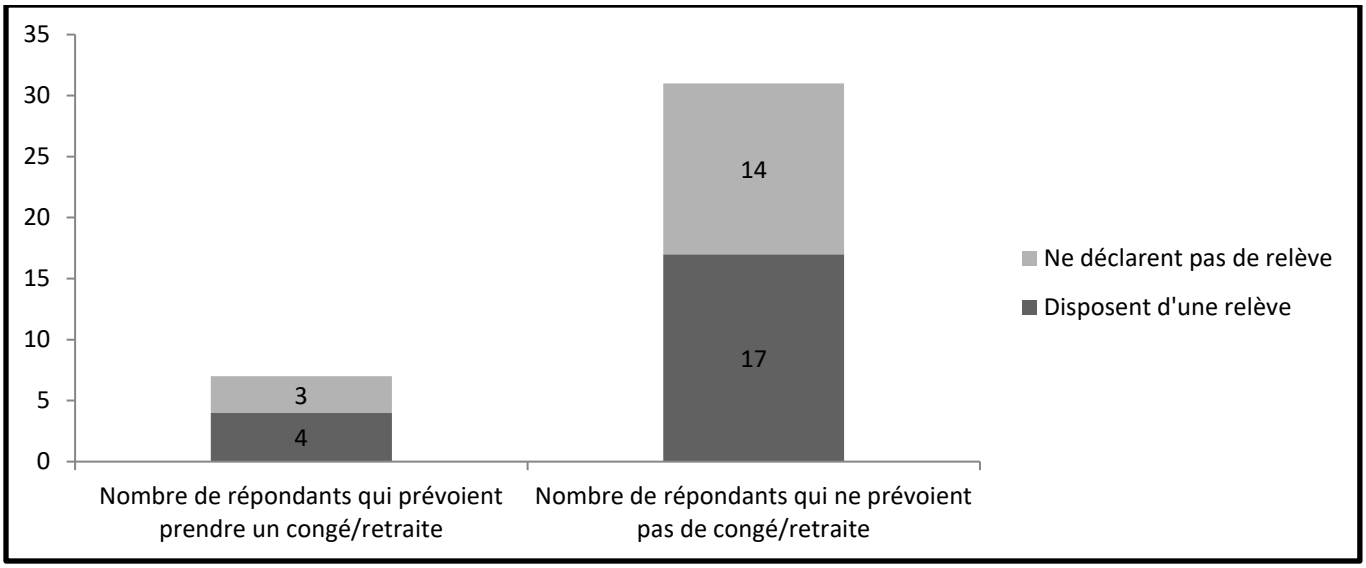
Figure 8. Proportion des milieux de pratique offrant des services infirmiers et psychosociaux hors des centres spécialisés en septembre 2016 (basé sur un échantillon de 40 médecins prescripteurs de Montréal œuvrant hors des centres spécialisés)



Offre de services : Relève en cas de retraites ou de congés prolongés

Trente-huit médecins ont répondu à la question portant sur les congés ou retraites prévus ainsi que sur la disponibilité d'une relève le cas échéant. Sept répondants prévoient prendre leur retraite ou un congé prolongé sous peu, dont trois ne déclarent pas de relève. Ces trois répondants traitent au total 20 patients hors des centres spécialisés en toxicomanie. Parmi les trente-et-un répondants qui ne prévoient pas de congé prolongé ni de retraite, quatorze ne déclarent pas de relève. Le nombre recensé de patients traités par ces quatorze répondants s'élève à 396.

Figure 9. Nombre de médecins prescripteurs œuvrant hors des centres spécialisés en toxicomanie de Montréal selon qu'ils disposent d'une relève et qu'ils prévoient un congé ou leur retraite (n=38 médecins ayant répondu à la question portant sur les congés prolongés et la relève disponible)

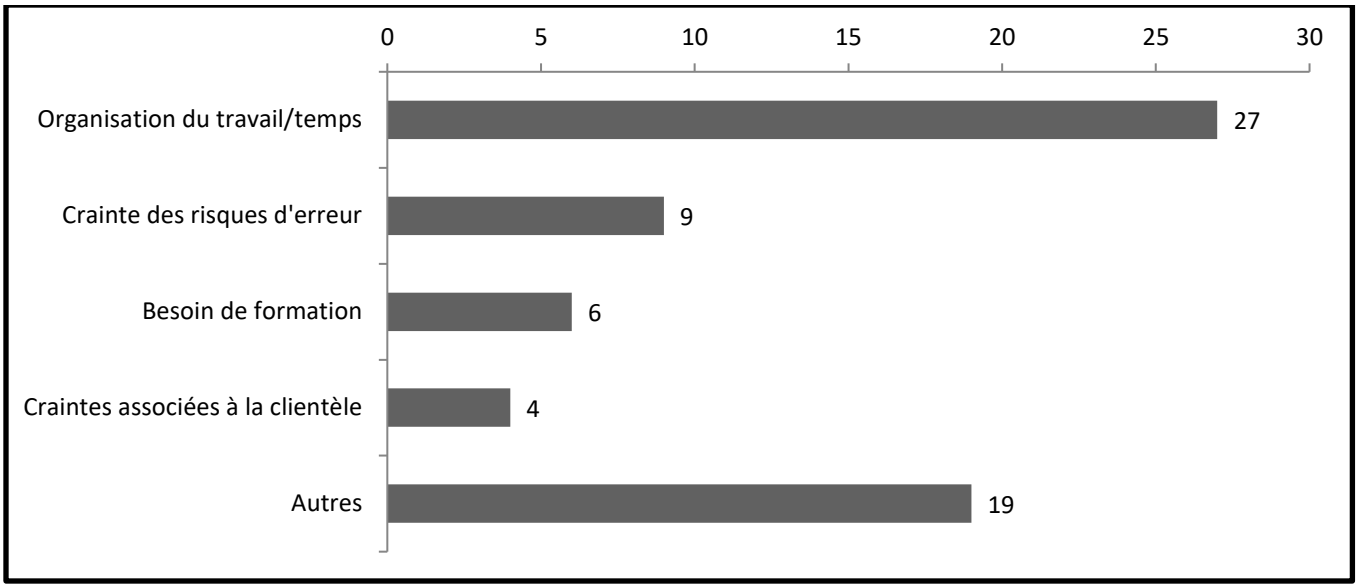


Enjeux courants en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes

Une question à choix multiples portant sur les enjeux en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes a été posée aux répondants (voir annexe 2). Parmi les 58 médecins répondants qui exercent hors des centres spécialisés en toxicomanie, 45 ont coché au moins une case pour un total de 65 réponses (catégories non-mutuellement exclusives).

Vingt-sept répondants considèrent que l'organisation du travail et la gestion du temps constituent un enjeu en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. Neuf disent craindre les risques d'erreur, six soulignent le besoin de formation et quatre rapportent des craintes associées à la clientèle. Dix-neuf médecins nomment d'autres enjeux dont le thème principal (9 mentions) porte sur le manque de soutien de la part de collègues ou d'une équipe multidisciplinaire (voir figure 10).

Figure 10. Enjeux identifiés par les médecins prescripteurs œuvrant hors des centres spécialisés en toxicomanie à Montréal en 2016 (n=45 médecins ayant répondu à la question portant sur les enjeux)*



*L'histogramme illustre les 65 réponses des 45 répondants (catégories non mutuellement exclusives).

Principal lieu de pratique des médecins prescripteurs répondants

Parmi les 40 médecins qui prescrivent actuellement un traitement de substitution aux opioïdes hors des centres spécialisés en toxicomanie, quinze rapportent un groupe de médecine familiale (GMF) comme principal lieu d'exercice (37%). Vingt-trois pourcent travaillent principalement en CLSC[15], 15% des répondants exercent dans une Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), 15% pratiquent en cabinet privé ou en polyclinique médicale et 5% travaillent en Unité de médecine familiale. Les autres lieux de pratiques principaux comprennent des hôpitaux ou unités de soins ayant des missions spécialisées (figure 11).

Lorsqu'on observe la distribution des 806 patients à travers les lieux de pratique des 40 médecins répondants qui les traitent (figure 12), on constate que 56% sont suivis en GMF (dans environ dix points de services), 18% dans des cabinets privés (dans environ six points de services), 12% en CLSC (dans environ cinq points de service), 4% dans les UHRESS, 3% dans des UMF et 7% dans d'autres lieux de traitement (tel que les unités de soins dans un établissement de santé mentale ou les centres spécialisés privés).

Figure 11. Principal lieu de pratique des médecins prescripteurs exerçant hors des centres spécialisés à Montréal en 2016 (échantillon de convenance de n=40 médecins prescrivant des traitements de substitution au moment de l'étude)

[15] Dans les cas où les répondants précisent que leurs UMF ou GMF sont localisés en CLSC, ce dernier lieu de pratique a été retenu aux fins de la compilation.

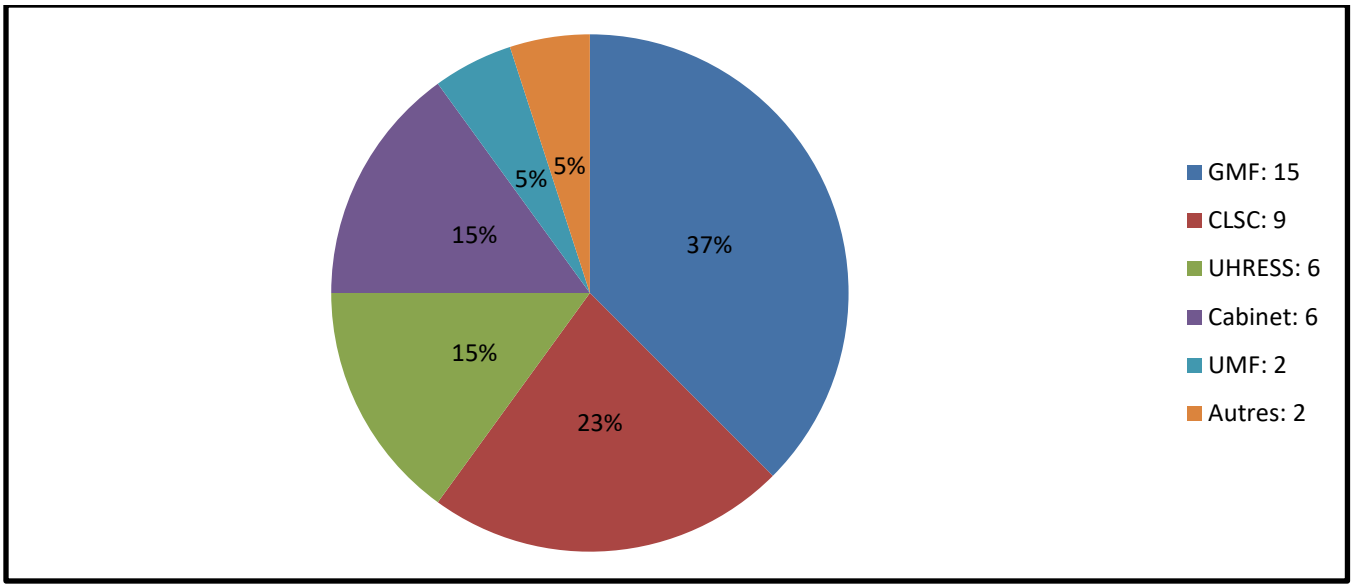
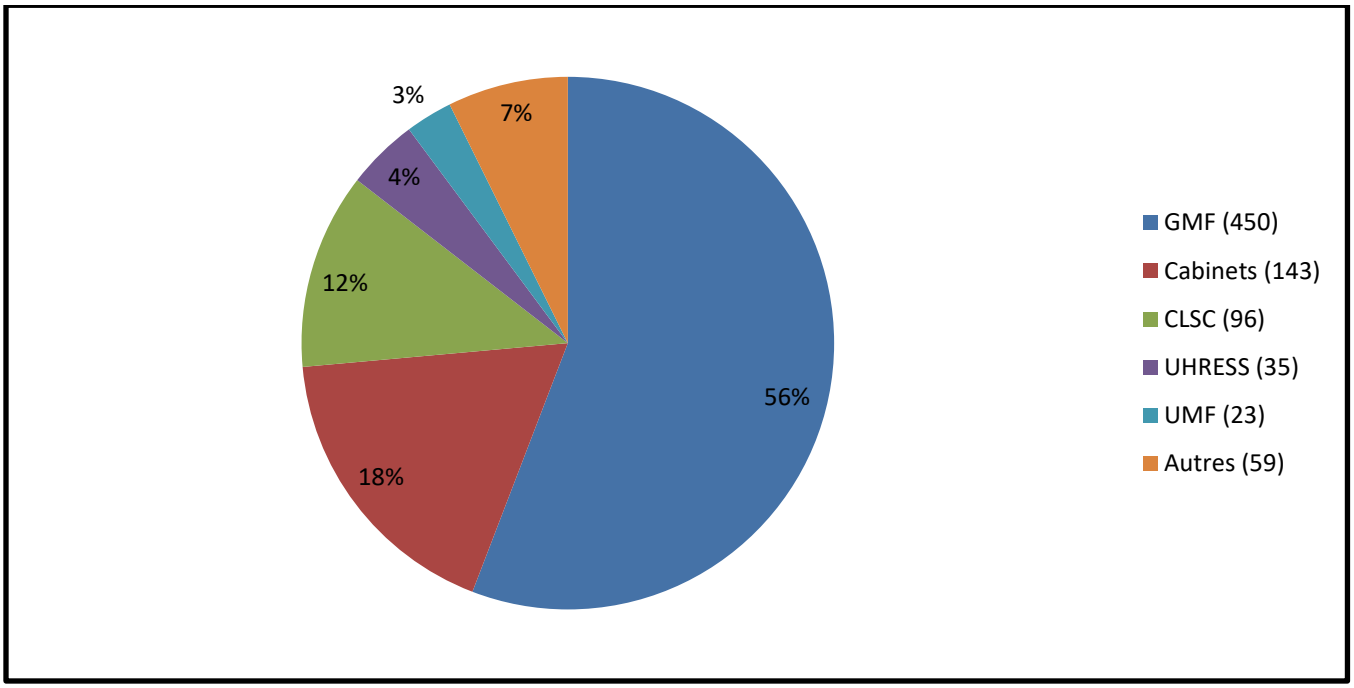


Figure 12. Distribution des patients dans les principaux lieux de pratique identifiés par les répondants qui exercent hors des centres spécialisés en toxicomanie à Montréal en 2016 (n=806 patients)



Provenance des usagers en traitement de substitution aux opioïdes hors des centres spécialisés à Montréal

Trente-trois médecins prescripteurs traitant des patients hors des centres spécialisés au moment de l'étude ont répondu à la question leur demandant d'estimer la proportion de leur clientèle provenant de Montréal ou de l'extérieur. Les données pondérées en fonction du nombre de patients par médecin permettent d'estimer que 76% des patients résident sur l'île de Montréal.

Trente-cinq médecins prescripteurs traitant des patients hors des centres spécialisés au moment de l'étude ont répondu à la question leur demandant d'estimer la proportion de leur clientèle référée par un centre spécialisé ou provenant de leur clientèle en médecine familiale. Les données pondérées en fonction du nombre de patients par médecin permettent d'estimer que 27% des patients leur sont référés par un centre spécialisé et que 47% proviennent de leur clientèle en médecine familiale. Parmi les autres réponses obtenues, on note entre autres le bouche à oreille, la référence par des proches, la clientèle spécialisée (par exemple dans les URHESS) ou les transferts de collègues.

5.2.3 Limites de la consultation auprès des médecins prescripteurs de la communauté

Trente-neuf pourcent des 146 médecins prescripteurs identifiés par le Cran à Montréal ont répondu à la consultation portant sur les traitements de substitution hors des centres spécialisés. Il est permis de croire que le nombre de médecins ne prescrivant aucun traitement de substitution est plus élevé dans la population à l'étude que dans l'échantillon des répondants. En effet, il est plausible que les médecins prescripteurs ne traitant actuellement aucun patient n'aient pas cru utile de compléter le questionnaire. De plus, il est possible que les médecins qui transigent plus rarement avec le Cran aient été moins enclins à retourner le questionnaire complété que ceux qui entretiennent des liens de collaboration plus serrés avec l'organisme. En somme, l'échantillon de convenance formé par les répondants ne garantit pas la représentativité de la population à l'étude ni le recensement exhaustif de tous les patients traités dans la communauté. Pour pallier en partie cette lacune, une relance personnalisée des médecins traitant les nombres les plus élevés de patients a été effectuée dans le but d'obtenir leurs questionnaires dûment remplis.

5.3 Les services offerts par les centres spécialisés en traitement de substitution aux opioïdes à Montréal

5.3.1 Résultats de la consultation auprès des centres spécialisés à Montréal

L'île de Montréal compte quatre centres publics spécialisés en traitement de substitution aux opioïdes : le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU), le Cran, le centre Herzl et le Service de médecine des toxicomanies du CHUM. Le questionnaire portant sur l'offre de services en centres spécialisés a été expédié dans tous les centres (annexe 3).

Nombre de points de services, nombre de patients suivis et médicaments de substitution prescrits

Les quatre centres spécialisés montréalais comptent au total six points de services répartis sur l'île de Montréal et ce sont 2118 patients qui sont desservis au moment de l'étude. On estime qu'environ 88% des patients sont traités avec la méthadone et 12% sont traités avec la buprénorphine-naloxone[16] dans les centres spécialisés montréalais.

Provenance des patients en traitement de substitution aux opioïdes dans les centres spécialisés à Montréal

Les données recueillies auprès des centres spécialisés montréalais permettent d'estimer que 56% de la clientèle proviendrait de Montréal, que 24% de la clientèle proviendrait de l'extérieur de Montréal et que 20% de la clientèle serait sans domicile fixe.

En ce qui concerne la provenance des usagers en termes de trajectoire, les données recueillies permettent d'estimer qu'environ 2% des patients sont référés vers les centres spécialisés par des médecins de la première ligne. Les autres provenances identifiées sont l'autoréférence (démarche volontaire), les urgences, la clinique de la douleur et les autres centres spécialisés. Les références peuvent aussi provenir des autres services d'un établissement.

Services offerts dans les centres spécialisés montréalais

Trente-huit médecins exercent dans les centres spécialisés. On estime qu'environ la moitié des patients traités dans un centre spécialisé montréalais reçoivent aussi des services de médecine familiale de la part de leur médecin traitant.

On recense, pour les centres consultés, 11 équivalent temps plein en services infirmiers et 11,2 équivalent temps plein en services psychosociaux.

Relève médicale en cas de retraite ou d'absence prolongée

Parmi les médecins recensés dans les centres spécialisés montréalais, deux prévoient prendre leur retraite prochainement et trois centres spécialisés ne disposent pas de de relève en cas de maladie, vacances ou retraite de l'un des médecins du centre.

Délais d'attente pour l'obtention de services

Dans l'ensemble, le délai d'attente pour l'obtention d'un traitement de substitution aux opioïdes dans les centres spécialisés montréalais est estimé entre une semaine et trois mois.

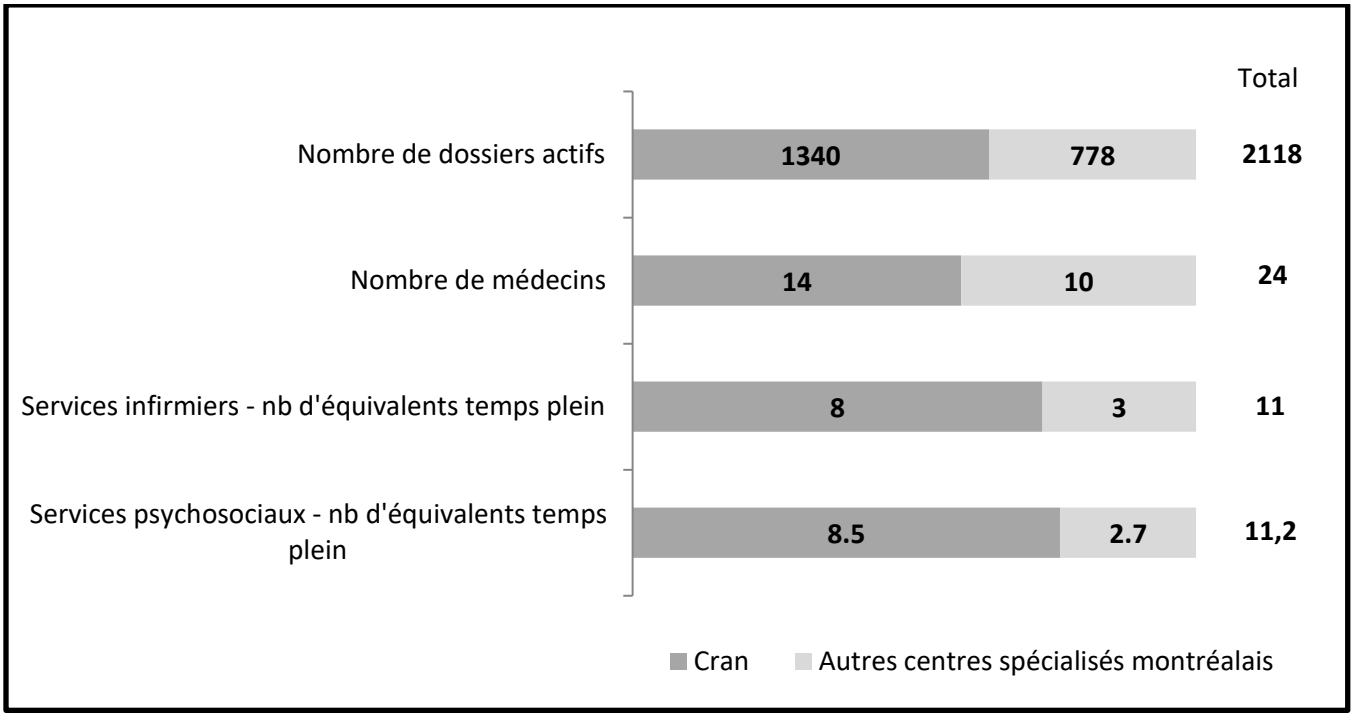
[16] Estimation basée sur les données disponibles pour trois des quatre centres spécialisés montréalais.

Au moment de l'étude, on rapporte 36 patients en attente de traitement. Trente-trois de ceux-ci sont en attente pour des services du Cran. Toutefois, il est important de noter que le Cran dispose de places disponibles mais ne réussit pas à rejoindre les usagers en attente. En ce qui concerne les transferts, environ 156 patients étaient en attente d'être orientés ailleurs que dans le centre où ils étaient traités au moment de l'étude.

Résumé de l'offre de services dans les centres spécialisés montréalais

La figure 13 permet de résumer l'offre de services en centre spécialisé à Montréal et de distinguer les services du Cran par rapport à ceux des autres centres spécialisés montréalais.

Figure 13. Résumé des services disponibles dans les centres spécialisés montréalais en 2016



Enjeux identifiés par les centres spécialisés montréalais

Les répondants ont abordé plusieurs enjeux dans le cadre de cette question ouverte. Dans l'ensemble, leurs préoccupations se résument aux éléments suivants :

- L'offre de services pour les problèmes concomitants (tel que la douleur chronique);
- Le travail interdisciplinaire;
- L'accès plus fluide (grâce aux transferts vers la première ou la deuxième ligne).
- Le vieillissement de la clientèle, l'intégration des services et les corridors de services avec les soins à domicile, les milieux d'hébergement, les soins palliatifs et le logement social;
- Les ressources nécessaires à la mise en place du traitement d'hydromorphone injectable comme traitement de deuxième ligne;
- Les ressources nécessaires à l'élaboration de corridors de services avec les Services d'injection supervisée qui seront mis en place en 2017;

- La réduction du temps d'attente pour les usagers et un accès plus fluide aux services (grâce à l'augmentation des ressources infirmières et psychosociales);
- Le transfert des clientèles stables vers la première ligne.

5.3.2 Limites de la consultation auprès des centres spécialisés

Les questions portant sur les médicaments de substitution prescrits ainsi que sur les enjeux n'ont pas été répondues par tous les répondants. Les données recueillies ne sont donc pas nécessairement représentatives de l'ensemble des centres spécialisés montréalais sur ces sujets.

5.4 L'offre de services à Montréal : En résumé

En ce qui concerne l'offre de services en pharmacie, on constate que les 140 pharmacies distribuant des traitements de substitution à Montréal sont réparties dans tous les territoires de CLSC, avec la concentration la plus forte sur le territoire du CLSC des Faubourgs. Les données agrégées pour les 22 pharmaciens ayant participé à cette consultation permettent d'estimer que 89% des usagers en traitement de substitution aux opioïdes seraient traités avec la méthadone alors que 11% recevraient de la buprénorphine-naloxone. Les enjeux rapportés par le plus grand nombre de pharmaciens se situent au niveau des craintes associées à la clientèle ainsi qu'à l'organisation du travail et de la gestion de leur temps.

En ce qui concerne l'offre de traitement de substitution aux opioïdes hors des centres spécialisés, 146 médecins habilités à prescrire un tel traitement ont été identifiés. Ceux-ci sont répartis dans 18 territoires de CLSC sur l'île de Montréal. Dans le cadre de la consultation réalisée, 40 médecins traitant 806 patients ont été recensés. Les données recueillies grâce à l'échantillon de convenance permettent d'estimer à 83% la proportion de patients traités avec la méthadone et à 17% la proportion de patients traités avec la buprénorphine-naloxone. Parmi les médecins sondés, 25 déclarent qu'ils pourront accueillir de nouveaux patients en traitement de substitution dans la prochaine année. Parmi les médecins qui traitent actuellement des patients hors des centres spécialisés, 80% agissent aussi à titre de médecin de famille pour leurs patients en traitement de substitution, 58% peuvent compter sur des services infirmiers et 48% peuvent compter sur des services psychosociaux pour les aider à soutenir leurs patients en traitement de substitution aux opioïdes. Parmi les médecins répondants qui traitent actuellement des patients hors des centres spécialisés, sept prévoient prendre leur retraite ou un congé prolongé sous peu, dont trois ne déclarent pas disposer de relève. Les groupes de médecine familiale sont l'endroit où l'on retrouve le plus de médecins prescrivant actuellement des traitements de substitution hors des centres spécialisés (37%). C'est aussi l'endroit où le plus de patients sont desservis en dehors des centres spécialisés (56%). Enfin, les réponses obtenues permettent d'estimer que la clientèle desservie par les médecins prescrivant des traitements de substitution aux opioïdes à Montréal provient surtout de Montréal (76%) et de la clientèle du médecin (47%). L'enjeu nommé par le plus grand nombre de médecins répondants se situe au niveau de l'organisation du travail et de la gestion du temps.

Enfin, en ce qui concerne l'offre de services en centres spécialisés, quatre centres publics spécialisés à Montréal ont été consultés. Trente-huit médecins prescripteurs ainsi que 2118 patients traités dans la dernière année ont été recensés. Les données recueillies permettent d'estimer que 88% des usagers seraient traités avec la méthadone et 12% seraient traités avec la buprénorphine-naloxone. Au total, on recense 11,2 effectifs en équivalent temps plein pour les services psychosociaux et 11 effectifs en équivalent temps plein pour les services infirmiers. On estime qu'environ 50% des patients traités en centres spécialisés reçoivent des services de médecine familiale de la part de leur médecin traitant. Environ 56% de la clientèle des centres spécialisés résiderait à Montréal, 24% proviendrait de l'extérieur de Montréal et 20% de la clientèle serait sans domicile fixe. Seul le Cran considère disposer d'une relève en cas de maladie, vacances ou retraite de l'un des médecins du centre spécialisé. Le délai d'attente pour l'obtention d'un traitement de substitution aux opioïdes dans un centre spécialisé à Montréal varie entre moins d'une semaine et peut aller jusqu'à trois mois. Les principaux enjeux identifiés par les répondants portent sur la fluidité de l'accès (ressources et possibilités de transferts vers la première et la deuxième ligne), l'offre de services pour les problèmes concomitants, l'intégration du traitement

d'hydromorphone injectable dans les services, la mise en place de corridors de services avec les éventuels sites d'injection supervisée et le travail interdisciplinaire.

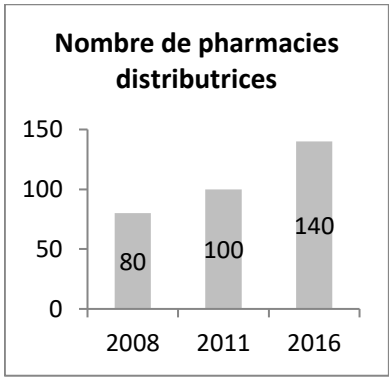
Encadré 6. Recension des services montréalais à l'automne 2016: En résumé

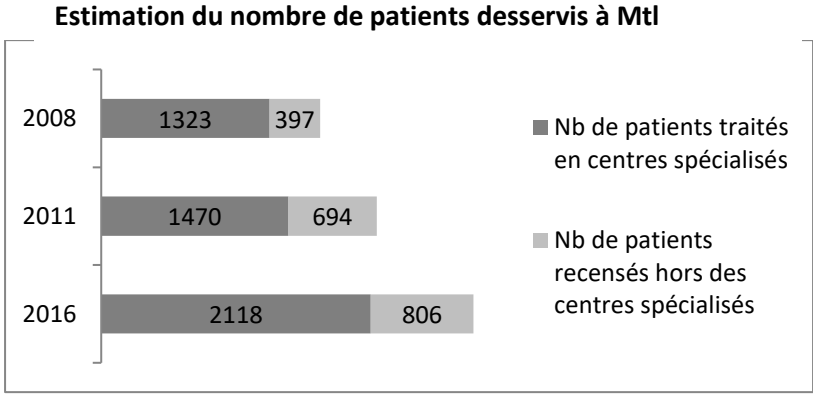
1. SERVICES EN PHARMACIE À MONTRÉAL (n=780 patients)	
Sous méthadone	Sous buprénorphine-naloxone
89%	11%

2. SERVICES HORS DES CENTRES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE À MONTRÉAL (n=58 médecins répondants)		
	Nombre de **médecins répondants traitant actuellement** des patients avec un médicament de substitution	Nombre de **patients recensés**
GMF	**15**	**450**
CLSC	**9**	**96**
URHESS	**6**	**35**
Clinique	**6**	**143**
UMF	**2**	**23**
Autres	**2**	**59**
Total	**40**	**806**

3. ÉVOLUTION DES SERVICES DANS LES CENTRES SPÉCIALISÉS À MTL				
	Médecins	Infirmières	Psychosocial	Patients recensés
2008	26	9,3	10	1323
2011	24	9	9	1470
2016	**38**	**11**	**11,2**	**2118**

4. ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SERVICES EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES





Chapitre 6 – Requis de services

6.1 Cadre théorique utilisé pour établir le requis de services

Afin d'établir le requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances, Rush (1990) et Tremblay et al. (2007) retiennent la démarche recommandée par Ford et Luckey (1983). Cette approche, basée sur le système (et non sur la demande), consiste à « prévoir les services sur la base de *ce qui devrait être offert* plutôt que de *ce qui existe déjà* » [Notre traduction] (Rush, 1990). Ainsi, la démarche consiste à 1) déterminer la prévalence du problème pour l'aire géographique désignée, 2) estimer la proportion de cette population qui devrait recevoir des services au cours d'une année et 3) estimer la proportion des individus qui devrait recevoir des services de chacune des composantes du système de soins spécialisés.

En 2011, le Cran proposait aussi la prise en compte des notions de précarité et d'accessibilité dans l'évaluation du requis de services. La précarité réfère à « l'équilibre recherché entre le nombre de médecins prescripteurs et le nombre de patients suivis ainsi que la capacité d'assurer une relève médicale conséquente » (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, 2011). L'accessibilité est « déterminée par le requis de services par région et le délai d'attente pour obtenir des services » (*Ibid*.)

La prévalence du problème pour l'aire géographique déterminée

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux retenait en 2006 qu'environ 1,1% de la population de 15 ans et plus consommait ou avait déjà consommé des opioïdes non prescrits (Santé Québec, 1998 dans MSSS, 2006) et qu'environ 20% de ceux-ci avaient développé une dépendance (Center of Addiction and Mental Health, 1998 dans MSSS, 2006). Ces données permettent d'établir à environ 0,22% la prévalence à vie de la dépendance aux opioïdes au Québec au début des années 2000. Le cadre de référence développé par le ministère retenait aussi qu'au Québec, 18% des usagers ayant besoin de services étaient rejoints par un programme de traitement de substitution et que 60% des d'entre eux étaient dans la région de Montréal. En fonction des données dont nous disposons dans le cadre du présent requis de services, il nous est impossible de déterminer si ces proportions demeurent valides en 2016.

Plus récemment, au Canada en 2013, la prévalence de l'abus d'analgésiques opioïdes[17] a été estimée à 0,3% de la population de 15 ans et plus (Gouvernement du Canada, 2015) alors que le taux de consommation d'héroïne était trop bas pour être mentionné. Or, cette évaluation de la prévalence sous-estimerait l'ampleur du problème pour deux raisons en particulier. D'une part, le stigma lié au TUO serait associé à une sous-déclaration de la part des répondants (Tourangeau, 2007 dans Gouvernement du Canada, 2018). D'autre part, les méthodes de sondage ne permettraient pas de rejoindre la population plus à risque d'abus (Bonevski et al., 2014 dans Gouvernement du Canada, 2018). Ainsi, l'estimation du nombre de personnes ayant un TUO proposé dans le cadre de la présente étude est très conservatrice et doit être considérée avec prudence. À Montréal, la population de 15 ans et plus étant estimée à près de 1 665 000 personnes en 2016, on peut estimer que la population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes se situerait à environ 5000 personnes. La prévalence de l'usage non médical d'opioïdes chez les adultes dans la dernière année serait similaire en zones rurales et urbaines (Wang et al., 2013).

[17] Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (Gouvernement du Canada, 2015) des questions ont été posées pour distinguer l'usage thérapeutique (tel que prescrit) et l'abus de produits pharmaceutiques (pour ressentir un effet).

La proportion de la population qui devrait recevoir des services au cours d'une année

Des pays tels que la France et la Suisse affichent des taux de desserte très élevés pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution. Ils sont estimés respectivement à 80% (Brisacier & Collin, 2014) et entre 72% et 88% (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013). Dans d'autres pays tels que les États-Unis, on observe un faible taux de desserte (estimé autour de 10%). À Montréal, le Cran estimait que le taux de desserte pour le traitement des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes était de 30% en 2011 et fixait le requis de services à 50%.

Si les services montréalais parvenaient à rejoindre autour de 70% des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, c'est-à-dire environ 3500 usagers montréalais, ils se classeraient parmi les systèmes les plus performants.

La précarité de l'offre de services

Parmi les médecins traitant actuellement des patients avec un médicament de substitution hors des centres spécialisés, 38 ont répondu à la question portant sur les congés ou retraites prévus ainsi que sur la disponibilité d'une relève le cas échéant. Sept répondants prévoient prendre leur retraite ou un congé prolongé sous peu, dont trois ne déclarent pas de relève. Ces trois répondants traitent au total 20 patients hors des centres spécialisés. Parmi les trente-et-un répondants qui ne prévoient pas de congé prolongé ni de retraite, quatorze ne déclarent pas de relève. Le nombre recensé de patients traités par ces quatorze répondants s'élève à 396. En outre, 24 médecins prévoient pouvoir accueillir un minimum d'environ 151 nouveaux usagers ou transferts dans la prochaine année.

En ce qui concerne les centres spécialisés, seul le Cran considère disposer d'une relève (de la part des autres médecins) en cas de maladie, vacances ou retraite de l'un des médecins du centre spécialisé.

Fluidité pour l'accès aux services

Dans les centres spécialisés répondants, le délai d'attente pour l'obtention d'un traitement de substitution aux opioïdes varie entre moins d'une semaine et trois mois pour les usagers qui font une demande de service.

6.2 Accessibilité actuelle, écart et requis à atteindre

La population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal est estimée à 5000 personnes[18], ce qui représente 3500 personnes à traiter si l'on vise un taux de desserte de 70%. La consultation effectuée auprès des médecins et des centres spécialisés permet d'estimer qu'au cours de l'année précédant l'automne 2016, le taux de desserte pour les usagers résidant à Montréal était de 44% (figure 14).

Selon les données recueillies, on estime qu'au cours de l'année précédant l'automne 2016, 2924 usagers ont été traités avec un médicament de substitution sur l'île de Montréal. Environ 76% d'entre eux résident sur l'île de Montréal (n=2223) alors que 24% des patients traités résident à l'extérieur de Montréal (n=701, voir figure 15). Il est vraisemblable qu'une proportion similaire de patients provenant de l'extérieur de l'île de Montréal continuera de recourir aux services offerts à Montréal dans le futur. En conséquence, les projections portant sur les services requis doivent tenir compte de ces derniers. On estime ainsi que 1680 patients supplémentaires devraient

[18] Au Canada en 2013, la prévalence de l'abus d'opioïdes[18] a été estimée à 0,3% de la population de 15 ans et plus (Gouvernement du Canada, 2015).

recevoir des services afin d'atteindre un taux de desserte de 70% pour les résidents de Montréal tout en continuant à desservir 24% de patients provenant de l'extérieur de l'île de Montréal (figure 15).

Figure 14. Estimation du nombre de résidents de l'île de Montréal à desservir avec un traitement de substitution aux opioïdes selon le requis de services en 2016

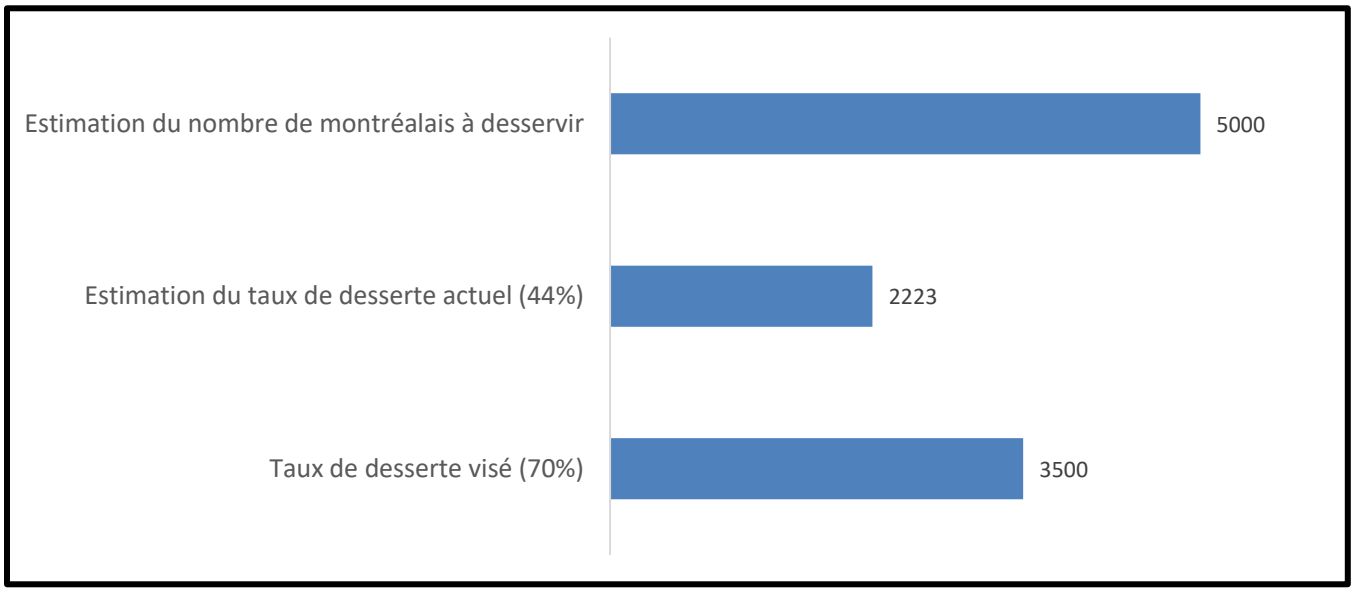
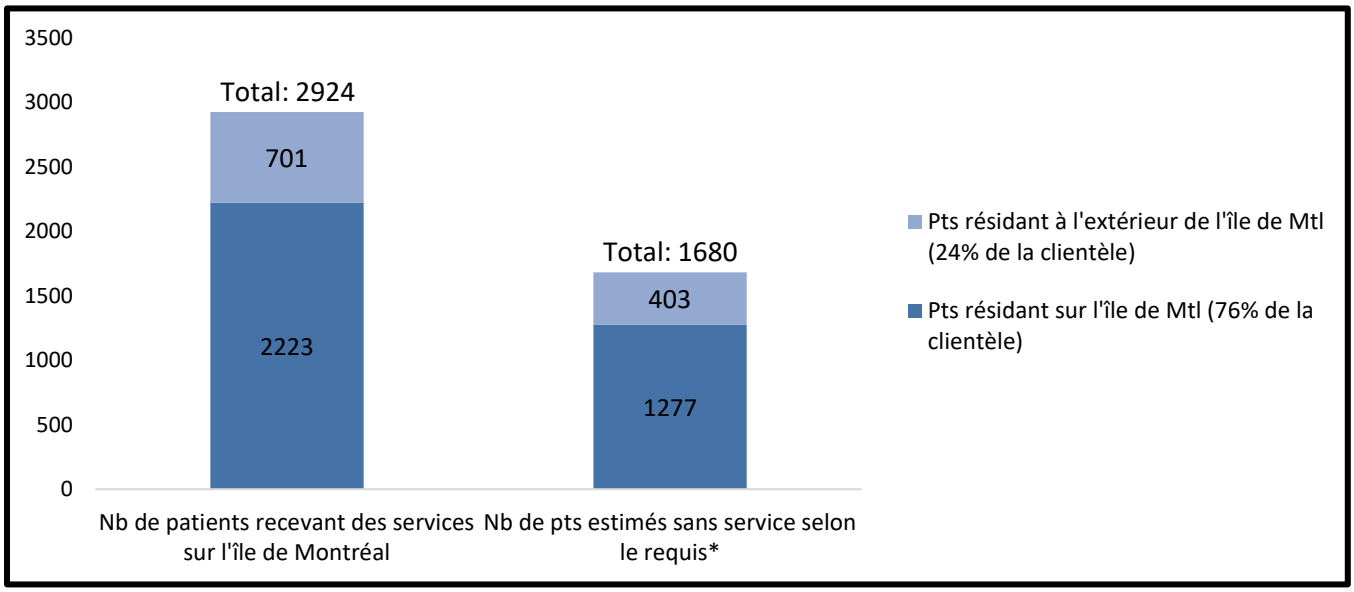


Figure 15. Estimation du nombre de patients recevant des services sur l'île de Montréal et du nombre de patients estimés ayant besoin de services selon le requis de services en 2016



*Le requis de services pour la population montréalaise en 2016 (3500 patients) correspond à 70% de la population estimée ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes sur l'Île de Montréal. Le requis de services tient compte qu'environ 24% de la population traitée avec un médicament de substitution aux opioïdes sur l'île de Montréal réside à l'extérieur de l'île.

Chapitre 7 – Constats, enjeux et recommandations

L'élaboration du présent rapport a permis de faire émerger plusieurs constats et enjeux en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes et de requis de services pour la clientèle. Le comité de travail ainsi que des membres du comité de direction du Cran se sont rencontrés à deux reprises afin de travailler à la formulation de recommandations en lien avec les principaux constats et enjeux retenus dans ce rapport. Les recommandations ainsi proposées pourront servir d'appui à l'élaboration d'un plan d'action régional en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes et de levier pour soutenir le développement de l'offre de services dans les régions en périphérie de Montréal.

7.1 Constats, enjeux et recommandations liés aux tendances

Constats

Aux États-Unis, le nombre de prescriptions d'opioïdes a quadruplé entre 1999 et 2014 et le nombre de surdoses mortelles d'opioïdes a connu une hausse de 200% entre 2000 et 2014 (Rudd *et al.*, 2016). En Colombie-Britannique, 332 surdoses de Fentanyl ont causé la mort entre janvier et septembre 2016, ce qui constitue une augmentation de 196% par rapport à la même période en 2015 (Ministry of Public Safety and Solicitor General, 2016).

Sur une période d'un peu plus de 10 ans, entre 2000 et 2012, « 1 775 décès attribuables à une intoxication par opioïde ont été dénombrés au Québec. Pour la période 2010-2012, le nombre annuel moyen de décès attribuables à une intoxication par opioïde a augmenté de 17,6 % en comparaison au nombre rapporté pour la période 2005-2009 » (Gagné et al., 2015). Par ailleurs, des sources journalistiques ayant obtenu des données de la Régie de l'assurance maladie rapportent que le nombre de prescription d'opioïdes aurait progressé de 29% entre 2011 et 2015 (Rettino-Parazelli, Le Devoir, 2016). Enfin, les données récentes du réseau SurvUDI mettent en relief que « la proportion de participants qui se sont injecté du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27,4 % en 2003 à 54,0 % en 2014 » (Leclerc et al., 2017).

Enjeu

Améliorer l'intervention sur les conditions qui influencent le développement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

Recommandations

L'élaboration de recommandations visant à agir sur l'évolution de la crise des opioïdes dépasse le mandat du présent rapport. Toutefois, à l'automne 2016, plusieurs instances fédérales et provinciales ont adopté des mesures visant à lutter contre la dépendance, les surdoses et les décès liés à la crise des opioïdes dans le cadre de la Conférence et sommet national sur les opioïdes qui a été tenue à Ottawa. Entre autres, dans le cadre du Plan d'action pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes, Santé Canada s'est engagé à « mieux informer les Canadiens sur les risques liés aux opioïdes », à « soutenir l'amélioration des pratiques d'ordonnances », à « réduire la facilité d'accès aux opioïdes inutiles », à « soutenir l'amélioration des traitements proposés aux patients », à « améliorer l'ensemble des données probantes en fonction desquelles les décisions politiques sont prises » et à « limiter la disponibilité et les méfaits des drogues illicites ». Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont pour leur part pris des engagements liés entre autres à la mise en œuvre

d'un programme de surveillance des prescriptions et à la modification des pratiques de prescriptions (Gouvernement du Canada, 2016b).

7.2 Constats, enjeux et recommandations liés aux caractéristiques de la clientèle

Constats

La recension des écrits ainsi que l'analyse des données disponibles pour la clientèle montréalaise indiquent qu'une proportion importante des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes souffre de troubles concomitants (santé mentale, santé physique, douleur chronique, polyconsommation). Ces personnes sont aussi fréquemment aux prises avec des problèmes liés à l'instabilité résidentielle, à la précarité professionnelle et financière, à la judiciarisation ou à la parentalité. Les soins requis impliquent alors l'intervention de différentes spécialités, ce qui se traduit souvent par des difficultés d'accès et des bris dans le continuum de services.

Les écrits recensés permettent de mettre en lumière les bénéfices et les limites associés aux systèmes reposant sur les soins primaires et ceux reposant sur les services spécialisés. En effet, si les soins primaires sont reconnus comme favorisant l'accès (surtout en zones rurales) ainsi que la prise en charge médicale globale (détection et traitement d'autres problèmes médicaux), les centres spécialisés ont l'avantage d'offrir une prise en charge multidisciplinaire particulièrement bénéfique pour les personnes souffrant de troubles concomitants. Les données recueillies auprès des fournisseurs de services montréalais permettent d'estimer qu'à Montréal, les patients suivis par un médecin de la communauté ont plus de chances de bénéficier d'une approche médicale globale alors que ceux qui sont desservis en centres spécialisés ont plus de chances de bénéficier d'une approche multidisciplinaire.

Dans ce contexte, une meilleure intégration des services constitue une réponse aux besoins de clientèles cibles ayant des problèmes complexes (Fleury, 2002; Fleury, Perreault, & Grenier, 2012; Fleury et al., 2012).

Enjeu

Améliorer la prise en charge globale et la continuité des soins pour les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes aux prises avec des troubles concomitants et des problèmes sociaux.

Recommandations

1. Prévoir des mécanismes d'intégration **à l'intérieur** des centres spécialisés afin d'offrir des services médicaux et psychosociaux globaux aux personnes souffrant de problèmes complexes;
2. Prévoir des mécanismes d'intégration **entre** les centres spécialisés et les ressources de la communauté afin d'offrir une réponse complète aux problèmes complexes et de transférer les clientèles stabilisées vers les médecins de la communauté;
3. Prévoir une démarche d'évaluation de l'offre de traitement de substitution en milieu carcéral et de la continuité des soins avec la communauté.

7.3 Constats, enjeux et recommandations liés à l'accessibilité (taux de desserte et clientèles non rejointes)

Constats

Les données recueillies permettent d'estimer que le taux de desserte des montréalais nécessitant un traitement de substitution aux opioïdes est de 44%. La comparaison des données recueillies en 2016 avec celles recueillies par le Cran en 2011 témoigne d'une amélioration des délais d'accès et du taux de desserte de la population ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Pourtant, l'enjeu de l'accessibilité demeure central puisqu'une proportion importante de la clientèle est encore estimée sans services.

En fonction de l'information disponible, il est réaliste de postuler qu'une part de la clientèle non rejointe par les services est composée d'utilisateurs vivant dans des conditions de précarité sociale. À titre d'exemple, les données du réseau SurvUDI (tableaux 1 et 2, pages 39-40) indiquent que 652 utilisateurs de drogues injectables consommant régulièrement des opioïdes n'avaient pas reçu de prescription pour un traitement de substitution dans le mois précédant leur participation à l'étude.

À la lumière des données portant sur l'augmentation de la prescription d'opioïdes, on peut croire qu'une autre part de la clientèle non rejointe serait composée de patients ayant développé un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes prescrits. Les rares données permettant de caractériser ces usagers de médicaments opioïdes convergent vers un profil socioéconomique plus favorable (Moore et al., 2007; Sigmon, 2006), rendant possiblement plus difficile l'identification et la prévention auprès de cette clientèle « invisible » en amont d'une détérioration de la situation.

Par ailleurs, la distribution géographique de l'offre de services en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes à Montréal pourrait aussi contribuer à expliquer les obstacles à l'accès pour certaines clientèles non rejointes. La comparaison entre la distribution des services médicaux et la répartition des pharmacies distributrices constitue un indice permettant d'estimer que sur certains territoires, les clientèles n'ont pas accès à des services de traitement locaux (voir cartes aux pages 52 et 55). Enfin, rappelons que 24% de la clientèle traitée sur l'île de Montréal résiderait à l'extérieur de Montréal, ce qui soulève d'importantes questions concernant l'accès au traitement dans les régions limitrophes.

Enjeu

Améliorer l'accès aux services pour les clientèles non rejointes afin d'atteindre le taux de desserte visé en fonction du requis de services.

Recommandations

1. Poursuivre l'outreach auprès des clientèles en situation de précarité sociale en collaboration avec les organismes impliqués dans la communauté (tel que, par exemple, les organismes de réduction des méfaits, de réinsertion et d'hébergement supervisé) afin d'améliorer l'accès aux services à bas seuil d'exigence ;
2. Prévoir des activités d'outreach visant à rejoindre les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de médicaments prescrits ;
3. Envisager une diversification des approches et des traitements pharmacologiques ;

4. Prévoir des mécanismes de collaboration, d'échanges et de soutien entre les médecins spécialistes de la toxicomanie, les médecins de la communauté et les médecins spécialistes de la douleur ;
5. Favoriser une répartition des services en fonction de la répartition de la clientèle sur l'île de Montréal ;
6. Adresser la question de l'accès aux services pour les personnes résidant à l'extérieur de l'ile de Montréal auprès des instances responsables.

7.4 Constats, enjeux et recommandations liés à la recherche et l'évaluation

Constats

La paucité des données courantes ou de rapports officiels ne permet pas d'évaluer avec précision l'ampleur du phénomène communément nommé « crise des opioïdes » au Québec. Les tendances canadiennes et américaines en la matière sont toutefois pertinentes à considérer dans le cadre de la prévision des services pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sur l'île de Montréal.

Par ailleurs, quelques publications américaines permettent de mettre en relief la présence de différents profils de consommateurs d'opioïdes. Ceux-ci sont classés selon qu'ils consomment des médicaments opioïdes, de l'héroïne, les deux ou selon la principale substance consommée (Moore et al., 2007; Wu et al., 2011; Sigmon, 2006). Certains auteurs distinguent aussi les usagers pour lesquels le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes a été initié dans un contexte de prescription médicale (Cicero et al., 2017). Les différents profils de consommateurs sont associés à des caractéristiques psychosociales dans la perspective d'adapter les traitements aux caractéristiques des clientèles distinctes.

Pour la clientèle du Québec et de Montréal, peu de données sont actuellement disponibles ou facilement accessibles pour documenter les profils et les besoins spécifiques des différentes clientèles en termes de traitement.

Enjeu

Améliorer l'accès à des informations pertinentes et mises à jour régulièrement (récentes) quant à la consommation d'opioïdes et à la prévalence des problèmes reliés à son utilisation pour appuyer la prise de décision des responsables de programmes et des intervenants ainsi que les travaux des chercheurs.

Recommandation

1. Favoriser la mise en place d'un système de monitorage pour l'étude de la clientèle et de ses besoins et développer une veille stratégique d'aide à la décision basée sur les technologies de l'information et des communications permettant un accès plus facile aux données existantes pour les intervenants, les chercheurs et les décideurs.

Encadré 7. Résumé des recommandations

Pour assurer une continuité des services auprès des personnes aux prises avec des problèmes complexes :

- Prévoir des mécanismes d'intégration à l'intérieur des centres spécialisés afin d'offrir des services médicaux et psychosociaux globaux aux personnes souffrant de problèmes complexes;
- Prévoir des mécanismes d'intégration entre les centres spécialisés et les ressources de la communauté afin d'offrir une réponse complète aux problèmes complexes et de transférer les clientèles stabilisées vers les médecins de la communauté;
- Prévoir une démarche d'évaluation de l'offre de traitement de substitution en milieu carcéral et de la continuité des soins avec la communauté.

Pour assurer des traitements à des populations éprouvant des difficultés d'accès :

- Poursuivre l'outreach auprès des clientèles en situation de précarité sociale en collaboration avec les organismes impliqués dans la communauté (tel que, par exemple, les organismes de réduction des méfaits, de réinsertion et d'hébergement supervisé) afin d'améliorer l'accès aux services à bas seuil d'exigence ;
- Prévoir des activités d'outreach visant à rejoindre les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de médicaments prescrits ;
- Envisager une diversification des approches et des traitements pharmacologiques ;
- Prévoir des mécanismes de collaboration, d'échanges et de soutien entre les médecins spécialistes de la toxicomanie, les médecins de la communauté et les médecins spécialistes de la douleur ;
- Favoriser une répartition des services en fonction de la répartition de la clientèle sur l'île de Montréal ;
- Adresser la question de l'accès aux services pour les personnes résidant à l'extérieur de l'ile de Montréal auprès des instances responsables.

Pour développer une meilleure compréhension du phénomène de la « crise des opioïdes » et des besoins spécifiques de la clientèle :

- Favoriser la mise en place d'un système de monitorage pour l'étude de la clientèle et de ses besoins et développer une veille stratégique d'aide à la décision basée sur les technologies de l'information et des communications permettant un accès plus facile aux données existantes pour les intervenants, les chercheurs et les décideurs.

Références

Adfam. 2014. Medications in drug treatment: tackling the risks to children. En ligne. http://www.adfam.org.uk/cms/docs/adfam_ost_fullreport_web.pdf

Ahamad, K., Milloy, M. J., Nguyen, P., Uhlmann, S., Johnson, C., Korthuis, T. P., . . . Wood, E. (2015). Factors associated with willingness to take extended release naltrexone among injection drug users. *Addict Sci Clin Pract, 10*, 12.

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Review). In Cochrane Database of Systematic Reviews (Ed.).

Amey, L., & Brunner, N. (2013). Traitement de substitution à la dépendance aux opioïdes - Étude de la réglementation de quelques pays francophones. *Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes.* from http://www.tdo3.ch/pdf/presentation/Rapport_Guillod_220113.pdf

Association canadienne de santé publique. (2014). L'héroïne, une drogue de prédilection? En ligne. http://www.cpha.ca/fr/about/digest/38-1/3.aspx

Bachireddy, C., Soule, M. C., Izenberg, J. M., Dvoryak, S., Dumchev, K., & Altice, F. L. (2014). Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend, 134*, 106-114.

Bailey GL, Herman DS, Stein MD. 2013. Perceived relapse risk and desire for medication assisted treatment among persons seeking inpatient opiate detoxification. J Subst Abuse **Treat**. 2013 Sep;45(3):302-5.

Bart, G. (2012). Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *J Addict Dis, 31*(3), 207-225.

Batchelder, A. W., Peyser, D., Nahvi, S., Arnsten, J. H., & Litwin, A. H. (2015). "Hepatitis C treatment turned me around:" Psychological and behavioral transformation related to hepatitis C treatment. *Drug Alcohol Depend, 153*, 66-71.

Beck, T., Haasen, C., Verthein, U., Walcher, S., Schuler, C., Backmund, M., . . . Reimer, J. (2014). Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non-inferiority study versus methadone. *Addiction, 109*(4), 617-626.

Bell, J. (2014). Pharmacological maintenance treatments of opiate addiction. *Br J Clin Pharmacol, 77*(2), 253-263.

Besson, J., Beck, T., Wiesbeck, G., Hammig, R., Kuntz, A., Abid, S., & Stohler, R. (2014). Opioid maintenance therapy in Switzerland: an overview of the Swiss IMPROVE study. *Swiss Med Wkly, 144*, w13933.

Bohnert AS, Eisenberg A, Whiteside L, Price A, McCabe SE, Ilgen MA. 2013. Prescription opioid use among addictions treatment patients: nonmedical use for pain relief vs. other forms of nonmedical use. Addict Behav. 2013 Mar;38(3):1776-81.

Bouab, O., Lahmek, P., Meunier, N., Aubin, H.-J. et L. Michel. 2013. Maintien de l'abstinence aux opioïdes à distance d'un sevrage de traitement de substitution aux opiacés réalisé en unité hospitalière d'addictologie. Rev Med Brux 2013 ; 34 :132-40.

Bowman, S., Eiserman, J., Beletsky, L., Stancliff, S., & Bruce, R. D. (2013). Reducing the health consequences of opioid addiction in primary care. *Am J Med, 126*(7), 565-571.

Brigham, G. S., Slesnick, N., Winhusen, T. M., Lewis, D. F., Guo, X., & Somoza, E. (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. *Drug Alcohol Depend, 138*, 240-243.

Brisacier, A.-M., & Collin, C. (2014). Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. *Tendances.* Retrieved 2016-08-01, from http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf

Brooner, R. K., Kidorf, M. S., King, V. L., Peirce, J., Neufeld, K., Stoller, K., & Kolodner, K. (2013). Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: a randomized and controlled evaluation. *Addiction, 108*(11), 1942-1951.

Byford, S., Barrett, B., Metrebian, N., Groshkova, T., Cary, M., Charles, V., . . . Strang, J. (2013). Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *Br J Psychiatry, 203*(5), 341-349.

CATIE. 2016. L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada. En ligne. http://www.catie.ca/fr/feuillets-info/epidemiologie/lepidemiologie-lhepatite-c-canada

CATIE. 2016. L'épidémiologie du VIH au Canada. En ligne. http://www.catie.ca/fr/feuillets-info/epidemiologie/epidemiologie-vih-canada

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R., & Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *Am J Psychiatry, 171*(4), 436-444.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 43* Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64164/

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). Mésusage d'opioïdes dans les villes canadiennes. http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-CCENDU-Opioid-Bulletin-2013-fr.pdf

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN). (2011). La dépendance aux opioïdes. Portrait des traitements de substitution au Québec. En ligne. http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/portrait_version_allegee_affichage.pdf

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN). (2016). Traitements assistés par la médication. http://www.cran.qc.ca/fr/nos-services-cliniques/traitements-assistes-par-la-medicationhttp://www.cran.qc.ca/fr/nos-services-cliniques/traitements-assistes-par-la-medication

Chavez, R. S. (2012). Standards for opioid treatment in the criminal justice system: implications for nurses. *J Addict Nurs, 23*(1), 40-46.

Cheatle, M., Comer, D., Wunsch, M., Skoufalos, A., & Reddy, Y. (2014). Treating pain in addicted patients: recommendations from an expert panel. *Popul Health Manag, 17*(2), 79-89.

Cicero, TJ, Ellis, MS et Kasper, ZA. 2017. Psychoactive substance use prior to the development of iatrogenic opioid abuse : A descriptive analysis of treatment-seeking opioid abusers.

Collège des médecins. (2014). Les prescripteurs de méthadone. http://www.cmq.org/pdf/capsules-dae/capsule-dae-8-methadone-2014.pdf

Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec. (2009). La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : Lignes directrices. http://www.opq.org/cms/Media/808_38_fr-CA_0_ld_buprenorphone.pdf

Comiskey CM. 2013. A 3 year national longitudinal study comparing drug treatment outcomes for opioid users with and without children in their custodial care at intake. J Subst Abuse **Treat**. 2013 Jan;44(1):90-6.

Compton, W.M., Jones, C.M., Baldwin, G.T. (2016). Relationship betwwen Nonmedical Prescription-Opioid Use and Heroin Use. *The New England Journal of Medicine*, 374(2), 154-63.

Cornford CS, Close HJ, Bray R, Beere D, Mason JM. 2015. Contraceptive use and pregnancy outcomes among opioid drug-using women: a retrospective cohort study. PLoS One. 2015 Mar 4;10(3)

Crits-Christoph, P., Lundy, C., Stringer, M., Gallop, R., & Gastfriend, D. R. (2015). Extended-Release Naltrexone for Alcohol and Opioid Problems in Missouri Parolees and Probationers. *J Subst Abuse Treat, 56*, 54-60.

Cropsey KL, Stevens EN, Valera P, Brendan Clark C, Bulls HW, Nair P, Lane PS. 2015. Risk factors for concurrent use of benzodiazepines and opioids among individuals under community corrections supervision. Drug Alcohol Depend. 2015 Sep 1;154:152-7.

DeFlavio, J. R., Rolin, S. A., Nordstrom, B. R., & Kazal, L. A., Jr. (2015). Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural Remote Health, 15*, 3019.

Dehghani-Arani, F., Rostami, R., & Nadali, H. (2013). Neurofeedback training for opiate addiction: improvement of mental health and craving. *Appl Psychophysiol Biofeedback, 38*(2), 133-141.

Demaret, I., Lemaître, A. & Ansseau, M. (2010). L'efficacité du traitement assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) à létranger. *Rev Med Liège, 65*(12): 681-687.

Dennis M, Scott CK. (2007). Managing addiction as a chronic condition. Addiction science & clinical practice 2007; 4(1): 45-55.

Department of Health (England) and the devolved administrations. (2007). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf

Dhingra L, Perlman DC, Masson C, Chen J, McKnight C, Jordan AE, Wasser T, Portenoy RK, Cheatle MD. 2015. Longitudinal analysis of pain and illicit drug use behaviors in outpatients on methadone maintenance. Drug Alcohol Depend. 2015 Apr 1;149:285-9.

D'Onofrio, G., O'Connor, P. G., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Busch, S. H., Owens, P. H., . . . Fiellin, D. A. (2015). Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA, 313*(16), 1636-1644.

Dreifuss JA, Griffin ML, Frost K, Fitzmaurice GM, Potter JS, Fiellin DA, Selzer J, Hatch-Maillette M, Sonne SC, Weiss RD. 2013. Patient characteristics associated with buprenorphine/naloxone treatment outcome for prescription opioid dependence: Results from a multisite study. Drug Alcohol Depend. 2013 Jul 1;131(1-2):112-8.

Ducharme, S., Fraser, R., & Gill, K. (2012). Mise à jour sur l'utilisation clinique de la buprénorphine pour les troubles reliés aux opioïdes. *Canadian Family Physician, 58*, e9-e14.

Duke, K., & Thom, B. (2014). The role of evidence and the expert in contemporary processes of governance: the case of opioid substitution treatment policy in England. *Int J Drug Policy, 25*(5), 964-971.

Dunn KE, Brooner RK, Clark MR. 2014. Severity and interference of chronic pain in methadone-maintained outpatients. Pain Med. 2014 Sep;15(9):1540-8.

Edelman, E. J., Dinh, A. T., Moore, B. A., Schottenfeld, R. S., Fiellin, D. A., & Sullivan, L. E. (2012). Human immunodeficiency virus testing practices among buprenorphine-prescribing physicians. *J Addict Med, 6*(2), 159-165.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2017). Lexique. https://www.fmoq.org/lexique/#U

Feelemyer, J. P., Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend, 134*, 251-258.

Fischer, B., De Leo, J.A., Allard, C., Firestone-Cruz, M., Patra, J., Rehm, J. (2009). Exploring Drug Sourcing among Regular Presciption Opioid Users in Canada : Data from Toronto and Victoria. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 51*(1): 55-72.

Fisher, B., Patra, J., Firestone Cruz, M., Gittins, J., Rehm, J. (2008). Coparing heroin users and presciption opiod users in a Canadian multisite population of illicit opiod users. *Drug and alcohol Review*, 27: 625-632.

Fleury, M. J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé Mentale au Québec, 27*(2), 7-15.

Fleury, M. J., Perreault, M., & Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. In M. Landry, S. Brochu, & C. Patenaude (Eds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 9-33). Québec: Presses de l'Université Laval.

Ford, C., Halliday, K., Euan Lawson, E., & Browne, E. (2011). Guidance for the use of substitute prescribing in the treatment of opioid dependence in primary care. http://www.rcgp.org.uk/learning/~/media/Files/SMAH/RCGP-Guidance-for-the-use-of-substitute-prescribing-in-the-treatment-of-opioid-dependence-in-primary-care-2011.ashx

Ford, W.E. & Luckey, J.W. (1983). Planning alcoholism services.: a technique for projecting specific service needs. *The International Journal of the Addictions*, 18(3): 319-331.

Fovet, T., Amad, A., Adins, C., & Thomas, P. (2014). [Psychotropic drugs in prison]. *Presse Med, 43*(5), 520-528.

Garcia-Portilla, M. P., Bobes-Bascaran, M. T., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Long term outcomes of pharmacological treatments for opioid dependence: does methadone still lead the pack? *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*(2), 272-284.

Garland, E. L. (2014). Disrupting the downward spiral of chronic pain and opioid addiction with mindfulness-oriented recovery enhancement: a review of clinical outcomes and neurocognitive targets. *J Pain Palliat Care Pharmacother, 28*(2), 122-129.

Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). Effects of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement on reward responsiveness and opioid cue-reactivity. *Psychopharmacology (Berl), 231*(16), 3229-3238.

Glauser, W. (2014). Divide over treating opioid-addicted moms. *CMAJ, 186*(10), E363-364.

Gagné, M., Dubé, PA., Légaré, G., Perron, PA. 2014. Décès attribuables à une intoxication par opioïde au Québec, 2000 à 2009 : mise à jour 2010-2012. Institut national de santé publique du Québec.

Goonoo, N., Bhaw-Luximon, A., Ujoodha, R., Jhugroo, A., Hulse, G. K., & Jhurry, D. (2014). Naltrexone: a review of existing sustained drug delivery systems and emerging nano-based systems. *J Control Release, 183*, 154-166.

Gouvernement du Canada. (2016a). 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

Gouvernement du Canada. (2016b). Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier la crise des opioïdes. En ligne. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html?_ga=1.212988500.1957922842.1479829441

Gouvernement du Canada. (2015). Sommaire des résultats pour 2013. http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php

Gouvernement du Québec. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf

Groshkova, T., Metrebian, N., Hallam, C., Charles, V., Martin, A., Forzisi, L., . . . Strang, J. (2013). Treatment expectations and satisfaction of treatment-refractory opioid-dependent patients in RIOTT, the Randomised Injectable Opiate Treatment Trial, the UK's first supervised injectable maintenance clinics. *Drug Alcohol Rev, 32*(6), 566-573.

Haddad, M. S., Zelenev, A., & Altice, F. L. (2015). Buprenorphine maintenance treatment retention improves nationally recommended preventive primary care screenings when integrated into urban federally qualified health centers. *J Urban Health, 92*(1), 193-213.

Hagemeier, N. E., Alamian, A., Murawski, M. M., & Pack, R. P. (2015). Factors associated with provision of addiction treatment information by community pharmacists. *J Subst Abuse Treat, 52*, 67-72.

Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harv Rev Psychiatry, 23*(2), 76-89.

Institut national d'excellece en santé et en services sociaux (INESSS). (ETMIS 2016). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neil et Micheline Lapalme. *12*, 1-83. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf

Institut national de santé publique Québec (INSPQ). (2012). L'aproche de réduction des méfaits. https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits

Jones, C.M. (2012). Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers – United States, 2002-2004 and 2008-2010. *Drud and Alcohol Dependence*, 132:95-100.

Kakko, J., Gronbladh, L., Svanborg, K. D., von Wachenfeldt, J., Ruck, C., Rawlings, B., . . . Heilig, M. (2007). A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry, 164*(5), 797-803.

Kirchmayer, U., Davoli, M., Verster, A. D., Amato, L., Ferri, A., & Perucci, C. A. (2002). A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction, 97*(10), 1241-1249.

Klimas, J., Marie Henihan, A., McCombe, G., Swan, D., Anderson, R., Bury, G., . . . Cullen, W. (2015). Psychosocial Interventions for Problem Alcohol Use in Primary Care Settings (PINTA): Baseline Feasibility Data. *J Dual Diagn, 11*(2), 97-106.

Klimas, J., O'Reilly, M., Egan, M., Tobin, H., & Bury, G. (2014). Urban overdose hotspots: a 12-month prospective study in Dublin ambulance services. *Am J Emerg Med, 32*(10), 1168-1173.

Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., Kreiner, P., Eadie, J. L., Clark, T. W., & Alexander, G. C. (2015). The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. *Annu Rev Public Health, 36*, 559-574.

Komaromy, M., Duhigg, D., Metcalf, A., Carlson, C., Kalishman, S., Hayes, L., . . . Arora, S. (2016). Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders. *Subst Abus, 37*(1), 20-24.

Kornfeld, H., & Reetz, H. (2015). Transdermal buprenorphine, opioid rotation to sublingual buprenorphine, and the avoidance of precipitated withdrawal: a review of the literature and demonstration in three chronic pain patients treated with butrans. *Am J Ther, 22*(3), 199-205.

Kunoe, N., Lobmaier, P., Ngo, H., & Hulse, G. (2012). Injectable and implantable sustained release naltrexone in the treatment of opioid addiction. *BJCP, 77*(2), 264-271.

Landry, M., Tremblay, J., Bertrand, K., & Ménard, J. M. (2010). Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance. http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/dependances/docs/Pratiques_reconnues_traitement_jeunes_et_adultes.pdf

Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologidu VIH de 1995 à 2014 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014. En ligne. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2227_surveillance_maladies_utilisateurs_drogue_injection_2015_0.pdf

Institut national de santé publique du Québec, 2015, 117 pages.Leclerc, P., Morrissette, C., Tremblay, C., & Roy, E. (À paraître). Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 4 – Données au 31 décembre 2015. Gouvernement du Québec.

Li, X., Shorter, D., & Kosten, T. R. (2014). Buprenorphine in the treatment of opioid addiction: opportunities, challenges and strategies. *Expert Opin Pharmacother, 15*(15), 2263-2275.

Liebschutz, J. M., Crooks, D., Herman, D., Anderson, B., Tsui, J., Meshesha, L. Z., . . . Stein, M. (2014). Buprenorphine treatment for hospitalized, opioid-dependent patients: a randomized clinical trial. *JAMA*

Lofwall, M. R., & Walsh, S. L. (2014). A review of buprenorphine diversion and misuse: the current evidence base and experiences from around the world. *J Addict Med, 8*(5), 315-326.

Maguire DJ. 2013. Mothers on methadone: care in the NICU. Neonatal Netw. 2013 Nov-Dec;32(6):409-15.Mark et al. 2013. Psychiatric and medical comorbidities, associated pain, and healthcare utilization of patients prescribed buprenorphine.

Mannelli, P., Wu, L. T., Peindl, K. S., Swartz, M. S., & Woody, G. E. (2014). Extended release naltrexone injection is performed in the majority of opioid dependent patients receiving outpatient induction: a very low dose naltrexone and buprenorphine open label trial. *Drug Alcohol Depend, 138*, 83-88.

Mark, T.L., Dilonardo, J., Vandivort, R., Miller, K. 2013. Psychiatric and medical comorbidities, associated pain, and health care utilization of patients prescribed buprenorphine. Journal of Substance Abuse Treatment, 44: 481-87.

Marsch, L. A., Guarino, H., Acosta, M., Aponte-Melendez, Y., Cleland, C., Grabinski, M., . . . Edwards, J. (2014). Web-based behavioral treatment for substance use disorders as a partial replacement of standard methadone maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat, 46*(1), 43-51.

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence: Cochrane Database of Systematic Reviews.

Matusow, H., Dickman, S. L., Rich, J. D., Fong, C., Dumont, D. M., Hardin, C., . . . Rosenblum, A. (2013). Medication assisted treatment in US drug courts: results from a nationwide survey of availability, barriers and attitudes. *J Subst Abuse Treat, 44*(5), 473-480.

McCauley, J. L., Mercer, M. A., Barth, K. S., Brady, K. T., & Back, S. E. (2014). Pain management perceptions among prescription opioid dependent individuals. *Drug Alcohol Depend, 142*, 354-358.

Meini, M., Moncini, M., Daini, L., Giarratana, T., Scaramelli, D., Chericoni, S., . . . Rucci, P. (2015). Relationship between plasma concentrations of the l-enantiomer of methadone and response to methadone maintenance treatment. *Eur J Pharmacol, 760*, 1-6.

Metrebian, N., Groshkova, T., Hellier, J., Charles, V., Martin, A., Forzisi, L., . . . Strang, J. (2015). Drug use, health and social outcomes of hard-to-treat heroin addicts receiving supervised injectable opiate treatment: secondary outcomes from the Randomized Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT). *Addiction, 110*(3), 479-490.

Metz, V. E., Brandt, L., Unger, A., & Fischer, G. (2014). Substance abuse/dependence treatment: a European perspective. *Subst Abus, 35*(3), 309-320.

Meyer, M., & Phillips, J. (2015). Caring for pregnant opioid abusers in Vermont: A potential model for non-urban areas. *Prev Med, 80*, 18-22.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2006). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011: Unis dans l'action. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-804-01.pdf

Ministry of Public Safety and Solicitor General. (2016). Fentanyl-Detected Illicit Drug Overdose Deaths January 1, 2012 to September 30, 2016. http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/fentanyl-detected-overdose.pdf

Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, O'Grady KE, Olsen YK, Jaffe JH. 2013. A randomized trial of intensive outpatient (IOP) vs. standard outpatient (OP) buprenorphine treatment for African Americans. Drug Alcohol Depend. 2013 Mar 1;128(3):222-9.

Moore, BA., Fiellin, DA., Barry, DT., Sullivan, LE., Chawarski, MC., O'Connor, PG., Schottenfeld. 2007. Primary Care Office-based Buprenorphine Treatment : Comparison of Heroin and Presciption Opioid Dependent Patients. J Gen Intern Med, 22(4): 527-530.

National Collaborating Centre for Methods and Tools. (s.d.) Methods: Synthesis 1. Rapid reviews: Methods and implications. [factsheet]. En ligne. http://www.nccmt.ca/pubs/Methods_Synthesis1.pdf.

National Treatment Agency (NTA). (2011). Recovery-orientated drug treatment an interim report by professor john strang, chair of the expert group. http://www.drugsandalcohol.ie/15524/1/NTA_Strand_recovery_oriented.pdf

New Zealand Ministry of Health. (2014). New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-2014

Nosyk, B., Anglin, M. D., Brecht, M. L., Lima, V. D., & Hser, Y. I. (2013). Characterizing durations of heroin abstinence in the California Civil Addict Program: results from a 33-year observational cohort study. *Am J Epidemiol, 177*(7), 675-682.

Nosyk, B., Anglin, M. D., Brissette, S., Kerr, T., Marsh, D. C., Schackman, B. R., . . . Montaner, J. S. G. (2013). A Call For Evidence-Based Medical Treatment Of Opioid Dependence In The United States And Canada. *Health Affairs, 32*(8), 1462-1469.

Nunes, E. V., Krupitsky, E., Ling, W., Zummo, J., Memisoglu, A., Silverman, B. L., & Gastfriend, D. R. (2015). Treating Opioid Dependence With Injectable Extended-Release Naltrexone (XR-NTX): Who Will Respond? *J Addict Med, 9*(3), 238-243.

Nutt, D. J. (2015). Considerations on the role of buprenorphine in recovery from heroin addiction from a UK perspective. *J Psychopharmacol, 29*(1), 43-49.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2011). De la coercition à la cohésion - Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctinos. https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Coersion_FRENCH.pdf

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2015). Rapport mondial sur les drogues 2015 : Résumé analytique. http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). Dépendance aux opioïdes -Traitements basés sur la substitution http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Dependances/Drogues_illegales/BAG_Brosch_SGB_f_5__def_220713_1_.pdf

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (sans date). Traitement avec prescription de produits de substitution. http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=fr

Ordre des pharmaciens du Québec. (2004). Modifications aux lignes directrices : Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés. http://www.opq.org/cms/Media/811_38_fr-CA_0_ld_methadone_modif.pdf

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. *JAMA Psychiatry, 73*(5), 447-455.

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. *The New England Journal of Medicine, 361*(8): 777-786.

Paquin, I., Perreault, M., & Milton, D. (2011). Traitement de la dépendance aux opioïdes: évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux. *Drogues, santé et société, 10*(1), 93-135.

Parrino, M. W., Maremmani, A. G., Samuels, P. N., & Maremmani, I. (2015). Challenges and Opportunities for the Use of Medications to Treat Opioid Addiction in the United States and Other Nations of the World. *J Addict Dis, 34*(2-3), 255-262.

Perreault, M., Archambault, L., Milton, D. Artunduaga, A., Sam Tion, M. (2015). Projet de clinique délocalisée–CRAN (Relais) Rapport synthèse des consultations menées avec des partenaires et des usagers du Cran/relais. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Perreault, M., Bouchard, S., Lapalme, M., Laverdure, A., Audet, D., Cusson, J.-C., . . . Bélanger, C. (2015). Perspective de pairs aidants sur leur expérience d'animation d'un programme d'autotraitement du trouble panique. *Santé Mentale au Québec, XL*, 35-51.

Perreault, M., Héroux, M. C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C., & Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Revue Canadienne de Santé Publique, 98*(1), 33-36.

Perreault, M. & Komaroff, J. (2013). Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants !. *Drogues, santé et société, 12*(1), i-vi.

Reissner et al.,2012. Differrences in dug consumption, comorbidity and health service use of opioid addicts across six European urban regions. European Psychiatry, 27: 455-462.
Rettino-Parazelli, K. 2016. L'usage d'opioïdes est en forte hausse, *Le Devoir*, 25 avril 2016.
Ries, Richard; Krupski, Antoinette; West, Imara I; Maynard, Charles; Bumgardner, Kristin; Donovan, Dennis; Dunn, Chris; Roy-Byrne, Peter. 2015. Correlates of opioid use in adults with self-reported drug use recruited from public safety-net primary care clinics. Journal of Addiction Medicine. Vol.9(5), Oct 2015, pp. 417-426.
Rigg KK, Murphy JW. 2013. Understanding the etiology of prescription opioid abuse: implications for prevention and treatment. Qual Health Res. 2013 Jul;23(7):963-75.
Riksheim, M., Gossop, M., & Clausen, T. (2014). From methadone to buprenorphine: changes during a 10 year period within a national opioid maintenance treatment programme. *J Subst Abuse Treat, 46*(3), 291-294.
Rosenblatt, R. A., Andrilla, C. H., Catlin, M., & Larson, E. H. (2015). Geographic and specialty distribution of US physicians trained to treat opioid use disorder. *Ann Fam Med, 13*(1), 23-26.
Rosenthal, R. N., Ling, W., Casadonte, P., Vocci, F., Bailey, G. L., Kampman, K., . . . Beebe, K. L. (2013). Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: randomized comparison to placebo and sublingual buprenorphine/naloxone. *Addiction, 108*(12), 2141-2149.
Roy É, Richer I, Arruda N, Vandermeerschen J, Bruneau J. 2013. Patterns of cocaine and opioid co-use and polyroutes of administration among street-based cocaine users in Montréal, Canada. Int J Drug Policy. Mar;24(2):142-9.
Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths--United States, 2000-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 Jan 1;64(50-51):1378-82.
Rush, B. (1990). A systems approach to estimating the required capacityu of alcohol treatment services. British Journal of Addiction, 85:49-59.
SAMHSA. (2015). Treatments for Substance Use Disorders. http://www.samhsa.gov/treatment/substance-use-disorders
Seidenberg A, Rosemann T, Senn O. 2013. Patients receiving opioid maintenance treatment in primary care: successful chronic hepatitis C care in a real world setting. BMC Infect Dis. 2013 Jan 8;13:9.
Sigmon, SC. 2006. Characterizing the Emerging Population of Prescription Opioid Abusers. The American Journal on Addictions, 15:208-212.
Simoneau, H. (2012). Repérage systématique et intervention précoce : un maillon en émergence dans l'intégration des services en toxicomanie. In M. Landry, S. Brochu, & C. Patenaude (Eds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 35-54). Québec: Presses de l'Université Laval.
Soyka, M. (2013). Buprenorphine use in pregnant opioid users: a critical review. *CNS Drugs, 27*(8), 653-662.
Sproule, B., Brands, B., Li, S., Catz-Biro, L. (2009). Changing patterns in opioid addiction. Characterizing users of oxycodone and other opioids. *Canadian Family Physician, 55*:68-9.e1-5.
Stevenson E, Cole J. 2015. Associations between chronic non-cancer pain and medication assisted treatment outcomes for opiate addiction. Am J Addict. 2015 Mar;24(2):138-43.
The Betty Ford Institute Consensus, P. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 221-228.
Tomori, C., Go, V. F., Tuan le, N., Huong, N. M., Binh, N. T., Zelaya, C. E., . . . Quan, V. M. (2014). "In their perception we are addicts": social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam. *Int J Drug Policy, 25*(5), 897-904.
Tremblay, J., Tourigny, M., Gingras, Y., Dumont, J. 2007. Proposition d'un requis de service en dépendance pour la Capitale-Nationale. Pour vivre sa vie autrement. Orientations stratégiques 2007-2012.
Vajdic CM, Marashi Pour S, Olivier J, Swart A, O'Connell DL, Falster MO, Meagher NS, Mao L, Grulich AE, Randall DA, Amin J, Burns L, Degenhardt L. 2015. The impact of blood-borne viruses on cause-specific mortality among opioid dependent people: An Australian population-based cohort study. Drug and Alcohol Dependency, 152 : 264-271.

Vorma H, Sokero P, Aaltonen M, Turtiainen S, Hughes LA, Savolainen J. 2013. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: evidence from a community study. Addict Behav. 2013 Jul;38(7):2313-6.

Voon P, Kerr T. 2013. "Nonmedical" prescription opioid use in North America: a call for priority action. Subst Abuse Treat Prev Policy. Dec 1;8:39.

Wachholtz, A., Foster, S., & Cheatle, M. (2015). Psychophysiology of pain and opioid use: implications for managing pain in patients with an opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend, 146*, 1-6.

Wachholtz, A., & Gonzalez, G. (2014). Co-morbid pain and opioid addiction: long term effect of opioid maintenance on acute pain. *Drug Alcohol Depend, 145*, 143-149.

Walley, A. Y. (2015). HIV prevention and treatment strategies can help address the overdose crisis. *Prev Med, 80*, 37-40.

Walter, M., Gerber, H., Kuhl, H. C., Schmid, O., Joechle, W., Lanz, C., . . . Borgwardt, S. J. (2013). Acute effects of intravenous heroin on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response: a controlled trial. *J Clin Psychopharmacol, 33*(2), 193-198.

Wang KH, Becker WC, Fiellin DA. 2013. Prevalence and correlates for nonmedical use of prescription opioids among urban and rural residents. Drug Alcohol Depend. 2013 Jan 1;127 (1-3):156-62.

Weber, V. (2016). L'utilisation d'opioïdes au Canada: prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Weiss RD, Potter JS, Griffin ML, Provost SE, Fitzmaurice GM, McDermott KA, Srisarajivakul EN, Dodd DR, Dreifuss JA, McHugh RK, Carroll KM. 2015. Long-term outcomes from the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network Prescription Opioid Addiction Treatment Study. Drug Alcohol Depend. 2015 May 1;150:112-9

Weiss RD, Potter JS, Griffin ML, McHugh RK, Haller D, Jacobs P, Gardin J 2nd, Fischer D, Rosen KD. 2014. Reasons for opioid use among patients with dependence on prescription opioids: the role of chronic pain. J Subst Abuse Treat. 2014 Aug;47(2):140-5.

White, W. L. (2012). Medication-Assisted Recovery from Opioid Addiction: Historical and Contemporary Perspectives. *Journal of Addictive Diseases, 31*(3), 199-206.

World Health Organisation (WHO). (2013). Delivery models of opioid agonist maintenance treatment in South Asia: a good beginning. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/12-111815/en/

World Health Organization (WHO). (2008). The methadone fix. http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/

Wu, LT., Woody, GE, Yang, C., Blazer, DG. 2011. How do prescription opioid users differ from users of heroin or other drugs in psychopathology: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Addict Med, 5(1):28-35.

Zilverstand, A., Parvaz, M. A., Moeller, S. J., & Goldstein, R. Z. (2016). Cognitive interventions for addiction medicine: Understanding the underlying neurobiological mechanisms. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26822363

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux pharmaciens

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

110, rue Prince-Arthur Ouest, Montréal (Qc) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939 #224 Sans frais : 1-866-726-2343 Télécopieur : 514 284-6868
Courriel : frederic.venne.cran@ssss.gouv.qc.ca Site internet : www.cran.qc.ca

PROFIL DES PHARMACIES OFFRANT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION POUR LES TROUBLES LIÉS A L'UTILISATION D'OPIOÏDES – SEPTEMBRE 2016

NOM, ADRESSE ET HEURES D'OUVERTURE DE LA PHARMACIE

SERVICES PHARMACEUTIQUES DONNÉS EN PHARMACIE

1. Combien de clients actuellement sous traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution desservez-vous ?
   - Notre pharmacie dessert _ _ clients sous traitement de méthadone
   - Notre pharmacie dessert _ _ clients sous traitement de buprénorphine - naloxone

SERVICES OFFERTS PAR VOTRE PHARMACIE POUR LES CLIENT EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

2. Quels sont les services offerts par votre pharmacie aux clients en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution ?

☐1 Distribution de trousses de naloxone
☐2 Tests d'urine
☐3 Traitement de l'hépatite C et du VIH
☐4 Aire de service réservée au traitement de substitution
☐5 Service quotidien des autres médicaments et prise supervisée des autres médicaments
☐6 Récupération de seringues usagées et distribution de trousses MIP (matériel d'injection personnel)
☐7 Autre _____

ENJEUX ACTUELS

3. Quels sont les enjeux actuels auxquels est confrontée votre pharmacie en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution?

☐1 Organisation du travail/Gestion du temps
☐2 Crainte des risques d'erreur
☐3 Craintes associées à la clientèle
☐4 Besoin de formation
☐5 Autres _____

Formulaire rempli par : _____ **Date** : _____

Prière de retourner ce formulaire à l'attention de Léonie Archambault **avant le 5 octobre 2016**.
Télécopieur : **514-888-4063** Courriel : **Leonie.Archambault@douglas.mcgill.ca**
Pour toutes questions, communiquez avec
Léonie Archambault (Centre de recherche de l'hôpital Douglas) : 514-761-6131 poste 2835
ou Frédéric Venne (Cran) : 514 527-6939 poste 224

29 septembre 2016

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec
Centre de recherche de l'hôpital Douglas

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins de la communauté

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

110, rue Prince-Arthur Ouest, Montréal (Qc) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939 #224 Sans frais : 1-866-726-2343 Télécopieur : 514 284-6868
Courriel : frederic.venne.cran@ssss.gouv.qc.ca Site internet : www.cran.qc.ca

QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES MÉDECINS PRESCRIVANT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION POUR LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'OPIOÏDES
SEPTEMBRE 2016

1. Nom du médecin prescripteur : _____

*Les questions **2 à 12** portent sur votre **principal milieu de pratique***

SERVICES MÉDICAUX

2. Quel modèle de clinique reflète le mieux votre principal milieu de pratique (**excluant le Cran, le service de médecine des toxicomanies du CHUM, la clinique Herzl et le CRDM-IU**) ?

☐1 Groupe de médecine familiale (GMF) ☐2 Unité de médecine familiale (UMF)
☐3 Centre local de services communautaires (CLSC) ☐4 Polyclinique médicale ou cabinet privé
☐5 Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)
☐6 Autre _____

3. Combien de patients suivez-vous actuellement en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution (dossiers actifs*) ?

Sous **méthadone** ? ____ patients Sous **buprénorphine - naloxone** ? ____ patients

**Un dossier est actif si le patient a fait l'objet d'au moins une intervention au cours de la dernière année*

4. Agissez-vous à titre de médecin de famille pour vos patients en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution ? ☐1 OUI ☐2 NON

5. Prévoyez-vous prendre votre retraite ou un congé prolongé sous peu ? ☐1 OUI ☐2 NON

6. Disposez-vous d'une relève médicale pour vos patients en traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution en cas de maladie, vacances ou retraite ? ☐1 OUI ☐2 NON
Si oui, laquelle : _____

7. Prévoyez-vous avoir des disponibilités pour accueillir de nouveaux usagers et/ou des transferts dans la prochaine année? ☐1 OUI ☐2 NON
Si oui, combien : _____

AUTRES SERVICES OFFERTS POUR LES PATIENTS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

8. Des services infirmiers sont-ils offerts par votre clinique aux patients en traitement de substitution ? ☐1 OUI ☐2 NON

9. Des services psychosociaux sont-ils offerts par votre clinique aux patients en traitement de substitution ? ☐1 OUI ☐2 NON

Si oui, lesquels :

☐1 Travailleurs sociaux ☐2 Psychologues
☐3 Éducateurs spécialisés ☐4 Agents de relations humaines ☐5 Autres _____

PROVENANCE DES PATIENTS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

10. Quel pourcentage (approximatif) de votre clientèle en traitement de substitution réside :

    À Montréal : _____% À l'extérieur de Montréal : _____%

11. Quel pourcentage approximatif de votre clientèle en traitement de substitution provient :

    D'une référence d'un centre spécialisé : ____%

    De votre clientèle en médecine familiale : ____%

    Autre : ____% (Précisez : _____)

ENJEUX ACTUELS

12. Quels sont les enjeux auxquels vous êtes confronté en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution (aux niveaux médical, infirmier et psychosocial)?

    ☐1 Organisation du travail/Gestion du temps
    ☐2 Crainte des risques d'erreur
    ☐3 Craintes associées à la clientèle
    ☐4 Besoin de formation
    ☐5 Autres _____

*La **question 13** porte sur vos **autres milieux de pratique***

AUTRES MILIEUX DE PRATIQUE

13. Si vous travaillez dans un ou plusieurs autres milieux de pratique, veuillez indiquer lesquels ainsi que le nombre de patients suivis dans chaque milieu :

    ☐1 Groupe de médecine familiale (____ patients)
    ☐2 Unité de médecine familiale (____ patients)
    ☐3 Centre local de services communautaires (____ patients)
    ☐4 Polyclinique médicale ou cabinet privé (____ patients)
    ☐5 Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (____ patients)
    ☐6 Centre spécialisé : Cran, Médecine des toxicomanies au CHUM, Herzl ou CRDM-IU (____ patients)
    ☐7 Autre _____ (____ patients)

Formulaire rempli par : _____ Date : _____

Prière de retourner ce formulaire à l'attention de Léonie Archambault **avant le 15 octobre**.
Télécopieur : **514-888-4063** Courriel : **Leonie.Archambault@douglas.mcgill.ca**

Pour toutes questions, communiquez avec
Léonie Archambault (Centre de recherche de l'hôpital Douglas) : 514-761-6131 poste 2835
ou Karine Hudon (Cran) : 514 527-6939 poste 252

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux centres spécialisés

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
110, rue Prince-Arthur Ouest, Montréal (Qc) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939 #224 Sans frais : 1-866-726-2343 Télécopieur : 514 284-6868

PROFIL DES CENTRES SPÉCIALISÉS MONTRÉALAIS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'OPIOÏDES AVEC UN MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION SEPTEMBRE 2016

1. Nom du Centre spécialisé :

2. Votre centre offre le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution dans combien de points de service ?_____

SERVICES MÉDICAUX

3. Nombre de médecins prescripteurs pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution : _____

4. Nombre d'heures/semaine totales dédiées par l'ensemble des médecins au traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution : _____

5. Nombre de médecins prescripteurs qui planifient leur retraite prochainement : _____

6. Disposez-vous d'une relève médicale pour vos patients en traitement avec un médicament de substitution en cas de maladie, vacances ou retraite de l'un des médecins de votre centre spécialisé?
   ☐1 OUI Laquelle ? _____ ☐2 NON

7. Les médecins qui assurent les suivis de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution agissent-ils aussi à titre de médecins de famille pour la majorité de leurs patients ? ☐1 OUI ☐2 NON

SERVICES INFIRMIERS

8. Nombre d'effectifs en équivalents temps plein dédiés au traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution (services infirmiers) : _____

SERVICES PSYCHOSOCIAUX

9. Nombre d'effectifs en équivalents temps plein dédiés au traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec un médicament de substitution (services psychosociaux) : _____

Types de professionnels psychosociaux :

☐1 Travailleurs sociaux ☐2 Psychologues

☐3 Éducateurs spécialisés ☐4 Agents de relations humaines

☐5 Autres : _____

MÉDICAMENTS PRESCRITS

10. ☐1 MÉTHADONE (RATIO ____%) ☐2 BUPRÉNORPHINE - NALOXONE (RATIO____%) ☐3 AUTRE (RATIO___%)

PATIENTS AYANT UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

11. Nombre de patients ayant fait l'objet d'au moins une intervention au cours de la dernière année : _____

12. Nombre de patients en attente de traitement (admission élective) : _____
    Nombre de patients en attente de traitement (transfert) : _____

13. Quel pourcentage (approximatif) de votre clientèle en traitement de substitution réside :
    À Montréal : _____% À l'extérieur de Montréal : _____%

14. Quel pourcentage (approximatif) de votre clientèle en traitement de substitution provient :
    D'une référence d'un médecin de première ligne : ____%
    Autre : ____% (Précisez : _____)

BESOINS PARTICULIERS DES PATIENTS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

15. Quel pourcentage (approximatif) de votre clientèle en traitement présente les caractéristiques suivantes :

Polyconsommation :	____%	ITSS :	____%
Douleur chronique :	____%	Troubles de santé mentale :	____%
Précarité résidentielle :	____%	Jeunes enfants à charge:	____%
Grossesse :	____%	Problèmes liés au vieillissement :	____%

ACCESSIBILITÉ

16. Délai pour obtenir un traitement de substitution dans votre centre pour un patient sans traitement :

☐1 Moins d'une semaine d'attente ☐2 Entre une semaine et un mois d'attente
☐3 Entre un et trois mois d'attente ☐4 Entre trois et six mois d'attente
☐5 Plus de six mois d'attente ☐6 Aucune accessibilité

ENJEUX ACTUELS

17. Quels sont les enjeux actuels auxquels est confronté votre centre spécialisé en matière de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (aux niveaux médical, infirmier et psychosocial)?

_____

_____

__

_____

_

Formulaire rempli par : _____ Date : _____

Prière de retourner ce formulaire à l'attention de Léonie Archambault **avant le 30 septembre 2016**.
Télécopieur : **514-888-4063** Courriel : **Leonie.Archambault@douglas.mcgill.ca**

Pour toutes questions, communiquez avec
Léonie Archambault (Centre de recherche de l'hôpital Douglas) : 514-761-6131 poste 2835
ou Frédéric Venne (Cran) : 514 527-6939 poste 224

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal
Québec
Centre de recherche de l'hôpital Douglas