

RAPPORT COMBINÉ DES RECHERCHES :

« Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec »

« La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation »

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Québec 

Le **Rapport combiné des recherches** : « *Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec* » et « *La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation* » est une production de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

DIRECTION – RESPONSABLES DU PROJET

Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur, École de travail social, UQAM
Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc., professeure adjointe de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

COORDINATION

Karine Hudon, B.A., chargée de projet, IUD

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Valérie Aubut, M. Sc., adjointe à la chargée de projet, IUD
Sarah Bell, B.T.S., professionnelle de recherche, IUD
Rosalie Genois, B. Sc., professionnelle de recherche, IUD
Yan Ferguson, M. Sc., professionnel de recherche, IUD
Shany Lavoie, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Yan McPhail, B. Sc., professionnel de recherche, IUD
Kettly Pinchinat Jean-Charles, Ph. D.(C) santé publique, professionnelle de recherche, IUD
Marie-Claude Plessis-Bélair, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Malaka Rached-D'Astous, M.A., professionnelle de recherche, IUD

RÉDACTION DU RAPPORT

Sarah Bell, B.T.S., professionnelle de recherche, IUD
Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur, École de travail social, UQAM
Yan Ferguson, M. Sc., professionnel de recherche, IUD
Marie-Ève Goyer, M.D., M. Sc., professeure adjointe de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal
Marie-Claude Plessis-Bélair, M.A., professionnelle de recherche, IUD
Vincent Wagner, Ph. D., collaborateur à la recherche

COLLABORATEURS

Marc-André Lavallée, M.D., consultant externe
Valérie Pelletier, B.T.S., collaboratrice à la recherche

SOUTIEN ADMINISTRATIF

Marie-Josée Dion, technicienne en administration, IUD
Danielle Richer, technicienne en administration, IUD

COMITÉ CONSULTATIF DE PROJET :

La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Julie Bruneau, ICRAS-CHUM

Martin Camiré, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Serge Dupont, Collège des médecins du Québec

Guylaine Dupuis, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Nathalie Gagné, CISSS l'Outaouais

Guy-Pierre Lévesque, Méta d'Âme

Vincent Marcoux, AQCID

Alexandre Ratté, AQCID

D^{re} Annie Talbot, ICRAS-CHUM

Kenneth Wong, Méta d'Âme

COMITÉ CONSULTATIF DE PROJET :

Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec

Geneviève Ashini, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Samuel Blain, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Christelle Dusablon-Pelletier, AQPSUD

D^r Olivier Farmer, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Annick Gill, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

D^r Antoine Groulx, M. D., M. Sc., FCMF, ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Shelley-Rose Hyppolite, Université Laval et DRSP de la Capitale-Nationale

Vanessa L. Constantineau, AQPSUD

Paul Morin, Université de Sherbrooke

Steve Richard, Regroupement des organismes communautaires québécois pour le travail de rue

Yves Séguin, CIPTO

Martin Tétreault, CISSS de la Montérégie-Ouest

Isabelle Têtu, Coopérative de solidarité SABSA

GRUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS DE PROJET :

Vers des meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec

Emilie Audet, CIUSSS de l'Estrie

Matthieu Davoine-Tousignant, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Amélie Desbiens-Tremblay, CIUSSS de l'Estrie

Mireille Forget, CISSS de la Montérégie-Ouest

Stéphanie Fouché-Laurent, Pharm. D

Lucie Hébert, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Francis Lacharité, Refuge La Piaule

D^{re} Andrée-Anne Moisan, M. D., CIUSSS de la Capitale-Nationale

Elaine Polfit, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Annie-Claude Privé, M. D., CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Valérie Ramka, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Sophie Sanfaçon, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Félice Saulnier, Pharm. D

Simon Vermette, Coopérative de solidarité SABSA

CORRECTION LINGUISTIQUE

Stevenson - Maîtres traducteurs

MISE EN PAGE ET GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

Les responsables du projet remercient les 37 personnes utilisatrices d'opioïdes, les 26 intervenants communautaires, les 34 cliniciens et les 13 gestionnaires de différentes régions du Québec interviewées lors des collectes de données des deux projets de recherche puisqu'elles ont partagé leur expertise. Il faut également souligner la générosité des participants provenant de 16 régions différentes du Québec (11 médecins, 19 infirmières, 22 gestionnaires) lors de la journée provinciale du 29 mars 2019 : *État de situation sur la prise en charge médicale de la gestion du sevrage du TUD*.

FINANCEMENT

Les travaux ont été financés par l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada, dont les fonds sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

MISE EN GARDE

Le présent rapport de recherche décrit de manière détaillée la méthodologie des deux projets de recherche. Son contenu est fondé sur des données scientifiques, des guides cliniques et des entrevues effectuées dans différentes régions du Québec auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, des équipes cliniques, des gestionnaires et des groupes communautaires œuvrant auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes. Les constats qui en découlent sont le résultat de travaux de réflexion réalisés auprès d'un groupe d'experts et de deux comités consultatifs composés de personnes ayant une expérience en TUD. Des vérifications auprès d'experts compétents ont été effectuées afin de s'assurer que le contenu du document soit le plus juste possible.

Toutefois, il est à noter que le rapport de recherche n'est pas prescriptif et que les auteurs **ne peuvent être tenus responsables** de la pratique clinique des professionnels. Il est attendu que les cliniciens ont la responsabilité d'être qualifiés et formés adéquatement. Ils doivent offrir des soins et des services selon leur jugement clinique et dans le respect des normes professionnelles et du code de déontologie auxquels ils sont assujettis.

NOTES

Dans le présent document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. Par contre, le terme *infirmière* est utilisé par souci de cohérence avec les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020.

ISBN 978-2-550-86861-3 (PDF)

© Institut universitaire sur les dépendances, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

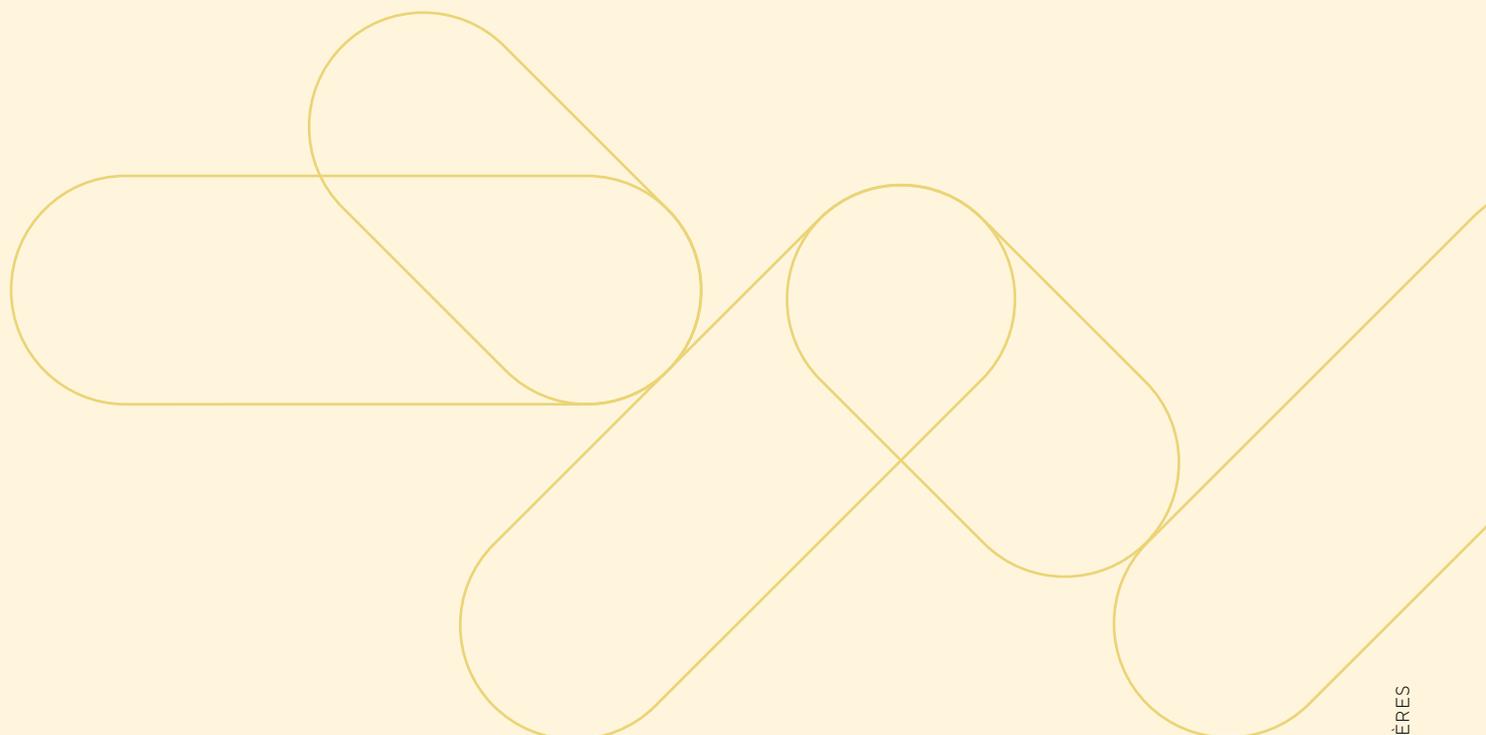
Pour citer ce document

Rapport combiné des recherches : « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec » et « La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation ». Rapport rédigé par Plessis-Bélair, M-C., Goyer, M-E., Ferguson, Y., Wagner, V., Bell, S. et Flores-Aranda, J.. Montréal, QC : IUD; année 2020, 136 p.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des sigles et acronymes</i>	7
<i>Liste des figures</i>	8
<i>Glossaire</i>	9
1. Introduction	16
2. Projet de recherche sur les services à bas seuil	20
2.1 Synthèse de la revue narrative de la littérature	21
2.1.1 Mise en contexte	21
2.1.2 Méthodologie	23
2.1.3 Résultats	24
2.2 Synthèse des entretiens	35
2.2.1 Méthodologie	35
2.2.2 Résultats	35
2.3 Discussion	56
2.3.1 Principaux constats	56
2.3.2 Limites de la recherche	68
3. Projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes	69
3.1 Synthèse de la revue narrative de la littérature	70
3.1.1 Mise en contexte	70
3.1.2 Méthodologie	73
3.1.3 Résultats	74
3.2 Synthèse des entretiens	90
3.2.1 Méthodologie	90
3.2.2 Résultats	90
3.3 Discussion	100
3.3.1 Principaux constats	100
3.3.2 Limites de la recherche	108

4. Autres activités de recherche	109
4.1 Événement provincial sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes	110
4.2 Révision du cadre réglementaire en TAO des ordres professionnels	112
5. Conclusion	113
Annexe : Résumé des données de la littérature sur les procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone	117
<i>Références</i>	119



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASAM	Abréviation de l'anglais : <i>American Society of Addiction Medicine</i>
CH	Centre hospitalier
CISSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
COWS	Abréviation de l'anglais : <i>Clinical Opiate Withdrawal Scale</i>
CRD	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
DSM	Abréviation de l'anglais : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
ICRAS	Initiative canadienne de recherche en abus de substance
IGT	Indice d'une gravité d'une toxicomanie
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NID-ÉM	Niveaux de désintoxication – Évaluation par les intervenants médicaux
NID-ÉP	Niveaux de désintoxication – Évaluation par les intervenants psychosociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAMHSA	Abréviation de l'anglais : <i>Substance Abuse and Mental Health Administration</i>
SBS	Services dits à « bas seuil »
SPA	Substances psychoactives
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TUO	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes
UDI	Utilisateur de drogue par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

LISTE DES FIGURES

Figure A : Les services à offrir dans le cadre des programmes de TAO en fonction des caractéristiques des SBS recensés dans la littérature scientifique.....	59
Figure B : Les services à offrir dans le cadre des programmes de TAO en fonction des caractéristiques des SBS visités au Québec	60

GLOSSAIRE

Agoniste alpha₂-adrénergique

Médicament non opioïde qui agit de manière centrale dans le cerveau pour atténuer certains symptômes et signes d'hyperactivité noradrénergique. On se sert habituellement de la clonidine pour atténuer les symptômes de sevrage et elle est offerte au Canada sous forme de comprimé oral.¹

Agonistes opioïdes

Toute substance qui, en se liant aux récepteurs opioïdes de type mu (μ) et en les activant, entraîne un soulagement des symptômes de sevrage et de l'état de manque chez les personnes atteintes de TUO. Ils soulagent aussi la douleur lorsqu'ils sont utilisés pour gérer les douleurs chroniques. Les agonistes opioïdes oraux utilisés pour traiter les TUO comprennent la méthadone, la buprénorphine et la morphine orale à libération lente.¹

Antagonistes opioïdes

Médicament qui a pour fonction de bloquer les récepteurs opioïdes et d'éviter que le corps ne réagisse aux opioïdes. Les médicaments antagonistes opioïdes peuvent être utilisés pour déloger rapidement les molécules agonistes opioïdes des récepteurs dans une situation de surdose (par ex. la naloxone) ou pour faciliter l'abstinence continue de consommation de drogues opioïdes (par ex. la naltrexone). Au Canada, la naloxone est offerte sous forme de préparation à injection intramusculaire et intranasale tandis que la naltrexone est offert sous forme de comprimé oral pris une fois par jour.¹

Approche sensible aux traumatismes (*Trauma-informed care*)

Selon SAMHSA, « un programme, une organisation ou un système qui est *trauma-informed* : tient compte des répercussions généralisées des traumatismes et comprend les pistes potentielles pour le rétablissement; reconnaît les signes et les symptômes du traumatisme chez les clients, les familles, le personnel et autres personnes impliquées dans l'organisme; répond par l'intégration des connaissances sur le traumatisme dans les politiques, les procédures et les pratiques et cherche activement à éviter des pratiques qui peuvent causer un nouveau traumatisme chez une personne »². SAMHSA a déterminé 6 principes fondamentaux pour les pratiques sensibles aux traumatismes : 1) garantir un cadre physiquement et psychologiquement sécurisant; 2) promouvoir la transparence et l'honnêteté; 3) utiliser le soutien par les pairs; 4) établir des collaborations et de la réciprocité dans les relations; 5) se baser sur des pratiques qui favorisent l'autonomisation (*empowerment*) et l'autodétermination des personnes; 6) prendre en compte les spécificités de la personne (genre, culture, ethnicité, orientation sexuelle, etc.).

Bas seuil

L'expression bas seuil (*low threshold*) fait référence à la réduction des barrières et des critères relativement à l'accès auxquels un individu doit faire face afin d'accéder aux services de soins et pour en bénéficier en temps opportun^{3,4}.

Buprénorphine

Opioïde synthétique à effet prolongé qui agit comme un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type mu (μ). Sa demi-vie est d'environ 24 à 42 heures. La buprénorphine a une haute affinité pour le récepteur opioïde, mais elle est un agoniste partiel et son effet ou son activité intrinsèque sur le récepteur opioïde est inférieur en comparaison aux agonistes opioïdes purs ou agonistes complets. Ces propriétés pharmacologiques créent, à fortes doses, un « seuil » pour les effets opioïdiques, y compris pour la dépression respiratoire. La haute affinité de la buprénorphine pour le récepteur opioïde fait en sorte qu'elle se lie de façon préférentielle aux récepteurs et peut ainsi déloger d'autres opioïdes purs présents, ce qui peut provoquer un sevrage précipité. Au Canada, la buprénorphine se trouve dans une formulation combinée avec la naloxone (voir ci-dessous). La buprénorphine seule n'est accessible que par le Programme d'accès spécial de Santé Canada et que pour des indications cliniques spécifiques (par ex., la grossesse).¹

Buprénorphine-naloxone

Une formulation de 4:1 de buprénorphine et de naloxone que l'on peut trouver au Canada en comprimés sublinguaux. La naloxone est un antagoniste opioïde à faible biodisponibilité lorsqu'elle est avalée ou prise sous la langue et elle est incluse pour décourager le détournement et les injections non médicales. Lorsque la buprénorphine-naloxone est prise directement sous la langue comme il est indiqué de le faire, la composante de naloxone a des effets négligeables, et l'effet thérapeutique de la buprénorphine prédomine. Cependant, si elle fait l'objet d'un détournement aux fins d'injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, une quantité suffisante de naloxone sera absorbée pour provoquer certains symptômes de sevrage chez les consommateurs d'opioïdes réguliers. La buprénorphine-naloxone est généralement prise une fois par jour, mais en raison de son profil d'innocuité favorable et de ses propriétés pharmacologiques, elle peut aussi être prescrite à des doses élevées en fonction d'un calendrier d'administration en alternance. Au Québec, tous les médecins peuvent prescrire la buprénorphine-naloxone. Il est recommandé de suivre la formation de l'Institut national de santé publique du Québec.¹

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

Échelle objective d'évaluation des symptômes de sevrage des opioïdes. Pointage : 5-12 = sevrage d'intensité faible; 13-24 = sevrage d'intensité modérée; 25-36 = sevrage modérément sévère; plus de 36 = sevrage sévère.⁵

Dose de stabilisation (ou dose de confort)

Dose d'agonistes opioïdes qui permet la disparition des symptômes de sevrage pendant 24 h.

Équipe de soins partenaire

Une équipe de soins qui mise sur la collaboration, la complémentarité et le partage des savoirs entre la personne en soins et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Cette relation favorise la co-construction et la mise en commun des savoirs afin de développer une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique et des solutions pouvant être envisagées.⁶

Fin de traitement de maintien

Réfère à la situation où une personne est en TAO, aussi appelé traitement de maintien à long terme (>6 mois), au moyen d'un médicament agoniste opioïde et souhaite y mettre fin. Dans ces circonstances, le sevrage se fait habituellement avec une diminution progressive de la dose d'agonistes opioïdes, sur plusieurs mois ou années, dans un contexte externe.

Hierarchisation des soins en traitement du TUO (ou modèle des paliers/*stepped care*)

La hiérarchisation des soins, ou le modèle des paliers/*stepped care*, vise à adapter et à structurer l'intensité du traitement aux caractéristiques de la personne en traitement, évitant ainsi de diriger cette dernière au mauvais endroit et en utilisant au mieux les ressources disponibles⁸. « Le modèle des paliers [...] reprend la séparation entre les soins et services selon la gravité des concomitances, tout en les combinant avec d'autres aspects comme une intégration progressive des services et systèmes couplée à un engagement simultané ou séquentiel des paliers [Rush et Nadeau, 2012] »⁹.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité est une théorie qui affirme que chaque personne appartient à plusieurs catégories sociales simultanément et que ces différentes identités vont créer des situations d'oppression ou de privilèges divers. Selon un regard intersectionnel, les oppressions vécues par la personne ne sont pas uniquement cumulatives mais augmentent de manière exponentielle les expériences d'oppression. Par conséquent, il convient de prendre en compte les différentes appartenances de la personne (genre, situation socio-économique, origine, ethnicité, orientation sexuelle, appartenance religieuse, etc.) afin de mieux comprendre sa réalité et les potentiels obstacles auxquels elle peut faire face¹⁰.

Matériel essentiel de réduction des méfaits

Le matériel essentiel de réduction des méfaits comprend :

- La distribution de matériel de consommation (p. ex. seringue, garrots, pipe à crack, etc.) et de protection (p. ex. condoms, lubrifiant, etc.);
- La distribution et l'enseignement de l'utilisation de la naloxone à la personne et à son entourage;
- Une liste des ressources disponibles dans la communauté, dont les services d'injection supervisée lorsqu'existent.

Médicaments visant la gestion des symptômes de sevrage

Tout médicament qui peut être utilisé afin de réduire les symptômes du sevrage d'opioïdes, excluant les agonistes opioïdes (p. ex. benzodiazépines, anti-nauséeux, anti-inflammatoires, relaxant musculaire, agoniste α_2 -adrénergique, etc.).

Méthadone

Opiïde synthétique à effet prolongé qui agit comme un agoniste pur des récepteurs opioïdes de type mu (μ). Sa demi-vie est d'environ 24 à 36 heures, et elle est bien absorbée. Au Canada, elle est le plus souvent administrée comme une solution orale et généralement en une seule dose quotidienne. Les comprimés de méthadone sont également offerts dans des contextes limités (p. ex. pour les voyages ou en cas de douleur chronique). Au Canada, tous les médecins peuvent prescrire la méthadone, puisque depuis mai 2018, il n'est plus nécessaire d'obtenir une exemption de Santé Canada. Il revient désormais au médecin d'acquiescer les connaissances nécessaires s'il souhaite prescrire de la méthadone.¹¹

Modèle *One stop shop* ou modèle intégré

Proposer un large éventail d'interventions et de services au sein d'un même lieu.^{12,13}

Naloxone

La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.¹⁴

Opiïdes

Substances fréquemment prescrites pour soulager la douleur; elles se lient aux récepteurs opioïdes dans le cerveau et elles les activent pour diminuer la capacité de ressentir la douleur. Les opioïdes pris en fortes doses peuvent causer l'euphorie, la dysphorie et la dépression respiratoire. Les opioïdes peuvent être prescrits ou obtenus illégalement et se trouver sous forme synthétique (p. ex. le fentanyl, la méthadone), semi-synthétique (p. ex. l'héroïne, l'hydromorphone, l'oxycodone, la buprénorphine) et naturelle (p. ex. l'opium, la morphine, la codéine). Le terme « opiacé » signifie les composés dérivés naturellement du pavot. Selon le type d'opioïde, de formulation et les préférences personnelles, les opioïdes se consomment par ingestion, par inhalation, par voie transdermique, par la voie « sniffée », par voie intra-rectale, ou par injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.¹

Pairs aidants

Des personnes possédant un savoir expérientiel qui interviennent auprès d'individus ayant besoin d'aide et vivant une expérience semblable.¹⁵

Planification et accompagnement à long terme du traitement du TUO

L'équipe de soins partenaire planifie, en collaboration avec la personne, un traitement à long terme du TUO. Celui-ci peut comprendre un traitement pharmacologique, des évaluations et suivis par différents professionnels, des interventions psychosociales et peut être offert dans des services internes (en CRD ou en centre hospitalier) ou des services externes (p. ex. en ressources d'hébergement communautaire, en milieu de vie, etc.). Il s'agit ici de ne plus considérer le trouble lié à l'utilisation des opioïdes comme un processus linéaire ou une problématique circonscrite dans le temps, mais d'opter plutôt pour une vision à long terme.

Principe du *No wrong door* (toutes les portes d'entrée sont bonnes)

Principe visant à faciliter l'accès aux ressources dont une personne a besoin pour faire face aux problématiques qu'elle rencontre, et ce, peu importe à quel endroit elle s'adresse initialement. C'est donc dire que toutes les portes d'entrée sont bonnes et pertinentes pour accueillir une demande d'aide.¹⁶

Prise en charge médicale du sevrage

Emploi d'un traitement pharmacologique (p. ex. diminution des doses au moyen d'agonistes opioïdes ou d'agonistes alpha₂-adrénergiques) pour atténuer les symptômes de sevrage et les effets indésirables qui y sont liés lorsqu'une personne cesse de consommer des opioïdes dans un but d'abstinence. Ce terme représente un éloignement volontaire des anciens termes « détox » et « désintoxication » pour parler d'un sevrage supervisé médicalement.

Diminution lente de la dose : Diminution progressive de la dose d'un traitement par agonistes opioïdes, habituellement dans un établissement ou en consultation externe au cours d'un mois ou plus.

Diminution rapide de la dose : Diminution progressive de la dose d'un traitement par agonistes opioïdes, habituellement dans un hôpital ou dans un établissement réservé à la prise en charge du sevrage au cours d'une semaine ou moins.¹

Prise en charge médicale du TUO

Désigne le volet médical de la prise en charge du TUO, qui comprend notamment le traitement pharmacologique, les évaluations de santé et du bien-être, le soutien et les conseils, l'évaluation de la motivation et des obstacles au changement, la création d'un plan de traitement, l'encouragement à adhérer à un traitement médicamenteux, l'optimisation des doses, le soutien pour suivre un traitement et éviter les rechutes ainsi que l'orientation vers les bons services sociaux et de santé.¹

Réduction des méfaits, philosophie et services

La réduction des méfaits désigne habituellement les politiques et programmes qui visent à diminuer les effets sociaux, économiques et pour la santé immédiats (p. ex. la transmission de maladies infectieuses, la mortalité en raison d'une surdose, l'activité criminelle) liés à la consommation de substances psychoactives, mais qui n'ont pas nécessairement pour objectif la diminution de la consommation de drogues ni l'abstinence¹⁵. Elle englobe une gamme de services, mais aussi divers principes regroupés ici sous le vocable philosophie de la réduction des méfaits.

La philosophie de la réduction des méfaits

La philosophie de la réduction des méfaits cherche à réduire et à prévenir les risques et les conséquences négatives associés à la consommation d'opioïdes et d'autres conduites à risques. Elle vise une amélioration de la qualité de vie des personnes en soins. Cette philosophie est mise en œuvre en offrant un accueil et une prise en charge basés sur le non-jugement, la souplesse, l'autonomisation (*empowerment*) et l'autodétermination des personnes. Cette philosophie influence fortement les valeurs et le savoir-être des intervenants ainsi que la manière de concevoir les services offerts. Une prise en charge fondée sur la réduction des méfaits implique un positionnement thérapeutique collaboratif ainsi que des conditions structurelles qui permettent une souplesse suffisante pour déployer les actions nécessaires. Les services en réduction des méfaits destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes ne peuvent être dissociés de la philosophie de la réduction des méfaits; cependant, ils ne devraient pas être considérés à tort comme des synonymes.

Les services en réduction des méfaits

Les exemples comprennent entre autres les programmes d'échange de matériel de consommation, les programmes de naloxone à emporter, les services d'injection supervisée, etc. Les services à offrir de façon systématique par les équipes proposant des TAO sont la distribution de matériel essentiel de réduction des méfaits (voir la définition de matériel essentiel de réduction des méfaits) et des activités de prévention et de promotion de la santé, y compris la formation aux pratiques de consommation à risque réduit et leur promotion. Cependant, il est important de souligner qu'il ne suffit pas de mettre en place des services en réduction des méfaits pour être en adéquation avec la philosophie qui y est associée.

Services de gestion du sevrage

Services internes ou externes qui offrent une prise en charge du sevrage, en réponse à une demande volontaire faite par une personne qui souhaite se sevrer d'une substance, dont les opioïdes.¹⁴

Sevrage

Le sevrage est le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme¹⁶. L'état du sevrage consiste en un ensemble de symptômes de sévérité variable qui se produit lors de la cessation ou la réduction de l'utilisation de substances psychoactives qui ont été consommées de manière répétitive habituellement sur une longue période de temps¹⁸.

Sevrage précipité

Symptômes de sevrage pouvant survenir lorsqu'un antagoniste opioïde ou un agoniste partiel, notamment la buprénorphine, est administré à un patient ayant récemment consommé un agoniste opioïde pur. En raison de la haute affinité de la buprénorphine et de sa faible activité intrinsèque auprès du récepteur de type mu (μ), l'agoniste partiel déloge les agonistes opioïdes purs des récepteurs mu (μ) sans activer le récepteur à une intensité équivalente, ce qui crée une diminution nette de l'effet. Le sevrage précipité est plus intense et il se déclenche beaucoup plus rapidement que le sevrage typique des opioïdes.¹

Télémédecine

L'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC). La notion de distance signifie ici que le médecin et le patient ne sont pas en présence l'un de l'autre. Cette définition inclut l'utilisation de la téléphonie mobile et d'Internet, mais exclut la télécopie. On comprendra que, selon la définition même, la communication postale ne fait pas partie de la télémédecine. La télémédecine comprend la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance.¹⁹

Traitement de maintien ou traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Médicaments agonistes opioïdes prescrits pour traiter un TUO. Dans le présent document, le TAO signifie les traitements de maintien à long terme (> 6 mois) au moyen d'un médicament agoniste opioïde dont l'utilisation pour traiter les TUO est bien documentée. Le TAO est le terme choisi : il représente un éloignement intentionnel par rapport aux termes *traitement de substitution aux opioïdes* (TSO), *traitement d'entretien aux opioïdes* (TEO) et *traitement de remplacement aux opioïdes* (TRO).¹ Le TAO est habituellement fourni en conjonction avec une consultation avec la personne, un suivi à long terme de la consommation de substances psychoactives, des soins primaires et préventifs exhaustifs et des orientations vers des services de traitement psychosocial, de soutien psychosocial et de soins spécialisés, au besoin.

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

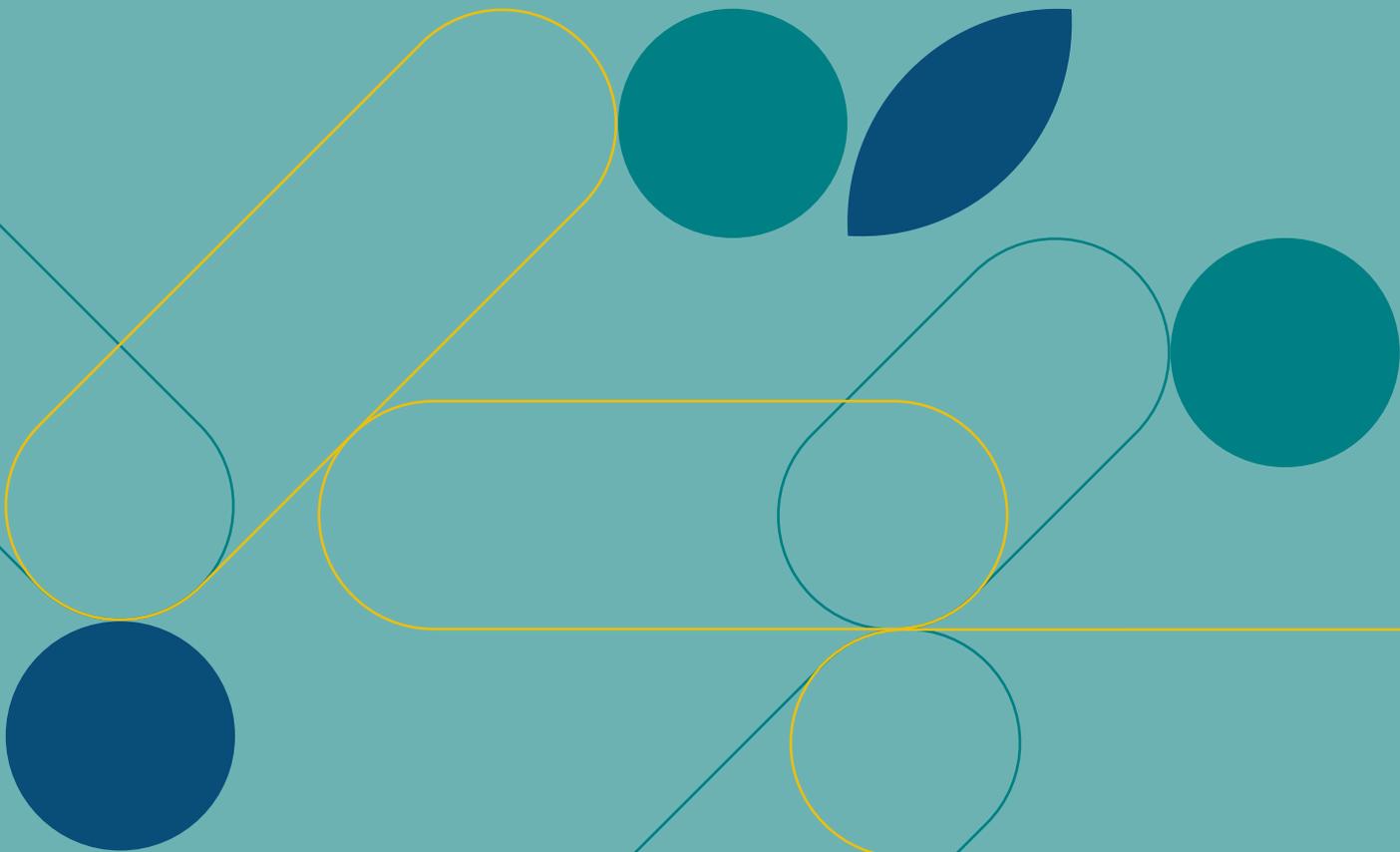
Consommation problématique d'opioïdes qui mène à de la détresse ou à une déficience importante sur le plan clinique et qui correspond aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles liés aux opiacés. Les TUO comprennent l'usage d'opioïdes synthétiques, semi-synthétiques ou naturels, qu'ils aient été prescrits ou obtenus de manière illicite.¹

Vision holistique

Cette vision implique de reconnaître la personne avant tout comme un être humain complexe, plutôt que de la réduire à sa consommation de substances psychoactives, à sa situation d'itinérance ou encore à ses problématiques de santé mentale^{13,20}. Autrement dit, il s'agit ici de s'appuyer sur une considération élargie de la personne, dans la complexité de ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

1

INTRODUCTION



Entre janvier 2016 et juin 2019, au Canada, plus de 13 900 décès associés à la consommation d'opioïdes et 17 050 hospitalisations pour intoxication aux opioïdes sont survenus, entraînant une crise de santé publique mieux connue sous le nom de crise des surdoses d'opioïdes²¹. Bien que le Québec ait été moins touché par ce phénomène, il n'en demeure pas moins que 533 décès liés à une intoxication soupçonnée aux opioïdes ou autres drogues ont eu lieu dans la période de juillet 2018 à septembre 2019 et que ce nombre est en augmentation depuis le début des années 2000^{22,23}. À cet égard, le Québec s'est doté récemment d'une *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre* ainsi que d'un *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028*. Ces deux documents contiennent diverses mesures structurantes visant entre autres à améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant besoin d'un traitement pour un TAO avec une médication et à promouvoir la mise en place de différentes actions dans le but de réduire les méfaits associés aux opioïdes.

Toutefois, la crise des surdoses d'opioïdes n'est que la pointe de l'iceberg d'un problème sociétal beaucoup plus complexe. Ce problème multidimensionnel est intimement lié à la stigmatisation des personnes qui utilisent des drogues, aux politiques publiques qui contribuent à perpétuer cette stigmatisation et aux inégalités sociales auxquelles ces personnes font face. Il est également rattaché à divers enjeux tels que la contamination des drogues illicites par des substances comme le fentanyl^{1-3,24}, la prescription excessive de médicaments opioïdes²⁵, la possibilité d'acheter des opioïdes d'ordonnance illégalement sur Internet²⁶ et la difficulté d'accéder aux services²⁷.

Pourtant, l'accès à des soins et à des services de qualité constitue un déterminant social de la santé au cœur des actions pour la promotion de l'équité en santé²⁸.

Les personnes qui utilisent des substances psychoactives (SPA), plus particulièrement celles qui utilisent des drogues par injection, sont une des populations touchées par ces inégalités d'accès, où l'on retrouve aussi, notamment, les Premières Nations, les minorités linguistiques, les personnes issues de la communauté LGBTQ2S+, les immigrants et les réfugiés, les personnes racisées ou faisant partie d'une minorité ethnique, les personnes ayant un faible revenu, dont les personnes travailleuses du sexe, les personnes en situation d'itinérance, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et les jeunes de la rue²⁹. Les inégalités d'accès aux services de santé que vivent ces groupes sont modulées par des barrières d'accès de différentes natures, notamment géographiques, économiques, organisationnelles, socioculturelles et relationnelles³⁰.

Parmi ces groupes, les personnes utilisatrices d'opioïdes ayant développé un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), tel que défini par le *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* (DSM-V), constituent une population pour laquelle les enjeux d'accès aux soins sont criants au Québec. Pour ces personnes, le traitement pharmacologique par agonistes opioïdes (TAO) représente l'option de choix pour la prise en charge du TUO et des conséquences négatives qui en découlent^{31,32}. Ce traitement peut être accompagné d'autres interventions, notamment des interventions d'ordre psychosocial^{1,18}. Le traitement par agonistes opioïdes pris oralement présente des bénéfices importants, comme la réduction de la consommation de substances psychoactives illicites, de la mortalité, des infections au VHC et au VIH, de l'injection de drogues, du partage de seringues et de matériel d'injection ainsi qu'une réduction du travail du sexe chez les personnes utilisatrices de drogue par injection (UDI)^{1,33-35}.

Pourtant, bien que l'efficacité des programmes de TAO ait été maintes fois démontrée, ces derniers demeurent difficilement accessibles. Plus précisément, les programmes de TAO présentent des seuils d'exigence qui répondent peu ou pas aux modes de vie de certaines populations précarisées ou vivant davantage d'instabilité, notamment les personnes UDI³⁶. Des barrières d'ordre philosophique peuvent également restreindre l'accès à ce type de programme. En effet, plusieurs programmes de TAO exigent l'abstinence de toute consommation de drogues durant le traitement ainsi qu'en tant qu'objectif de traitement. Cela

peut représenter une barrière d'accès important pour les personnes qui ne désirent pas cesser de consommer, mais plutôt diminuer les méfaits qu'elles peuvent vivre en lien avec leur consommation³⁷. Au Québec, en 2016, un *Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal* estimait que 2 601 personnes ayant un TUO n'obtenaient pas les services de TAO dont elles avaient besoin, ce qui équivalait à un taux de desserte de 36 %³⁸. De même, les données du réseau SurvUDI de 2016 indiquent que seulement 38,4 % des consommateurs d'opioïdes par injection inclus dans le réseau SurvUDI bénéficiaient d'un TAO à base de méthadone ou de buprénorphine-naloxone.

Afin de répondre aux barrières d'accès au TAO vécus par les personnes en situation de précarité, des modèles de TAO à bas seuil ont été développés au cours des années 1980³⁷. La définition de ce type de programmes n'est pas uniforme et, de ce fait, ce terme est utilisé pour désigner différents services et programmes qui varient en fonction des pays et des contextes socio-culturels^{4,37,39}. De façon générale, l'expression « bas seuil » (*low threshold*) fait référence à la réduction des barrières et des critères d'accès auxquels une personne doit faire face pour accéder aux services et en bénéficier dans le temps^{3,4}. C'est dans une optique de réflexion sur les avenues à privilégier pour augmenter l'accès et la rétention en TAO que le premier projet du présent rapport a vu le jour. Ce projet, intitulé « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec », visait donc à documenter les pratiques exemplaires en prestation de soins et de services à bas seuil d'exigence afin de soutenir et d'outiller l'organisation du traitement de la dépendance aux opioïdes pour les personnes dépendantes aux prises avec des enjeux d'accès aux soins et les plus à risque de surdoses, et ce, de façon adaptée à leur situation géographique au Québec.

Parallèlement, et parfois conséquemment au manque d'accès et de flexibilité des TAO au Québec, certaines personnes ayant un TUO continuent d'avoir recours à un sevrage rapide des opioïdes. Pourtant, les lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS) sont

très claires en ce qui concerne la prise en charge du sevrage^{1,40}. Ces lignes directrices soulignent que le sevrage des opioïdes ne doit pas être une option à offrir aux personnes utilisatrices d'opioïdes en raison des risques de récurrence, d'infections, de surdose et de mortalité. Elles recommandent par contre, pour une personne qui souhaite tout de même entamer un sevrage après avoir été informée des risques, que le sevrage se fasse à l'aide de médicaments agonistes opioïdes diminués graduellement, et sous supervision, sur une période de plus d'un mois^{1,40}. Cela étant dit, rare est l'information médicale précise offrant aux cliniciens le savoir nécessaire pour prendre en charge un sevrage avec la buprénorphine-naloxone ou la méthadone de manière à maximiser les taux d'achèvement du traitement, les taux d'abstinence, l'atténuation des symptômes de sevrage et la transition vers un traitement à long terme. L'intérêt du deuxième projet du présent rapport, intitulé « La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation » tient alors au fait que davantage de connaissances détaillées sur la prise en charge médicale du sevrage semblent nécessaires, autant pour les cliniciens, afin d'accompagner les personnes formulant cette demande, que pour les gestionnaires, afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services de gestion du sevrage au sein des centres spécialisés dans le traitement des TUO au Québec.

Ainsi, le présent rapport présente les grands constats découlant des deux projets de recherche mentionnés précédemment et financés dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS). Ces projets ont été menés par la même équipe et ont eu recours à des méthodes participatives et itératives impliquant les principaux acteurs québécois du domaine. Pour chacun des projets, un comité consultatif a été formé. Ces comités avaient pour but d'offrir à l'équipe de recherche des orientations méthodologiques et cliniques pouvant faciliter la collecte et l'analyse des données, ainsi qu'un soutien sur les enjeux contextuels locaux pouvant influencer les projets. De plus, un groupe de travail a été formé pour le projet « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins

de santé et des services sociaux au Québec ». Celui-ci avait le mandat d'orienter l'équipe de recherche sur les enjeux pratiques de mise en application des données de recherche ainsi que sur le transfert des connaissances. L'utilisation de ces types de méthodes permet l'adéquation du processus de recherche avec les réalités et les contextes du terrain. Étant donné qu'il existe plusieurs rapprochements entre les deux projets (thématiques de recherche, présence des mêmes acteurs, imbrication des résultats de la collecte des données et des constats), il a été proposé aux principaux acteurs de présenter un seul rapport résumant les constats découlant des deux projets. Ainsi, l'objectif de ce document est de présenter les résultats des deux projets de recherches ainsi que les constats qui en découlent pour le développement et l'amélioration des programmes de TAO au Québec.

Les constats présentés dans ce document sont le résultat de travaux de réflexion réalisés auprès d'un groupe d'experts et de deux comités consultatifs composés de personnes ayant une expérience en TUO. Ils ont également été alimentés par la littérature scientifique, la littérature grise et l'analyse des entretiens menés auprès des principaux acteurs québécois du domaine des TUO : personnes utilisatrices d'opioïdes, personnel clinique (médecins, infirmières, intervenants sociaux), représentants d'organisations

communautaires en lien avec des personnes utilisatrices d'opioïdes, ainsi que des gestionnaires de services spécialisés en TUO du RSSS. Plus précisément, pour chacun des projets, une revue narrative de la littérature a été menée. Les thèmes et les questions de recherche de ces revues ont été validés par des experts du domaine. Des entretiens individuels et de groupe ont également été réalisés dans différentes régions auprès des équipes cliniques et de gestion des services relatifs aux TUO au Québec. De plus, dans les mêmes régions, des personnes utilisatrices d'opioïdes et des représentants d'organismes communautaires ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues de groupe. Des analyses thématiques ont permis de définir les grands axes thématiques permettant de répondre aux questions de recherche. C'est grâce à un exercice de triangulation entre les données des revues de la littérature, des entretiens et du travail mené avec des experts du domaine que des propositions sur la prise en charge des TUO ont émergés. En effet, **les deux projets de recherche se sont concluent par la présentation du [Guide d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes \(TUO\)](#)** composé de 10 propositions qui visent à synthétiser l'ensemble des travaux et à améliorer la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes.

2

PROJET DE RECHERCHE SUR LES SERVICES À BAS SEUIL



Une des actions particulières du *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* est de « diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la mise en œuvre de services à bas seuil d'exigence en traitement des TUO »¹⁶. Le présent projet de recherche, intitulé « *Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec* » (appelé ici « projet de recherche sur les services à bas seuil ») s'inscrit dans cette démarche. Il a pour objectif général de documenter les pratiques en prestation de soins et de services à bas seuil pour le traitement des TUO ainsi que d'en accroître le recours par les professionnels en dépendance au Québec. Plus particulièrement, le projet vise à identifier et à décrire les pratiques en prestation de soins à bas seuil, en particulier pour les personnes utilisatrices d'opioïdes, ainsi qu'à décrire les pratiques actuelles de prestation de soins à bas seuil ou en implantation au Québec, surtout celles concernant le traitement des TUO. Pour y parvenir, une revue narrative de la littérature (section 2.1) et des entretiens semi-dirigés ont été effectués (section 2.2).

2.1 SYNTHÈSE DE LA REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature a pour objectif d'identifier et de décrire les pratiques en prestation de soins à bas seuil pour les personnes en situation de précarité et les personnes utilisatrices d'opioïdes, en se basant sur les données récentes et les pratiques d'autres pays occidentaux.

2.1.1 Mise en contexte

Services de TAO à bas seuil

Le terme « bas seuil » a commencé à être utilisé dans les années 1980⁴. Dès lors, ce terme a reçu différentes définitions. Dans certains cas, il fait référence aux divers services qui fonctionnent dans le cadre de l'approche de réduction des méfaits, notamment la distribution de matériel stérile pour la consommation de substances ainsi que les traitements par agonistes opioïdes⁴. Les personnes ciblées par les services dits à bas seuil sont celles qui, généralement, sont exclues des services sociaux et de santé³⁹. En effet, ces services doivent réduire les barrières d'accès⁴¹ et s'adapter aux caractéristiques d'une population — en l'occurrence, les personnes qui consomment des substances³⁹.

La littérature scientifique se penche peu sur la définition de cette approche. Une étude américaine⁴² a mené une analyse qualitative visant à connaître les perceptions de professionnels psychosociaux travaillant avec des utilisateurs d'opioïdes sur l'approche à bas seuil. D'une manière générale, ces professionnels estiment que certaines des conditions d'admission au traitement et de maintien du traitement doivent être plus souples pour être qualifiées de seuil bas. Cependant, certains

considèrent également que l'abstinence doit toujours être envisagée comme un objectif de traitement. De plus, pour ces professionnels, il est important de savoir comment les personnes abstinentes perçoivent ceux qui continuent à consommer des substances. Compte tenu de la diversité des définitions qui s'appliquent au terme « bas seuil », des auteurs proposent que pour qu'un service soit considéré comme tel, il doit répondre à trois critères essentiels : premièrement, les services doivent viser explicitement les utilisateurs de substances et être accueillants envers eux; deuxièmement, l'abstinence ne doit pas être une condition d'accès aux services; troisièmement, le service doit être facile d'accès⁴. Les facilitateurs d'accès peuvent comprendre, entre autres, des activités de sensibilisation, du soutien par les pairs ou l'orientation vers les services appropriés.

Sur une base plus opérationnelle, certains auteurs estiment que les traitements par agonistes opioïdes peuvent être classés en fonction du niveau d'accès (élevé ou faible) au traitement et des conditions de rétention²⁷¹. Selon ces auteurs, pour offrir un TAO à bas seuil, il est important qu'il n'y ait pas de listes d'attente ou qu'elles soient très courtes. Les critères d'admission doivent être flexibles et l'accès aux services doit être assuré par des médecins généralistes ou des points de service spécialisés. De plus, ces services ne devraient pas être coûteux pour les utilisateurs. En ce qui a trait aux objectifs de traitement, ceux-ci doivent être individualisés et adaptés à chaque personne. La durée du traitement ne doit pas être limitée à une seule période et l'équipe soignante doit tenir compte du fait que des rechutes peuvent survenir. De plus, les personnes utilisatrices d'opioïdes devraient être autorisées à emporter des doses chez elles. Enfin, la composante psychosociale qui accompagne le TAO doit être volontaire et non obligatoire. Des auteurs soulignent que les TAO à bas seuil ne visent pas nécessairement l'abstinence d'opioïdes ou d'autres substances pendant le traitement. De plus, les TAO à bas seuil devraient atteindre les personnes qui sont généralement éloignées des services de santé et réussir à les maintenir en traitement³⁷.

Précarité et vulnérabilité sociale

Il existe une grande similitude entre les concepts de vulnérabilité sociale et de précarité sociale^{43, 44}. Dans le présent document, la définition des deux termes

est comprise sous le vocable « personne en situation de précarité ».

La précarité a été définie comme un « état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁴⁵. Elle fait référence non seulement à la précarité en emploi, mais également à un ensemble d'incertitudes, dont une insécurité économique, des conditions de logement instables et inadéquates, une insécurité alimentaire, des problèmes de santé et une fragilité du réseau social⁴⁴.

Selon le MSSS, une situation de vulnérabilité est le résultat d'un ensemble de facteurs, y compris des conditions ou circonstances sociales et économiques (p. ex. l'accès à des ressources et à des services), ainsi que des caractéristiques individuelles particulières (p. ex. l'âge, le sexe, le genre, les origines ethnoculturelles, les problèmes de santé préexistants, les conditions de vie, le statut socioéconomique, la scolarité, etc.)⁴⁶. Le fait d'être en situation de vulnérabilité augmente la probabilité de développer des problèmes psychosociaux et de santé^{28, 44, 46}.

Les personnes utilisatrices d'opioïdes peuvent, à certains moments de leur vie, vivre des situations de précarité et de vulnérabilité (p. ex. pauvreté économique, instabilité sur le marché de l'emploi, périodes d'incarcération, toxicomanie, troubles concomitants de santé mentale et physique, etc.)^{47, 48}. Ces situations peuvent complexifier ou fragiliser leur capacité à être autonomes, c'est-à-dire qu'elles peuvent ne plus être en mesure de faire des choix éclairés, d'où l'intérêt de développer diverses mesures de soutien à l'autonomie et de protection sociale^{43, 47}.

Dans ce contexte, la présente revue de littérature propose d'explorer les caractéristiques des services à bas seuil permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité, plus particulièrement les personnes utilisatrices d'opioïdes. Les résultats de cette démarche permettront de réfléchir à l'amélioration de l'accessibilité, de la capacité de rétention et de la qualité des programmes de TAO actuellement en place au Québec ainsi que de soutenir le développement de nouveaux

programmes de TAO innovants qui répondent aux besoins des personnes en situation de précarité.

2.1.2 Méthodologie

La revue narrative de la littérature scientifique et grise entreprise dans le cadre de ce projet visait à répondre à la question suivante : « **Quelles sont les caractéristiques des programmes à bas seuil permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité et en particulier les personnes utilisatrices d'opioïdes?** ». Cette question s'est déclinée sous la forme de trois questions précises qui représentent autant d'axes d'analyse :

- **Axe 1** : *Quelles sont les philosophies d'intervention qui favorisent la prestation de services à « bas seuil » d'exigence visant les personnes en situation de précarité, en particulier celles qui utilisent des opioïdes?*
- **Axe 2** : *Quels types de services sont offerts dans le cadre des programmes à « bas seuil » d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité et en particulier aux personnes utilisatrices d'opioïdes?*
- **Axe 3** : *Comment sont organisés les services à « bas seuil » d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, plus particulièrement aux personnes utilisatrices d'opioïdes, et par qui sont-ils offerts?*

La stratégie de recherche mise en place afin de répondre à la question a consisté en une collecte d'informations dans la littérature scientifique et dans la littérature grise. Afin de s'assurer d'identifier l'éventail des pratiques innovantes, la présente revue de littérature a porté sur les programmes de TAO à bas seuil, mais aussi sur les programmes et services à bas seuil dans le domaine de la santé mentale, des soins liés au VIH et au VHC ainsi que dans le domaine des soins destinés aux personnes en situation d'itinérance.

La recherche documentaire de la littérature scientifique a été effectuée en interrogeant six bases de données, soit Medline (OVID), Cinahl Plus (EBSCO-Host), PubMed, Embase (OVID), Érudit et CAIRN. De

plus, une analyse des références bibliographiques des documents retenus a été effectuée afin de s'assurer de couvrir l'ensemble des sources documentaires susceptibles de répondre aux questions de la présente revue narrative. La stratégie de recherche documentaire élaborée pour répondre aux trois questions énoncées précédemment a été construite autour de deux concepts principaux : les types de service et la clientèle cible. Afin de permettre le repérage de modèles d'organisation innovants dans différents domaines, les critères d'inclusion et d'exclusion se devaient d'être souples afin de bien représenter la pluralité des modèles d'organisation et des clientèles. Plus précisément, les articles scientifiques retenus devaient porter sur un modèle d'organisation de soins et de services destinés aux personnes en situation de précarité ou ayant des troubles de santé mentale ou utilisateurs de drogues injectables ou en situation d'itinérance. De la même manière, les articles retenus devaient porter sur un programme, une offre de services ou une organisation de services. Ils devaient rapporter des résultats expérimentaux ou décrire l'expérience vécue d'un participant à un programme à bas seuil destiné aux populations précaires. Ces différents concepts ont été développés sous forme de dimensions et détaillés à l'aide de mots-clés. D'un point de vue méthodologique, les études retenues devaient employer un devis expérimental, quasi expérimental ou observationnel. Les documents de type revue de la littérature, avec ou sans méta-analyse, ont été exclus tout comme les commentaires et éditoriaux publiés dans des revues scientifiques. La qualité méthodologique a été évaluée de façon systématique pour l'ensemble des documents retenus à l'aide d'une grille d'analyse et aucun article n'a été exclu sur la base de sa qualité méthodologique. Enfin, les articles scientifiques retenus devaient avoir été publiés dans une revue évaluée par les pairs en français ou en anglais et ce, entre 2000 et 2019. En tout, 1 442 articles ont été repérés, parmi lesquels, 47 ont été retenus aux fins de la présente analyse.

Parallèlement, afin d'explorer les caractéristiques des services offerts en particulier aux personnes utilisatrices d'opioïdes, une stratégie de recherche documentaire a été développée afin d'explorer les documents issus de la littérature grise. Cette stratégie visait à répertorier en particulier les guides cliniques nationaux et internationaux se rapportant à la prise en charge clinique dans le cadre du TAO. Cette stratégie avait pour but

de permettre une analyse contrastée de la pratique du TAO dans différents pays avec les caractéristiques des programmes à « bas seuil » trouvés. Pour des raisons logistiques et pragmatiques, il a été convenu de restreindre l'exploration de la littérature grise aux documents portant sur la prise en charge dans le cadre du TAO afin de permettre une réflexion concrète sur l'amélioration des services en TAO.

Les documents de la littérature grise ont été trouvés à l'aide des moteurs de recherche Google et Google Scholar ainsi que par l'exploration de sites Web d'organisations gouvernementales et non gouvernementales reconnues dans le domaine. Seuls les guides ayant été publiés entre les années 2000 et 2019 ont été retenus aux fins de la présente analyse. La stratégie de recherche a été élaborée autour des documents publiés par les organisations basées en Occident qui publient en langue française ou en langue anglaise.

Extraction des données et analyse des résultats

Les résultats obtenus à l'issue de la recherche de la documentation scientifique et de la littérature grise ont systématiquement été extraits à l'aide de grilles d'extraction sous forme de fiches de lecture. Les informations colligées relativement aux articles scientifiques retenus concernaient le lieu de l'étude (état ou juridiction), l'année de l'étude, la population ou l'échantillon à l'étude, les variables dépendantes et indépendantes à l'étude, la ou les méthodes statistiques utilisées ainsi que les principaux résultats obtenus. Une section était également réservée à l'extraction des données relatives aux trois axes correspondant chacun à l'une des questions de recherche, à savoir la philosophie d'intervention, l'offre de services et l'organisation des services. Les informations colligées pour les guides cliniques portaient exclusivement sur les trois axes d'analyse présentés précédemment. L'ensemble des données ainsi extraites a ensuite été intégré dans le logiciel NVivo 12 afin de traiter les résultats par analyse thématique. Certaines limites devraient être prises en compte lors de la lecture des résultats ([voir section 2.3.2](#)).

2.1.3 Résultats

Description des articles scientifiques retenus

Au total, 47 articles tirés de revues scientifiques ont finalement été retenus. Les principales caractéristiques de ces articles sont présentées ici. Les échantillons constitués dans le cadre des études rapportées proviennent du Canada (n = 20), des États-Unis (n = 11), d'Australie (n = 7), du Royaume-Uni (n = 4), de Nouvelle-Zélande (n = 2), de Norvège (n = 1) et de Finlande (n = 1). Une seule étude n'a pas spécifié l'origine de l'échantillon de population.

Les données empiriques rapportées dans le cadre des différentes publications retenues portent principalement sur des populations recevant des services pour une ou plusieurs problématiques. Une bonne part des études s'intéresse à des populations de personnes utilisatrices de substances psychoactives (par injection ou non) (n = 18), de personnes en situation d'itinérance (n = 3), de personnes vivant avec le VHC (n = 4) ou de personnes vivant avec le VIH (n = 1). Dans le cas de ces articles, il n'est pas ouvertement précisé si plusieurs problématiques (consommation de substances psychoactives, itinérance, comorbidités de santé mentale, VIH et autres ITSS) sont présentes chez les participants de façon concomitante. D'autres études (n = 17) décrivent spécifiquement des personnes qui présentent plusieurs de ces problématiques. En plus d'articles centrés sur les utilisateurs, on retrouve quelques recherches portant particulièrement sur les intervenants (n = 6), les pairs aidants, souvent eux-mêmes d'anciens utilisateurs de ces ressources (n = 3), ou encore les gestionnaires de ces services (n = 1).

Descriptions des documents de la littérature grise retenus

Les guides cliniques portant sur le TAO proviennent de différents pays d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Océanie. Plus précisément, les guides cliniques retenus sont issus du Canada (n = 12), des États-Unis (n = 6), de Suisse (n = 2), de France (n = 1), du Royaume-Uni (n = 1), d'Irlande (n = 1), d'Australie (n = 1) et de Nouvelle-Zélande (n = 1). Enfin, un dernier document a été publié par l'OMS.

→ Axe 1 – Philosophie d'intervention

Quelles sont les philosophies d'intervention qui favorisent la prestation de services à « bas seuil » d'exigence visant les personnes en situation de précarité, en particulier celles qui utilisent des opioïdes?

Vision holistique

L'intervention à bas seuil semble s'appuyer sur une vision holistique en accordant une pleine considération aux difficultés, aux ressources et aux besoins des personnes^{12, 37, 49, 50}. De même, cette vision est mise de l'avant dans de nombreux guides cliniques portant sur le TAO⁵¹⁻⁵⁸. Cette vision implique notamment de reconnaître l'individu avant tout comme un être humain complexe, plutôt que comme quelqu'un qui n'est caractérisé que par sa consommation de substances psychoactives, sa situation d'itinérance ou encore ses problématiques de santé mentale^{20, 59}. Autrement dit, il s'agit ici de s'appuyer sur une considération globale de la personne, dans la complexité de ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

La conséquence de ce principe est finalement que la prise en charge ne peut se restreindre à cibler une seule problématique (p. ex. consommation de substances psychoactives, itinérance, ou encore santé mentale)^{52, 60}. Elle doit donc, pour correspondre à la spécificité des trajectoires individuelles, associer préoccupations somatiques, psychiatriques, psychothérapeutiques, socioéducatives et pédagogiques^{3, 18, 52, 55, 61-64}. Ainsi, le fait d'accorder une pleine attention à l'évaluation et à la prise en charge des problématiques de santé mentale associées, et ce, même parfois avant de proposer un traitement ciblant les consommations de substances, semble être un élément primordial relevé à la fois dans certains des services à bas seuil et guides cliniques de TAO analysés^{61, 65-67}. Selon cette logique, la prise en charge des personnes en besoin de soins ne doit pas négliger les déterminants sociaux tels que l'emploi, le statut résidentiel, le soutien social et l'éducation des personnes.

Dans le même ordre d'idées, les interventions à bas seuil recensées semblent mettre de l'avant l'importance d'une prise en charge qui tient compte des

répercussions de l'histoire et des traumatismes vécus par les personnes utilisatrices des services^{20, 63, 66, 68, 69}. Cette caractéristique de la prise en charge est moins présente dans les guides cliniques en TAO retenus aux fins de la présente analyse, mais doit tout de même être soulignée^{1, 65}.

Considération de la personne

La vision holistique, mise de l'avant à la fois dans les services à bas seuil et les programmes de TAO retenus, suggère d'accorder une importance significative, lorsqu'il s'agit de concevoir et de planifier les soins, aux répercussions de divers facteurs tels que le genre, l'orientation sexuelle, la parentalité, le vieillissement et l'appartenance culturelle ou spirituelle^{52, 55, 61, 63, 64, 67, 70, 71}. Il s'agit en effet d'autant d'éléments de singularité, renvoyant à des valeurs, des cultures, des enjeux spécifiques, pouvant significativement influencer la situation et les trajectoires des personnes.

Personne en tant que pivot de la prise en charge

L'intervention à bas seuil se caractérise par l'importance de planifier les soins et services avec la personne ciblée et d'intervenir de manière personnalisée et collaborative^{20, 49, 50, 72, 73}. Cette philosophie, selon laquelle les personnes ont ici leur mot à dire dans l'établissement d'objectifs de prise en charge adaptés à leurs besoins, leurs ressources, leurs faiblesses et leurs objectifs, est largement mise de l'avant dans les guides cliniques de TAO analysés^{52, 54-58, 74-78}. Essentiellement, négliger la personne en traitement dans la planification du soin reviendrait à essayer de forcer son entrée dans un modèle de soins trop générique pour véritablement correspondre à ses besoins, et donc potentiellement voué à l'échec⁷³.

L'implication de la personne dans la planification de la prise en charge représente un processus itératif, au centre des services à bas seuil, et sans cesse remodelé en fonction du contexte de vie, des nouvelles difficultés ou des évolutions dont il est possible de tirer profit^{1, 20, 34, 58}. Par conséquent, dans le cas précis des services de TAO, la personne bénéficiant des services doit garder un rôle central, rester un acteur majeur, un partenaire privilégié du début à la fin de la démarche de soins^{1, 34, 55, 58}. Concrètement, les personnes qui utilisent les services, plus précisément les services en lien avec un TUO, pourraient même être encouragées

à faire entendre leur voix et à faire partie des comités décisionnaires dans les programmes et services qu'ils fréquentent⁵⁵.

Offrir un lieu, un temps et une attention aux personnes en besoin de soins dans l'élaboration des interventions et des programmes qui vont les concerner, c'est aussi appuyer et reconnaître leur expertise en tant que personne à part entière, avec des problématiques, des ressources et des expériences qui leur sont propres^{55, 79, 80}. Outre le fait de pouvoir proposer un soin hautement personnalisé et adapté aux enjeux d'un moment précis, cette reconnaissance peut contribuer à l'établissement d'une bonne dynamique thérapeutique entre la personne utilisatrice des services et les professionnels. Cette dynamique va influencer positivement le succès de la prise en charge, ainsi que l'image du soin et des services auprès de la personne, son entourage, ou encore la communauté dans son ensemble^{34, 55, 57, 81}.

Enfin, bien qu'il soit indispensable que les professionnels reconnaissent et respectent les choix des personnes, il ne s'agit pas pour autant d'exclure tout cadre⁸². En effet, la dynamique thérapeutique mise en place s'accompagne d'un ensemble de responsabilités partagées, tant du côté des équipes que de la personne qui utilise les services.

Réduction des méfaits

Les services à bas seuil analysés s'inscrivent dans une logique de réduction des méfaits, d'autant plus que les services à bas seuil s'adressent aux personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes^{35, 49, 59, 63, 68, 69, 72, 73, 75, 79, 83-90}.

Dans ce cadre, les interventions à bas seuil visent tout particulièrement la réduction et la prévention des risques et des conséquences négatives associées aux conduites à risque, fréquemment retrouvées dans ces populations de consommateurs, sans pour autant que l'abstinence de consommation ne représente un objectif ultime et arbitraire⁹¹. L'action de ces interventions concernera notamment la réduction de la mortalité, l'amélioration de l'état de santé, le développement d'un ensemble de compétences psychosociales, la réintégration des personnes dans leur environnement social, l'abandon des activités criminelles, ou encore l'amélioration de la qualité de vie. Il s'agit ainsi de favori-

ser l'amélioration de l'état de santé et le fonctionnement des personnes par l'accès à un mode de vie plus sain, tout en restant en adéquation avec leurs choix individuels et en limitant les répercussions, tant pour la personne que pour les proches et la communauté¹².

Éliminer les barrières d'accès et au maintien en matière de soins

En cohérence avec la philosophie de la réduction des méfaits, l'intervention à bas seuil se caractérise par la volonté de faciliter au maximum l'accès aux ressources d'aide pertinentes aux personnes en situation de précarité^{52, 79, 92, 93}. En effet, si les critères stricts des ressources dites traditionnelles, notamment dans le domaine des services en dépendance, peuvent être justifiés et pertinents dans un autre contexte, ils peuvent avoir des conséquences assez problématiques auprès des populations en situation de grande précarité⁹⁴. Par exemple, une trop grande rigidité du cadre d'intervention (c.-à-d. présence de critères d'admission ne correspondant pas à la réalité des populations consommatrices, ou de trop nombreux critères d'exclusion) peut éloigner les personnes en besoin de soins et les personnes consommatrices d'opioïdes, voire contribuer à une augmentation de la mortalité globale, car moins de personnes auront finalement recours à des soins^{94, 95}.

Compte tenu des particularités des personnes vivant en situation de précarité, la notion de bas seuil vise la disparition des barrières d'accès aux soins et au maintien des soins, notamment celles qui existent dans le domaine institutionnel^{55, 63, 66, 79, 92, 96-99}. Selon la même logique, plusieurs documents de la littérature analysée insistent sur le besoin de réduire les barrières, notamment administratives, intervenant à l'entrée en soins^{55, 57, 69, 86, 90, 91, 100, 101}. Les délais d'attente, le fait de devoir prendre rendez-vous, le coût financier ou les exigences quant au statut juridique (c.-à-d. la nécessité de présenter des documents valides d'assurance ou d'identité) sont autant de barrières significatives pour les personnes en besoin de soins, tout comme l'abstinence imposée pendant le traitement et en tant qu'objectif de traitement^{3, 35, 37, 68, 70, 87, 89, 93, 102}.

Aux faibles exigences quant à l'entrée dans les services s'associe une grande ouverture à l'égard des personnes pendant la prise en charge dans les services à bas seuil.

En effet, si les barrières sont nombreuses concernant l'accès, elles le sont tout autant lorsqu'il s'agit de maintenir les personnes en lien avec les soins^{57, 69, 86, 90, 91, 100, 101}.

Les soins en eux-mêmes sont flexibles, accessibles et proposés de manière continue, toujours en lien avec les besoins exprimés par les personnes bénéficiant des services^{79, 83, 96, 99}. Les interventions sont planifiées, étape par étape, afin d'accompagner les personnes dans l'atteinte de leurs objectifs, qui peuvent eux-mêmes évoluer au fil du temps^{65, 79}. Plusieurs auteurs insistent encore une fois sur la flexibilité nécessaire des soins et le respect du rythme de la personne en traitement^{20, 57, 69, 73, 85, 92}. Cette flexibilité et ce respect passent par une évaluation continue de l'adéquation de la prise en charge et, le cas échéant, une modification de la prise en charge en fonction de l'évolution de la réalité de la personne en traitement^{34, 62}.

La littérature contient enfin des éléments en faveur de dispositifs permettant de faciliter la rétention et l'engagement des personnes dans la structure de services à bas seuil^{3, 55, 60, 70, 79, 85}. Ainsi, la possibilité de proposer des interventions brèves et des approches motivationnelles, mais également d'avoir recours à des activités incitatives comme le travail rémunéré, dit à bas seuil, est notamment soulignée.

Finalement, l'intervention dans le cadre d'un programme à bas seuil ne peut se résumer à sa finalité, mais constitue plutôt un outil pour créer des liens et faciliter le contact avec d'autres services et structures³. En complémentarité, il est tout aussi pertinent d'accorder simultanément une place significative à l'intervention réalisée, directement au sein de la communauté, en allant à la rencontre des personnes là où elles se trouvent au quotidien^{62, 68, 80, 83, 103-105}. Des contacts réguliers avec les personnes en situation de précarité dans leur milieu de vie peuvent effectivement constituer la première étape avant la mise en lien avec des structures plus classiques, en plus d'entraîner diverses retombées positives pour la communauté.

Promouvoir un environnement sécuritaire

La littérature consultée insiste sur la nécessité d'établir et de maintenir une bonne alliance thérapeutique avec les populations en situation de précarité et utilisatrices d'opioïdes, celles-ci pouvant être victimes de stigmatisation et de discrimination^{16, 34, 56, 76, 106}.

La littérature met très largement en lumière l'impératif de proposer un environnement thérapeutique calme, authentique, sans jugement, qui soutient la personne et dans lequel elle peut se sentir en confiance et acceptée, peu importe la situation ou l'état dans lequel elle se présente. Cet élément de la structure de prise en charge caractérise à la fois les services à bas seuil et les services de TAO trouvés^{1, 20, 52, 55, 56, 58-61, 63, 65, 73, 76, 86, 88, 91, 100, 107-109}. Ce savoir-être face à la personne venue chercher des soins ou services doit par ailleurs concerner l'ensemble des professionnels qui sont amenés à rencontrer les personnes en traitement, y compris les personnes occupant des responsabilités administratives^{1, 52, 56, 60, 61, 88, 91}.

Le respect manifesté aux personnes utilisatrices des services à bas seuil et des services de TAO recensés passe aussi par une transparence et une clarté dans la communication qu'entretiennent les professionnels avec ces personnes^{18, 55, 64, 80}. L'information fournie à la personne devrait être complète et transmise dans un langage accessible, mais professionnel^{18, 58, 64, 80, 109}. Cette information devrait porter sur les processus de prise en charge, les enjeux, les risques et les éventuelles contraintes associés au traitement (p. ex. dans le cas d'une prescription médicamenteuse) et l'obtention du consentement éclairé des personnes utilisatrices des services quant aux options thérapeutiques qui peuvent leur être proposées^{18, 58, 64, 80, 109}. Enfin, le respect envers la personne en traitement se manifeste dans le non-jugement des décisions thérapeutiques qu'elle prend⁵⁸.

Les services à bas seuil recensés se caractérisent par l'attention particulière portée à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'intérieur des espaces de soins¹². D'un point de vue extérieur, les ressources sont difficilement identifiables par le passant. En plus d'un relatif anonymat des lieux, il convient de chercher à préserver la confidentialité dans les rencontres^{12, 86}. Il est aussi recommandé que les structures soient aménagées de manière chaleureuse, afin de ne pas trop ressembler à un centre médical¹². Enfin, relativement à la stigmatisation pouvant émerger du cadre de soins, il convient de noter que l'acceptabilité du traitement et de son cadre de soins est tout aussi importante, sinon plus que son accessibilité auprès des personnes en besoin de soins⁵⁵. Autrement dit, le traitement et le cadre de soins offerts aux personnes en situation de précarité devraient d'abord être conçus de

manière à être attirants et non stigmatisants pour les personnes à qui ils sont destinés.

Dans un autre ordre d'idées, les services à bas seuil recensés et, dans une moindre mesure, les services de TAO, mettent de l'avant l'importance de faire preuve de respect concernant les valeurs associées à une appartenance ethnique, à une orientation sexuelle, à une identité de genre, ou plus largement, à toute spécificité individuelle^{55, 58, 59, 63, 65, 73, 86, 107-109}. Globalement, il peut être avantageux de disposer de personnel formé à ces spécificités, et/ou d'avoir des professionnels issus de communautés ethnoculturelles, ainsi que des pairs partageant une expérience commune de ces situations, afin de faciliter la rencontre et les relations avec ces personnes^{58, 109}.

Utiliser un ensemble de ressources pour répondre aux besoins de la personne

La littérature portant sur la prise en charge des problématiques liées à l'usage d'opioïdes souligne la nécessité d'organiser des ressources professionnelles pour déterminer les prises en charge et les rendre accessibles à cette population. D'autant plus que dans le cadre d'une intervention à bas seuil, le croisement des ressources vient répondre à la diversité des problématiques qui peuvent être présentes chez une même personne, et ainsi agir en faveur d'un rétablissement plus global^{80, 98, 101}.

Selon les services à bas seuil analysés, ce croisement des ressources peut avoir lieu par la coordination d'équipes interdisciplinaires et leur intégration aux approches diverses mais complémentaires, au sein d'une même ressource et d'un même lieu^{13, 59, 62, 63, 70, 72, 73, 80, 94, 103}. Certains spécialistes peuvent n'intervenir que ponctuellement, mais cela peut être suffisant pour couvrir certains besoins auprès des personnes en soins. Ce type d'intervention ponctuelle peut également avoir le potentiel d'influencer la pratique des autres professionnels⁶². Le fait de proposer un large éventail d'interventions au sein d'un même lieu (modèle dit de guichet unique ou *one-stop shop*) est d'autant plus pertinent auprès de populations qui ont autrement beaucoup de difficulté à accéder aux services^{12, 13, 70}. Au-delà des ressources professionnelles, la littérature insiste finalement sur le besoin d'intégrer simultanément l'entourage, principalement la famille et des pairs, au processus de prise en charge^{87, 105}. Cette démarche

peut avoir une incidence tant sur les personnes utilisant les services que sur leur entourage, accueilli comme véritable acteur des soins¹⁰². Dans le cadre du TAO plus particulièrement, l'enjeu est alors de proposer des soins prenant la forme d'un partenariat tripartite entre la personne en traitement, les professionnels et les personnes-ressources externes⁷¹.

À plus grande échelle, lorsque l'intégration de différentes ressources spécialisées au sein d'un seul et unique lieu physique n'est pas possible, l'établissement de forts liens de collaboration entre diverses organisations et divers services représente une solution intéressante qui a souvent été notée tant dans les guides cliniques de TAO qu'au sein des services à bas seuil recensés^{18, 34, 52, 54, 60, 65, 80, 98, 101, 110}. Sans être exhaustive, la liste peut comprendre les ressources suivantes : les services spécialisés en dépendance, en itinérance, en santé mentale et physique, les services sociaux ou encore les services d'aide judiciaire. L'intégration pourra prendre plusieurs formes : la recherche de conseils ponctuels auprès d'un professionnel spécialisé dans une problématique connexe; l'intervention sur place de celui-ci; et finalement, l'orientation de la personne vers une ressource spécialisée⁵². Il y a alors nécessité, pour les professionnels, de posséder une bonne connaissance de l'ensemble des services pertinents pour les utilisateurs et de savoir comment les orienter (p. ex. connaître les critères d'admission et les objectifs)^{1, 52, 59, 62, 64, 70, 94, 103, 111-113}. Il apparaît également pertinent de disposer d'un personnel dont la mission est d'assurer une bonne communication avec les différents partenaires, de prendre en charge l'orientation des personnes qui reçoivent des soins au sein de ces ressources, et de continuer à assurer un suivi⁸⁰. L'objectif est de veiller à ce que le processus d'orientation ne prolonge pas inutilement les délais dans la prise en charge de la personne ou la conduite vers une impasse ne répondant pas à ses besoins^{1, 80}. Le fait d'aider les personnes ayant besoin de soins à entrer en contact avec l'ensemble des ressources existantes contribue plus largement à la continuité des soins et, par extension, aux trajectoires de rétablissement^{63, 73}. En travaillant à organiser ensemble la totalité des services couvrant les besoins des personnes, on facilite l'accès à l'aide qui correspond aux problématiques rencontrées, et ce, peu importe la ressource à laquelle les personnes s'adressent initialement (principe du *No wrong door*)⁶¹.

→ Axe 2 – Offre de services

Quels types de services sont offerts dans le cadre des programmes à « bas seuil » d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité et en particulier aux personnes utilisatrices d'opioïdes?

Traitement par agonistes opioïdes

La littérature consultée sur les services à bas seuil et les services de TAO en particulier met de l'avant l'importance d'offrir systématiquement, parmi toute l'offre de services, des services de TAO aux personnes utilisatrices d'opioïdes, et ce, quel que soit le milieu d'intervention^{1, 12, 49, 50, 52, 56, 58, 61, 63, 68, 70, 72, 73, 78, 89, 90, 93-95, 101, 103, 112, 113, 124-127}.

Consommation à moindre risque, TUO et autres substances

En parallèle au TAO, de nombreux services visant à favoriser la consommation à moindre risque, non seulement des opioïdes, mais de toutes les substances psychoactives, sont proposés^{12, 35, 49, 50, 56, 58, 60, 63, 65, 70, 72, 79, 84, 89-91, 98-101, 105, 106, 108, 125, 128}. Ainsi, du matériel de consommation stérile et des trousses de prévention des surdoses sont la plupart du temps disponibles au sein des services à bas seuil s'adressant aux personnes consommant des drogues. L'accès à des services d'injection supervisée sur place ou auprès d'organisations partenaires dans la communauté a également été noté^{65, 79, 84, 129}. En parallèle, les personnes qui utilisent les services peuvent recevoir de l'information appropriée sur l'utilisation des différentes ressources en réduction des méfaits^{12, 63, 65, 71, 98, 103, 128, 129}. Plus largement, certains services à bas seuil recensés offrent un counseling consacré aux risques de la consommation et aux bonnes pratiques à observer^{68, 72, 73, 88, 102}.

La personne en suivi devrait bénéficier d'une évaluation et d'un accompagnement qui ne cible pas uniquement sa consommation d'opioïdes, mais bien l'ensemble des substances consommées, le cas échéant. Dans le cadre de cette prise en charge, les personnes en suivi devraient pouvoir obtenir un traitement pharmacologique approprié et un counseling adaptés à leur consommation, peu importe la substance consommée (p. ex. la gestion des envies impérieuses de consommer [craving] ou de la rechute)^{53, 71, 72, 109, 110, 125}. Enfin, il est aussi nécessaire d'être en mesure de gérer des

situations graves sur place, notamment celles liées aux intoxications majeures et aux surdoses¹²⁸.

Santé sexuelle et ITSS

La littérature consultée souligne l'importance de porter une attention particulière à la question de la santé sexuelle, des pratiques sexuelles et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). En premier lieu, des mesures de promotion de la santé et de prévention en matière de pratiques sexuelles sécuritaires, d'enjeux de la grossesse et de contraception ont été observées dans plusieurs programmes et services à bas seuil^{12, 59, 73, 88, 99, 102}. Des moyens de contraception et des tests de grossesse sont également parfois rendus accessibles⁷⁰.

Simultanément, les personnes fréquentant certains des services à bas seuil recensés peuvent bénéficier d'un dépistage des maladies infectieuses, notamment le VIH, le VHC, le VHB et toute autre ITSS^{37, 49, 50, 70, 73, 86-88, 99-101, 130}. Dans le même ordre d'idées, nombre des programmes à bas seuil analysés proposent un traitement et un suivi des ITSS aux personnes concernées^{12, 55, 70, 72, 73, 83, 84, 86, 87, 93, 100}. Pour ceux que cela concerne, la vaccination (p. ex. contre le virus de l'hépatite B) a été notée comme faisant partie d'une offre de soins et de services dans certains des services à bas seuil recensés^{37, 70, 73, 88} et est également recommandée dans certains guides cliniques de TAO^{56, 110}.

Santé mentale

Un vaste consensus appuie la nécessité de répondre aux besoins en santé mentale des personnes fréquentant des services à bas seuil^{12, 37, 59, 70, 73, 84, 86, 100} ou un programme de TAO régulier^{1, 18, 53, 55, 57, 58, 60, 61, 65, 71, 74, 106, 112, 124, 125, 127}.

Pour ce faire, certains programmes à bas seuil offrent une évaluation détaillée des possibles comorbidités en santé mentale aux personnes entrant dans leurs services^{131, 132}. D'autres offrent une prise en charge spécialisée aux modalités diverses (p. ex. thérapie individuelle, de groupe, counseling, prescription médicalemente, etc.)^{68, 83, 86, 92, 94, 103}. La prise en charge dans ce contexte peut ainsi concerner un vaste éventail de thématiques, par exemple la motivation, les habiletés psychosociales, la gestion des émotions, les troubles anxieux et dépressifs, etc.^{88, 94, 101}.

Accompagnement psychosocial

Selon les documents recensés, les services à bas seuil sont caractérisés par une offre de soutien concernant l'accès au logement, à la formation, à l'emploi, à la sécurité alimentaire et aux aides sociales, l'assurance sociale et maladie ou encore, un soutien dans les démarches légales et juridiques pouvant découler de la situation de vie des personnes^{12, 37, 49, 50, 59, 63, 80, 84, 89, 91, 100, 101, 103}. Dans le même ordre d'idées, certains documents concernant les soins en lien avec le TAO insistent également sur l'importance d'offrir un accompagnement psychosocial aux personnes qui pourraient en avoir besoin^{53, 55, 56, 110}. De même, certains autres documents relatifs aux programmes de TAO réguliers soulignent la nécessité de prendre des mesures en matière de soutien familial et de parentalité (p. ex. la protection de la jeunesse ou des actions contre la violence conjugale)^{55, 56, 60, 109, 127}. En somme, il s'agit ici d'avoir une influence significative sur l'environnement de vie des personnes afin de favoriser leur rétablissement^{1, 18, 53, 57, 65, 71, 74, 76, 109, 113, 124, 125, 127}.

Besoins de base

Les réponses à un ensemble de besoins dits de base caractérisent également les services à bas seuil recensés. Le soutien à l'alimentation (p. ex. service de repas, offre de denrées)^{3, 20, 37, 62, 84, 91, 127}, l'hébergement plus ou moins temporaire^{3, 59, 62, 63, 84, 91, 93, 98, 127}, la possibilité de se laver et de disposer de vêtements propres^{3, 20, 37, 84, 91} ou l'accès à des moyens de télécommunication et à Internet^{3, 20, 37} sont tous des éléments mis en place dans certains des services à bas seuil recensés. Dans le même ordre d'idées, proposer une aide financière d'urgence, par exemple sous forme d'occasions de travail rémunéré sans qualification nécessaire, représente également une piste envisagée par certains programmes à bas seuil^{59, 79, 102}.

Soins de première ligne

Certains des programmes à bas seuil recensés soulignent l'importance d'offrir des consultations axées sur la promotion de la santé, notamment en ce qui a trait aux pratiques de consommation, aux risques d'ITSS ou encore aux ressources accessibles dans la communauté^{35, 70}. Cet aspect fait également partie intégrante de l'offre de services recommandée par les organismes de réglementation des programmes de TAO^{16, 53-55, 112, 133}.

Quelques services à bas seuil destinés aux personnes en situation de précarité offrent des services de laboratoire (p. ex. bilans sanguins, urinaires et sérologiques) dans le cadre du suivi de l'état de santé de la personne^{86, 100, 126}. Ces services de laboratoire sont également recommandés dans le développement de programmes de TAO^{56, 65, 108, 109}. Par extension, et au besoin, ces services sont accompagnés d'un suivi médical de première ligne pouvant comprendre des services de laboratoire, des soins de plaies, la vaccination, l'évaluation de l'état de santé global, la santé sexuelle et la santé mentale^{1, 12, 16, 35, 54, 55, 87, 89, 91, 110, 112, 134}. Plusieurs auteurs soulignent l'attention particulière à porter à tout ce qui concerne les soins des plaies, des abcès et des veines chez les personnes utilisatrices de drogues par injection qui fréquentent des services à bas seuil^{86, 100, 128, 128}. Les personnes utilisant les services à bas seuil peuvent bénéficier d'un accès facilité à des prescriptions médicamenteuses en fonction de leurs besoins, y compris la prophylaxie préexposition pour prévenir l'infection au VIH, et à la vaccination (p. ex. vaccin contre l'influenza) dans le cadre de certains programmes à bas seuil^{12, 49, 83}.

Services mobiles

Il peut être difficile pour les personnes en situation de précarité d'avoir accès à des services. Les interventions doivent impérativement tenir compte de la mobilité. Il peut être important pour la personne de recevoir une intervention directement au sein de sa communauté, là où elle se trouve habituellement, notamment en situation d'itinérance^{56, 112}.

Pour répondre à cette nécessité de mobilité, de nombreux programmes à bas seuil misent sur une présence marquée dans l'espace communautaire, la capacité de se déplacer facilement vers la rue, et des liens forts avec les services et ressources partenaires dans la communauté afin d'accroître leur couverture de la population^{12, 35, 59, 68, 72, 73, 80, 83}. En complément, d'autres services proposent de venir chercher les personnes ayant besoin de soins là où elles se trouvent et de les accompagner vers la ressource offrant les services appropriés^{86, 135}.

Activisme

Finalement, les documents consultés portant sur les services à bas seuil soulignent aussi l'intérêt pour les ressources à bas seuil d'avoir une activité militante ou

de plaider (*advocacy*) auprès des autorités administratives, économiques et politiques, ainsi qu'auprès de la communauté au sens large^{70,79,86}. Les actions à cibler peuvent concerner les thématiques de la pauvreté, de la dépendance, des services de santé ou encore des pratiques policières relativement à ces problématiques complexes^{55,59,70,79,86}.

Autres soins spécialisés

Les personnes en situation de précarité, à qui les services à bas seuil sont destinés, peuvent aussi requérir des services plus spécialisés. Dans le cadre des services à bas seuil recensés, nous avons noté que ces services pouvaient comprendre les aspects nutritionnels et le suivi du diabète^{63,70}, les troubles cardiaques et pulmonaires⁷⁰, des soins gynécologiques et obstétricaux²⁰, les soins dentaires⁶³ ou encore les soins palliatifs⁷².

→ Axe 3 – Organisation des services

Comment sont organisés les services à « bas seuil » d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, plus particulièrement aux personnes utilisatrices d'opioïdes, et par qui sont-ils offerts?

Équipes interdisciplinaires

Afin de répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de précarité, certaines des ressources à bas seuil recensées peuvent compter sur une large équipe interdisciplinaire^{3,12,63,68,83,85,87,98}. Cette même logique de services offerts par des équipes interdisciplinaires est mise de l'avant dans une majorité de guides cliniques de TAO consultés^{53,55,56,60,71,78,106,109,111-113,125}. Ces équipes sont généralement composées de médecins généralistes, d'infirmières cliniciennes ou praticiennes, d'intervenantes psychosociales, de travailleuses sociales, de psychologues, de psychiatres et de pairs aidants, en plus des gestionnaires, du personnel administratif et de sécurité. D'autres professionnels spécialisés peuvent aussi être intégrés, selon les spécificités de la structure des services et de la population rencontrée : nutritionnistes, médecins spécialistes en maladies infectieuses, hépatologues, professionnels en soins dentaires, intervenants spécialisés en toxicomanie et en itinérance, conseillers en orientation et en éducation, ergothérapeutes, etc.

L'organisation de ces équipes interdisciplinaires peut prendre différentes formes. Certains programmes à bas seuil sont caractérisés par la désignation d'un intervenant-pivot, un gestionnaire de cas (*case manager*) avec qui la personne aura le plus de contacts^{59,69,80}. L'intervenant peut être responsable d'évaluer les besoins, d'établir un bon lien thérapeutique entre l'équipe et la personne bénéficiant des soins et de réduire les barrières de maintien en traitement tout en assurant le suivi longitudinal de la personne¹³⁶⁻¹³⁸. Parmi ses attributions, et selon les modèles d'organisation, on peut évoquer que le responsable de cas peut avoir à coordonner la réponse aux besoins de base de la personne (nourriture, accès aux aides financières, logement, etc.)^{13,80,103}. Cependant, il est à noter que d'autres modèles relevés dans la littérature mettent sur la liaison des personnes avec plusieurs membres de l'équipe, voire à l'équipe entière dans une logique de partage des cas (*case load*)^{85,126}.

Concernant l'ensemble des cas des intervenants, certains des programmes à bas seuil recensés mettent sur les principes de suivi intensif dans le milieu (*assertive community treatment*) où il est globalement recommandé d'avoir un ratio clients-intervenant assez bas. Un ratio d'un intervenant pour 10 à 15 clients est proposé, par rapport à un intervenant pour 25 clients en moyenne dans les structures traditionnelles^{85,104}. Plus largement, il est nécessaire de viser une juste répartition de l'ensemble des cas entre les différents intervenants médicaux et non médicaux^{93,104}. Un autre document indique, quant à lui, qu'un travail en dyade peut être souhaitable, en fonction des situations⁸³.

La communication et le partage d'information entre intervenants, et a fortiori avec le gestionnaire de cas, revêt une importance capitale tant dans le développement de services à bas seuil destinés aux personnes ayant un TUO⁹³ que de programmes de TAO réguliers^{52,108,111,125,127}. Certains des modèles de services à bas seuil consultés mettent sur des rencontres régulières entre les intervenants (p. ex. une fois par semaine, entre 30 minutes et une heure) pour discuter des évolutions dans le suivi et des modifications à apporter aux plans d'intervention^{56,69,126,127}.

Il est suggéré que tous les intervenants œuvrant dans un programme de TAO régulier ou dans un programme à bas seuil destiné aux personnes utilisatrices d'opioïdes

soient formés en matière d'utilisation de la naloxone^{60, 103}. Dans le même ordre d'idées, les intervenants travaillant dans un programme de TAO devraient être en mesure de répondre à toutes questions des utilisateurs des services concernant les missions des services, les traitements et accompagnements offerts, ou encore les spécificités des TUO⁵⁸.

Intégration dans un même lieu physique

De nombreuses organisations tentent de répondre à la totalité des besoins (p. ex. soins de santé de base et spécialisés, accompagnement psychosocial, ressources en toxicomanie, en réduction des méfaits, en ITSS, en santé mentale, etc.) au sein d'un même lieu^{12, 13, 63, 85, 104}. Cette solution serait même à privilégier en ce qui a trait aux situations complexes dans le cadre du TAO⁶⁰. À cet effet, il a été noté que le fait d'offrir le TAO au sein de la structure de soins plutôt qu'en pharmacie communautaire comportait des avantages quant à la rétention en traitement après 12 mois¹³⁹. Néanmoins, compte tenu de la diversité des ressources pouvant être impliquées, l'organisation avec des services partenaires et le processus d'orientation représentent des éléments centraux à la fois des services à bas seuil et des programmes de TAO qui ont été analysés^{1, 49, 52, 55, 56, 60, 61, 65, 68, 78, 80, 83, 86, 93, 101, 104, 108, 112, 127-130}.

Dans d'autres cas, la ressource à bas seuil peut être située à l'intérieur d'une organisation plus large (p. ex. une clinique à l'intérieur d'un campus hospitalier, ou encore au sein d'un organisme de réduction des méfaits)^{50, 88, 93}. Dans ce cadre, la proximité des services permet d'optimiser la prise en charge par l'intégration d'un plus large éventail de ressources⁷³. Cette proximité offre aussi l'avantage de pouvoir réagir rapidement et de facilement adapter le suivi aux besoins et difficultés^{13, 63, 99, 104, 139}.

Collaborations interorganisations et processus d'orientation

Pour couvrir au maximum les besoins de la population, les services à bas seuil recensés misent sur la création de véritables corridors de services intégrant de nombreuses ressources (cliniques sans rendez-vous, lieux de restauration, refuges, GMF, structures spécialisées et milieux hospitaliers, milieu carcéral, ressources communautaires et milieux de vie, etc.)^{69, 80, 83, 87, 90, 91, 93, 107, 128, 135}. Les équipes des ressources à bas seuil peuvent même être appelées à intervenir régulièrement et directement dans ces ressources collaboratrices pour

répondre à certains besoins urgents, suivre et orienter les utilisateurs des services tout en permettant de renforcer les liens entre les services^{69, 92, 103, 107}. Les intervenants doivent alors travailler activement à l'établissement de liens de collaboration avec des groupes de soutien^{56, 71, 92, 127}, des regroupements activistes, des représentants politiques et économiques¹³ ainsi que les services de police, notamment pour orienter les personnes vers les ressources appropriées, bien que ce dernier type de contact peut se révéler intimidant pour certaines personnes^{83, 129}.

Les liens entre les ressources doivent être envisagés en amont des prises en charge, cultivés au fil du temps et ne devraient pas être unilatéraux^{83, 86, 100, 107}. Les intervenants doivent être adéquatement formés pour être en mesure de recevoir les personnes orientées par ces ressources alliées, en fonction des spécificités des populations prises en compte^{63, 93, 97, 111, 135}. Enfin, on peut plus largement envisager la création d'un réseau collaboratif réunissant les professionnels et services de tous horizons susceptibles de rencontrer une population aux prises avec le TUO^{108, 111}. Ce réseau collaboratif permettrait ainsi d'offrir un réseau d'entraide et de formation aux professionnels médicaux et aux pharmaciens qui sont appelés à travailler auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, dans le but d'améliorer leur pratique.

L'orientation en elle-même est un processus approfondi, suivi et accompagné^{83, 86, 100, 107}. Cette étape peut parfois sauver un suivi qui semble problématique et permettre d'éviter que la personne se retire de la structure de services en cours de traitement¹²⁷. En amont, il est déjà important de bien considérer les options d'orientation. Il est ainsi essentiel d'opter pour des ressources accessibles et acceptables pour les personnes utilisatrices des services afin de ne pas ajouter inutilement de barrières à leur parcours¹²⁸. Ensuite, différentes modalités d'accompagnement peuvent être envisagées : prendre rendez-vous pour la personne, l'accompagner en personne sur les lieux des ressources, ou encore communiquer avec elle à intervalles réguliers (par exemple, après un et trois mois) afin d'assurer le suivi de l'orientation^{83, 86, 100, 107, 130}.

C'est ici que l'apport d'un intervenant-pivot s'avère encore une fois particulièrement significatif pour arrimer les services aux besoins de la personne⁵⁶. Dans ce cadre, le modèle « Navigator » suggère qu'un

intervenant soit chargé d'établir la liaison entre les ressources et les personnes ayant besoin de soins en allant à la rencontre de ces personnes dans leur milieu de vie¹⁰⁷. Cet intervenant aura la tâche d'évaluer les principaux besoins, d'établir le lien thérapeutique avec la personne, de réduire les barrières à l'accès et au maintien en matière de soins et d'accompagner la personne dans les structures de services, tout en assurant un suivi global en marge de l'orientation^{13, 80, 126}.

Mobilité des équipes dans différentes ressources pour offrir les soins et les services

Les ressources à bas seuil se caractérisent notamment par la présence marquée, dans l'espace communautaire, des intervenants de la ressource. Autrement dit, les intervenants se déplacent facilement vers la rue, vers les services et ressources partenaires, afin d'accroître leur couverture de la population qui pourrait bénéficier de leurs interventions^{12, 35, 59, 68, 72, 73, 80, 83}. Dans certains cas, cela peut impliquer que les intervenants vont chercher les personnes en besoin de soins là où elles se trouvent et les emmènent à la ressource de soins appropriée^{86, 135}, mais aussi d'utiliser un véhicule équipé sillonnant les quartiers fréquentés par les personnes ayant des difficultés d'accès aux soins et services^{35, 70, 83, 101}.

Structure de services adaptée et flexible

La mise sur pied d'une ressource offrant des services aux personnes en situation de précarité nécessite d'avoir une structure de services adaptée et flexible, ce qui soulève la question du maillage géographique. À cet effet, les documents consultés concernant les services à bas seuil et les programmes de TAO en général semblent recommander que les ressources soient facilement accessibles et de proximité, par exemple par la marche ou les transports en commun^{1-4, 18, 55, 64, 69, 71, 80, 87, 90, 91, 128}. En soi, il n'existe pas d'emplacements géographiques à privilégier. Toutefois, il apparaît pertinent de cibler les environnements (urbains ou non) où les personnes présentent davantage de difficultés à accéder aux services dont elles ont besoin^{20, 63}.

De nombreuses ressources à bas seuil recensées étaient disponibles et ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7^{3, 55, 85, 91, 140}. Autrement, les plages horaires sont au minimum adaptées au mode de vie des personnes à qui les services s'adressent. Par exemple, il a été relevé qu'un service d'injection supervisée à bas seuil et géré par les pairs était principalement ouvert en soirée afin

de correspondre davantage aux horaires des personnes visées par le service, notamment les personnes travailleuses du sexe¹²⁹. L'adaptation des horaires de services à la réalité des personnes qui en bénéficient est également ressortie de l'analyse de certains guides cliniques portant spécifiquement sur le TAO, notamment les services disponibles en dehors de la plage horaire habituelle de travail, soit de 9 h à 17 h^{60, 110}. Les soins dans les structures de services à bas seuil sont offerts de préférence sans rendez-vous, un minimum pour les services et soins de première ligne^{70, 80, 85, 93, 130}.

Sur le plan administratif, la capacité à être accueilli dans les ressources à bas seuil et à recevoir des soins n'est pas assujettie au fait de posséder une preuve d'identité ou des documents d'assurance^{85, 130}, ni même une référence^{63, 97}. Plus largement, certains programmes à bas seuil offrent des services gratuitement ou à prix très abordables, avec un remboursement efficace et rapide des frais engendrés^{35, 55, 85}. Dans cette optique, l'analyse des guides cliniques de TAO fait ressortir l'importance de limiter au maximum tout critère administratif pouvant entraver l'accès aux soins pour les personnes utilisatrices d'opioïdes^{55, 64, 71}.

La consommation de substances psychoactives ne constitue pas un motif d'interruption des soins dans les programmes à bas seuil analysés^{37, 87, 89, 91, 97}. De même, certains guides de TAO consultés partagent cette philosophie voulant que la consommation de substances psychoactives ne doive pas constituer un motif d'interruption du TAO^{16, 18, 54, 55, 74}. En revanche, un épisode ponctuel de consommation ou une intoxication aiguë devrait souligner le besoin pour les équipes d'adapter le suivi et de se servir de ces événements dans l'accompagnement thérapeutique^{1, 18, 55, 74, 95, 127}. Il reste néanmoins important d'assurer une surveillance de l'utilisation des molécules prescrites dans le cadre du TAO afin d'éviter les usages détournés ou le trafic^{37, 95}.

Dans le même ordre d'idées, les équipes œuvrant auprès des personnes en situation de précarité qui fréquentent un service à bas seuil doivent s'attendre à être confrontées aux absences et aux présences irrégulières des personnes utilisatrices des services. Dans le cas d'un programme de TAO à bas seuil, aucun aspect du suivi n'est présenté comme étant absolument obligatoire, et le règlement interne, s'il existe, est peu restrictif⁹⁷. En soi, cet état de fait va dans le même sens

que la volonté prescrite dans certains guides de TAO de limiter les critères conduisant à une interruption de la prise en charge de la part de l'équipe clinique^{16,18,60,127}. Il est question ici d'une flexibilité du cadre thérapeutique, notamment une certaine tolérance face à la consommation concomitante en cours de traitement et une tolérance face aux rendez-vous manqués. Ces cas de figure peuvent également être considérés comme une occasion de réfléchir avec la personne utilisatrice des services aux modalités de la prise en charge et à la façon dont elle est établie afin que celle-ci corresponde bien aux objectifs de la personne et ne représente pas un frein à l'atteinte de ceux-ci^{16,18,60,127}.

En fin de compte, la seule situation où une interruption de suivi est envisageable serait en cas d'agressivité marquée et de violence, c'est-à-dire quand la sécurité immédiate des personnes en traitement ou du personnel est menacée. Mais même dans un tel cas, il convient toujours d'explorer les solutions de rechange pour éviter l'interruption totale des soins et les conséquences que cela peut avoir pour la personne utilisatrice des services^{18,55,64,74,81,95,97,109,127}. Néanmoins, en cas d'interruption de la prise en charge, il y a lieu de faire en sorte que la reprise du traitement et le retour de la personne vers l'équipe de soins ne soient pas entravés^{16,35}.

2.2 SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

Au Québec, des efforts sont en cours afin de déployer différents services pour soutenir les personnes ayant un TAO et en situation de précarité vers l'acquisition d'une meilleure santé globale. Le présent volet du projet présente les entretiens qui avaient pour objectif de documenter et de décrire les pratiques des services à bas seuil (SBS) en TAO au Québec.

2.2.1 Méthodologie

Afin de dresser un état de la situation des services existants et de leurs pratiques, des entretiens ont été menés dans six régions administratives du Québec avec différents groupes cibles.

Tout d'abord, sept équipes cliniques dites à « bas seuil » offrant des soins en TAO ont été sollicitées. Ces équipes estiment offrir une prise en charge adaptée aux personnes ayant un TAO et en situation de précarité. Préalablement à un entretien en personne, une grille de préentrevue a été remplie par les gestionnaires responsables de ces services afin de collecter des données sur l'organisation de leur service et sur les personnes qui le fréquentent. Par la suite, des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec l'objectif de connaître les définitions des services à bas seuil et leur application dans chacune des ressources, les pratiques organisationnelles relatives aux services à bas seuil actuellement en place, les structures de soins ainsi que les enjeux et les défis relatifs aux services à bas seuil dans leur milieu. Des groupes de discussion (*focus groups*) composés de plusieurs membres de chacune de ces équipes cliniques, généralement au moins un médecin, une infirmière et un intervenant psychosocial, ont été créés dans ce cadre. Des entretiens individuels avec les gestionnaires concernés ont aussi été effectués.

En parallèle, des groupes de discussion avec des intervenants d'organismes communautaires qui travaillent auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes en situa-

tion de précarité dans ces mêmes six régions ont eu lieu. Des entretiens de groupe avec des personnes qui consomment des opioïdes ont également été menés dans toutes les régions concernées par la situation. Ces personnes suivaient ou ont déjà suivi un TAO, mais n'étaient pas nécessairement suivies par les mêmes équipes cliniques que celles rencontrées. Par souci de confidentialité, il a été convenu de ne pas nommer les régions visitées lors des entretiens. Dans le présent document, les régions sont nommées uniquement par des lettres afin de préserver l'anonymat des participants. Ces entretiens de groupe avaient comme objectif de mettre en lumière les définitions des participants relativement aux services à bas seuil et leur compréhension de l'approche à « bas seuil », les liens et partenariats ainsi que les enjeux et défis relatifs aux services à bas seuil sur leur territoire.

Enfin, 7 gestionnaires, 24 cliniciens, 26 intervenants communautaires et 37 personnes utilisatrices d'opioïdes ont été rencontrés pour des entretiens d'environ une à trois heures. Les entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim et leur contenu a été soumis à une analyse de contenu thématique afin de dégager les convergences et divergences des points de vue concernant les différentes thématiques explorées¹⁴¹. Certaines limites devraient être prises en compte lors de la lecture des résultats ([voir section 2.3.2](#)).

2.2.2 Résultats

2.2.2.1 Les contours des services dits à « bas seuil » en TAO au Québec

Divers éléments peuvent être pris en compte dans la définition des SBS et permettent de mettre en lumière comment ces services se sont déployés au Québec.

Un consensus se dégage des entrevues quant à la conception des SBS : ceux-ci sont une solution pour pallier la faible capacité des services à s'adapter aux caractéristiques des personnes utilisatrices d'opioïdes désaffiliées du système de santé et de services sociaux dits « traditionnels ». En d'autres mots, il s'agit d'offrir une autre option de suivi permettant de réduire les exigences, parfois élevées, de ces services « traditionnels ».

« [...] face au constat de l'incapacité de rejoindre les personnes dans un contexte d'exigences importantes, nous voulons abaisser les exigences pour mieux rejoindre les personnes qui, normalement, ne seraient pas rejointes dans le service conventionnel. Donc, Bas seuil pour moi, c'est toute initiative qui soit institutionnelle ou non d'abaisser le seuil d'exigences pour adapter nos services tant au niveau de l'accès que de la qualité des soins. »

- Gestionnaire, région E

Les professionnels interrogés décrivent les personnes visées par ces services en employant divers qualificatifs : vulnérables, démunies, stigmatisées, marginalisées, hors-norme et rejetées. Selon les participants, la clientèle des SBS fait face à de multiples problématiques telles que la judiciarisation, les troubles de santé mentale, les problématiques psychosociales complexes, les difficultés sur le plan des habilités sociales, la rupture sociale, les situations d'itinérances, la pauvreté et les traumatismes. Finalement, les entretiens soulignent que la clientèle des SBS est souvent fortement stigmatisée et a vécu des expériences négatives avec les services de santé et les services sociaux, ce qui se traduit par une certaine méfiance envers le système de santé et de service sociaux dit « traditionnel ».

En effet, un constat émerge des entretiens sur l'importante stigmatisation à laquelle les personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité sont confrontées. Plusieurs cliniciens et intervenants communautaires estiment que la stigmatisation contribue à la dégradation de l'état de santé des personnes qui utilisent leurs services. Ils soulignent que la stigmatisation et les préjugés envers les personnes utilisatrices d'opioïdes existent non seulement dans la société en général, mais également dans le réseau de la santé. Cette stigmatisation peut mener les personnes utilisatrices d'opioïdes à se méfier des services de santé et même à renoncer à l'accès aux soins. Des personnes utilisatrices d'opioïdes considèrent être moins bien soignées en raison de la stigmatisation dont elles sont l'objet.

« Bien, moi, je trouve que ce n'est pas assez avancé surtout dans les hôpitaux, beaucoup de préjugés. On est traités comme des détenus qui ont fait des meurtres, des détenus, comme des déchets. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région C

« Aussi, ce qui m'écœure c'est que quand tu rencontres souvent... j'ai rencontré beaucoup d'intervenantes et puis tout, tu leur dis la vérité, tu te shootes et puis tout, puis elles te regardent comme si tu étais de la marde. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région A

« J'ai senti beaucoup qu'il y avait un jugement [à l'hôpital], on est moins soigné, disons, on est plus... ils nous soignent moins bien. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région F

Un consensus émerge également quant au fait que « bas seuil » ne serait pas le terme approprié pour parler de ce type de services et qu'il peut parfois porter à confusion. En effet, ce terme était utilisé par les participants rencontrés pour désigner à la fois une certaine tolérance envers la clientèle et une forme d'adaptabilité en ce qui concerne les exigences des services. Certains participants parlent plutôt de services à « haut seuil de tolérance » puisqu'ils considèrent que cela reflète mieux la responsabilité des organismes de répondre aux besoins. De manière générale, les participants trouvent que le terme « bas seuil » est péjoratif, dévalorisant, voire stigmatisant.

« Bien, je trouve ça péjoratif un peu ! C'est parce qu'on travaille déjà... On dit souvent: ah ! C'est une clientèle vulnérable, marginalisée, un peu... On dirait qu'on leur donne déjà une étiquette comme s'ils ne fient pas dans le réseau, puis ça leur est ancré aussi. »

- Intervenant communautaire, région C

Ainsi, différents participants ont exprimé le souhait que le terme soit adapté afin de refléter davantage une vision de services offrant un accueil inconditionnel à sa clientèle.

Bien que les définitions et les termes employés concernant les SBS ne soient pas homogènes parmi les participants, plusieurs thèmes ressortent des entretiens et permettent de dresser un état de fait sur les mesures québécoises offrant des traitements des TUO à bas seuil selon trois grands axes : 1) la philosophie d'intervention; 2) l'offre de services; et 3) l'organisation des services. Les résultats des entretiens qui touchent ces trois axes sont ici examinés, en développant les thèmes qui y sont associés.

2.2.2.2

La philosophie d'intervention

Les entretiens ont fait ressortir que la philosophie d'intervention est au cœur de la spécificité des pratiques à bas seuil en TUO. Les entretiens ont mis en lumière que cette philosophie d'intervention se déploie principalement dans cinq grandes sphères de la prise en charge et de l'organisation des services : les caractéristiques organisationnelles; l'approche de réduction des méfaits; la vision holistique et les soins intégrés; la place accordée à la personne en traitement; et les valeurs et le savoir-être des équipes.

2.2.2.2.1

Les caractéristiques organisationnelles

Les participants de l'ensemble des différents groupes évoquent que les soins et les services pour les traitements des TUO devraient être fondés sur la notion de proximité; les services devraient donc se trouver dans des endroits géographiquement proches des personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité, mais les professionnels doivent également sortir de leurs structures pour aller à la rencontre de ces personnes. Certains participants affirment qu'il est essentiel que les services à bas seuil s'adaptent aux réalités et aux différents milieux de vie des personnes utilisatrices d'opioïdes.

Selon plusieurs participants, l'individualisation du cadre thérapeutique est également un aspect important pour les services à bas seuil qui offrent une prise en charge des TUO. Diverses équipes cliniques soulignent l'importance de la souplesse et de l'adaptabilité du cadre

thérapeutique afin de favoriser l'accès et l'adhésion des personnes aux soins liés aux TUO. Les personnes utilisatrices d'opioïdes et les organismes communautaires rencontrés abondent également dans ce sens.

« *Moi Bas seuil, c'est plus relié à un traitement. C'est plus relié à l'accompagner vraiment de manière plus intensive, plus souple, plus marginale pour suivre un traitement particulier.*»

- Clinicien, région A

2.2.2.2.2

La philosophie de la réduction des méfaits

La majorité des participants estiment que la philosophie de la réduction des méfaits, ainsi que les pratiques qui en découlent, sont fondamentales dans les SBS. Cependant, les avis et les pratiques sont hétérogènes en ce qui concerne la vision de l'abstinence et les pratiques de réduction des méfaits. La majorité des cliniciens et gestionnaires disent offrir des services qui ne sont pas fondés sur l'abstinence. Bien qu'ils affirment également accepter que la personne en traitement consomme des substances psychoactives pendant le TAO, certains cliniciens avouent ne pas être à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à cette réalité et d'autres estiment que l'abstinence est l'objectif ultime de leur prise en charge.

« *C'est sûr que nous autres, si on l'embarque sur le programme puis qu'elle finit par arrêter de consommer puis qu'elle est juste sur la substitution, tant mieux, on a gagné quelque chose, mais si on a juste diminué un peu la consommation, on vient de gagner de quoi aussi. Ça fait que j'ai de la misère à dire que c'est l'objectif ultime, tu sais. Faut se rapporter à la personne, ce qu'elle veut vraiment.*»

- Gestionnaire, région D

« On veut quand même, on disait, réduction des méfaits, fait que tu sais, si on est capable de faire en sorte qu'ils consomment moins puis que ça soit plus sécuritaire, mais généralement, il faut que la personne soit au courant qu'il faut qu'elle s'implique puis qu'elle veuille le faire, le programme, on ne va pas la forcer. [...] Le but ultime, c'est d'arrêter de consommer. »

- Clinicien, région F

« On aurait le temps de faire, de prendre le patient globalement. Ce n'est pas juste le TDO, la dépendance aux opiacés, tu sais, je ferais le traitement de son hépatite C, de son VIH, je ferais, tu sais, on traiterait la santé mentale sur place, je poserais les stérilets, tu sais, on ferait des prises de sang. [...] pour la santé globale du patient, ce serait vraiment l'idéal. »

- Clinicien, région D

De l'avis de certains intervenants communautaires et de certaines personnes utilisatrices d'opioïdes, la consommation de substances pendant un TAO demeure mal vue par les équipes cliniques. D'autres pratiques de réduction des méfaits, telles que la distribution de matériel d'injection, la mise à disposition de naloxone et l'éducation en matière d'injection, varient selon les régions. Ces différences seront abordées dans la [section 3.2](#) du présent document.

2.2.2.2.3

La vision holistique et les soins intégrés

De manière générale, les participants des différents groupes estiment que la prise en charge des SBS devrait privilégier une vision holistique de la personne. La majorité des cliniciens et des gestionnaires affirment ancrer leurs services dans une approche biopsychosociale qui prend en compte la personne dans son ensemble. Face à une population qui présente des besoins dans des domaines multiples, les cliniciens rencontrés estiment que la vision holistique est essentielle afin de répondre à la complexité des situations des personnes. Une des équipes cliniques rencontrées offre également une prise en charge prenant en compte les traumatismes vécus par les patients (*trauma-informed care*).

L'ensemble des participants a également exposé l'importance d'offrir des soins intégrés dans les SBS, c'est-à-dire des soins collaboratifs et continus qui rassemblent différentes spécialisations. Cependant, plusieurs gestionnaires et équipes cliniques estiment ne pas être en mesure de fournir des soins intégrés pour différentes raisons : le manque de ressources et de temps; un mandat qui ne permet pas des soins globaux; une complexité de mise en place en raison des besoins multiples des patients.

2.2.2.2.4

La place accordée à la personne en traitement

Bien que les cliniciens et les gestionnaires rencontrés soulignent leur volonté de considérer les personnes en traitement dans les SBS comme partenaires dans leur prise en charge, les entretiens révèlent que cette pratique ne semble pas être généralisée. Selon plusieurs cliniciens, les médecins ont une place prépondérante dans les décisions concernant le patient, notamment en ce qui concerne l'offre du traitement par agonistes opioïdes (TAO).

« [...] on a une programmation, on indique qu'on est ouverts à toutes les molécules, mais le médecin a quand même le gros bout du bâton. »

- Clinicien, région F

De manière générale, les personnes utilisatrices d'opioïdes ont souligné que les personnes en traitement reçoivent peu d'information sur leur traitement, ont peu de place dans les choix concernant leur traitement et se sentent rarement impliquées comme des partenaires dans leur suivi. Plusieurs d'entre elles ont émis le souhait d'avoir plus d'informations et de pouvoir créer une relation de partenariat avec leur équipe soignante.

2.2.2.2.5

Les valeurs et le savoir-être des équipes

Un consensus se dégage des entretiens sur l'importance des valeurs et du savoir-être des équipes cliniques en SBS. Selon les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées, les valeurs sur lesquelles repose leur prise en charge ainsi que les comportements des cliniciens

sont essentiels à l'établissement d'un lien de confiance avec les équipes cliniques.

Les entretiens ont permis de dégager des valeurs fondamentales pour les SBS selon les différents participants : le non-jugement; la bienveillance; la confiance; l'acceptation inconditionnelle; le respect; et l'autodétermination.

Ces valeurs sont incarnées par un savoir-être déployé par les équipes cliniques. L'importance de ce savoir-être est fortement relevée par les personnes utilisatrices d'opioïdes et les intervenants communautaires, qui estiment constituer la base d'une prise en charge de qualité en SBS. Les cliniciens et gestionnaires arrivent au même constat.

Un savoir-être évoqué par divers participants est un accueil inconditionnel et chaleureux qui permet d'établir un climat de respect dès l'arrivée de la personne dans les services.

« [...] Ce mot « accueil » est hyper important. On a tous vu le changement du [nom d'une clinique]. Maintenant, le nouvel accueil c'est : il faut parler à une personne dans un petit trou comme ça et vous faire dire que vous avez besoin de monter en haut et d'attendre et c'est tout stérile. Puis, il y a toute sorte de jeunes, je pense, qui ne rentrent même plus [...] »
- Intervenant communautaire, région B

« [...] on a tout changé la salle d'attente pour la mettre encore plus accueillante. [...] on a vraiment essayé de l'humaniser le plus possible, ils peuvent faire des casse-tête en attendant [...] On a des livres aussi, des livres usagés, [...], c'est comme une petite bibliothèque. » - Clinicien, région F

De manière plus ou moins détaillée, les participants estiment que la souplesse, la sensibilité, la débrouillardise, la flexibilité et la proximité relationnelle sont également une forme de savoir-être fondamental pour les professionnels travaillant dans les SBS.

« Ça fait que [l'équipe clinique], avec leur dévouement, leur dynamisme, leur volonté de bien faire, elles offrent des soins de qualité, elles sont vraiment très, très, très, très professionnelles [...] »
- Gestionnaire, région D

« [...] La clé du succès, ça va être là. Peu importe, quel système on met, si les gens qui sont dedans pour l'incarner, ce service-là, ne sont pas les gens les plus ouverts d'esprit et humains, on aura beau mettre n'importe quelle structure, ça ne marchera pas [...] »
- Intervenant communautaire, région E

2.2.2.3

L'offre de services

L'ensemble des équipes cliniques et des gestionnaires rencontrés disent offrir des SBS en matière de TUO pour des personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité. Cependant, d'importantes différences subsistent dans l'offre de services mise en place. Chaque équipe est également confrontée à des réalités régionales qui influent sur l'offre et l'organisation des services.

Toutefois, un certain nombre d'éléments communs ressortent des entretiens et permettent de dresser un tableau non exhaustif de l'offre de services actuelle ou souhaitée au Québec. Les thèmes centraux sont ici approfondis : l'offre en TAO; les services connexes; la prise en charge de la santé mentale; le soutien psychosocial; la mobilité et le fait d'aller vers les personnes; et le manque de ressources.

2.2.2.3.1

L'offre en TAO

Les personnes ayant un TUO peuvent bénéficier d'une prise en charge en TUO dans l'ensemble des régions ciblées. Dans la grande majorité des services analysés, la méthadone et la buprénorphine-naloxone sont disponibles comme choix de molécules de traitement. Cependant, des réalités organisationnelles, notamment une faible présence clinique, un manque d'expérience du prescripteur ou un manque de pharmaciens

communautaires voulant offrir les différentes molécules en TAO, peuvent entrer en ligne de compte quant aux réels choix de molécules offerts aux personnes sur le territoire québécois.

« [Nous offrons] la méthadone. Idéalement, ce serait notre deuxième ligne sauf qu'à [nom de la clinique], notre problématique c'est l'induction, le dosage à la Suboxone. Oui, puis d'avoir les patients en sevrage important, des fois ils sont plus en consommation quand ils arrivent donc ce n'est pas facile de doser la Suboxone. Puis, [la clinique est ouverte] une journée par semaine. On n'est pas là le jeudi puis le vendredi pour voir les dosages. Puis, on n'a pas encore de lien assez avec les pharmacies pour faire les doses dans les pharmacies donc, puis pas assez d'ouvertures des pharmacies encore pour faire les doses en pharmacie. Donc, c'est plus difficile de faire les dosages. »

- Clinicien, région D

Plusieurs équipes cliniques estiment que la buprénorphine-naloxone est le traitement à privilégier, mais disent être ouvertes à offrir un traitement à la méthadone dans des situations qui le nécessitent ou en cas de forte préférence de la part la personne. Certains cliniciens ont également affirmé être moins à l'aise avec la prescription de méthadone en raison de leur manque de connaissance de cette molécule. Les SBS de trois régions proposent également, de manière peu fréquente, un traitement par morphine à libération lente unquotidienne en cas d'échec des traitements par buprénorphine-naloxone ou par méthadone.

« [...] on utilise aussi le Kadian effectivement chez certains de nos patients fait que c'est les trois molécules qu'on utilise à la clinique dans le fond. Puis, c'est patient dépendant, en fait. On évalue le patient puis s'il ne s'accorde pas pour X raisons pour la Suboxone, méthadone, on va aller vers le Kadian. »

- Clinicien, région D

En ce qui concerne les TAO injectablesⁱ (hydromorphe et diacétylmorphine), la majorité des cliniciens se disent favorables à leur implantation au Québec. Des réticences ont néanmoins été émises par deux des équipes rencontrées. Dans l'ensemble, les gestionnaires semblent moins favorables à ce type de traitement. Certains d'entre eux estiment que les TAO injectables ne répondraient pas à un besoin assez important. D'autres évoquent des questions financières et logistiques qui pourraient compliquer la mise à disposition de ces traitements. Cependant, la grande majorité des personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées estiment que ce traitement serait d'une grande utilité pour elles-mêmes et pour d'autres personnes dans des situations semblables.

« Moi, je ne connais pas assez la toxico pour dire oui ou non [concernant les traitements injectables], mais c'est sûr que ça fait partie des solutions pour faire que ces gens-là s'injectent de façon, tu sais qu'il n'y ait pas de... ça minimise les risques à la santé, bien go for it! Mais sauf que c'est sûr que ça, il faut organiser ça, ça prend un set up puis ça prend tout un truc, mais sur le plan, c'est un traitement, c'est un traitement, c'est un traitement, bien ça marche : certainement! Pourquoi est-ce qu'on se priverait de quelque chose. Tu sais, je ne pense pas qu'on a de réticences philosophiques ou morales ou, si ça lui prend ça pour fonctionner dans la vie [...] »

- Clinicien, région A

ⁱ Au moment de la publication de ce document, aucun programme de TAOi n'est en cours au Québec. Les personnes qui souhaiteraient obtenir davantage d'information peuvent consulter le document suivant : Perreault, M., Goyer, M.-E., Archambault, L., *Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectables*. Production de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 2019.

La grande majorité des personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées estiment que l'ajout des TAO injectables dans l'offre des traitements serait d'un grand bénéfice pour certaines d'entre elles. Elles estiment que ce type de traitement pourrait être avantageux pour des personnes qui ont des difficultés à se passer de l'acte de l'injection ou qui ont vécu des échecs avec d'autres formes de molécules. Elles soulignent également l'importance d'offrir un éventail de formes de TAO pour permettre la prise en compte de chaque situation de manière individuelle.

« Dans le fond, moi, ce que je pense c'est que [des traitements injectables], c'est très très, très bénéfique. Le pourquoi? Ma raison à moi, c'est que c'est bien beau vouloir arrêter, mais c'est le comment on arrête. C'est différent pour chaque personne et puis en même temps, c'est que chaque personne consomme pour des raisons différentes. [...] avec ce [traitement], ce qui aide c'est que ça va te permettre de first, de ne pas t'inquiéter de trouver ta dose dans ta journée, OK? Donc de pouvoir canaliser ton énergie sur d'autres choses qu'essayer de trouver ta consommation. Donc pendant le temps que tu sais que tu n'as pas à t'inquiéter pour avoir ça, tu peux avoir une nouvelle vie dont, mettons, mettre ton énergie dans tes rêves, dans tes projets, puis c'est avec ces projets-là, l'énergie, la force que ça va t'amener que ça va te donner la possibilité d'avoir d'autres buts, puis d'arrêter progressivement avec ce [traitement]. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région A

Finalement, l'une des équipes cliniques rencontrées a évoqué l'idée d'offrir aux personnes ayant un TUO des prescriptions de substances psychoactives (SPA) comme forme d'approvisionnement sécuritaire (*safe supply*).

2.2.2.3.2

Les services connexes

Outre la prise en charge des TAO, la majorité des cliniques rencontrées offrent certains services médicaux connexes aux personnes en traitement.

En ce qui a trait au dépistage et au traitement des ITSS, du VIH et des hépatites, l'offre dans les SBS est disparate selon les régions. Cinq cliniques offrent le dépis-

tage de ces infections sur place et une autre dirige les personnes vers des services externes au besoin. La prise en charge, le traitement et le suivi des ITSS et du VIH sont proposés dans deux cliniques. Deux autres vont en proposer le suivi à l'externe. Cinq cliniques proposent également des services de vaccination et de contraception. Finalement, l'ensemble des SBS offrent, sur place, des soins pour les infections des tissus mous (plaies et abcès). Cependant, certaines des équipes cliniques affirment qu'elles n'ont souvent pas le temps d'offrir ces services en raison de la surcharge de travail dans leurs services.

Des offres différentes subsistent également en ce qui concerne les services en lien avec la réduction des méfaits. Selon les informations recueillies par les questionnaires de préentrevue, une distribution et/ou un échange de matériel de consommation ainsi que l'enseignement de l'injection à moindre risque sont offerts dans les cliniques de l'ensemble des régions. Ces mêmes questionnaires font état de quatre cliniques qui offrent également un enseignement de l'utilisation de naloxone.

Cependant, certains cliniciens rencontrés disent avoir de la difficulté à offrir ces services, notamment en raison d'un manque de formation et de connaissances. Certains intervenants communautaires rencontrés estiment que des lacunes existent en ce qui concerne les connaissances des équipes cliniques en réduction des méfaits.

« Je ne suis pas « pas à l'aise » [de parler de l'injection] parce que ça m'écoeure, mais pas à l'aise parce que je veux être sûre d'enseigner la bonne affaire [...] il me faudrait de la formation [...] »

- Clinicien, région C

2.2.2.3.3

La prise en charge de la santé mentale

Dans l'ensemble des régions, les participants estiment que le suivi de personnes présentant des comorbidités psychiatriques représente un défi particulier pour les SBS. Les cliniciens et les intervenants communautaires soulignent que les personnes ayant un TUO et qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale sont

difficiles à rejoindre et requièrent une prise en charge particulière afin de favoriser leur adhésion au traitement. Bien que la majorité des cliniciens et intervenants communautaires s'accordent sur les spécificités de la prise en charge de ces patients, peu de SBS disposent de médecins psychiatres dans leurs équipes cliniques.

« On a des cas lourds. On a des cas hyper lourds. Je veux dire, moi, j'ai de la misère à diagnostiquer les patients qu'on a. Je ne suis pas capable de le faire, puis je me sens prise à savoir quelle médication je devrais donner à ce patient-là parce qu'on a des multicas morbides, c'est incroyable. » - Clinicien, région C

Divers cliniciens estiment ne pas avoir les compétences nécessaires en santé mentale pour offrir un accompagnement optimal à ces personnes, qui sont généralement orientées vers des services en santé mentale externes. La majorité des cliniciens rencontrés croient que les délais d'attente pour avoir des soins en santé mentale nuisent fortement à l'adhésion de ces personnes au TAO.

« **Répondante 1 :** Fait que là, ils ne veulent pas le prendre en charge, ils ne veulent pas l'évaluer tant qu'il n'a pas dealé son problème d'alcool. Okay, mais le problème d'alcool, est-ce qu'il est sous-jacent à une anxiété, ou peu importe, un autre problème de santé mentale, mais ils ne veulent pas l'évaluer tant que, mais là, c'est de l'attente, déjà qu'on parle de l'attente, de combien de temps, huit mois? **Répondant 2 :** Oui. **Répondante 1 :** Huit mois, bien, tant qu'il n'a pas géré son problème d'alcool, ils ne l'évaluent pas pour l'inscrire sur la liste d'attente. » - Clinicien, région F

2.2.2.3.4

Le soutien psychosocial

L'ensemble des cliniques rencontrées offrent un soutien psychosocial aux personnes en traitement. Ce soutien est, en général, volontaire, mais peut être fortement recommandé. Certains cliniciens, qui sont d'avis que ce suivi est d'une grande importance, ont

recours à des stratégies pour persuader le patient d'en bénéficier, notamment en utilisant les prescriptions de TAO comme levier.

« Des fois, on se sert de la prescription pour ça, là "bien, on va te revoir dans trois semaines", mais tu sais, moi, je n'aurais pas besoin de le revoir dans trois semaines, mais je veux qu'il voie le psychosocial dans trois semaines. [...] Je l'utilise un petit peu. » - Clinicien, région C

Le soutien psychosocial prend différentes formes et implique différents professionnels selon les cliniques. Les intervenants psychosociaux vont soutenir le traitement des TUO de différentes manières : en prodiguant des conseils de rétablissement ou de prévention de la rechute; en procédant à l'arrimage et/ou à la médiation avec les pharmacies; et en proposant des orientations et/ou des accompagnements dans le réseau. L'appui psychosocial peut également offrir un soutien administratif en accompagnant la personne dans des démarches auprès de la Régie de l'assurance maladie ou du Programme d'aide sociale, par exemple. Cet appui se concentre sur la mise en place de projets de vie, ce qui peut impliquer le soutien à la recherche de logement, au développement d'activités, à l'employabilité et au renforcement de liens sociaux.

« [...] le TS [travailleur social], il va faire une évaluation avec toi. Dans le fond, c'est un portrait au niveau psychosocial, ça fait qu'il va vérifier toutes les sphères, que ce soit au niveau il a-tu un domicile? Il est-tu sans domicile? Son revenu, son entourage, est-ce qu'il a des personnes significatives dans son entourage? Est-ce qu'il est toujours en lien avec sa famille? Le psychologique, est-ce qu'il est en détresse? Il est-tu à risque suicidaire? Il a-tu des antécédents en santé mentale? Il a-tu un suivi avec un médecin? Tu sais, il va faire vraiment un portrait. » - Clinicien, région C

2.2.2.3.5

La mobilité et l'importance d'aller vers

L'ensemble des participants rencontrés estime que, pour rejoindre les personnes ayant un TUO et en situation de précarité, les services et les intervenants doivent sortir de leur structure et aller vers les personnes dans leurs milieux de vie. Ils croient également que l'accompagnement physique des personnes en traitement dans diverses démarches serait un ajout important à l'offre de services qui pourrait favoriser la rétention des personnes. En effet, les démarches pour la mise en place et le suivi d'un TAO peuvent être exigeantes pour des personnes en situation de précarité et un accompagnement pourrait faciliter leur suivi.

« **Répondante 1** : L'intervenant de milieu. Je trouvais ça bien beau. **Répondant 3** : Rattaché à notre équipe, qui ferait le pont entre [l'équipe et les patients].

Répondante 1 : Ce serait lui, notre présence.

Répondant 3 : Comme je dis, c'est la patte de la table qui manque, qui est une majeure, parce que, veux, veux pas, il y aurait une continuité de suivi puis d'intervention. » - Clinicien, région C

Les cliniciens et les gestionnaires expliquent que leur offre de services comporte actuellement diverses façons de rejoindre les personnes, notamment des travailleurs de rue ou de milieu; des présences dans les organismes communautaires de la région; des déplacements à domicile ou dans le milieu de la personne; et des collaborations étroites avec les travailleurs de rue des organismes communautaires. Plusieurs des équipes cliniques rencontrées espèrent renforcer leurs services de proximité dans un avenir proche en créant des projets de médecine de rue, en engageant des travailleurs de rue ou en intensifiant leurs actions de proximité existantes. La possibilité de créer des services mobiles était également évoquée par certains cliniciens.

2.2.2.3.6

Le manque de ressources

Les entretiens ont indiqué que plusieurs des SBS rencontrés fonctionnent avec un manque de ressources dans différents domaines. Cette situation influe fortement sur l'offre de services mise en place.

Tout d'abord, il n'existe aucun poste de pair aidant dans les différentes cliniques rencontrées. Cependant, la majorité des cliniciens et gestionnaires estiment que le soutien par les pairs serait bénéfique pour les personnes en traitement. Trois cliniques disent réfléchir actuellement à l'implantation d'un programme d'intervention par les pairs aidants. De manière générale, les intervenants communautaires et les personnes utilisatrices d'opioïdes disent être convaincus de l'utilité des pairs aidants dans les SBS. Les entretiens ont indiqué que les participants voient de nombreux avantages associés à l'intégration de pairs aidants en SBS : une amélioration des services; un accompagnement de confiance pour les personnes; une meilleure compréhension des situations par les équipes; et une meilleure transmission des informations.

« Si [le pair aidant] est sur la méthadone, il peut plus communiquer de l'information sur le traitement de la méthadone que des fois, nous, avec notre langage de professionnel, on ne communique pas de façon efficace au patient. » - Clinicien, région B

Certaines des équipes rencontrées manquent de locaux adéquats et d'outils de bureautique performants et adaptés à leurs pratiques. Certains exemples cités faisaient état de locaux trop petits, de problèmes d'aménagement et d'un manque d'informatisation des dossiers. Certains cliniciens et gestionnaires estiment également que le système de statistiques qu'ils sont tenus de remplir n'est pas adapté à la pratique à « bas seuil ».

« [...] Mais si je fais une stat pour le gars avec qui j'ai parlé deux, trois minutes dans le corridor, puis le gars que je suis allée voir on the side parce qu'elle m'a demandé d'aller voir quelque chose, puis le gars que je suis allée voir on the side entre deux parce que je suis allée voir quelque chose là, puis je suis allée voir la plaie de l'autre dans l'autre salle, bien là, ça n'a pas de bon sens. [...] C'est sûr que moi, en tant que médecin, entre la stat et le patient, je choisis le patient. Puis je vais toujours faire ça. »

- Clinicien, région C

La majorité des équipes cliniques et gestionnaires rencontrés estiment manquer de ressources financières, ce qui empêche le développement et le maintien de services adaptés. Les entretiens indiquent que les domaines particulièrement touchés semblent être l'embauche de nouveau personnel, les horaires d'ouverture ainsi que le développement de programmes spécifiques, notamment en santé mentale et en travail de rue.

Finalement, plusieurs des cliniciens et gestionnaires rencontrés font état d'un manque de matériel médical important pour la prise en charge des TAO. Ces équipes manquent, par exemple, d'équipement nécessaire pour effectuer des électrocardiogrammes (ECG) et/ou pour faire des prises de sang. En raison de ces lacunes, les cliniciens doivent diriger les personnes en traitement vers d'autres endroits pour ces examens nécessaires en TAO, ce qui complique considérablement les démarches pour les équipes et les personnes en traitement.

2.2.2.4

L'organisation des services

Les entretiens ont permis d'approfondir certains éléments liés à l'organisation des différents SBS rencontrés dans les six régions de la province. Bien qu'il existe des différences considérables dans leur organisation, notamment en lien avec des particularités régionales, sept thèmes importants sont ressortis : les aspects géographiques; la composition des équipes cliniques; les rôles dans les équipes; les savoirs et compétences des cliniciens; la prise en charge des personnes ayant un TUO; l'organisation du suivi; et les collaborations avec les partenaires clés.

2.2.2.4.1

Les aspects géographiques

L'ensemble des personnes rencontrées estime que les aspects géographiques jouent un rôle important dans l'organisation des services et dans l'accessibilité des TAO pour les personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité. Un consensus se dégage sur l'importance que les SBS soient des services de proximité permettant une facilité d'accès pour les personnes en situation de précarité. L'ensemble des participants a également mentionné qu'il est essentiel que les services soient accessibles par des moyens de transport simples et économiques.

Cependant, la grande majorité des participants juge que l'éloignement géographique des services est un frein majeur pour certaines personnes qui souhaitent suivre un TAO. Dans plusieurs régions, les personnes doivent parcourir de grandes distances pour voir l'équipe clinique et pour faire le suivi de leur traitement. Cette situation implique également que les personnes en traitement sont souvent confrontées à des problèmes de transport qui compliquent leur accès aux services.

Selon les participants, les conséquences de l'éloignement géographique des services sont nombreuses. Parmi ces conséquences figurent des démarches complexifiées par la distance, une grande fatigue pour les personnes en traitement en raison des déplacements, des frais de transport élevés et une grande perte de souplesse dans les prises en charge. L'éloignement géographique ne concerne pas uniquement les services en région; les services en zone urbaine ont également évoqué la difficulté de rejoindre des populations qui ne résident pas à proximité. Les participants sont d'avis que l'éloignement géographique empêche l'accès pour les personnes isolées et/ou vulnérables et peut mener à des échecs dans les suivis établis.

« [...] le transport devient un enjeu. Tu sais, j'ai des gens de [nom de la région], des fois, ils ont de la misère à juste venir à leur rendez-vous de suivi, là, c'est un défi. Ça pourrait mettre en cause le traitement. »
- Gestionnaire, région D

L'éloignement géographique et les problèmes qui y sont associés touchent également les pharmacies qui délivrent les TAO. Les personnes qui utilisent des SBS sont souvent contraintes de prendre leur traitement quotidiennement à la pharmacie. De longs déplacements pour accéder à la pharmacie peuvent, par conséquent, être un frein de taille pour ces personnes.

« [...] un qui habite en région éloignée dans le coin de [nom de la région], il me semble, il faisait une heure de vélo aller, une heure de vélo revenir pour aller chercher sa dose tous les jours. Tempête de neige, ah, tu as trois doses de manquées à la pharmacie, il y a eu trois jours en tempête de neige, il faisait moins 40, tu lui dis d'y aller en bicyclette une heure, puis une heure revenir, ça se peut qu'il manque sa dose, il y a ça aussi dans les régions éloignées, c'est que les pharmacies sont loin, il y a des pharmacies fermées les dimanches [...] » - Clinicien, région F

Certains cliniciens et intervenants communautaires et certaines personnes utilisatrices d'opioïdes proposent des idées pour tenter de pallier ce problème : la livraison des TAO par les pharmacies, des pharmacies mobiles et une distribution des TAO directement sur place dans les SBS.

2.2.2.4.2

La composition des équipes cliniques

Toutes les équipes cliniques rencontrées sont des équipes interdisciplinaires. Elles sont constituées d'un ou de plusieurs médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux ou d'autres professionnels qui prennent en charge le volet psychosocial. Dans l'ensemble, les cliniciens et les gestionnaires considèrent que le travail interdisciplinaire est essentiel en SBS et contribue à offrir un suivi complémentaire et holistique pour les personnes. Bien que certains cliniciens croient que le médecin est souvent au centre de la prise en charge, d'autres estiment que les suivis sont partagés entre les membres de l'équipe clinique et que chaque intervenant est impliqué à son niveau. Un clinicien décrit cette complémentarité de la manière suivante :

« [...] la personne, son besoin primaire, habituellement, c'est psychosocial. Fait que oui, tu sais, ça va être les intervenants, travail psycho, travail d'accompagnement dans différentes affaires, des fois c'est de l'accompagnement, justement, pour la nourriture puis le logement. Après ça, ils rencontrent [l'infirmière], puis elle va débroussailler tout ce qu'elle est capable de faire. Elle, si c'est du soin de plaies, elle va le faire, si c'est des problèmes de santé, mais qu'elle est capable de les gérer, bien ça va être juste [l'infirmière], ça va être le contact. Puis moi [le médecin], je viens comme après quand elle dit : "Bien, j'ai identifié un problème de santé puis je ne peux pas le régler, ça prendrait quelque chose" puis là, c'est là que nous autres, les médecins, on arrive en bout de ligne. [...] » - Clinicien, région E

La complicité et la confiance qui règnent dans les équipes étaient mentionnées comme étant des éléments indispensables au travail en SBS. À une exception près, toutes les équipes affirment qu'elles ont des rencontres régulières avec divers objectifs : l'harmonisation de leurs pratiques; le maintien d'un cadre clair et cohérent pour les personnes en traitement; l'organisation des suivis; l'amélioration des services; et l'ajustement de la situation professionnelle. Ces espaces permettent aussi l'échange d'information avec les membres présents de manière périodique, par exemple dans les équipes avec plusieurs médecins qui viennent à tour de rôle. Bien que ces moments puissent aussi servir d'espace de réunion-bilan (*debriefing*), plusieurs cliniciens et gestionnaires jugent qu'il serait important de mettre en place des moments de supervision clinique pour soutenir les équipes dans leur mission.

De manière générale, les cliniciens et gestionnaires font état d'une difficulté de recruter pour les SBS et d'un taux de roulement élevé dans les équipes. Certains gestionnaires évoquent des obstacles liés aux injonctions d'embauche par ancienneté dans leurs services. Selon eux, cette pratique empêche de recruter des professionnels qui possèdent les compétences et le savoir-être pour travailler dans les SBS. Des gestionnaires relèvent que, en parallèle du manque de médecins, qui sera abordé plus loin, il existe également une pénurie d'infirmières et de TS qui ont de l'expé-

rience dans le domaine des dépendances. En outre, une forme de spécialisation se développe dans les équipes, rendant parfois problématiques les remplacements lors d'absences prolongées des membres. Finalement, plusieurs gestionnaires et cliniciens estiment que la responsabilité du maintien des bonnes pratiques dans les équipes incombe parfois aux professionnels, ce qui peut fragiliser la continuité de ces pratiques.

« [...] on a fait reposer sur deux personnes l'efficacité du Bas seuil, puis quand un joueur quitte, on se rend compte qu'on n'arrive plus à continuer dans cette même cadence-là. » - Gestionnaire, région C

2.2.2.4.3

Les rôles dans les équipes

Les médecins

Les médecins rencontrés sont confrontés à certains enjeux précis dans l'exercice de leur métier dans les SBS.

Les pratiques divergent quant au rôle de médecin de famille. Certains médecins transfèrent certaines personnes à leur clinique privée pour un suivi de ce type, d'autres offrent des services de santé globale dans les SBS sans prendre le rôle « officiel » de médecin de famille et d'autres jugent que ce rôle n'est pas compatible avec leur pratique en dépendances. Selon certains médecins, un suivi des personnes qui utilisent des SBS en clinique privée peut être ardu en raison des comportements et des préjugés envers les personnes en situation de précarité par la clientèle générale. Au-delà des pratiques, l'ensemble des participants des divers groupes est d'avis que la pénurie de médecins de famille prenant en charge des personnes ayant un TUO et en situation de précarité est inquiétante. En effet, les médecins de famille sont des acteurs importants qui peuvent soutenir les TAO et prendre en compte les problèmes de santé qui vont au-delà des problèmes de dépendance.

« C'est vraiment dur, parce que c'est vrai que si, mettons, là, bon... méthadone, c'est méthadone, mais ce n'est pas médecin de famille. Donc, la seule affaire qu'ils vont te prescrire c'est tout ce qui va, mettons Colace, l'affaire pour aller aux toilettes puis Tylenol, Advil, that's it. [...] D'avoir ta méthadone, ça peut jouer aussi sur ton corps ça peut jouer dans l'esprit, ça peut jouer, tu sais? C'est pour ça que comme lui il dit que ça serait le fun si tous les médecins ou certains, encore plus de médecins, puis médecin de famille en même temps qui pourrait nous prendre et puis nous [accompagner] dans l'ensemble des besoins que l'on a. » - Personne utilisatrice d'opioïdes, région C

Les participants font également état d'un manque important de médecins avec des connaissances en TUO et qui souhaitent pratiquer dans le cadre d'un SBS. Certains postulent que la difficulté de relève, dans le domaine des TUO, est liée au manque de formation et de lignes directrices ainsi qu'aux préjugés envers les personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité. La pénurie de médecins prescripteurs en TAO, et plus particulièrement au sein des SBS, peut avoir des conséquences considérables sur l'accès à ces traitements pour les personnes en situation de précarité.

« [...] la disponibilité médicale, c'est un autre enjeu. [...] j'ai envoyé à ma direction aujourd'hui, j'ai dit : "Là, on n'a pas de Bas seuil si on n'a pas de médecins parce que ça prend la molécule, ça prend le suivi, puis ça va tout ensemble". » - Gestionnaire, région A

Les infirmières

Les entretiens soulignent que les infirmières ont un rôle important à jouer dans l'évaluation et les décisions cliniques, le dépistage des ITSS, les soins de problèmes connexes tels que les infections des tissus mous et le suivi des traitements. Dans certaines équipes et situations, les infirmières peuvent remettre les prescriptions de TAO aux personnes en traitement sans que ces dernières soient vues par le médecin. Parallèlement, les infirmières rencontrées affirment effectuer des tâches davantage en lien avec le suivi psychosocial des

patients. Par conséquent, certaines infirmières rencontrées disent devoir accomplir des tâches multiples et variées, ce qui n'est pas toujours aisé. Des équipes affirment ne pas bénéficier d'assez de ressources pour le volet infirmier et deux ont mentionné l'avantage potentiel d'intégrer des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans les équipes des SBS.

Les intervenants psychosociaux

En ce qui concerne le volet psychosocial, les différentes équipes rencontrées intègrent des professionnels de divers domaines pour effectuer ces tâches : travailleurs sociaux (TS); éducateurs; agents de relations humaines (ARH); auxiliaires en services de santé et sociaux (ASSS); auxiliaires familiales. Comme mentionné précédemment, il existe couramment une collaboration étroite entre les professionnels en soins infirmier et psychosocial avec, dans certains cas, un partage de rôles et de tâches. Les tâches de *outreach*, d'accompagnement et de suivi à l'externe sont souvent confiées aux intervenants psychosociaux bien que, dans une des équipes rencontrées, une infirmière faisait des consultations à domicile ou dans des refuges au besoin.

2.2.2.4.4

Les savoirs et compétences des cliniciens

Il est indéniable que les équipes cliniques rencontrées possèdent des savoirs et des compétences importantes en TUO, issus tant de leur expérience clinique que de leurs formations respectives. Cependant, de nombreux cliniciens rencontrés expriment le besoin de soutien aux pratiques dans le domaine. Des cliniciens disent vivre une forme d'isolement dans l'exercice de leurs fonctions en SBS. Ils considèrent que leur pratique est souvent mal comprise par les cliniciens des services « réguliers » en TUO et dans d'autres domaines. La méconnaissance des pratiques à bas seuil, tant de la part des institutions que des ordres professionnels et autres services, peut contribuer à certaines formes de souffrance dans ces équipes.

« *Moi, je trouve que ça devrait être quelque chose d'officiel, d'avoir un espace pour se déposer quand on a besoin de se déposer, dans ce qu'on peut porter des fois, puis vivre. Si on est, comme [l'infirmière] dit, isolés, puis qu'on porte ça seul, à long terme ça devient fatigant, ça devient essoufflant, puis on est beaucoup dans des charges émotives, dans des situations difficiles, dans des histoires d'horreur, des fois, puis tu es conscient, tu deviens témoin, tu deviens une personne qui reçoit ça. Fait qu'il faut vraiment se donner un espace pour pouvoir se déposer, puis parler, puis de pouvoir juste échanger [...] »*

- Clinicien, région C

Certaines équipes estiment qu'il existe des lacunes en ce qui concerne le soutien aux pratiques cliniques. Les insuffisances les plus souvent citées lors des entretiens sont le manque de formations spécifiques au sujet des TUO et du TAO, d'espaces de supervision clinique, de possibilités de mentorat et de formations sur les actualités dans le domaine des dépendances. L'absence de lignes directrices actualisées en TUO, plus particulièrement sur les personnes en situation de précarité, était un thème récurrent lors des entretiens.

« *Répondante 2 : Là, malheureusement, ça va un petit peu aux couleurs des médecins. Tu sais, le médecin qui arriverait ici puis qui disait : "Moi, c'est ça que je veux faire", bien, pour l'instant, c'est ça qu'il ferait. [...] Répondante 1 : On n'a pas de guideline... »*

- Clinicien, région F

« *On n'a jamais de guidelines. "Pourquoi elle n'a pas fait ça? Pourquoi ils n'ont pas fait ça? Pourquoi il n'a pas fait ça?" Ce n'est pas une approche standard, c'est une approche marginale aussi comme façon de travailler. »*

- Clinicien, région C

En plus de cette absence de soutien clinique, plusieurs participants des différents groupes sont d'avis que les équipes cliniques manquent de formation sur les

pratiques de consommation, l'injection à moindre risque et les pratiques en réduction des méfaits. Selon plusieurs intervenants communautaires, ce type de formation pourrait favoriser une meilleure compréhension entre la personne en traitement et le clinicien et amener le clinicien vers une lecture plus précise de la situation de la personne.

Finalement, plusieurs participants, notamment parmi les intervenants communautaires et les personnes utilisatrices d'opioïdes, estiment qu'il serait judicieux de mettre en place des formations spécifiques sur l'accueil à « bas seuil ». À la lumière de l'importance accordée par l'ensemble des participants à la philosophie d'intervention, certains jugent que des formations de ce type sont fondamentales pour les équipes qui pratiquent dans ce domaine.

« [...] Ils ne sont pas trop habitués à travailler avec cette clientèle-là, à bas seuil. Ils n'ont pas la culture de travail. Il y a le service implanté : le médecin, l'infirmière, l'évaluation. Tout le système mécanique est là, mais dans la philosophie d'intervention, ils ont encore du chemin à faire [...] »
- Intervenante communautaire, région F

2.2.2.4.5

La prise en charge des personnes ayant un TUO

La demande initiale

La prise en charge en SBS commence par une demande de la part d'une personne qui consomme des opioïdes. Les entretiens font état de deux grands motifs qui motivent cette demande : la personne en question souhaite arrêter sa consommation ou elle souhaite continuer sa consommation d'opioïdes avec un TAO en parallèle.

Les participants relèvent qu'il existe plusieurs portes d'accès pour une demande de TUO : par l'entremise d'un travailleur de rue ou d'un organisme communautaire; en se présentant dans des services non spécialisés en dépendance tels que les CLSC ou les hôpitaux; en s'adressant aux centres de services ambulatoires en santé mentale et de réadaptation en dépendance (CRD); ou en se présentant directement dans les SBS.

Les entretiens ont permis de faire ressortir quelques éléments importants quant à la demande initiale. Plusieurs participants croient que l'éloignement géographique des services peut rendre l'accès lent et difficile pour les personnes qui présentent une demande. D'autres précisent que la manière dont l'intervenant ou le médecin de famille réagit face à la demande de traitement est fondamentale pour la mise en lien avec les services spécialisés.

Délais d'attente

Les délais d'attente entre la demande initiale et le début de la prise en charge varient de manière importante dans les SBS rencontrés, soit de la journée même à un mois d'attente. Ces délais sont influencés par différents facteurs structurels tels que la présence médicale dans les équipes cliniques, le nombre de journées cliniques et la difficulté de joindre des personnes qui n'ont pas de téléphone pour fixer les rendez-vous. Certains participants des différents groupes expliquent qu'il peut également exister des délais liés à l'appréciation que l'équipe peut avoir de la motivation de la personne au moment de la demande. À titre d'exemple, une équipe clinique estime que les délais d'attente courts et l'administration de la molécule la journée même ne sont pas toujours bénéfiques pour la personne qui commence son TAO puisqu'elle peut avoir besoin de temps pour être prête à entamer son traitement.

Certaines équipes cliniques ont exprimé un sentiment d'impuissance et de frustration vis-à-vis des longs délais d'attente. Dans l'ensemble, les cliniciens des différentes régions semblent vouloir réduire ce délai au maximum.

« Admettons, ici, là, quelqu'un m'appelle puis qu'il veut rentrer là, là, il veut de la méthadone là, maintenant, ou demain, ça presse, mais j'ai trois semaines d'attente, un mois d'attente. Ou il veut voir un psychiatre, ça ne va pas bien, ça ne va pas bien, je ne sais pas où le référer parce que les mécanismes, c'est lent, c'est lent. Ce qui me rend vraiment impuissante, c'est tout le... [...] Oui, ça, on dirait que ça me touche, là, il veut de la méthadone là, il est prêt, là, mais je ne peux pas, je n'ai pas de place, je ne peux pas. »
- Clinicien, région C

« [I]déalement, qu'il se présente et qu'il soit immédiatement admis puis qu'il sorte le plus rapidement possible avec une prescription, donc on essaie de simplifier tout le processus autour de ça. Évidemment, il y a certaines restrictions qu'on doit respecter, faut quand même qu'il y ait une évaluation, faut quand même qu'il remplisse les critères. Des fois, les restrictions, c'est au niveau du personnel, tu sais, dans le sens où nous, on a une capacité limitée d'absorber des patients, ça fait que des fois, malheureusement, on ne peut pas les accepter sur le coup, mais le souhait, le désir, c'est de simplifier le plus possible le processus. » - Clinicien, région B

Plusieurs participants soulignent qu'un long délai d'attente peut décourager les personnes qui font une demande de traitement. Ils constatent que les organismes communautaires et les travailleurs de rue sont d'une aide précieuse pour faciliter la demande et pour soutenir une personne en attente de commencer un traitement.

« Moi, je suis intervenante dans [nom de l'organisme communautaire], les gens ont des logements, ils n'ont pas nécessairement un téléphone, fait que c'est moi qui appelle, puis le temps que moi je voie cette personne-là, parce qu'ils ne sont pas 24 h/24 chez eux, que je réussisse à voir cette personne-là, lui faire le message. Elle n'a pas d'agenda pour écrire ses affaires, fait que là, bon, elle fait d'autres choses, ça lui sort de la tête. Si on ne l'accompagne pas il y a encore beaucoup moins de chance que la personne se rende jusqu'à son rendez-vous. » - Intervenant communautaire, région A

Critères d'admission et de réadmission

Les critères d'admission les plus communément cités dans les entretiens sont les suivants : être en rupture de traitement ou éloigné de ces services; vivre une instabilité sur le plan du logement ou une situation de vulnérabilité; répondre aux critères en matière de traitement des TUD; et avoir des opioïdes dans l'urine lors des tests d'admission. L'ensemble des cliniciens disent tendre

vers une grande souplesse en ce qui a trait à l'admission des patients en SBS. Certains évoquent la possibilité de bénéficier d'un TAO dans leur service sans que la personne ait une carte d'assurance maladie valide. Dans ces situations, l'équipe accompagne la personne ou l'oriente vers d'autres services pour régulariser sa situation d'assurance.

L'ensemble des cliniciens et des gestionnaires rencontrés disent avoir très peu de critères qui peuvent mener à l'expulsion du patient. Cependant, certains comportements tels que la revente de la médication ou la violence semblent être des motifs d'expulsion temporaire dans certains SBS.

« Notre objectif principal, c'est la rétention, tu sais, qu'ils viennent nous voir, ce n'est pas de les expulser, notre objectif, c'est d'avoir un minimum de respect puis, mais des fois on n'a pas le choix, des comportements inacceptables puis qu'ils nous mettent en danger ou qu'ils mettent nos partenaires en danger, mais le but, c'est quand même toujours qu'ils reviennent, fait que c'est pour ça qu'on a une souplesse dans notre contrat puis on y va au cas par cas quand même, puis le but, c'est qu'on les garde en traitement parce que sinon, ils vont être dans la rue puis il n'y a personne qui va s'occuper d'eux autres puis ils vont être encore plus vulnérables, ces patients-là, puis ils sont plus à risque de décès et de plein de méfaits. » - Clinicien, région A

Dans l'ensemble des SBS rencontrés, les personnes en traitement qui ne se présentent pas à la pharmacie pour obtenir leur médication pendant plusieurs jours, qui ne se présentent plus aux rendez-vous de suivi ou qui sont expulsées des services peuvent être réadmis. La réadmission se fait généralement selon un principe de cas par cas et les cliniciens rencontrés soulignent qu'il est important que celle-ci puisse s'effectuer le plus rapidement possible. Des cliniciens précisent que seules les personnes qui sont en rupture de traitement sur une longue période doivent repasser par de nouvelles demandes et évaluations.

« Certains clients, oui, ils vont repasser par le processus régulier parce que ça fait bien, bien longtemps qu'ils ne sont pas venus ou quand ils sont venus, ils ont fait une demande d'épisode de services qu'ils n'ont pas vraiment embarqué, fait qu'eux autres, souvent, ils vont recommencer, mais la majorité des clients, ils peuvent appeler leur intervenant directement puis on va réouvrir le service puis on recommence le suivi » - Clinicien, région F

Cependant, plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes et intervenants communautaires estiment que les démarches de réadmission devraient être mieux adaptées pour tenir compte de la réalité des personnes en situation de précarité. Elles sont également d'avis qu'une plus grande souplesse doit être mise en place par les équipes cliniques si une personne ne se présente pas à la pharmacie ou aux rendez-vous de suivi. En effet, certaines personnes utilisatrices d'opioïdes soulignent qu'une rupture de traitement peut avoir d'importantes conséquences pour elles, telles que des symptômes aigus de sevrage, la consommation de substances illicites et un sentiment d'échec, qui peuvent les décourager de poursuivre leur traitement.

« [...] je n'avais jamais raté de ma vie. Jamais un rendez-vous. Jamais rien. Mais ce jour-là, je me suis levée en retard et j'ai raté mon rendez-vous, mais j'ai appelé tout de suite là-bas, [nom du service à bas seuil], pour leur laisser un message en leur disant : rappelez-moi pour me donner un rendez-vous. Moi, je ne savais pas qu'il fallait que j'y aille le mardi d'après. Il paraît que c'est le pharmacien qui aurait dû me le dire. Mais moi, j'avais de la méthadone plus de la morphine. Ils m'ont tout coupé one shot. Fait que je suis tombée de bas, là. Même plus capable de me lever de mon lit. Excusez-moi le terme : à me chier dessus, OK? À vomir, à avoir des convulsions... je m'excuse, mais à un moment donné ça fait rechuter le monde puis ça coûte très cher dans la rue. Vraiment, là. J'ai trouvé vraiment ça poche. » - Personne utilisatrice d'opioïdes, région C

Évaluation et amorce du traitement par la molécule

En ce qui a trait aux modes d'évaluation, l'ensemble des équipes dit employer des outils créés sur mesure ou des versions adaptées des outils spécialisés tels que l'IGT ou le NID-ÉP. Les cliniciens expliquent que les outils spécialisés existants sont souvent de trop longue durée pour la clientèle en SBS et mal adaptés à leur situation. Par conséquent, les évaluations sont adaptées pour prendre en compte la situation de la personne et un effort est fait pour les rendre moins contraignantes. Certaines équipes offrent la possibilité de faire l'évaluation en plusieurs fois si la situation du patient le nécessite.

« La question des outils d'évaluation qu'on a essayés pour la clinique parce que bon, on n'a pas pris ceux de l'hôpital parce que bon... ceux de l'hôpital, ils finissaient plus de finir ! On s'est créé des outils qui sont plus courts, qui vont plus vite puis qui répondent... qui ont vraiment ce qu'on a besoin de savoir à la première rencontre. » - Clinicien, région D

Bien que les cliniciens disent adapter leurs évaluations à la réalité de chaque patient, plusieurs intervenants communautaires et personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrés estiment que les démarches d'admission et d'évaluation demeurent trop contraignantes pour les personnes qui font une demande de suivi dans un SBS. Certains expliquent que les évaluations peuvent être considérées comme intrusives, car elles abordent des traumatismes vécus. De manière générale, pour les intervenants communautaires et les personnes utilisatrices d'opioïdes, les évaluations devraient être simplifiées au maximum afin de permettre un accès rapide et facilité aux services.

À la suite de la réalisation de l'évaluation, le TAO sera amorcé avec une des molécules disponibles dans un délai variable selon les cliniques (voir section 2.2.2.3.1). Quatre services rencontrés disent avoir la possibilité d'amorcer le traitement par la molécule ou de l'introduire le jour même de l'évaluation. Cependant, certains services peuvent avoir de la difficulté à entamer rapidement le traitement par la molécule en raison d'un manque de journées cliniques (voir section 2.2.2.4.6).

Transfert vers les services dits « réguliers »

Certaines équipes cliniques soulignent que lorsque la personne n'est plus dans une situation de grande précarité et que son suivi est stable, elle peut être transférée vers des services « réguliers » ou vers un médecin généraliste prescripteur de TAO. Cependant, certains cliniciens soulignent que parfois, des personnes en traitement préfèrent rester dans les SBS pour garder l'équipe clinique qu'elles connaissent ou pour bénéficier de services de proximité. D'autres participants précisent que la pénurie de médecins généralistes prescripteurs de TAO au Québec engendre des difficultés lorsqu'il s'agit de trouver des médecins à proximité du lieu de résidence de la personne.

2.2.2.4.6

L'organisation du suivi

Les entretiens démontrent que le suivi des personnes est organisé de manière différente dans chaque SBS. Ces différences, propres à la réalité de chaque région ou institution, sont le résultat des choix institutionnels ou de la part de l'équipe, ainsi que des réalités du fonctionnement local.

Les horaires et le nombre de journées cliniques

Les horaires des services vont fortement influencer la manière dont les personnes ayant un TUO sont prises en charge. Plusieurs participants des différents groupes estiment que les horaires réduits de certains services représentent des contraintes importantes pour les personnes. Ils relèvent que des journées cliniques limitées compliquent le démarrage des traitements (admission et induction), la coordination des traitements, la souplesse des services et le suivi offert aux personnes en traitement. Selon certains cliniciens, cette limite liée à l'horaire peut entraîner des ruptures de traitement et/ou des suivis désorganisés chez certaines personnes.

« [...] dans le matin, admettons qu'il se présente, je fais l'évaluation puis il est clairement en sevrage d'opiacés, bien, ça serait le fun l'induction de Suboxone. Ça, c'est un défi, parce qu'on n'est pas là le lendemain, tu sais, on n'est pas là le mercredi. »

- Clinicien, région C

De manière générale, les participants pensent qu'il est judicieux que les SBS puissent offrir une souplesse dans les heures de rendez-vous proposées ainsi que la possibilité de voir un membre de l'équipe clinique sans rendez-vous. Cependant, tous les services n'ont pas la capacité d'offrir cette flexibilité, particulièrement quand ils ont une surcharge de personnes en traitement ou qu'ils manquent de ressources.

Des participants sont d'avis que les horaires de journée qu'offrent la majorité des SBS ne sont pas adaptés aux réalités de certaines personnes ayant un TUO, ce qui complique le suivi et réduit l'accès aux services en TUO pour celles-ci. À titre d'exemple, plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées soulignent que les horaires ne sont souvent pas adaptés pour les personnes qui ont un emploi.

« Je travaillais à temps partiel ou sur appel et puis mon médecin est là une fois par semaine, le vendredi et ça tombait que je travaillais souvent les vendredis. Fait que je devais manquer du travail comme une fois par mois pour pouvoir aller voir mon médecin. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région B

Les personnes travailleuses du sexe, celles qui vivent une situation de grande désorganisation ainsi que les étudiants font également partie des personnes qui peuvent être désavantagées par les horaires en journée.

Les tests urinaires

Un autre élément mis en évidence par les entretiens est l'utilisation des tests urinaires dans les services à bas seuil en TUO. Les tests urinaires font partie du protocole d'admission pour l'ensemble des cliniques rencontrées et ont pour but, à ce stade du traitement, de vérifier la présence d'opioïdes dans le corps. Cependant, la majorité des équipes rencontrées utilisent des tests urinaires à d'autres moments. Seules deux équipes disent ne jamais demander de tests urinaires aux personnes en traitement. Pour les cliniciens de ces deux régions, ces tests ne sont pas nécessaires puisque les suivis se basent sur la confiance et que l'équipe accepte la poursuite de la consommation de substances pendant un TAO. Dans une de ces équipes,

les cliniciens précisent ne pas avoir les moyens de faire ces tests sur place.

« Intervieweuse : Puis à la clinique [nom de la clinique], faites-vous les tests urinaires ?
Répondante 2 : Non. [...] **Répondante 3** : Parce qu'ils consomment. **Répondante 2** : Ils sont honnêtes quand même avec nous avec leur consommation. »
- Clinicien, région D

Dans les autres cliniques, les objectifs cités de ces tests sont divers : surveiller la consommation de la personne; réduire les risques de surdose; renforcer la sécurité des traitements; évaluer le lien de confiance avec la personne en traitement; et être à l'affût des produits consommés par cette dernière. L'ensemble des équipes cliniques qui font appel aux tests urinaires pendant les TAO disent ne pas les utiliser pour punir les personnes qui consomment. Selon elles, un résultat positif n'empêcherait pas un accès aux TAO. Les cliniciens soulignent, cependant, que les résultats des tests urinaires peuvent avoir un effet sur le dosage des agonistes opioïdes ou sur les doses non supervisées auxquelles la personne pourrait prétendre.

« Il nie [la consommation] en bloc. Mais là, moi, j'ai un enjeu de sécurité. Est-ce que tu es en danger avec ma prescription de méthadone ou pas? Parce que tu ne me donnes pas accès à l'information. C'est juste ça. Souvent, j'ai essayé de lui dire de plusieurs façons : "Ça ne me dérange pas que tu en consommes du GHB, je ne vais pas te couper ton programme pour ça, tu ne consommes plus d'opiacés, tu ne consommes plus de benzo, on a une grosse réduction de méfaits, tu ne t'injectes plus, ça va bien. Sauf que moi, je suis inquiète pareil parce que je ne connais pas le tableau, je ne suis pas capable de savoir si je te mets en danger ou pas, j'ai besoin de le savoir. Fait que des fois, c'est dans ce sens-là, des fois c'est juste pour notre information. Des fois, on est comme : "Regarde, c'est fiable". Le test est positif bord en bord, tout est positif, mais c'est vrai que le patient nous l'avait dit, fait que c'est bien correct. Des fois, c'est juste pour nous aider à "gager" quel genre de relation on a avec notre patient [...] »
- Clinicien, région F

Les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées émettent des réserves quant à l'utilité des tests d'urine pendant un TAO. D'une part, elles apprécient leur fonction préventive en matière de réduction des risques de surdose, car ces tests permettent d'identifier les substances réelles consommées. D'autre part, elles croient que ces tests sont parfois imposés dans une optique punitive et dégradent le lien de confiance avec l'équipe clinique.

« Je pense qu'une des raisons ils nous testent l'urine, c'est pour savoir si on a beaucoup d'opiacés dans le corps, on est à risque de mourir ou de s'endormir ou de faire une overdose. Je pense que c'est une des raisons pour lesquelles ils nous testent, mais aussi [...] aussi, j'allais dire, ce sont comme des approches punitives : si tu consommes, ou si tu as de la dope dans le sang, ils vont te punir, ils vont te baisser ta dose et puis ça, ça ne fonctionne juste pas, là. Les gens ne sont juste pas réceptifs à ça, puis ce n'est pas quelque chose qui aide le monde. Tu vas juste briser ton lien de confiance avec ton médecin. »
- Personne utilisatrice d'opioïdes, région C

Les doses non supervisées

Des différences de pratiques en rapport avec ce que les participants appellent des « privilèges », et plus particulièrement la possibilité pour les personnes de bénéficier de doses non supervisées, ressortent des entretiens. Selon les données des questionnaires de préentrevue, deux cliniques ne donnent pas la possibilité aux personnes en traitement d'avoir des doses non supervisées. Cependant, les récits des cliniciens durant les entretiens laissent entendre que les doses non supervisées sont plutôt rares en SBS. Il semble que des « privilèges » de ce type sont habituellement réservés aux personnes qui fréquentent des services « réguliers ».

Les cliniciens rencontrés expliquent qu'il y a diverses raisons de ne pas offrir des doses non supervisées en SBS : le risque de vol; la possibilité que la personne vende la médication; la perte du traitement; et la sécurité pour l'entourage. Certaines cliniques vont cependant offrir cette possibilité aux personnes jugées stables et qui ont un domicile fixe.

« Oui, c'est ça aussi, éviter la vente, mais tu sais, quelqu'un qui n'a pas de domicile fixe, pour qu'il ait des privilèges, faudrait qu'il ait vraiment un domicile, qu'il n'y a pas trop de va-et-vient dans son domicile, qui est tout seul, qui a une place sécuritaire pour la mettre barrée, tu sais, ce qui arrive rarement en proximité. Tu sais, ça prend quelqu'un de très organisé pour avoir le privilège. »

- Clinicien, région E

Certains SBS vont faire des exceptions pour les doses non supervisées lorsqu'une pharmacie est fermée, par exemple les dimanches ou les jours fériés, mais d'autres expliquent que les personnes en traitement doivent s'organiser pour avoir leur traitement quotidiennement.

« **Intervieweuse** : C'est sûr qu'il n'y a pas de dose à emporter, même s'il y a une impossibilité de pharmacie. **Répondante 5** : Non, non. [...] Puis ça, c'est la même affaire pour le temps des fêtes fait que si ta pharmacie n'est pas ouverte le 24 puis le 1er, toi, tu manques ta dose ou on te relocalise une pharmacie qui est ouverte, mais qui est bien loin de chez vous. »

- Clinicien, région D

De manière générale, les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées soulignent que le manque de doses non supervisées constitue une contrainte importante dans leur quotidien. Certaines croient que la peur de la consommation empêche les cliniciens d'autoriser des doses non supervisées. D'autres évoquent que cette restriction est infantilisante et est utilisée comme forme de pression que l'équipe clinique exerce sur elles.

« Mais, il y a vraiment quelque chose à faire avec ce système de privilèges, c'est comme le bâton et la carotte, c'est infantilisant. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région B

Les adaptations à des publics précis

Certains cliniciens et gestionnaires évoquent la mise en place de mesures d'adaptation dans leurs services afin de rejoindre et de suivre des personnes avec des besoins spécifiques. Parmi les publics précis mentionnés dans les entretiens figurent les femmes enceintes, les parents et les personnes en situation d'itinérance. Toutefois, plusieurs cliniciens estiment que des efforts et des moyens devraient être déployés pour mettre en place des mesures destinées aux populations précises.

2.2.2.4.7

Les collaborations avec les partenaires clés

Les participants de différents groupes soulignent l'importance d'établir, de maintenir et de renforcer les collaborations entre les SBS et d'autres acteurs clés. Ces collaborations facilitent l'accès aux soins pour les personnes ayant un TUO et en situation de précarité et améliorent la qualité de vie de ces personnes.

La collaboration avec les organismes communautaires

Dans l'ensemble, les participants considèrent les organismes communautaires comme des acteurs importants quand il est question d'assurer l'orientation et le suivi des personnes ayant un TUO et en situation de précarité. Ces organismes font un travail inestimable d'accompagnement, d'orientation et de soutien auprès de ces personnes. Ces accompagnements favorisent autant l'accès à des services en TUO que l'adhésion aux traitements. Les intervenants communautaires rejoignent également des personnes en situation de grande vulnérabilité et peuvent les diriger vers les SBS.

« [...] il y a beaucoup de personnes qui sont suivies par d'autres organismes communautaires qui les accompagnent, fait que la veille, ils vont les voir, ils disent : "Bon, là, demain, tu te souviens, on a un rendez-vous telle heure, je vais venir te chercher, ta-ta-ta, puis là, après ça, après ton rendez-vous, bien là, reprends le prochain rendez-vous, on va à la pharmacie, on va..." , fait qu'ils vont régler certaines choses, mais ils tiennent la personne en logement, avec justement, un moyen de communiquer, ils l'aident au niveau de l'assurance sociale [...] »

- Clinicien, région E

Les participants soulignent que les intervenants communautaires ont un lien de confiance important avec les personnes ayant un TAO et en situation de précarité et vont régulièrement les accompagner physiquement aux rendez-vous avec l'équipe clinique ou à la pharmacie pour leur traitement. Plusieurs participants évoquent que les intervenants communautaires peuvent également aider les personnes désirant un TAO à mieux comprendre et réaliser les démarches de traitement. Toutefois, ces accompagnements sont parfois vus comme des solutions pour pallier le manque de souplesse, d'adaptabilité et/ou de moyens de la part des SBS. À titre d'exemple, plusieurs participants relèvent que des intervenants communautaires effectuent souvent le transport pour les personnes qui habitent loin des SBS. Cependant, les accompagnements de ce type peuvent être chronophages et réduisent la présence de ces intervenants sur le terrain.

De l'avis de certains participants, les collaborations entre les SBS et les organismes communautaires sont parfois difficiles, car il peut y avoir un manque de connaissance des mandats et des pratiques de chacun. D'autres soulignent que souvent, les organismes communautaires ne reçoivent que peu de reconnaissance pour l'accompagnement qu'ils offrent dans ces situations.

« Oui! Nos expertises, nos évaluations, nos commentaires, puis qu'ils [les équipes cliniques] nous utilisent à bon escient et non pas dire : OK, toi tu peux aller le mener là et le mener là. On n'est pas des taxis. On fait un accompagnement social à travers ça. Mais on déteste qu'ils nous voient comme des taxis. [...] Nous, le [nom de la clinique] est dans une autre ville, donc : ah bien là, nous, on le réfère au [nom de la clinique] parce que c'est un anglophone, mais là rends-toi. Non, tu le mets en échec. Il n'a pas d'auto. Il n'a pas de moyen de se rendre là et il n'y a pas personne qui va l'apporter à part un travailleur de rue. Ah bien là un cas prenez le travailleur de rue, faites le taxi avec. On est comme parent social, là. Vraiment de penser au continuum, sans trou de services et d'avoir des équipes dédiées, moi, ça serait mon rêve. »

- Intervenant communautaire, région F

« [...] des deux côtés [organismes communautaires et équipes cliniques], on a besoin de s'adapter. Je pense qu'il y a des barrières, des préjugés, autant pour un, autant pour l'autre, c'est juste qu'il y a moyen de travailler ensemble et de le faire comme il le faut, parce qu'au final, l'intérêt de tout le monde, c'est la personne qui a besoin. On ne travaille pas pour nous, on travaille pour cette personne-là qui a des besoins et il faut répondre à ces besoins. »

- Intervenant communautaire, région C

La collaboration avec les pharmacies

Les pharmacies sont également des partenaires importants pour les SBS. En effet, la majorité des personnes qui sont suivies par les équipes cliniques des SBS fréquentent quotidiennement une pharmacie afin de recevoir leur TAO. Les équipes cliniques rencontrées soulignent l'importance d'entretenir de bonnes collaborations avec les pharmaciens, qui sont en première ligne pour constater des manquements relativement au traitement ou une détérioration de l'état de santé de la personne.

« Bien, tous les matins, on appelle la... tous les mardis matins, les [infirmières] appellent à la pharmacie pour dire combien de présence en pharmacie, puis tu sais, s'il y a quelque chose, les pharmaciens nous le disent "là, ça ne marche pas partout, là, depuis deux semaines, là, il y a quelque chose qui ne marche pas, je ne sais pas c'est quoi", mais tu sais, ils nous le disent, ça fait que nous autres, ça nous donne une petite idée aussi. »

- Clinicien, région C

Certaines équipes disent intégrer le pharmacien dans l'équipe de soins. Dans ces cas, l'échange d'information entre le pharmacien et l'équipe clinique fait partie du contrat de traitement signé avec les personnes en traitement. Cependant, plusieurs cliniciens soulignent qu'il n'est pas toujours simple de trouver des pharmacies qui distribuent les TAO pour des raisons diverses : peu de pharmacies dans une région donnée; préjugés envers les personnes utilisatrices d'opioïdes; problèmes antérieurs avec cette population; et peur de la réaction des autres clients. Certaines personnes utilisatrices

d'opioïdes et intervenants communautaires rencontrés ont témoigné d'expériences négatives dans les pharmacies. Ils ont également partagé des expériences de stigmatisation de la part des pharmaciens, des employés des pharmacies ou d'autres clients. D'autres personnes utilisatrices d'opioïdes témoignent du lien de confiance qu'elles ont établi avec leur pharmacien et de l'importance de celui-ci dans leur suivi.

« Là, je suis obligée d'être avec [nom du pharmacien], là. [Il] m'a fait ouvrir ma bouche... les mains dans les airs. Il n'y a rien qu'ils n'ont pas fait avec moi. Une criss de pharmacie de cul, mais je n'ai pas le choix, j'ai de la misère à marcher, c'est la seule qui donne la méthadone. [...] fait que ce n'est pas drôle, parce que moi j'étais accueillie avec un beau sourire du pharmacien chez [nom de l'ancien pharmacien] puis très bon service. En passant : pour n'importe quelle personne qui passe là. Il n'avait pas de préjugé. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région C

« À la pharmacie où je suis en ce moment, pour moi c'est un peu l'enfer. Ils sont ultras sévères. Là, ils permettent que pendant que j'attends, d'aller m'asseoir dans la salle d'attente, mais au départ, non. Si je n'étais pas debout au comptoir quand ma prescription était prête, ils ne m'ont juste pas appelé. Ils ne savaient pas j'étais où et puis ils avaient juste à regarder dans la salle d'attente, j'étais assis. Ça prend, quoi? 12-15 minutes à faire bien, il faut que j'attende debout DEVANT le pharmacien, je n'ai pas le droit d'aller dans la salle d'attente comme à mon ancienne pharmacie. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région B

La collaboration avec les hôpitaux et les services spécialisés

De manière générale, les participants des différents groupes affirment que les collaborations entre les SBS et d'autres services de santé, notamment les hôpitaux, ne sont pas toujours aisées. Plusieurs participants dans l'ensemble des régions visitées font état d'une importante stigmatisation des patients des SBS lors de consultations dans les hôpitaux.

« [...] ils ne veulent pas ce type de clientèle là à l'hôpital, parce qu'ils font du bruit, parce qu'ils crient, parce qu'ils sont désorganisés, parce que, parce que, parce que. Alors malheureusement, ils ne sont pas les bienvenus à l'hôpital. » - Gestionnaire, région F

Selon plusieurs cliniciens, il manque de corridors de services clairs et accessibles pour les personnes ayant un TUO et en situation de précarité. Ils soulignent que les collaborations sont souvent officieuses et reposent sur le lien entre des personnes et non pas sur des collaborations établies par les services. Toutefois, les cliniciens rencontrés estiment que ces collaborations sont importantes et certains d'entre eux tentent de mettre en place des mesures de sensibilisation envers ces acteurs. Les participants croient que ces collaborations méritent d'être renforcées afin de permettre un suivi adapté pour les personnes ayant un TUO dans les différents services de santé.

La collaboration avec les prisons

Plusieurs équipes cliniques estiment qu'il serait également bénéfique de renforcer les collaborations avec les prisons pour améliorer le suivi des personnes incarcérées et favoriser la liaison avec les services de soins lors de la sortie. Les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées témoignent de situations très difficiles pour les personnes qui consomment des opioïdes lors d'un séjour en prison.

« **Intervieweuse** : Quand tu as été dans ton épisode d'incarcération, ils ne t'ont pas proposé d'avoir accès au traitement? **Répondant 5** : Non, du tout. Il faut que tu aies le traitement à l'extérieur en premier vraiment. Sinon, tu rentres, tu n'as rien, bon, bien, c'est rien, tu fais ça à sec comme ça. **Répondant 1** : Ils ne te respectent pas en prison. **Intervieweuse** : En prison, tu n'es pas respecté? **Répondant 1** : Couche à terre sur le matelas. Ils te donnent des Tylenol eux autres, tu n'as pas de prescription. **Répondant 3** : Puis, même moi qui ai une prescription, ils coupent ma prescription. »

- Personne utilisatrice d'opioïdes, région A

L'ensemble des participants estime que des collaborations avec les prisons pourraient aider à favoriser la mise en place de bonnes conditions pour un continuum de soins pour les personnes ayant un TUO.

2.3 DISCUSSION

Les résultats de la recension des écrits sur les caractéristiques des services à bas seuil destinés aux personnes en situation de précarité et les résultats des entrevues menées auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes, d'organismes communautaires en lien avec ces dernières, de cliniciens et de gestionnaires de services de TAO à bas seuil permettent de dresser certains constats et de dégager plusieurs enjeux propres à ce type de services. De la même manière, l'exploration des guides de pratique clinique en TAO ont permis de procéder à une analyse contrastée des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes. La présente section rappelle les principaux constats à la lumière de leurs implications pour le développement et l'amélioration des programmes de TAO dans le contexte québécois ([section 2.3.1](#)) et présente les limites de la recherche ([section 2.3.2](#)).

2.3.1 Principaux constats

La réduction des méfaits : philosophie d'intervention et offre de services

La philosophie de la réduction des méfaits vise à réduire et à prévenir les risques et les conséquences négatives associés à la consommation d'opioïdes et d'autres conduites à risque. En ce sens, les services à bas seuil constituent une manière de mettre en pratique les valeurs de la philosophie de la réduction des méfaits en offrant un accueil et une prise en charge fondée sur le non-jugement, la souplesse, l'autonomisation et l'auto-détermination des personnes. En effet, les services à bas seuil, et plus particulièrement les services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes, ne peuvent être dissociés de la philosophie de la réduction des méfaits,

mais ils ne devraient pas être considérés à tort comme des synonymes. Ainsi, le bas seuil peut être vu comme un véhicule permettant de décliner concrètement la philosophie de la réduction des méfaits.

De façon similaire, la philosophie de la réduction des méfaits a aussi donné naissance à des pratiques concrètes dans le domaine, notamment en ce qui touche à la distribution de matériel essentiel en réduction des méfaits (matériel de consommation, naloxone, etc.). Cependant, il est important de souligner qu'il ne suffit pas de déployer des pratiques ou des interventions de réduction des méfaits pour que celles-ci correspondent nécessairement aux valeurs de cette philosophie. De fait, la philosophie de la réduction des méfaits implique un savoir-être, un positionnement thérapeutique collaboratif, une humilité du soignant ainsi que des conditions structurelles qui permettent la souplesse et un accueil empreint d'humanisme.

Les entretiens menés dans le cadre du présent projet ont permis de mettre en lumière une divergence entre la philosophie et la pratique réelle de la réduction des méfaits dans les services à bas seuil rencontrés. Bien qu'il ressorte clairement de la littérature que les soins et services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes selon cette philosophie devraient viser une amélioration de leur qualité de vie, les réponses des participants démontrent une certaine confusion quant aux objectifs des services en TUO. À titre d'exemple, plusieurs cliniciens rencontrés ne sont pas à l'aise avec la consommation concomitante au TAO et jugent que l'abstinence reste l'objectif ultime.

Ainsi, l'ancrage des services en TUO dans une philosophie de réduction des méfaits implique une réflexion importante sur la notion de « risque ». En effet, l'évaluation ainsi que l'appréciation des risques qu'encourt une personne utilisatrice d'opioïdes dépendent de multiples facteurs tant personnels que structurels et systémiques. Tout d'abord, l'appréciation du risque peut largement différer entre les équipes sur le terrain et les institutions dont elles dépendent. Au sein des équipes interdisciplinaires, les intervenants peuvent également vivre des divergences à ce sujet relativement à leur rôle dans l'équipe, les normes de leurs ordres professionnels respectifs, ainsi que leurs valeurs personnelles et professionnelles. Finalement, une inégalité d'apprécia-

tion du risque peut exister entre la personne utilisatrice d'opioïdes, qui vit concrètement la prise de risque au quotidien, et son équipe de soins. Cette situation crée une tension avec laquelle les équipes et les personnes en soins doivent composer afin de mettre en place une collaboration fructueuse. Néanmoins, il semble que des efforts devraient être déployés pour favoriser la prise en compte de ces différentes appréciations du risque dans les services en TUO. Les entretiens menés dans le cadre de ce projet soulignent une grande volonté de la part des équipes de soins d'aller au-delà des cadres rigides afin de mieux réfléchir et agir en tenant compte de cette tension. Cependant, les équipes souffrent d'un manque de soutien, de mentorat ainsi que d'outils et de guides cliniques à jour pour leur permettre de mener à bien ces réflexions. Visiblement, une confusion existe actuellement au Québec quant à la manière d'ancrer la philosophie de la réduction des méfaits dans les services à TUO, ce qui entraîne une souffrance pour les personnes en traitement et leurs équipes, en plus de contribuer à la disparité dans les pratiques.

Effectivement, les entretiens ont permis de relever une disparité dans les pratiques en réduction des méfaits au sein des différentes régions du Québec. Ces dernières touchent notamment à la remise de naloxone aux personnes utilisatrices d'opioïdes, la formation en matière d'injection à risque réduit et la distribution de matériel de consommation. Tout d'abord, compte tenu de la crise des opioïdes et de la grande vulnérabilité aux surdoses des personnes ayant été abstinentes pendant une certaine période (par exemple, à la suite d'une période d'incarcération, d'hospitalisation, ou dans le cadre d'une tentative de sevrage), il apparaît essentiel de garantir, au sein de l'ensemble des services amenés à rencontrer ces personnes utilisatrices, un accès direct à la naloxone, ainsi qu'une formation sur l'utilisation appropriée de cette substance. De plus, en sachant que ces personnes sont aussi plus susceptibles de souffrir de nombreuses conséquences somatiques associées à leur consommation (par exemple, hépatite C, infections des tissus mous, etc.), la littérature recensée permet de dégager certains services à offrir de manière systématique dans les équipes proposant des TAO, soit des activités de prévention et de promotion de la santé, y compris la promotion et la formation relatives aux pratiques de consommation à risque réduit ainsi que la distribution de matériel de consommation et de

condoms. Ainsi, la grande disparité actuelle au sein des pratiques au Québec met en lumière l'importance de clarifier les services en réduction des méfaits attendus au sein des équipes, en plus de l'offre de TAO, pour favoriser une harmonisation et une amélioration des pratiques de réduction des méfaits en fonction des données scientifiques.

Vision holistique

Les programmes et services à bas seuil sont caractérisés par le respect témoigné à la personne et à sa singularité. Ce respect se manifeste par une vision holistique de la prise en charge de la personne, qui prendra tout autant en considération les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la vie des personnes^{12,37,49,50}. Une prise en charge holistique devrait alors répondre à l'ensemble des besoins de la personne se rendant dans une structure de services donnée, tout en veillant à ne pas réduire celle-ci à l'une ou l'autre des problématiques auxquelles elle peut faire face, notamment sa problématique de consommation, de santé mentale ou physique ou sa situation d'itinérance^{20,59}. À cet effet, l'offre de services proposée dans le cadre des programmes à bas seuil recensés dans la littérature scientifique se veut exhaustive. On fait notamment coexister divers services de soins en santé physique, en santé mentale, d'accompagnement psychosocial, ainsi que des services de prévention et de promotion de la santé. Les entrevues soulignent quant à elles d'autres valeurs par lesquelles l'approche holistique se transpose dans la pratique. Dans l'ensemble, les interventions se caractérisent alors par le non-jugement, la bienveillance, la confiance, l'acceptation inconditionnelle, le respect et l'encouragement de l'autodétermination.

La vision holistique ainsi décrite remet plus globalement en question l'organisation des soins et des services au Québec. En effet, les services offerts actuellement au sein du RSSS ont tendance à être organisés et financés en cloisons, de façon parallèle, ce qui limite la prise en charge simultanée de l'ensemble des besoins de la personne, la collaboration des ressources, la concertation entre les équipes et le partage d'information entre elles¹⁴². Or, l'organisation des services, selon une approche holistique, fait la promotion d'un décloisonnement des différents services médicaux et psychosociaux de façon à répondre à l'intégralité des besoins

des personnes de façon efficace et efficiente. Il apparaît ainsi particulièrement pertinent de réfléchir à la mise en place de nouveaux modèles d'organisation intégrant cette vision globale de la personne et promouvant une collaboration optimale entre les différents acteurs du RSSS. Cet enjeu peut paraître d'autant plus crucial en ce qui concerne les personnes en situation de précarité pouvant présenter des besoins complexes, car ce morcellement des services peut représenter une barrière importante à l'accès aux soins.

D'un point de vue clinique, les cliniciens et gestionnaires interrogés rapportaient avoir la volonté d'adapter leurs pratiques afin de refléter davantage une vision holistique. Cependant, ceux-ci rapportaient que cette volonté était limitée par un manque de ressources matérielles, humaines et financières. De même, cette approche nécessite également le recours à des équipes constituées de différents professionnels afin d'offrir des interventions interdisciplinaires. Cependant, le manque d'outils informatiques et d'environnement numérique adapté (par exemple, des dossiers informatisés) fait en sorte que les équipes cliniques consacrent une grande partie de leur temps à des tâches administratives et bureaucratiques afin de tenter de mettre en œuvre le partage d'informations pour répondre de façon holistique aux besoins des personnes utilisatrices d'opioïdes, et ce, au détriment du temps en soins directs aux personnes.

De plus, l'adoption d'une approche holistique soulève la question des qualifications et de la formation des professionnels œuvrant dans les services destinés aux personnes en situation de précarité et les personnes

utilisatrices d'opioïdes tout particulièrement. En effet, l'approche holistique implique que les différents intervenants possèdent les connaissances, les habiletés et la sensibilité pour répondre à la pluralité des besoins de santé pouvant être exprimés par les personnes, par exemple en santé mentale, physique ou sexuelle et en dépendance ou concernant les infections d'origine virale et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang. En ce qui concerne les personnes utilisatrices d'opioïdes en situation de précarité, les professionnels doivent également répondre à des besoins psychosociaux complexes qui nécessitent des savoir-être et des connaissances spécifiques. Pour soutenir le déploiement d'une telle offre de services holistiques, il convient donc de clarifier les compétences et la formation requises pour la pratique auprès de cette population précise. Ce déploiement ne pourra se faire sans déterminer de façon concomitante l'offre de services minimale à proposer, dans le présent contexte, pour toute personne utilisatrice d'opioïdes requérant des services du RSSS. À cet effet, les figures ci-dessous résument les différents services à offrir dans le cadre des programmes de TAO en fonction des caractéristiques des SBS recensés dans la littérature scientifique et des SBS qui ont été visités au Québec dans le cadre de ce projet.

Figure A : Les services à offrir dans le cadre des programmes de TAO en fonction des caractéristiques des SBS recensés dans la littérature scientifique

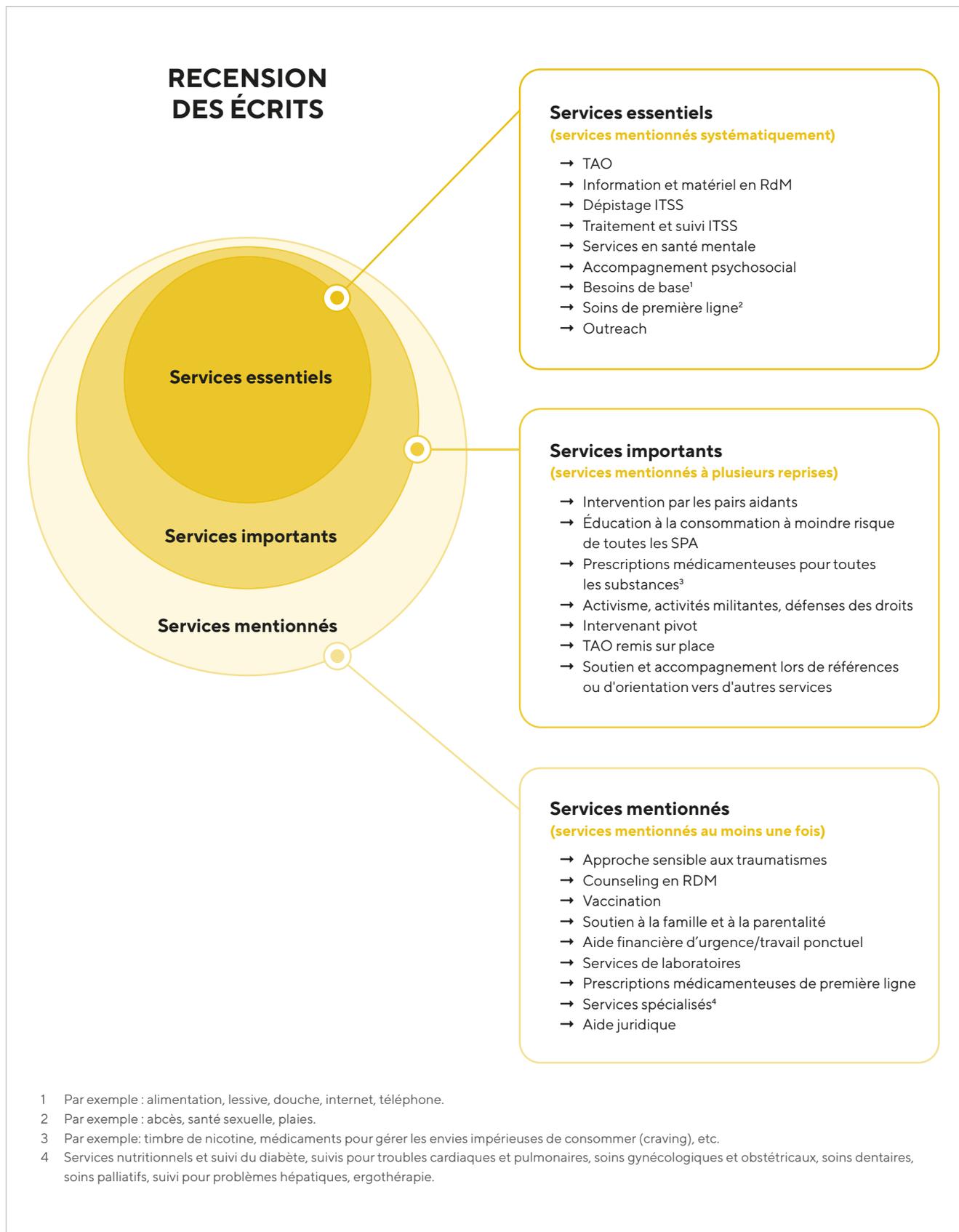
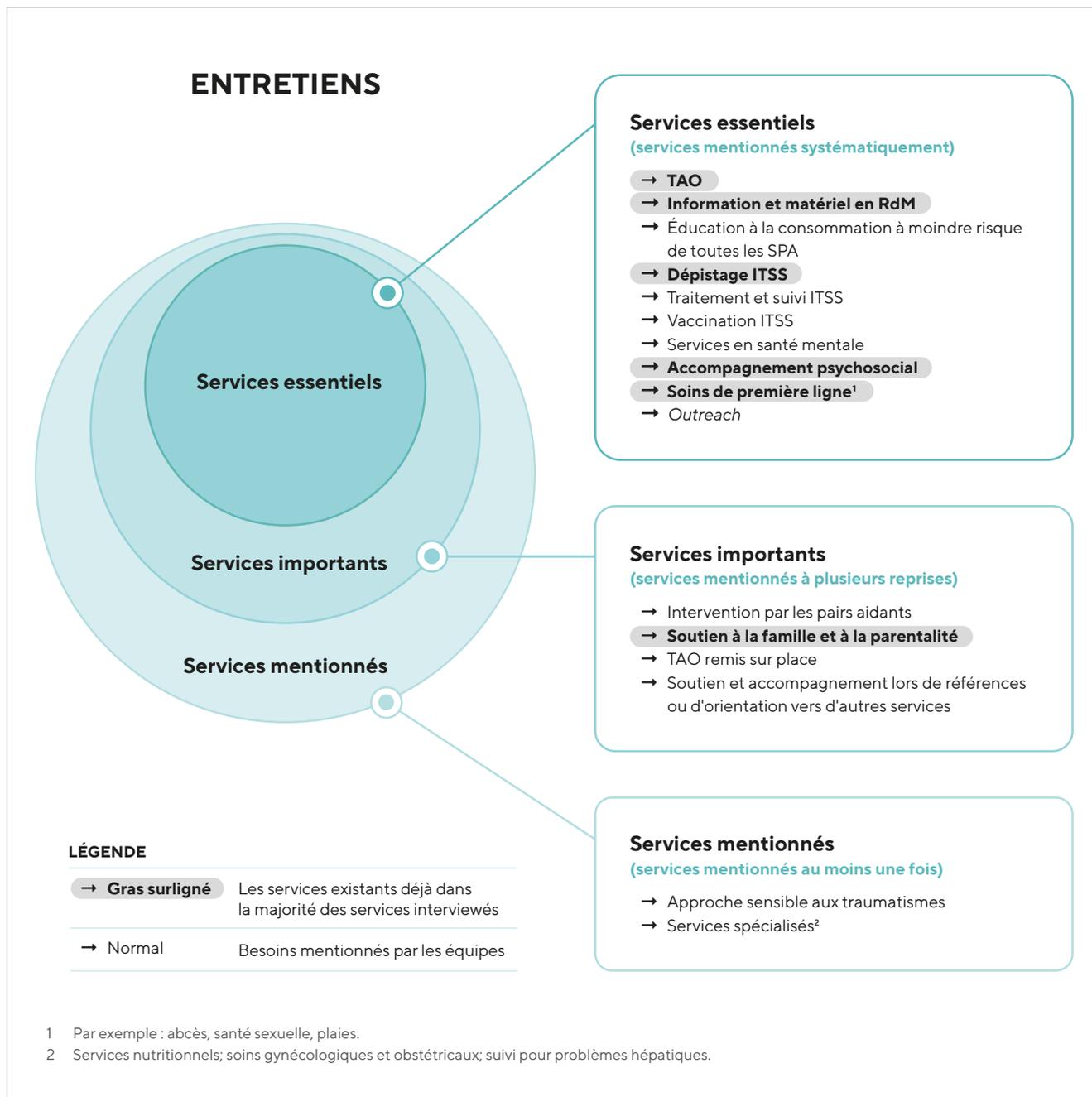


Figure B : Les services à offrir dans le cadre des programmes de TAO en fonction des caractéristiques des SBS visités au Québec



Ultimement, sur le plan organisationnel, la prise en charge holistique des besoins de la personne soulève également l'importance de redéfinir les cibles de rendement mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. En effet, la prise en charge de la personne dans sa globalité nécessite davantage de temps, ce qui influence nécessairement l'atteinte des cibles habituelles de rendement au sein des équipes.

Implication de la personne dans le traitement

En concordance avec cette conceptualisation holistique, l'importance d'une prise en charge prenant en considération les forces, les faiblesses et les objectifs des personnes dans le développement et le suivi du plan de traitement a été notée à la fois dans les services à bas seuil^{20, 49, 50, 72, 73} et les guides de pratique de TAO réguliers^{52-58, 71, 74-76, 78} analysés dans le cadre de la recension des écrits. À cet égard, cette philosophie

n'est pas sans rappeler les principes de l'approche du patient partenaire mise de l'avant au Québec, une approche clinique misant sur la combinaison et le partage du savoir du professionnel de la santé et du patient dans l'objectif de permettre la co-construction d'une compréhension partagée des problématiques et des solutions pouvant être envisagées⁶. Tout cela appelle ainsi à une réflexion sur la manière de mettre en place et d'adapter l'approche du patient partenaire dans le milieu de la dépendance^{6, 158}. Dans la logique de favoriser la capacité des personnes en traitement à faire des choix quant à leurs objectifs et leurs modalités de traitement, il convient aussi de se questionner sur la terminologie employée. En effet, il apparaît à propos de délaïsser l'appellation patient partenaire pour opter pour le terme équipe partenaire. En effet, ce terme reflète davantage l'idée que le rôle de l'équipe clinique est d'appuyer la personne en traitement dans l'atteinte de ses objectifs et que c'est bel et bien la personne en traitement qui demeure la principale personne concernée, maître de son traitement.

La volonté d'offrir un espace de décision à la personne dans la planification du plan de traitement représente une volonté partagée par les cliniciens québécois interrogés. Cependant, la mise en œuvre de cette volonté varie selon les régions du Québec en raison de facteurs tels que la faible présence clinique, l'absence de formation adéquate, le degré d'aisance des prescripteurs relativement aux molécules de TAO, ainsi que la disponibilité disparate des différentes options de traitement (méthadone, buprénorphine-naloxone et morphine à libération lente unique quotidienne) dans la communauté. Ces différents éléments interagissent pour finalement restreindre la possibilité des cliniciens d'offrir un véritable choix de traitements pharmacologiques à la personne, limitant ainsi sa capacité à s'impliquer dans son traitement et son droit d'obtenir un traitement adapté à ses besoins et ses préférences. De plus, les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées ont également exprimé qu'elles ont rarement voix au chapitre dans le choix de la molécule de TAO et qu'elles ne disposent pas de suffisamment d'information sur les différents traitements existants et disponibles. Dans ce contexte, la mise en œuvre et le partage des connaissances sur ces options de traitement semblent constituer la pierre angulaire du développement d'un plan de

soins collaboratif avec la personne en traitement. Qui plus est, la participation de la personne aux décisions implique tout particulièrement le respect des principes d'information et de consentement éclairé. C'est de cette façon que la personne pourra s'impliquer, accompagnée de l'équipe partenaire, en faveur d'une orientation des soins cohérente avec ses objectifs et besoins personnels.

La prise en compte des objectifs de la personne en TAO nécessite également de réfléchir à la notion même de succès en TAO et de la repenser. En effet, en individualisant les objectifs du traitement, le succès peut être défini de manières diverses. Certaines personnes peuvent viser un objectif d'abstinence à court ou moyen terme alors que pour d'autres, l'objectif principal du TAO peut porter sur la stabilisation de leur situation psychosociale ou sur une multitude d'autres objectifs qui leur sont propres. Conséquemment, l'arrimage des objectifs de la personne en traitement aux objectifs, aux valeurs et aux pratiques de l'équipe clinique peut être difficile. Également, la multiplicité et l'orientation des objectifs à poursuivre peuvent constituer un élément particulièrement déroutant pour les équipes. En effet, l'accompagnement de la personne dans l'atteinte de ses différents objectifs nécessite une grande expertise et flexibilité de la part de l'équipe clinique.

Un changement de paradigme semble ainsi réellement s'imposer afin de permettre la mise en œuvre d'une approche intégrant la personne et ses objectifs personnels dans les services offrant des TAO au Québec. Pour ce faire, il semble important de mettre à jour les guides cliniques et le cadre réglementaire des ordres professionnels de façon à ce que les équipes puissent avoir des pratiques plus flexibles et adaptées à la réalité des personnes en traitement. Dans le même ordre d'idées, les équipes cliniques et les gestionnaires interrogés décriaient le manque de temps et l'absence d'un espace dédié aux échanges sur la pratique du TAO dans le cadre des services à bas seuil qui leur permettrait d'être à l'affût des pratiques exemplaires et d'être soutenus dans leur pratique. Le développement d'une offre de formation continue, intégrant par exemple des ressources pédagogiques à jour sur les problématiques, des lignes directrices sur les traitements associés, ainsi qu'une offre de mentorat ou de supervision

des professionnels apparaît ici comme incontournable pour améliorer les pratiques du TAO au Québec, mais aussi afin de soutenir adéquatement les équipesⁱⁱ.

Au-delà des pratiques, le rôle des membres de l'équipe traitante en TAO est aussi appelé à évoluer. Si les personnes utilisatrices d'opioïdes interrogées soulignaient un manque de considération de leur avis dans les décisions les concernant et un sentiment d'infantilisation, le rôle des professionnels doit passer d'une attitude traditionnellement paternaliste à une attitude de soignant-accompagnateur de la personne en traitement. La crise des surdoses d'opioïdes exacerbe ce besoin des équipes d'offrir des modalités et un cadre de traitement flexibles permettant de s'adapter aux objectifs des personnes afin de pouvoir les retenir autant que possible en traitement, car les équipes savent que ces personnes sont exposées à un risque élevé de décès et de conséquences graves. Ainsi, les professionnels sont appelés à travailler de plus en plus dans une logique de gestion des risques et de réduction des conséquences afin de limiter la probabilité que la personne en traitement décède d'une surdose, tout en réduisant au maximum les barrières et les contraintes pour que la personne demeure en soins et puisse atteindre ses objectifs. En soi, cette évolution de l'attitude des soignants représente une forme de distanciation par rapport au paternalisme médical et au contrôle sur les personnes qui en découle, qui sont souvent décriés par les personnes suivant un TAO^{36, 159}.

Accessibilité aux TAO et flexibilité des modalités de traitement

Les besoins de santé parfois complexes des personnes utilisatrices d'opioïdes se trouvant en situation de précarité, ainsi que leurs besoins psychosociaux et leurs réticences envers le réseau de la santé, impliquent qu'une attention particulière doit être portée à la manière dont les services de TAO leur sont offerts. Il convient donc de réfléchir au développement et à la mise en place de modalités flexibles de traitement permettant d'accroître l'accessibilité et favorisant la poursuite des soins par les personnes utilisatrices d'opioïdes une fois le traitement entamé.

En premier lieu, on constate que les cliniciens interrogés prônent le concept de « toutes les portes d'entrée sont bonnes » (*No wrong door*) afin de permettre aux personnes utilisatrices d'opioïdes d'accéder facilement à des services relativement à leur consommation. Cette approche implique que les personnes faisant une demande de soins soient orientées de manière adéquate vers un service spécialisé en TAO, et ce, peu importe la ressource qu'elles ont rencontrée initialement. Selon cette approche, les demandes de traitement ou de sevrage devraient être accueillies par les différents acteurs du réseau, tels que les médecins de famille, les services d'urgence, les CRD, le milieu carcéral ou la ligne Info-Santé, par exemple. Afin d'assurer la transition de la personne vers les services offrant le traitement du TUO, ces différents acteurs doivent pouvoir procéder à des orientations pertinentes et efficaces, et donc bien connaître les ressources disponibles dans leur région. Encore une fois, le contexte de la crise des surdoses engendre le besoin que les professionnels qui reçoivent la demande initiale puissent assurer la sécurité de la personne, en attendant sa prise en charge par l'équipe spécialisée, en offrant systématiquement du matériel de consommation, de la naloxone et des contacts au sein des ressources de soutien communautaires pouvant offrir un soutien à la personne. Cette situation soulève donc une autre nécessité, celle d'offrir une autre formation en plus de celle des équipes en TUO. En effet, il y a lieu de former les différents acteurs du réseau qui ne font pas partie d'une équipe spécialisée, mais qui peuvent rencontrer des personnes utilisatrices d'opioïdes et représenter leur « porte d'entrée » dans les soins.

Les entrevues menées auprès des cliniciens indiquent que l'évaluation initiale (y compris l'évaluation spécialisée) et les délais d'accès au TAO dans les équipes offrant le traitement du TUO sont souvent trop longs. Ces délais sont incompatibles avec la temporalité et l'urgence de la demande et des besoins des personnes en situation de précarité. Par extension, ils vont indirectement participer à une forme de triage, avant même l'entrée en soins, où une part de ces personnes utilisatrices d'opioïdes et en situation de précarité

ii En dehors du présent projet, d'autres travaux ont été effectués afin de déterminer les besoins de formation liée au TUO au Québec. Pour obtenir plus d'informations, le lecteur est invité à consulter le rapport suivant : Perreault, M., Archambault, L., Gabet, M., Ponsot, A.S., Cohen, J., Artunduaga, A. *Rapport sur les besoins de développement des compétences en matière de traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*, 2019, 69 p.

pourraient être découragées par les délais d'accès au traitement. Par conséquent, il est bien important de prendre en compte que les soins et la manière dont ceux-ci sont déployés sur le terrain doivent correspondre aux besoins exprimés par la population. Ainsi, une évaluation permettant un accès rapide et simplifié au traitement et un début rapide du traitement par la molécule agoniste opioïde devrait être privilégiée dans les ressources en TUO. Cette évaluation et sa durée devraient prendre une forme adaptée à la situation des personnes en traitement; il convient de se concentrer sur des dimensions essentielles dans l'immédiat. L'évaluation peut être terminée plus tard au besoin, lorsque la personne est davantage stabilisée et disponible.

Les entrevues réalisées auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes et des intervenants communautaires soulignent l'importance pour les équipes cliniques d'appliquer des modalités de traitement souples et adaptées à la réalité et aux problématiques de la personne afin de favoriser la rétention en traitement. Il a également été noté que l'actuel cadre réglementaire des ordres professionnels en matière de TAO au Québec ainsi que les exigences qui y sont liées représentent des obstacles pour la mise en place de modalités de traitement flexibles et adaptées. Si ce cadre réglementaire vise de manière globale à protéger les personnes en traitement, il peut aussi parfois leur nuire en constituant un obstacle à leur accès au traitement et au maintien dans la prise en charge. De ce point de vue, il y a sans doute possibilité de trouver un équilibre et de disposer d'un cadre sécuritaire qui favorise les bonnes pratiques tout en étant suffisamment souple pour autoriser l'individualisation des prises en charge en fonction du jugement et de l'expertise cliniques des équipes. Les entrevues illustrent notamment quelques éléments qui pourraient bénéficier d'un assouplissement : l'utilisation de tests urinaires, le début des doses non supervisées et le nombre total de doses, le rôle du pharmacien et des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, etc.

Finalement, les entrevues menées auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes relèvent l'importance que le traitement par agonistes opioïdes soit offert pour une durée indéfinie, et surtout de manière ininterrompue et adaptée à la réalité des personnes, surtout dans certains milieux « fermés », notamment les hôpitaux et les prisons, où l'on retrouve fréquem-

ment des personnes utilisatrices d'opioïdes qui font face à des interruptions de traitement. Force est de constater que bien souvent, les ressources spécialisées en dépendance sont relativement peu présentes dans ces milieux. Conséquemment, en raison de la faible présence des équipes spécialisées dans ces milieux et du faible lien qu'elles entretiennent avec eux, il se pourrait qu'un TAO nécessaire ne soit pas amorcé ou soit interrompu, par exemple en cas d'incarcération ou d'hospitalisation de plus ou moins longue durée. Si la continuité du traitement est souhaitée, il convient alors de réfléchir à la structuration de l'offre d'aide, en ne limitant pas, par exemple, les soins à une équipe spécialisée, au sein d'une seule ressource qui n'aura donc pas accès à tous les milieux. Simultanément, la planification de l'offre de soins se doit de tenir compte de cette variété dans les portes d'entrée et de réfléchir aux modalités de la prise en charge, en amont, pendant et après le passage des personnes en traitement dans ces différents milieux.

Adaptation de la prise en charge

La stigmatisation des personnes utilisatrices de substances psychoactives est relevée dans la quasi-totalité des guides cliniques et de la littérature comme un frein à l'amélioration de leur santé et à leur maintien en traitement. Le respect des caractéristiques et des besoins de chaque personne, ainsi que l'adaptation de la prise en charge en fonction de ces besoins, constitue un des moyens de réduire la stigmatisation. Cette volonté d'adaptation a été notée comme étant une caractéristique saillante à la fois des programmes à bas seuil et des guides cliniques en TAO. En plus de la stigmatisation comme telle, d'autres caractéristiques individuelles telles que le genre, l'orientation sexuelle et les origines ethniques et culturelles peuvent intervenir et contribuer à renforcer la stigmatisation. Selon les principes de l'intersectionnalité, l'appartenance d'une personne à de multiples catégories sociales peut catalyser les risques de stigmatisation¹⁶⁰. Par conséquent, pour tenir compte de ces spécificités individuelles dans la prise en charge, certaines dispositions devraient être mises en place, notamment l'utilisation d'un langage inclusif et sans jugement qui respecte la personne, sa singularité, son intégrité et son autonomie. En ce sens, le langage employé dans les interactions avec les personnes requérant des soins devrait être adapté en fonction des caractéristiques de ces personnes, notamment lorsqu'il est question d'évaluer

la demande de soins, de réfléchir au traitement avec elles, de présenter les options de modalités de traitement, ou encore d'obtenir un consentement éclairé^{18, 58, 64, 80, 109}. En parallèle, les outils cliniques, formulaires et autres outils administratifs devraient être élaborés en tenant compte de ces préoccupations. Ces derniers éléments apparaissent primordiaux dans l'adaptation des services au Québec dans la mesure où la littératie, plus particulièrement la littératie en santé¹⁶¹, demeure problématique pour une proportion importante de la population, notamment chez les adultes sans diplôme d'études secondaires¹⁶². Il existe par ailleurs déjà des recommandations visant à réduire le risque de stigmatisation des utilisateurs de substances psychoactives dans le langage écrit et oral^{163, 164}.

Dans le même ordre d'idées, une approche qui tient compte des traumatismes des personnes (*trauma-informed care*) est également ressortie comme caractéristique de nombreux programmes à bas seuil ainsi que plus largement dans les lignes directrices de certains programmes de TAO. Cette approche implique que les services prennent conscience des répercussions générales des traumatismes, reconnaissent les signes et symptômes du traumatisme chez les personnes, répondent en intégrant pleinement les connaissances sur le traumatisme dans les politiques, procédures et pratiques et cherchent à activement éviter des pratiques qui peuvent provoquer un nouveau traumatisme chez une personne. Il existe, selon SAMHSA, six principes fondamentaux pour les pratiques tenant compte des traumatismes : 1) garantir un cadre physiquement et psychologiquement sécurisant; 2) promouvoir la transparence et l'honnêteté; 3) intégrer le soutien par les pairs; 4) établir une collaboration et une réciprocité dans les relations; 5) adopter des pratiques qui favorisent l'autonomisation et l'autodétermination des personnes; 6) prendre en compte les spécificités de la personne (genre, culture, ethnicité, orientation sexuelle, etc.)².

En effet, les personnes utilisatrices d'opioïdes peuvent avoir vécu un lot d'événements traumatiques au cours de leur vie. Par conséquent, cette préoccupation pour les traumatismes devrait sensiblement influencer le savoir-être des intervenants, mais aussi la manière dont les services sont développés et dispensés. À titre d'exemple, dans les services qui tiennent compte des traumatismes, la personne n'est jamais forcée de

révéler son passé traumatique. De plus, son besoin de se sentir physiquement et émotionnellement en sécurité est respecté. Cette approche implique une alliance thérapeutique basée sur la collaboration qui donne le pouvoir à la personne de choisir et de contrôler son traitement¹⁶⁵. Les entrevues réalisées auprès des équipes cliniques de services de TAO à bas seuil laissent entrevoir que cette approche fondée sur les traumatismes n'est encore que très peu mise en place dans les organisations québécoises. Le Québec semble accuser un certain retard sur ce plan par comparaison, notamment, avec d'autres provinces canadiennes comme la Colombie-Britannique. Conséquemment, il apparaît pertinent de faire la promotion de cette approche afin de favoriser une meilleure considération de la réalité des personnes reçues en traitement.

Ultimement, en réponse aux différents enjeux soulevés relativement à l'adaptation des services, l'intervention de pairs aidants dans les structures de soins et services réguliers apparaît comme un outil indispensable à la fois pour réfléchir à l'adaptation de la prise en charge et pour favoriser une meilleure prise en compte des réalités, souvent complexes, des personnes utilisatrices d'opioïdes. L'intervention par les pairs se développe actuellement de manière prononcée au Canada dans plusieurs domaines, dont celui de la santé mentale¹⁶⁶. Les données probantes démontrent que ce type d'intervention dans le domaine de la dépendance a des bienfaits indéniables pour les personnes utilisatrices d'opioïdes et pour les équipes qui travaillent auprès d'elles, notamment une meilleure relation avec les équipes cliniques; une meilleure rétention dans les traitements; une satisfaction accrue envers l'expérience de traitement; un accès facilité aux services de soutien social; et une amélioration de la stabilité en matière de logement^{15, 167, 168}. Les données démontrent également que ces interventions peuvent diminuer la judiciarisation, l'utilisation des services d'urgence, les taux d'hospitalisation, et l'intensité des consommations^{15, 167, 168}. Malgré ces bienfaits, le recours à des pairs aidants a été noté principalement dans les services à bas seuil recensés dans la littérature scientifique^{13, 63, 72, 73, 79, 80, 87, 102, 105, 129, 135} et peu dans les programmes de TAO dits réguliers^{56, 60, 71, 75}. De même, l'intervention de pairs aidants n'a été soulignée dans aucun des programmes de TAO visités au Québec. Il apparaît toutefois pertinent de réfléchir à leur intégration au sein de ces structures afin que l'expertise des pairs aidants puisse être

mise à profit pour les personnes en besoin de soins. En effet, les pairs aidants peuvent servir de « traducteurs » pour aider les personnes à mieux comprendre le jargon professionnel lié au TAO et leurs droits et obligations, et pour se mobiliser avec elles et auprès d'elles afin de revendiquer le respect de leur dignité dans le cadre de leur traitement. Les pairs aidants sont également des moteurs de changement dans les équipes et les institutions. La collaboration entre les pairs aidants et d'autres professionnels peut notamment changer les attitudes et habitudes des équipes, et ainsi contribuer à la réduction de la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues.

Individualisation des soins et des services

En somme, les philosophies d'intervention décrites précédemment appellent à une augmentation de l'individualisation des soins. Seulement, dans le cas des programmes de TAO, la mise en application de cet objectif apparaît entravée par les normes de pratique rigides proposées par les organismes de réglementation de la pratique du TAO. À titre d'exemple, les conditions de vie d'une personne pourraient nécessiter qu'on envisage de lui offrir des doses non supervisées plus tôt que ce qui est recommandé traditionnellement. Ce conflit entre le jugement de l'équipe clinique et le cadre réglementaire des ordres professionnels limite la capacité des équipes à adapter la prise en charge aux réalités vécues par les personnes et contribue au sentiment des personnes en traitement de subir un contrôle excessif. De même, les cliniciens interrogés déplorent leur faible capacité à offrir des soins adaptés et flexibles en raison du manque d'outils et de formations qui pourraient leur permettre d'être davantage soutenus dans une pratique flexible et adaptée. À l'heure actuelle, la souplesse des programmes de TAO à bas seuil semble davantage tributaire de l'aisance et de l'expérience de l'équipe clinique que des normes prescrites par les guides cliniques. Ainsi, le développement d'une pratique adaptée du TAO au Québec repose sur des enjeux de formation et de développement de nouveaux outils et guides de pratique actualisés.

Enfin, l'individualisation des soins en fonction des objectifs de la personne peut entraîner un malaise chez les intervenants, en particulier lorsque les objectifs formulés par la personne vont à l'encontre de leurs valeurs et objectifs de prise en charge habituels. Il y a ainsi un réel besoin de soutien clinique pour les situa-

tions qui peuvent être collectivement perçues comme étant complexes et contraires aux valeurs professionnelles des intervenants. Des temps de formation, de mentorat et de supervision clinique pourraient être privilégiés afin de résoudre ces tensions tout en permettant une amélioration des connaissances et du sentiment d'aisance des équipes cliniques. En ce sens, il est alors essentiel que les formations soient également mises à jour afin d'outiller les professionnels en leur enseignant les dernières données et pratiques dans le domaine.

Approche intégrée et interdisciplinaire

Les philosophies d'intervention soulignées jusqu'à présent sont appelées à avoir une incidence sur les structures organisationnelles des différents services et programmes destinés aux personnes en situation de précarité, particulièrement pour les personnes utilisatrices d'opioïdes. Les structures recensées dans les écrits avaient notamment comme caractéristiques principales l'intégration des services et l'interdisciplinarité des équipes, qui visent à répondre aux multiples besoins déterminés.

Un large consensus se dégage des résultats obtenus à l'issue de la recension des écrits, à savoir que les soins et services offerts dans les services à bas seuil^{59, 62, 63, 70, 72, 73, 80, 94, 103}, et dans le cadre plus général du TAO^{1, 54, 55, 64, 74, 109, 111-113}, devraient tendre vers l'intégration et la coordination. Plus particulièrement, certains modèles d'organisation des services à bas seuil misent sur l'intégration d'un ensemble de ressources au sein d'un même lieu physique^{12, 13, 63, 85, 104} ou sur l'intégration de ces ressources par l'accès à un vaste éventail de services^{50, 88, 88, 93, 94}. L'intégration d'un ensemble de services complémentaires dans un même emplacement géographique (modèle de guichet unique ou *one-stop shop*) apparaît être la solution la plus pertinente pour offrir des services complets et adaptés aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec, surtout pour celles qui se trouvent en situation de précarité. Cependant, ce type d'organisation des services se heurte aux effets de la structuration historique au Québec des organisations et de leur financement en fonction de problématiques précises. Cette structuration a pour effet d'engendrer une organisation des services en cloisons qui fragmente la personne et repose finalement bien loin de la vision holistique précédemment évoquée. Or, les personnes utilisatrices d'opioïdes, à qui les services de

TAO sont destinés, peuvent présenter une myriade de besoins psychosociaux et de santé. Elles vivent souvent ces différentes problématiques de façon concomitante et des actions concertées sont nécessaires afin de favoriser leur rétablissement. Conséquemment, le parcours de soins de ces personnes peut s'avérer particulièrement complexe en raison du cloisonnement des spécialisations, chaque professionnel s'occupant d'un aspect précis de la vie de la personne plutôt que d'offrir une prise en charge globale. Dans ce contexte, le manque de ressources humaines et matérielles noté par les cliniciens interrogés apparaît encore davantage comme un facteur limitant la capacité des équipes cliniques en TAO à offrir un ensemble de soins et services à même la structure de services. Finalement, l'intégration d'un ensemble de services dans une même structure semble être un modèle d'organisation principalement présent, et faisable, en milieu urbain, là où la densité démographique et des ressources est plus importante. Il convient donc de réfléchir à des avenues novatrices permettant d'adapter le modèle *one-stop shop* dans des zones rurales où les personnes utilisatrices sont dispersées sur un grand territoire et en moins grand nombre.

Quand l'intégration des services et des soins en un même lieu géographique n'est pas envisageable, c'est le développement de liens de collaboration étroits formalisés avec d'autres organisations qui caractérise les programmes à bas seuil. À cet effet, les personnes interrogées dans le cadre du présent projet notent l'importance des organismes communautaires et leur rôle en matière de travail de proximité, dans la communauté. Les professionnels interrogés estiment que les organisations offrant le TAO ont le désir de faire sortir les équipes cliniques hors des murs des institutions. Cependant, encore une fois, le manque de ressources tant humaines que matérielles semble un facteur limitant. De même, les intervenants communautaires interrogés sont d'avis que l'on fait porter beaucoup de responsabilités à leur organisation alors que les liens n'ont jamais été formalisés de manière à ce que le financement de cette collaboration dans le réseau soit pérennisé. Ces éléments amènent à réfléchir aux tensions pouvant émerger quant aux rôles, responsabilités et attentes des différentes parties dans le cadre d'un véritable travail collaboratif entre organisations, ainsi qu'aux besoins de financement qui en découlent.

Ultimement, les services à bas seuil et les services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes recensés dans la littérature scientifique sont caractérisés par l'intégration du travail de proximité afin de rejoindre les personnes et leur offrir des soins et services^{55, 57, 59, 62, 75}. Ce travail de proximité s'inscrit dans l'optique d'une réduction des barrières d'accès aux services. Cette caractéristique particulièrement saillante dans le cas des programmes à bas seuil est davantage présente en milieu urbain, où la densité démographique est plus importante. À l'inverse, ces propositions semblent nécessiter une adaptation différente aux réalités des territoires où la densité démographique est moindre et où les distances à parcourir peuvent être considérablement plus importantes. Il y a donc lieu d'envisager d'autres possibilités pour adapter et structurer cette offre de proximité en dehors des grands centres urbains, entre ressources essentielles dans l'offre de TAO et ressources de collaboration compte tenu des spécificités de ces milieux de vie. À cet effet, certains professionnels consultés ont mentionné le recours aux technologies de l'information, notamment la télémédecine, ainsi que la possibilité de créer des cliniques mobiles afin de rejoindre les personnes dans les différentes régions du Québec. Ces modalités méritent d'être explorées davantage dans l'objectif d'offrir une large couverture du TAO au Québec.

Les services à bas seuil, plus qu'une question de terminologie

Les différentes caractéristiques des services à bas seuil établies à l'issue de la présente revue de la littérature semblent finalement confirmer le manque de définitions claires et formelles relativement à ce type de services. En effet, comme mentionné en introduction, la définition des programmes à bas seuil destinés aux personnes utilisatrices de substances psychoactives demeure sujette à discussion. Ainsi, certains critères ont été proposés, dont les suivants : 1) cibler tout particulièrement les personnes qui consomment des drogues et toute autre clientèle marginalisée, 2) rejeter l'objectif d'abstinence comme étant le seul objectif thérapeutique valable relativement à la consommation; et 3) travailler activement à réduire les barrières d'accès et de rétention en matière de services⁴. Autrement dit, les services à bas seuil visent l'adaptation des services aux besoins et caractéristiques de la personne, et non l'inverse.

Les entrevues effectuées auprès des professionnels des programmes de TAO à bas seuil ont également permis de faire ressortir différentes caractéristiques de ce type de services au Québec. Tout d'abord, les services à bas seuil ont pour principal objectif de pallier la faible capacité des services réguliers de s'adapter à la réalité des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité qui se retrouvent marginalisées et stigmatisées au sein même des services spécialisés en dépendance. Simultanément, ces services à bas seuil sont caractérisés par une souplesse à l'égard des personnes, mais également dans la flexibilité de la structure des services concernant les exigences pour y accéder (notamment la réduction des contraintes administratives relatives à l'inscription, l'identité personnelle, l'assurance, ou encore le format sans rendez-vous, etc.) et demeurer en traitement. Ces caractéristiques dénotent en fin de compte une forme de renversement des responsabilités; en effet, les services ont ainsi la responsabilité de s'assurer de répondre aux besoins de la personne et de mettre en place une structure favorisant la rétention en traitement, plutôt que de laisser à la personne toute la responsabilité de trouver et d'obtenir les soins dont elle a besoin.

Ces différents éléments qui définissent les services à bas seuil sont également mentionnés dans certains guides de pratiques explorés, sans que ces services soient explicitement qualifiés de programmes à bas seuil. Notamment, les documents de la Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA)^{58,109} indiquent une volonté évidente d'adapter les services aux besoins de la personne et à sa réalité (par exemple, en ce qui concerne la question des doses non supervisées, les enjeux relatifs à la mobilité et l'accès aux ressources en région éloignée) et de réduire les nombreuses barrières à l'accès ou au maintien des services. Ainsi, les caractéristiques des services à bas seuil permettant une plus grande adaptation des services à la réalité des personnes apparaissent comme essentielles pour l'ensemble des services en TUO, et non pas uniquement pour les personnes en situation de précarité. Par conséquent, il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse que les personnes fréquentant les services de TAO réguliers pourraient bénéficier d'une prise en charge et de services inspirés des philosophies et caractéristiques des services à bas seuil recensés dans le cadre du présent projet.

Face à ces différents constats, il semble en fin de compte nécessaire de prendre un peu de recul par rapport au terme « bas seuil » (*low threshold*), qui qualifie les programmes recensés dans la littérature scientifique. L'existence d'une distinction entre des programmes dits à bas seuil et les programmes réguliers peut conduire à considérer à tort les personnes fréquentant l'un de ces deux types de programmes comme deux populations distinctes à traiter différemment. Dans le contexte actuel, le risque d'une telle distinction inscrite dans le marbre revient à favoriser la création de nouvelles cloisons au Québec, dans un paysage où l'offre de services est déjà fortement fragmentée. Au contraire, les objectifs généraux des services à bas seuil, leurs philosophies et modalités, notamment en ce qui concerne l'adaptabilité et la flexibilité des professionnels et des structures, ne pourraient finalement que bénéficier à toutes les personnes utilisant des services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, quelles que soient leurs problématiques, leurs besoins et leur réalité, dans une optique plus globale d'équité en santé. De plus, les entrevues réalisées auprès des professionnels et des personnes utilisatrices d'opioïdes soulignent le potentiel de stigmatisation associé à l'utilisation du terme « bas seuil » au quotidien, ainsi que son caractère péjoratif et infantilisant. De plus, dans le contexte de l'actuelle crise des surdoses, il apparaît primordial de mettre en place des structures de services adaptés et attrayantes afin que le plus grand nombre possible de personnes utilisatrices d'opioïdes puissent bénéficier des services de TAO, qu'elles soient en situation de précarité ou non.

En conclusion, il semble inévitable, à la lumière de tous ces éléments, de délaisser le terme « bas seuil » en faveur des concepts clés qui le caractérisent, soit la notion d'adaptation, de flexibilité et d'individualisation des services. L'abandon de ce terme, au-delà d'une question de terminologie, devrait s'accompagner d'une modification des services de TAO réguliers afin que ceux-ci reflètent les différents éléments illustrés précédemment. En effet, ce projet démontre qu'il serait pertinent que l'organisation, l'offre de services et les valeurs associées aux services à bas seuil puissent être appliquées de manière généralisée à tous les services en TUO au Québec. Il semble intéressant de s'éloigner d'un modèle de structures à « bas seuil » et « réguliers » pour favoriser un modèle où tous les services en TUO

sont basés sur la flexibilité, l'individualisation des soins, l'accès simplifié, l'interdisciplinarité et une vision holistique de la personne.

Toutefois, même si les principes des services à bas seuil étaient intégrés à l'ensemble des services en TUO au Québec, il est évident qu'il existe actuellement, et qu'il existera toujours, des personnes utilisatrices d'opioïdes qui présentent des besoins complexes et d'une grande intensité. Ce projet démontre que pour répondre adéquatement à ces personnes, il convient de privilégier une organisation des services prenant en compte la situation de précarité de la personne et de s'éloigner d'un modèle de services par pathologie et en cloisons. Pour ces personnes, le TUO ne représente habituellement qu'une problématique parmi tant d'autres. Ainsi, l'offre de services qui leur est destinée ne devrait pas exiger un diagnostic de TUO ou une volonté d'entamer un TAO pour avoir accès aux services, mais devrait plutôt offrir des soins holistiques intégrés sous le modèle du *one-stop shop* grâce à des équipes interdisciplinaires capables d'aller vers les personnes. Une telle structure laisse entrevoir le besoin de hiérarchiser et de clarifier l'offre de soins en TUO au Québec afin de permettre aux personnes utilisatrices d'opioïdes de recevoir une prise en charge adaptée à leurs besoins et à leur situation. Ce changement de paradigme aura une importante incidence sur la qualité des soins en TUO et permettrait un accès équitable et démocratisé aux services de TAO à l'ensemble des personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec.

2.3.2

Limites de la recherche

La recherche menée sur les SBS au Québec est sujette à certaines limites qui devraient être prises en compte lors de la lecture des résultats. En ce qui concerne la recension des écrits, il est important de rappeler que les articles scientifiques retenus dans cette recension portent sur les services à bas seuil destinés à des populations en situation de précarité. Bien qu'une partie de ces études s'intéressent à des personnes utilisatrices de substances psychoactives, cela ne représentait pas un critère obligatoire pour leur sélection. Ce choix s'appuyait sur la nécessité de documenter des pratiques dites à bas seuil offertes à des populations en situation de précarité pouvant être utilisées auprès des

personnes utilisatrices de substances psychoactives. Quant à la littérature grise retenue, elle est constituée de guides cliniques se rapportant à la prise en charge de personnes utilisatrices d'opioïdes dans le cadre du TAO, mais n'aborde pas les personnes en situation de précarité en particulier. Cette situation pourrait induire une certaine confusion dans l'interprétation des résultats. Cependant, il semble important de relever que les pratiques décrites dans la littérature grise démontrent des parallèles avec les pratiques envers les populations en situation de précarité, notamment en ce qui concerne la réduction des barrières d'accès, la vision holistique et le travail de proximité.

En ce qui a trait aux limites des entretiens, il est important de rappeler que, pour des raisons pragmatiques et temporelles, il n'était pas possible de mener des entretiens avec tous les services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec. Or, ce ne sont que les équipes de services officiellement à « bas seuil » en traitement du TUO qui ont fait l'objet des entrevues, mais des pratiques intégrant les valeurs et concepts clés du « bas seuil » existent fort probablement dans plusieurs équipes qui traitent le TUO au Québec. Il n'était également pas envisageable d'élargir l'échantillon à des structures offrant des services dits à « bas seuil » à d'autres populations telles que des personnes en situation d'itinérance ou des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Il semble fort probable que des pratiques novatrices et pertinentes existent au Québec dans ces domaines et que ces exemples pourraient bonifier les services en TUO. Cependant, l'échantillonnage de cette étude n'a pas permis le recensement et l'analyse de ces pratiques. Il convient également de souligner que l'échantillon limité d'intervenants communautaires et de personnes utilisatrices d'opioïdes ne permet pas de faire des généralisations sur leurs situations.

3

PROJET DE RECHERCHE SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DU SEVRAGE D'OPIOÏDES



Une des actions spécifiques du *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* est de « diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la prise en charge médicale des TUO dans les services de désintoxication interne des centres de réadaptation en dépendance du Québec »¹⁶. Ce projet de recherche, intitulé « *La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation* » (appelé ici « projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes »), s'inscrit dans cette démarche. Il vise à documenter les pratiques exemplaires sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services au Québec. Pour y parvenir, une revue narrative de la littérature (section 3.1) et des entretiens semi-dirigés ont été effectués (section 3.2).

3.1 SYNTHÈSE DE LA REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature a pour objectif d'identifier les meilleures pratiques médicales dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes en fonction des données probantes récentes et des pratiques d'autres pays occidentaux.

3.1.1 Mise en contexte

Traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Le traitement pharmacologique par agonistes opioïdes (TAO), aussi appelé traitement de maintien, représente l'option de choix pour la prise en charge du TUO. Les récentes lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes de l'ICRAS (appelées ici « lignes directrices nationales ») recommandent d'éviter la prise en charge du sevrage d'opioïdes isolément (p. ex. la désintoxication sans transition immédiate vers un traitement à long terme de la dépendance), car cette méthode a été associée à un taux élevé de récurrence, de morbidité et de mortalité¹. La prise en charge du sevrage au moyen d'agonistes opioïdes (méthadone ou buprénorphine±naloxone), comparativement au traitement de maintien par agonistes opioïdes, a été associée à des risques plus importants d'abandon et de rechute¹⁶⁹⁻¹⁷². Le traitement de maintien par agonistes opioïdes est donc à privilégier, si possible avec la buprénorphine-naloxone, afin de réduire les risques de toxicité, de morbidité et de mortalité¹. Une revue systématique récente avec méta-analyse a montré que les taux de mortalité ou de surdoses sont 25 fois plus faibles lorsque les personnes ayant un TUO sont en traitement de méthadone à long terme, comparativement à celles qui n'ont pas de traitement de maintien¹⁷³. Les taux de mortalité redeviennent

élevés lorsque les traitements à long terme de buprénorphine ou de méthadone sont interrompus¹⁷³. Ainsi, la rétention en traitement de maintien est associée à une réduction substantielle des risques de mortalité liée à une surdose chez les personnes ayant un TUO¹⁷³.

Risques associés à un sevrage d'opioïdes

Malgré les contre-indications, certaines personnes préfèrent opter pour un sevrage rapide ou ne pas être maintenues en traitement¹⁷⁴⁻¹⁷⁷. En effet, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec continue de recevoir des demandes de sevrage d'opioïdes. Ce choix peut être justifié par diverses raisons, telles que vouloir réduire sa tolérance aux drogues¹⁷⁶, souhaiter quitter le traitement à long terme¹⁷⁷, éprouver des difficultés à accéder à un traitement à long terme, notamment en raison des contraintes géographiques¹⁷⁵, éprouver des difficultés à suivre les exigences du programme de maintien¹⁷⁴ ou présenter un faible niveau de dépendance aux opioïdes¹⁷⁵.

Lorsqu'un sevrage est entamé, sa prise en charge isolée, sans traitement à long terme de la dépendance, est associée à des taux élevés de rechute, d'infection au VIH et à l'hépatite C, de surdose et de mortalité^{1,170}. En effet, les personnes ayant effectué un sevrage rapide en milieu hospitalier sans recevoir d'autre traitement à long terme font face à un risque plus élevé de décès par surdose d'opioïdes que celles qui ne suivent aucun traitement¹. Ce phénomène est attribuable à une perte de tolérance aux opioïdes, ce qui semble aussi expliquer notamment le risque élevé de surdose d'opioïdes mortelle observé à la suite d'un emprisonnement et d'un sevrage rapide^{2,13-18}. L'étude de Strang et coll. de 2003 fait état de 3 décès, sur un échantillon de 138 personnes, liés à des surdoses qui ont eu lieu dans les quatre mois suivant un sevrage avec la méthadone à l'interne. Les auteurs associent ces surdoses à une perte de tolérance aux opioïdes^{180,181}. L'étude de Ravndal et Amundsen de 2010 a également documenté un taux élevé de mortalité (24 personnes sur un échantillon de 276) causée par une surdose d'opioïdes quatre semaines après un sevrage en raison d'une diminution de la tolérance aux opioïdes des participants. Une dose auparavant tolérée par la personne peut devenir potentiellement fatale en cas de rechute¹⁸⁴. D'autres ont également noté que des sevrages à l'interne ont été associés à une augmentation du risque de surdose

mortelle ultérieure due à la perte de tolérance après cette décroissance^{182,183}.

Choix de la molécule dans le cadre de la prise en charge médicale d'un sevrage d'opioïdes

Les lignes directrices nationales canadiennes recommandent deux agonistes opioïdes, respectivement la buprénorphine-naloxone et la méthadone, comme molécules de première et deuxième intention dans le cadre d'un traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes¹. Lorsque l'option du sevrage est choisie malgré les contre-indications qui y sont associées, les lignes directrices nationales proposent de faire un sevrage au moyen d'une diminution progressive des doses d'agonistes opioïdes, soit la buprénorphine-naloxone et la méthadone¹. En effet, la recommandation de l'ICRAS d'effectuer un sevrage au moyen d'une diminution lente des doses, c'est-à-dire sur plus d'un mois, est fondée sur des données probantes qui concernent la buprénorphine±naloxone et la méthadone^{1,76,170,171,175,185-187}. Le sevrage avec les agonistes alpha₂-adrénergiques (p. ex. la clonidine) est associé à plus d'effets indésirables tels que l'hypotension et des symptômes de sevrage plus graves qu'avec la méthadone^{1,188,189}. De plus, par comparaison avec les agonistes alpha₂-adrénergiques, la buprénorphine±naloxone a également été associée à une meilleure capacité d'atténuer les symptômes de sevrage, et ce, autant en ce qui concerne les pics d'intensité moyens que les pointages quotidiens moyens d'intensité des symptômes de sevrage¹⁷¹. La buprénorphine±naloxone a également été associée à des taux de rétention et d'achèvement du traitement plus élevés que les agonistes alpha₂-adrénergiques¹⁷¹. Mentionnons également que, dans le cadre d'un sevrage, la buprénorphine obtient de meilleures issues de traitement que la clonidine auprès des adolescents (13-18 ans) sur le plan de l'abstinence et de la rétention en traitement¹⁹⁰. De plus, des données recueillies dans le cadre d'une revue systématique récente indiquent des taux d'engagement post-sevrage plus élevés chez les personnes ayant effectué un sevrage avec la buprénorphine±naloxone que celles qui l'ont effectué avec la clonidine ou la lofexidine¹⁷¹. Ainsi, en utilisant les mêmes molécules de choix qu'en traitement de maintien, un sevrage au moyen de la buprénorphine-naloxone ou de la méthadone facilite la transition vers un traitement à long terme de la dépendance, ce qui est recommandé par les

lignes directrices nationales de l'ICRAS. Cette manière de procéder (c'est-à-dire utiliser les mêmes molécules dans un contexte de sevrage et de maintien ainsi que permettre un transfert en tout temps vers le traitement de maintien) contribue ainsi, selon certains auteurs, à effacer la frontière entre les deux traitements¹⁷¹.

Il ne semble néanmoins pas y avoir de consensus sur la molécule à privilégier entre la méthadone et la buprénorphine±naloxone dans un sevrage. Les lignes directrices nationales de l'ICRAS mentionnent qu'un des avantages de la buprénorphine-naloxone est que les symptômes de sevrage seraient moins intenses à l'arrêt du traitement qu'avec la méthadone^{1, 191, 192}. De plus, la buprénorphine-naloxone serait une meilleure option pour les personnes dont la dépendance aux opioïdes est moins sévère (p. ex. dépendance aux opioïdes oraux, consommation non fréquente ou sans injection, trouble récent lié à l'utilisation de substances) et les personnes sous TAO qui comptent diminuer leur dose d'agonistes opioïdes sur une période relativement courte^{1, 191, 192}. Par contre, une revue systématique récente ne constate aucune différence significative entre les deux molécules dans le cadre d'un sevrage en ce qui concerne l'intensité des symptômes de sevrage, la durée moyenne de rétention en traitement et le taux d'achèvement du traitement¹⁷¹. La buprénorphine±naloxone et la méthadone auraient une capacité similaire à atténuer les symptômes de sevrage sans effets indésirables¹⁷¹. La seule différence constatée par cette revue systématique serait sur le plan de la chronologie des symptômes de sevrage, c'est-à-dire que les niveaux d'intensité des symptômes de sevrage seraient significativement plus bas avec la buprénorphine qu'avec la méthadone à la fin et après la décroissance¹⁷¹. Les auteurs concluent néanmoins que les deux molécules ont une capacité similaire à réduire les symptômes de sevrage¹⁷¹. Plus de données sont toutefois nécessaires pour arriver à une conclusion sur leur distinction en matière d'amélioration des symptômes de sevrage¹⁷¹.

Modalités de la prise en charge du sevrage d'opioïdes

Selon l'ICRAS, la prise en charge du sevrage devrait être accompagnée d'un traitement continu de la dépendance (p. ex. un traitement par agonistes opioïdes à long terme, un suivi intensif après la désintoxication, etc.)¹. De plus, lorsque la prise en charge du sevrage est adoptée, l'ICRAS recommande d'effectuer

un sevrage par diminution lente (> 1 mois) plutôt que rapide (< 1 semaine) des doses de buprénorphine-naloxone ou de méthadone¹. Mentionnons également que la prise en charge pharmacologique du sevrage est préférablement accompagnée d'autres services permettant une stabilisation psychologique et psychosociale des personnes¹⁹³.

Pertinence de la recherche

Cela dit, rare est l'information médicale précise offrant aux cliniciens le savoir nécessaire pour prendre en charge un sevrage d'opioïdes avec la buprénorphine±naloxone ou la méthadone de manière à maximiser les taux d'achèvement du traitement, les taux d'abstinence, l'atténuation des symptômes de sevrage et la transition vers un traitement à long terme. L'intérêt de la présente recherche tient alors au fait que davantage de connaissances détaillées sur la prise en charge médicale du sevrage semblent nécessaires, autant pour les cliniciens, afin d'accompagner les personnes formulant cette demande, que pour les gestionnaires, afin de soutenir le déploiement et l'organisation des services de gestion du sevrage au sein des centres spécialisés dans le traitement des TUO au Québec. La présente revue s'intéresse uniquement à la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes au moyen d'agonistes opioïdes, soit la buprénorphine±naloxone et la méthadone. Elle ne traite pas des sevrages effectués au moyen d'autres molécules (p. ex. agonistes alpha₂-adrénergiques, antagonistes opioïdes, etc.), des sevrages à froid (*cold turkey*), ni des sevrages ultra-rapides sous anesthésie. Pour plus de détails sur ces sujets, il est possible de consulter les revues systématiques de la collaboration Cochrane^{189, 194, 195}. Cette revue ne traite pas non plus de manière détaillée des volets psychosociaux associés à la prise en charge du sevrage d'opioïdes; elle a donc pour objectif de traiter uniquement du volet médical de la prise en charge du sevrage des opioïdes. Par contre, notons que la gestion du sevrage fait référence à un processus global et de bien-être à long terme qui implique non seulement des interventions pharmacologiques, mais également des interventions psychosociales.

3.1.2 Méthodologie

La présente revue narrative vise à dresser un bilan des connaissances disponibles relativement à la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. Plus précisément, elle se décline en trois axes de recherche et en cinq questions cliniques :

→ Axe 1 : L'entrée dans les services lors d'une demande de sevrage d'opioïdes

Question 1 : *Comment devrait-on accueillir une demande de sevrage faite par une personne utilisant des opioïdes?*

→ Axe 2 : La prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes

Question 2 : *Comment devrait-on débiter une prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes chez les personnes ayant un TUO (choix de la molécule, procédure d'induction et de stabilisation avec la buprénorphine±naloxone et la méthadone)?*

Question 3 : *Quel schéma posologique à doses décroissantes d'agonistes opioïdes devrait être privilégié pour les personnes ayant un TUO et demandant un sevrage d'opioïdes, ainsi que pour les personnes ayant un TUO qui ont maintenu une stabilité clinique sous TAO mais qui souhaitent cesser le traitement?*

Question 4 : *Quelle durée de décroissance avec la buprénorphine±naloxone et la méthadone devrait être privilégiée pour les personnes ayant un TUO et souhaitant une prise en charge du sevrage d'opioïdes comme seul traitement?*

→ Axe 3 : Les interventions connexes au traitement pharmacologique principal

Question 5 : *Quelles devraient être les interventions connexes au traitement pharmacologique principal dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes?*

La stratégie de recherche de cette revue narrative consiste en une collecte d'informations tirées de la littérature scientifique et la littérature grise. La recherche documentaire de la littérature scientifique a été effectuée en interrogeant cinq bases de données : Embase (Ovid), MEDLINE (Ovid), CINAHL

(EBSCOhost), PsycINFO (EBSCOhost) et PubMed. Les mots-clés utilisés étaient liés à quatre concepts : 1) les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes; 2) le sevrage; 3) la prise en charge médicale du sevrage; 4) les protocoles ou schémas posologiques du sevrage. Des expressions libres ainsi que des expressions contrôlées adaptées aux différentes bases de données ont été utilisées. Les articles révisés par des pairs et publiés en anglais ou en français entre 2000 et 2018 ont été trouvés. En tout, 1 738 références ont été ainsi recensées. Parmi celles-ci, 39 articles respectaient nos critères d'inclusion. Les essais contrôlés randomisés, les études quasi-expérimentales, les études pré-expérimentales et les études de cohortes (rétrospectives ou prospectives) ont été inclus. Les études qui présentent des issues de traitement (les taux d'achèvement, les taux d'abstinence, l'atténuation des symptômes de sevrage, les effets indésirables et la transition vers un traitement à long terme) et des protocoles de sevrage d'opioïdes effectué au moyen d'agonistes opioïdes (buprénorphine±naloxone ou méthadone) ont été incluses. Les 38 études retenues (39 articles) ont été résumées. Par la suite, les données des 38 études (39 articles) ont été systématisées dans un tableau comportant les informations liées à l'axe 2 de la recherche (prise en charge médicale du sevrage).

La recherche documentaire de la littérature grise a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google et des sites d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, nationales et internationales. Plus précisément, la recherche visait des guides de pratique clinique de pays occidentaux, publiés entre 2000 et 2018, rédigés en français ou en anglais et traitant spécifiquement de la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. En tout, 30 guides ont été retenus. Les données des 30 guides de pratique retenus ont été systématisées dans un tableau comportant les informations en lien avec les trois axes de recherche, c'est-à-dire l'entrée dans les services lors d'une demande de sevrage d'opioïdes, la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes (les molécules et les schémas posologiques recommandés), ainsi que les interventions connexes au traitement pharmacologique principal qui sont recommandées lors d'un sevrage d'opioïdes. Certaines limites devraient être prises en compte lors de la lecture des résultats ([voir section 3.3.2](#)).

3.1.3 Résultats

Description des études recensées

Comme mentionné précédemment, 39 articles, représentant 38 études, ont été retenus. Les études retenues sont relativement diversifiées en matière de méthodologie : 15 sont des essais contrôlés randomisés et les autres sont des études quasi-expérimentales, des études pré-expérimentales ou des études de cohortes. L'échantillon de l'ensemble des études est de 10 325 personnes, mais une étude de cohorte comporte à elle seule un important échantillon (n = 4817)¹⁹⁶. Les études recensées ont été menées dans différents pays, majoritairement aux États-Unis (n = 24), en Angleterre (n = 5), en Australie (n = 4), au Canada (n = 1), en Allemagne (n = 1), en Suède (n = 1), en Espagne (n = 1) et en Iran (n = 1).

L'âge des participants des études retenues se situe entre 15-65 ans. Trois études (représentant 328 personnes) ont étudié les effets d'un sevrage chez des adolescents ou de jeunes adultes^{176, 186, 197}, âgés de 16 à 24 ans, de 15 à 21 ans, et de 18 à 25 ans respectivement. Une étude n'a pas rapporté l'âge moyen des participants¹⁹⁸. En termes d'origines ethnoculturelles, les cohortes sont composées majoritairement de Caucasiens (n = 21). Plusieurs ne mentionnent pas la composition ethnique de l'échantillon (n = 13). Cinq études ont un échantillon composé majoritairement d'Afro-Américains ou d'Hispaniques^{134, 199-201}. Par ailleurs, les études incluent des participants qui souhaitent se sevrer de différents ou de plusieurs types d'opioïdes : opioïdes non prescrits (illicites, contrefaits, héroïne, etc.), opioïdes prescrits (morphine, hydromorphone, oxycodone, etc.) ou agonistes opioïdes utilisés dans le cadre d'un traitement de maintien (méthadone ou buprénorphine±naloxone). La majorité des études (n = 20) incluent des participants qui utilisent principalement de l'héroïne. Plusieurs études portent majoritairement sur des participants qui souhaitent se sevrer d'opioïdes prescrits ou d'agonistes opioïdes (n = 11). Les autres études ne spécifiaient pas le type d'opioïdes auquel les participants étaient dépendants, ne faisant allusion qu'au fait qu'ils correspondent aux critères du diagnostic du trouble de l'utilisation d'opioïdes selon le DSM-IV ou le DSM-V. Plusieurs études comprennent un échantillon de personnes qui ont des antécédents de consommation d'opioïdes d'une durée moyenne de plus de 5 ans

(entre 6 et 18 ans) (n = 17). Quelques études comportent un échantillon de personnes qui ont des antécédents de consommation d'opioïdes d'une durée moyenne de moins de 5 ans (entre 1 et 5 ans) (n = 7). Une part importante des études ne mentionne pas le nombre moyen d'années de consommation d'opioïdes des personnes (n = 14). De plus, la majorité des études n'indiquent pas la voie d'administration des opioïdes utilisée par les personnes de l'échantillon (n = 20). Les autres études comportent des informations sur la voie d'administration : 10 études ont un échantillon où plus de 50 % des personnes s'injectent des opioïdes et 8 études ont un échantillon où la majorité des personnes utilisent d'autres voies d'administration que l'injection (intra-nasale, inhalation, orale). De plus, la quantité exacte d'opioïdes utilisés par les participants n'est habituellement pas spécifiée ou les informations à ce sujet sont incomplètes. Finalement, alors que les participants des études recensées ont souvent d'autres dépendances ou consomment d'autres drogues, plusieurs études (n = 12) ont exclu les personnes ayant une dépendance à une autre substance qu'aux opioïdes, comme l'alcool ou les benzodiazépines^{140, 202-212}.

Description des guides recensés

En tout, 30 guides de pratique clinique provenant de différents pays occidentaux rédigés en français ou en anglais ont été retenus. Ces guides comportent des recommandations cliniques relativement à la prise en charge médicale du sevrage. Un peu plus de la moitié des guides recensés ont été rédigés par des organisations non gouvernementales (n = 18), alors qu'un peu moins de la moitié ont été rédigés par des organisations gouvernementales (n = 12). Sur l'ensemble des guides canadiens (n = 16), certains ont été produits par des collèges des médecins ou des pharmaciens de différentes provinces (n = 8), alors que d'autres l'ont été par des centres de recherche spécialisés ou par une organisation gouvernementale (n = 8). Au Canada, les lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'utilisation des opioïdes sont récentes (2018) et traitent autant du traitement de maintien que de la prise en charge médicale du sevrage au moyen d'agonistes opioïdes (buprénorphine-naloxone et méthadone)¹. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances a également produit récemment un guide sur les pratiques exemplaires dans le continuum des

soins pour le traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes, y compris la prise en charge au moyen d'agonistes opioïdes³¹. Les guides québécois (n = 3), quant à eux, datent d'au moins 10 ans (1999 à 2009) et, dans certains cas, offrent peu de recommandations fondées sur des données probantes^{57,111,124}. Notons que les guides suivants n'ont pas été retenus puisqu'ils ne traitent pas du sevrage d'opioïdes, mais plutôt du sevrage d'autres substances (excluant les opioïdes) : le guide de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies publié en 2008 (*Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance. Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*)²¹³ et le guide de l'INESSS publié en 2019 (*La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs*)²¹⁴. Par ailleurs, cinq guides nationaux américains ont été retenus^{74,76,109,110,215}, dont trois produits par une organisation gouvernementale reconnue chargée d'améliorer la qualité des services de soins en dépendance et en santé mentale aux États-Unis, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Ensuite, six guides nationaux d'autres pays ont été retenus (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande et Australie)^{60,71,127,216-218} ainsi qu'un guide européen produit par une association de médecins (Suisse)⁹¹. Aucun guide français ou belge ne correspondait à nos critères d'inclusion.

→ Axe 1 – L'entrée dans les services lors d'une demande de sevrage d'opioïdes

Question 1 : Comment devrait-on accueillir une demande de sevrage faite par une personne utilisant des opioïdes?

Les éléments liés à l'entrée dans les services recommandés pour une personne utilisatrices d'opioïdes et demandant un sevrage ont été identifiés dans les guides de pratique recensés. L'analyse des guides de pratique recensés a montré que l'entrée dans les services des personnes utilisant des opioïdes et demandant un sevrage d'opioïdes peut se décliner en trois éléments : i) l'évaluation complète et adaptée,

ii) la prise en compte des traitements disponibles et recommandés (en fonction des données probantes), et iii) une discussion complète et collaborative. Autrement dit, le choix du traitement et l'orientation vers les services peuvent être vus comme le résultat de la synthèse de ces trois éléments.

Évaluation complète et adaptée

Les guides recensés ont insisté sur l'importance d'une évaluation complète effectuée par une équipe interdisciplinaire. En effet, l'évaluation médicale et psychosociale de la personne ayant un TUO implique de nombreux éléments, tels que les antécédents de consommation, la sévérité de la dépendance, l'intensité des symptômes de sevrage, la situation psychosociale (environnement, conditions de vie, occupation, démêlés judiciaires, etc.), présence de comorbidité, ITSS, signes d'injection, etc.^{18,65,74,76,111,124,125} L'évaluation devrait néanmoins être souple et adaptée à la réalité des personnes utilisant des opioïdes (p. ex. effectuer ultérieurement l'évaluation psychosociale complète, étaler l'évaluation sur plusieurs rencontres ou ne pas retarder le début du traitement si l'évaluation n'est pas terminée)^{57,76}.

L'évaluation médicale implique habituellement d'établir un diagnostic du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Plusieurs guides recensés énoncent que l'accès au traitement par agonistes opioïdes, dont l'accès aux services de gestion du sevrage, se fait en fonction d'un diagnostic du trouble de l'utilisation d'opioïdes (DSM-V), autrefois connu sous le nom de dépendance aux opioïdes (DSM-IV)^{18,57,71,74,76,111,124,127,216,218}. Certains mentionnent néanmoins qu'un sevrage d'opioïdes devrait être réservé aux personnes qui consomment des opioïdes, mais qui ne répondent pas aux critères de la dépendance aux opioïdes (DSM-IV)^{76,111}.

Le choix du traitement peut également prendre en compte une variété de caractéristiques personnelles, dont les besoins et les motivations des personnes, en vue de leur orientation et de leur admission dans un service adapté. Plusieurs guides mentionnent d'ailleurs les raisons évoquées par les personnes pour demander un sevrage rapide : viser l'abstinence, vouloir diminuer sa consommation d'opioïdes, vouloir un répit de la consommation, avoir difficilement accès à un traitement de maintien ou trouver irréaliste d'envisager un traitement de maintien pour des raisons géographiques ou organisationnelles^{57,111,112,127,217}.

De plus, dans les guides recensés, certaines populations sont traitées séparément et font l'objet de précisions particulières concernant la prise en charge du sevrage des opioïdes. C'est le cas des personnes ayant un faible degré de dépendance aux opioïdes et des femmes enceintes. Plusieurs guides mentionnent que les personnes ayant un faible degré de dépendance aux opioïdes (p. ex. les jeunes) pourraient être de bonnes candidates à un sevrage^{1, 18, 51, 76, 109, 111, 112, 219, 220}. Par contre, certains guides privilégient un traitement de maintien même pour les jeunes puisque le sevrage impliquerait les mêmes risques que pour les adultes, c'est-à-dire des taux élevés de rechutes, d'infections et de surdoses mortelles^{127, 221}. Si un sevrage est tout de même entamé avec un jeune, une planification du traitement de la dépendance à long terme devrait être mise en place, c'est-à-dire qu'il faut veiller à faciliter la liaison avec une équipe de traitement de maintien, informer le jeune des programmes de réduction des méfaits et le mettre en liaison avec des services de soutien psychosocial et des ressources d'hébergement²²¹.

En ce qui a trait aux femmes enceintes, le sevrage est déconseillé en raison du risque élevé de rechute et des autres risques qui y sont associés (surdose, mortalité, infections, etc.)^{1, 18, 31, 57, 71, 112, 124, 125, 127, 216, 217}. Des risques associés au sevrage spécifiques aux femmes enceintes ont également été soulevés, tels que la détresse maternelle et fœtale, la mort fœtale, l'hypoxie fœtale, l'accouchement prématuré et les problèmes du développement à long terme¹. Le traitement de maintien avec la méthadone semble être le standard en matière de soins pour les femmes enceintes^{71, 74, 76, 109, 110, 217}. Le traitement de maintien avec la buprénorphine seule est également de plus en plus considéré comme étant sécuritaire pour les femmes enceintes^{1, 31, 71, 127}. Les effets de la naloxone, en combinaison avec la buprénorphine, ne semblent toutefois pas suffisamment documentés pour permettre de conclure à son innocuité chez les femmes enceintes^{1, 127}. L'OMS recommande que les femmes enceintes ayant un TUD soient encouragées à utiliser le traitement de maintien avec la méthadone ou la buprénorphine, plutôt que les services de gestion du sevrage (poids de la recommandation : élevé ; qualité des données probantes : faible)²²². Lorsqu'une femme enceinte effectue tout de même un sevrage après avoir été mise au courant des risques qui y sont associés, ce sevrage devrait être fait idéalement lors du 2^e trimestre de sa grossesse, et non

lors du 1^{er} ou du 3^e trimestre en raison du risque d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré^{1, 18, 60, 71, 81, 95, 110, 127}. De plus, ce sevrage devrait être effectué seulement dans un contexte interne au moyen d'une réduction graduelle des doses d'agonistes opioïdes et en permettant en tout temps la transition vers un traitement de maintien²²². Il est également mentionné que les services psychosociaux devraient être considérés comme étant partie intégrante du traitement auprès des femmes enceintes²²².

Enfin, certains guides mentionnent que certains facteurs pourraient entraîner de meilleures issues de sevrage. Ainsi, les caractéristiques à prendre en compte avant d'amorcer un sevrage d'opioïdes sont les suivantes : la stabilité psychosociale, la présence d'un réseau social, une période d'abstinence passée ou une réduction de la consommation d'opioïdes et d'autres substances, l'absence de troubles liés à l'utilisation d'autres drogues, l'absence de comorbidité psychiatrique, la capacité à mettre en place des stratégies pour ne pas consommer, la présence ou non d'un réseau de consommateurs, la capacité à aller chercher de l'aide, et le fait d'avoir suivi un traitement de maintien pendant au moins un à deux ans^{78, 108, 112, 113, 215}. Certains recommandent qu'un sevrage soit envisagé seulement pour des personnes ayant une chance importante de rétablissement sans traitement de maintien par agonistes opioïdes⁶⁵. Cette décision doit être faite l'objet du jugement professionnel de l'équipe clinique⁶⁵. Par ailleurs, la législation américaine prévoit qu'une personne ayant déjà fait deux tentatives de sevrage rapide au cours de la dernière année doit faire l'objet d'une réévaluation en vue de l'orienter vers un autre type de traitement^{109, 110}.

Les traitements disponibles et recommandés

Le choix du traitement et l'orientation vers les services adaptés à la personne nécessitent de prendre en compte l'efficacité et l'innocuité des traitements disponibles. L'ensemble des guides de pratique clinique recensés recommandent le traitement de maintien par agonistes opioïdes afin de traiter les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. Plusieurs guides expliquent, en fonction des données probantes, que le sevrage au moyen d'agonistes opioïdes présente des issues de traitement moins favorables que le traitement de maintien par agonistes opioïdes^{1, 18, 31, 65, 81, 112, 217, 219}. En effet, bien que le sevrage soit une option souhaitée

par plusieurs personnes ayant un TUO, il demeure déconseillé en raison des risques qui y sont associés (rechute, surdose, mortalité, infections, etc.)^{1, 18, 31, 60, 65, 71, 74, 76, 81, 127, 215, 219}. Par exemple, au Canada, les lignes directrices nationales récentes recommandent d'éviter la prise en charge du sevrage isolément (p. ex. une désintoxication sans transition immédiate vers un traitement à long terme de la dépendance ou sans planification d'un traitement de la dépendance à long terme), car cette méthode a été associée à un taux élevé de récidives, de morbidité et de mortalité (poids de la recommandation : élevé ; qualité des données probantes : moyenne)¹. De la même manière, un guide national américain récent recommande d'informer les patients des risques de rechute et d'autres questions de sécurité liées au sevrage seul, puisque celui-ci ne constitue pas un traitement en soi⁷⁴. En Australie, le guide national précise qu'un sevrage seul ne constitue pas un traitement, mais qu'il offre l'occasion d'établir un premier contact entre la personne ayant un TUO et les services en dépendance¹²⁷.

Il n'en demeure pas moins que plusieurs guides mentionnent que les services de gestion du sevrage doivent néanmoins être disponibles pour ceux qui ont un TUO et qui ont exprimé un choix éclairé de se sevrer^{1, 18, 65, 76, 81, 127, 216, 217}. D'ailleurs, une des questions cliniques du guide de l'OMS sur le traitement psychosocial et pharmacologique de la dépendance aux opioïdes visait à déterminer le traitement pharmacologique à privilégier pour les TUO (traitement de maintien, sevrage ou utilisation de la naltrexone). En réponse à cette question, il recommande d'orienter la majorité des personnes vers un traitement de maintien, bien que la prise en charge du sevrage puisse être offerte (poids de la recommandation : élevé ; qualité des données probantes : faible à moyenne)¹⁸.

Discussion complète et collaborative

Quelques guides recommandent précisément d'engager avec la personne une discussion complète et documentée sur les options thérapeutiques les plus sécuritaires et la trajectoire de soins la plus adaptée à ses besoins^{65, 217}. En effet, en vue d'éclairer la prise de décision, les personnes qui demandent un sevrage seul devraient être clairement informées des risques connus, en fonction des données probantes, qui sont associés au sevrage^{1, 60, 65, 81, 127, 216, 217, 219}. Notons que les patients ou l'entourage peuvent avoir des idées

fausses ou des attentes irréalistes sur la nature et les issues attendues d'un sevrage^{215, 217}. Les informations transmises aux personnes avant un sevrage peuvent comprendre les risques de rechutes, les risques de surdoses et de mortalité, les stratégies pour prévenir et gérer les surdoses, la nature et la durée des symptômes de sevrage, les stratégies pour gérer les envies de consommer et les situations à risque, le rôle de la médication offerte ainsi que l'importance d'une planification des interventions après une tentative de sevrage^{60, 127, 216, 219}. De plus, avant d'entamer un sevrage d'opioïdes, les personnes doivent donner leur consentement éclairé aux soins, possiblement par la signature d'un formulaire de consentement^{18, 65, 124, 127, 216, 217}.

→ Axe 2 – La prise en charge médicale du sevrage

Question 2 : Comment devrait-on débiter une prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes chez les personnes ayant un TUO (choix de la molécule, procédure d'induction et de stabilisation avec la buprénorphine±naloxone et la méthadone)?

Les éléments liés au choix de la molécule entre la buprénorphine±naloxone et la méthadone dans le cadre d'un sevrage ainsi que les procédures d'induction et de stabilisation avec ces deux molécules ont été identifiés dans la littérature scientifique et dans les guides de pratique.

Choix de la molécule entre la buprénorphine±naloxone et la méthadone en vue d'un sevrage

Les études recensées ayant pour objectif de comparer la buprénorphine±naloxone à la méthadone dans un contexte de sevrage ont montré que les deux molécules ont des effets similaires, avec possiblement un léger avantage pour la buprénorphine en ce qui concerne la l'intensité des symptômes de sevrage^{206, 210, 223}.

Dans le même sens, l'ensemble des guides recensés recommandent l'utilisation de la buprénorphine±naloxone ou de la méthadone dans la prise en charge médicale d'un sevrage d'un TUO. Plusieurs guides

rapportent que ces deux molécules ont des issues de traitement comparables dans le cadre d'un sevrage, et qu'elles sont généralement préférables à la clonidine^{18, 60, 74, 81, 127, 216, 218, 219}.

Toutefois, certains guides soulignent des avantages de la buprénorphine±naloxone lors d'un sevrage^{111, 127, 218}. C'est le cas des guides de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, qui recommandent la buprénorphine±naloxone plutôt que la méthadone lors d'un sevrage puisque la buprénorphine±naloxone serait associée à des symptômes moins marqués après un sevrage de courte durée, son profil flexible serait avantageux dans un contexte de sevrage rapide et elle faciliterait le transfert vers un traitement à long terme^{18, 81, 127, 218}. En Colombie-Britannique, la buprénorphine serait également la molécule privilégiée dans le cadre d'un sevrage²²⁴. Certains guides mentionnent également qu'il serait plus facile, étant donné les symptômes moins intenses à l'arrêt, de diminuer les doses de buprénorphine±naloxone comparativement à la méthadone dans le cadre d'une décroissance de fin de traitement de maintien¹¹¹. En fonction des essais cliniques non randomisés, le guide de la Suisse énonce que le sevrage avec la buprénorphine est plus rapide et comporte moins de symptômes⁸¹. Dans le même sens, bien que le guide de l'OMS recommande les deux molécules dans un contexte de sevrage d'opioïdes, il mentionne qu'en tant qu'agoniste partiel à longue durée d'action, la buprénorphine aurait le meilleur profil pharmacologique pour un sevrage, car elle réduit les risques de rebond des symptômes après la cessation de la prise de la molécule¹⁸.

Par ailleurs, lorsque la personne est déjà maintenue en traitement par agonistes opioïdes, des guides de pratique proposent d'utiliser la même molécule et de diminuer les doses afin de tenter un sevrage^{60, 216}. Or, certains constatent qu'il est plus facile de diminuer la dose de buprénorphine comparativement à la méthadone^{1, 210}. Il est donc également possible, lorsque la personne est maintenue en traitement avec la méthadone, d'opérer un transfert de la méthadone à la buprénorphine pour ensuite diminuer les doses de buprénorphine jusqu'à 0 mg^{127, 203, 217, 225}. En effet, lorsque la personne est en traitement avec la méthadone et souhaite entamer une décroissance, certaines études proposent d'effectuer un transfert vers la buprénorphine avant de diminuer la dose, plutôt que

de diminuer directement la dose de méthadone^{134, 203, 205, 226}. Pour ce faire, il faut d'abord diminuer progressivement la dose de méthadone avant l'introduction de la buprénorphine^{134, 203, 205, 226}. La transition vers la buprénorphine semble préférable lorsque la personne a atteint de faibles (30 mg et moins) ou de moyennes (40 à 70 mg) doses de méthadone au moins 36 heures après la dernière utilisation^{134, 203, 205, 205}.

Procédures d'induction avec la buprénorphine±naloxone

Certaines études recensées mentionnent que les procédures d'induction avec la buprénorphine±naloxone sont les mêmes pour un traitement de maintien et pour un sevrage^{205, 227}. De même, certains guides recensés indiquent également que les procédures d'induction avec la buprénorphine±naloxone lors d'un sevrage sont semblables à celles qui sont mises en place lors d'un traitement de maintien^{76, 111, 112, 217}.

L'ensemble du corpus indique que ces procédures doivent être entamées lorsque la personne est abstinente d'opioïdes pendant une période suffisante pour provoquer des symptômes de sevrage de faible à moyenne intensité^{65, 127, 205, 219}. La période d'abstinence nécessaire avant l'administration de la première dose de buprénorphine varie en fonction du type d'opioïdes utilisé, c'est-à-dire des opioïdes à courte durée d'action tels que l'héroïne, ou des opioïdes à longue durée d'action tels que la méthadone^{65, 205}.

Dans les études recensées, la durée d'abstinence nécessaire avant l'administration de la première dose de buprénorphine (ou buprénorphine-naloxone) varie entre 12 à 24 heures pour les opioïdes à courte durée d'action, et s'élève à 24 heures et plus pour les opioïdes à longue durée d'action^{205, 206, 227, 228}. L'administration de la buprénorphine±naloxone est surveillée relativement à la manifestation des symptômes de sevrage, habituellement au moyen de l'échelle COWS^{5, 134, 205, 227, 229, 230}. La première dose est généralement administrée lorsque la personne a atteint un pointage entre 8 et 10 sur cette échelle^{134, 205, 228-230}. La dose initiale administrée se situe entre 2 mg et 8 mg de buprénorphine, selon les études, et peut être ajustée dans les heures suivantes selon la manifestation des symptômes de sevrage. Certains proposent une dose maximale de 16 mg au premier jour d'induction^{205, 227}. Les procédures d'induction avec une haute dose (dose maximale de 16 mg au jour 1 et de

32 mg au jour 2) semblent donner de meilleures issues de traitement que les doses plus faibles^{205, 227, 230}. De plus, les résultats des procédures rapides d'ajustement des doses semblent supérieurs à ceux des procédures plus lentes^{227, 230}.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la détermination de la première dose de buprénorphine+naloxone administrée. Les articles expliquent rarement le raisonnement qui sous-tend cette détermination. Certaines études mentionnent qu'elle a été déterminée en fonction du niveau de consommation d'opioïdes ou du poids de la personne^{186, 206}. Par exemple, 6 mg de buprénorphine ont été administrés comme dose initiale la première journée lorsque la personne pesait moins de 70 kg et/ou consommait moins de 3 sacs d'héroïneⁱⁱⁱ par jour ou son équivalent en opioïdes prescrits, et 8 mg lorsque la personne pesait plus de 70 kg et/ou consommait 3 sacs et plus d'héroïne par jour ou son équivalent en opioïdes prescrits¹⁸⁶. Si les symptômes de sevrage perduraient une heure plus tard, 2 à 8 mg supplémentaires de buprénorphine étaient administrés.

Lorsque la personne n'est pas en état de sevrage suffisant ou lorsqu'une dose initiale trop haute de buprénorphine+naloxone lui est administrée, il peut en découler un sevrage précipité^{111, 127}. Afin d'éviter un sevrage précipité, il est habituellement recommandé dans les guides de pratique que la personne atteigne un pointage de plus de 12 sur l'échelle COWS avant d'administrer la première dose de buprénorphine+naloxone^{65, 219}. Pour ce faire, il est recommandé d'attendre 12 à 16 heures après la dernière utilisation d'opioïdes à courte action (héroïne, morphine, hydrocodone, oxycodone à libération rapide), 17 à 24 heures pour les opioïdes à moyenne action (morphine à libération lente unquotidienne, hydromorphone à libération contrôlée, oxycodone à libération prolongée), et de 48 à 72 heures pour les opioïdes à longue action comme la méthadone⁶⁵. Cette recommandation est semblable à celle d'un guide clinique américain qui recommande une attente de 12 à 18 heures pour les opioïdes à courte action, et de 24 à 48 heures pour les opioïdes à longue action⁷⁴. D'autres proposent des périodes plus courtes^{18, 217}. Ces guides cliniques préconisent un délai de 6 heures après la dernière utilisation d'opioïdes à courte action et de 24 heures après la dernière utilisation d'opioïdes

à longue action, comme la méthadone^{18, 217}. Les lignes directrices nationales américaines sur la buprénorphine recommandent une période d'attente de 12 à 24 heures pour les opioïdes à courte action et d'au moins 24 heures pour les opioïdes à longue action⁷⁶.

Les guides recensés ont mentionné plusieurs facteurs pouvant être pris en compte pour déterminer les doses de buprénorphine, dont le degré de tolérance aux opioïdes, le type d'opioïde utilisé, la période d'abstinence avant l'administration, l'intensité des symptômes de sevrage au moment de l'administration, l'utilisation d'autres drogues (particulièrement les benzodiazépines), ainsi que d'autres problèmes de santé^{18, 65, 76, 127}. Les guides cliniques recommandent une dose initiale de buprénorphine de 2 à 4 mg^{1, 111, 219}, de 2 à 6 mg⁶⁵, de 4 à 8 mg¹⁸ et jusqu'à un maximum de 8 mg, selon les cas^{18, 76, 112, 127}. Un guide australien note que de faibles doses initiales (2 mg) sont souvent insuffisantes (à moins que les doses d'opioïdes consommés soient très faibles), et que de hautes doses (8 mg) peuvent provoquer un sevrage précipité¹²⁷. Ensuite, une réévaluation des symptômes de sevrage est effectuée dans les heures suivant la dose initiale, permettant une dose supplémentaire de 2 à 4 mg au besoin^{65, 127, 219}. Ainsi, la dose maximale pour la première journée est habituellement de 8 mg^{18, 76, 111, 219}, et peut atteindre 12 mg⁶⁵. Pour les journées subséquentes, les doses maximales recommandées sont de 12 à 16 mg^{76, 127}, de 16 mg¹¹¹, de 16 à 24 mg^{65, 219}, de 8 à 24 mg¹⁸, et peuvent atteindre 32 mg^{18, 76, 215}.

Des données récentes ont montré que les protocoles d'induction de buprénorphine-naloxone qui utilisent des doses plus élevées ainsi que des périodes plus courtes pour atteindre la dose de stabilisation sont associés à des issues de traitement favorables²³⁰. C'est ce que laissent entendre les résultats d'un essai contrôlé randomisé qui visait à déterminer et à comparer les effets de différentes trajectoires d'induction avec la buprénorphine-naloxone (n = 740)²³⁰. Les participants devaient être abstinentes d'opioïdes pendant au moins 12 heures et obtenir un pointage d'au moins 8 sur l'échelle COWS avant l'administration de la première dose de buprénorphine-naloxone. Les participants avec un pointage plus élevé sur l'échelle COWS à l'admission avaient moins tendance à abandonner le

iii Cette mesure (« sacs ») est utilisée dans certaines études, mais son équivalent en grammes n'est pas explicité.

traitement dans les sept premiers jours si leur dose était augmentée rapidement lors des trois jours d'induction, comparativement à une augmentation plus progressive de la dose lors de ces trois mêmes jours d'induction. En effet, la différence de rétention était significative entre ces deux trajectoires précises d'induction de trois jours, c'est-à-dire celle dont les doses initiales étaient faibles et le demeuraient (moins de 8 mg), et celle dont les doses initiales débutaient à un niveau modéré (9-24 mg) et étaient augmentées (plus de 24 mg) (RRa : 0,28; IC de 95 % : 0,09-0,89, $p = 0,03$).

Finalement, les études et les guides recensés ont indiqué qu'il est possible d'atteindre rapidement une dose de confort avec la buprénorphine±naloxone, c'est-à-dire dans un délai d'un à trois jours^{65, 205, 218, 230}.

En somme, alors que les articles scientifiques proposent des pointages de 8 et plus sur l'échelle COWS avant de commencer l'induction, les guides de pratique et la monographie Suboxone^{MD} indiquent plutôt la nécessité d'attendre un pointage de plus de 12 sur l'échelle COWS. Quant aux doses lors de l'induction avec la buprénorphine, la littérature scientifique recensée propose généralement des niveaux de doses légèrement plus élevés (dose maximale de 8 à 16 mg au jour 1 et de 16 à 32 mg aux jours subséquents) que dans les guides de pratique (dose maximale habituellement de 8 mg au jour 1, et de 12 à 32 mg aux jours subséquents) et la monographie (dose maximale de 12 mg au jour 1, dose recommandée de stabilisation de 12 à 16 mg [maximum de 24 mg]). En se basant sur une étude également retenue dans la présente revue²³⁰, certains proposent d'ailleurs d'adapter les recommandations cliniques canadiennes en fonction des données probantes démontrant l'efficacité et l'innocuité d'une dose plus élevée (dose maximale de 16 mg au jour 1 et de 32 mg au jour 2) et d'un ajustement plus rapide pour atteindre la dose de confort⁶⁵.

Procédure d'induction avec la méthadone

Les doses initiales de méthadone la première journée se situent généralement entre 10 et 40 mg par jour dans les études retenues^{200, 204, 206, 210-212, 223, 231, 232}. La dose initiale administrée était établie selon un protocole fixe ou était déterminée en fonction de la quantité d'opioïdes consommée et de l'intensité des symptômes de sevrage. Par exemple, dans un essai contrôlé randomisé, les participants d'un groupe comparatif consom-

mant l'équivalent d'un quart de gramme d'héroïne par voie intraveineuse ou d'un demi-gramme d'héroïne inhalée par jour ont reçu une dose initiale de méthadone de 30 mg²⁰⁶. Les résultats de l'étude ont montré que les symptômes de sevrage sont demeurés intenses durant la phase d'induction et de stabilisation (en moyenne 17,5 sur l'échelle OWS [*Opiate Withdrawal Scale*²³³]), indiquant que 30 mg de méthadone durant la phase d'induction et de stabilisation n'ont pas été suffisants pour atténuer les symptômes des participants²⁰⁶.

Les guides recensés qui traitent de l'induction avec la méthadone émettent néanmoins une mise en garde concernant cette molécule puisque des risques de surdoses peuvent y être associés, notamment en début du traitement^{18, 65, 112, 124, 127}. Les surdoses peuvent se produire lorsque les doses initiales de méthadone sont trop fortes ou augmentées trop rapidement par rapport au niveau de tolérance aux opioïdes de la personne^{18, 65, 112, 124, 127}. Il est donc recommandé que la personne soit supervisée de près durant la première phase du traitement où les risques de surdose sont plus importants^{65, 74, 124, 127}.

Selon le guide de l'OMS, la dose initiale de méthadone dans le cadre d'un sevrage devrait se situer entre 10 et 20 mg par jour, selon le niveau de tolérance aux opioïdes de la personne¹⁸. D'autres guides font référence au fait que les sevrages avec la méthadone débutent habituellement avec des doses de 10 à 30 mg par jour^{74, 95, 108, 124, 127} ou de 40 mg dans certains cas^{108, 124, 127}.

Dans un contexte de traitement de maintien, le guide provincial de la Colombie-Britannique recommande que l'induction avec la méthadone se fasse conformément à l'échelle suivante : i) de 5 à 10 mg par jour pour les personnes dont la tolérance est faible ou inexistante, c'est-à-dire qu'elles présentent un risque élevé de toxicité (p. ex. à la suite d'une désintoxication ou d'une incarcération, sans utilisation actuelle d'opioïdes), ii) de 10 à 20 mg par jour pour les personnes dont le niveau de tolérance est incertain, c'est-à-dire qu'elles présentent un risque modéré de toxicité (p. ex. consommation d'alcool, de benzodiazépine, ou d'autres substances), iii) de 20 à 30 mg par jour pour les personnes dont le niveau de tolérance est connu, c'est-à-dire qu'elles présentent un faible risque de toxicité (p. ex. utilisation active d'opioïdes)⁶⁵. Notons que le niveau

de tolérance est généralement plus faible chez les personnes qui consomment des opioïdes par voie orale ou intranasale, comparativement à celles qui consomment les opioïdes par injection¹¹². Puisque le niveau de tolérance aux opioïdes de la personne peut être difficile à déterminer, il serait donc plus sécuritaire, en cas de doutes, de débiter avec des doses plus faibles¹¹².

La dose initiale est ensuite ajustée dans les quatre à six jours suivant en fonction de la manifestation des symptômes de sevrage ou d'intoxication^{65, 124}. Les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec recommandent que lorsqu'un sevrage d'une durée de 7 à 8 semaines est choisi, la dose initiale (de 10 à 40 mg) doit être ajustée une seule fois après 4 à 6 jours, mais ne doit pas dépasser 50 mg par jour, après quoi la décroissance peut débiter¹²⁴. Dans un contexte de traitement de maintien, les lignes directrices recommandent d'ajuster la dose initiale plusieurs fois tous les 4 à 6 jours par bond de 5 à 20 mg à la fois¹²⁴. Quant aux lignes directrices de la Colombie-Britannique, elles recommandent d'ajuster les doses de méthadone par bond de 5 à 10 mg tous les cinq jours et plus⁶⁵. Il est également possible d'augmenter la dose plus rapidement, dans la mesure où cette augmentation est effectuée sous supervision médicale expérimentée⁶⁵. Il est toutefois recommandé que l'augmentation de la dose se fasse de manière plus graduelle dans les cas où la personne présente un risque de toxicité élevé⁶⁵.

Mentionnons que les doses initiales recommandées de méthadone dans un contexte de sevrage (10 à 20 mg) semblent parfois légèrement inférieures à celles qui sont recommandées dans un contexte de maintien (20 à 40 mg ou 10 à 30 mg)^{18, 124, 127}. En ce sens, la contrainte de temps qu'implique un sevrage rapide semble avoir une influence sur la dose recommandée dans certains guides^{18, 124, 127}. D'ailleurs, un guide américain mentionne que les sevrages effectués à l'externe sur une période prolongée utilisent habituellement une plus haute dose initiale de méthadone que les sevrages effectués à l'interne sur une plus courte période²¹⁵.

En somme, la présente revue a constaté que les doses initiales de méthadone proposées sont faibles (10 à 40 mg), ne permettant probablement pas à toutes les personnes ayant un TUO d'être stabilisées à une dose de confort avant d'entamer la décroissance des

doses^{200, 204, 206, 210-212, 223, 231, 232}. De plus, l'atteinte d'une dose de confort avec la méthadone nécessite habituellement plusieurs semaines d'ajustements de la dose, alors qu'il est possible d'arriver à la dose de confort en quelques jours avec la buprénorphine±naloxone (1 à 3 jours).

Procédures de stabilisation avec la méthadone et la buprénorphine±naloxone

Plusieurs guides mentionnent que les personnes doivent être stabilisées au moyen d'une dose de méthadone ou de buprénorphine±naloxone avant d'amorcer la phase de décroissance, c'est-à-dire qu'elles doivent avoir atteint une dose qui permet l'élimination des symptômes de sevrage pour une période de 24 heures^{71, 111, 124, 124, 215, 217, 220}.

Dans les études retenues, la dose établie avant la diminution est soit déterminée dans le cadre d'un protocole fixe ou elle correspond à la dose de stabilisation qui est individualisée selon les besoins du participant. Elle oscille entre 2 et 32 mg pour la buprénorphine±naloxone et se chiffre à 30 mg ou plus pour la méthadone. Certaines études ont montré que de faibles doses de stabilisation avec la méthadone ou la buprénorphine±naloxone avant de commencer la décroissance sont associées à de meilleures issues de traitement^{196, 204, 234}. En effet, les faibles doses de stabilisation (moins de 8 mg de buprénorphine) précédant la décroissance (un possible indicateur d'un faible niveau de dépendance) seraient associées à de meilleures issues de traitement en matière d'abstinence un mois ou plus après le traitement²³⁴. Les doses de stabilisation de 8 mg ou plus de buprénorphine ont été associées à de moindres chances d'obtenir une réponse favorable au traitement (c'est-à-dire la rétention en traitement, l'abstinence d'opioïdes et l'administration de naltrexone à la fin de l'étude) (RC : 0,26; IC de 95 % : 0,08-0,90; $p = 0,03$)²³⁴. Cette constatation est cohérente avec une autre étude qui a montré que le niveau de dosage constituait un facteur associé au taux d'achèvement du traitement¹⁹⁶. En effet, les participants qui atteignaient une dose maximale de méthadone se situant entre 60 et 100 mg et ceux dont la dose maximale était de plus de 100 mg avaient respectivement 44 % et 60 % moins de chance de terminer avec succès la diminution, comparativement à des doses moindres (moins de 60 mg)¹⁹⁶. De plus, une autre étude a montré que les participants sevrés à partir d'une plus

haute dose (maximum de 70 mg de méthadone) ont rapporté des symptômes de sevrage plus intenses ($\beta = 0,444$; $p = 0,02$)²⁰⁴. En somme, les faibles doses de stabilisation avant une décroissance semblent produire de meilleures issues de traitement dans certaines études recensées^{196, 204, 234}.

Par ailleurs, la durée de la stabilisation avant la décroissance varie beaucoup d'une étude à l'autre (de 0 jour à plusieurs mois). Les données probantes ne sont pas suffisantes pour établir une durée de stabilisation à privilégier, mais certains auteurs suggèrent de prolonger les périodes de stabilisation précédant la phase de décroissance (de 2 semaines à 3 mois)^{134, 234}.

Quant aux guides de pratique, ils prévoient, dans le cadre d'un sevrage de courte durée, soit aucune période de stabilisation, soit une courte phase de stabilisation (de 1 à 2 jours)^{18, 71, 76, 95, 111, 112, 215}. Or, les sevrages de plus longue durée à l'externe ou les sevrages de fin de traitement de maintien, qui s'étalent normalement sur plusieurs semaines, permettent d'inclure de plus longues périodes de stabilisation^{65, 76, 111}. Par exemple, certains guides prévoient une période de stabilisation de 4 à 6 jours avec la méthadone dans un contexte de sevrage de 7 ou 8 semaines¹²⁴. Dans la même veine, s'il n'y a aucune raison de se sevrer rapidement, une période de stabilisation de 7 jours est recommandée avec la buprénorphine±naloxone avant la phase de décroissance^{76, 111}.

Par ailleurs, le guide clinique national américain recommande, lors d'un sevrage d'opioïdes, d'entamer la décroissance de buprénorphine seulement si la personne a arrêté l'utilisation d'opioïdes, cet arrêt étant confirmé par un test urinaire⁷⁶. Si la personne n'a pas arrêté l'utilisation d'opioïdes, il est recommandé de prolonger la période de stabilisation avec l'agoniste opioïde ou d'envisager un traitement de maintien⁷⁶.

→ **Question 3 : Quel schéma posologique à doses décroissantes d'agonistes opioïdes devrait être privilégié pour les personnes ayant un TAO et demandant un sevrage d'opioïdes, ainsi que pour les personnes ayant un TAO qui ont maintenu une stabilité clinique sous TAO mais qui souhaitent cesser le traitement ?**

Les schémas posologiques à doses décroissantes de buprénorphine±naloxone et de méthadone produisant les meilleures issues de traitement et ceux recommandés dans les guides de pratique ont été recensés.

Schémas posologiques dans les études scientifiques

Sur l'ensemble des articles scientifiques retenus, 31 études recensées (32 articles) rapportent des résultats de traitement liés à au moins un schéma posologique à doses décroissantes de buprénorphine±naloxone ou de méthadone (en matière de chronologie ou d'intensité des symptômes de sevrage, d'achèvement du traitement, de rétention en traitement, d'abstinence, d'effets indésirables ou de transition vers un traitement post-sevrage). Les études retenues comportent des protocoles de décroissance qui varient quant au type de molécule utilisée, à la durée de la décroissance, au niveau de dosage, au rythme de la décroissance et au contexte de consultation (externe ou interne). L'analyse des 31 études répondant à cette question de recherche amène à constater que l'ensemble des schémas posologiques proposés, peu importe leurs dosages et leurs modalités, n'apportent que peu de résultats favorables liés au sevrage.

Tout d'abord, ces schémas produisent rarement des améliorations durables en termes d'abstinence^{186, 199, 203, 207, 229, 234-236}. En effet, les données recensées ont montré que la très grande majorité des personnes qui tentent un sevrage finissent par rechuter, ce qui implique d'autres risques associés au sevrage (p. ex. surdoses, infections, mortalité, etc.), comme il a été mentionné précédemment^{1, 170, 173, 178-183}. De plus, les taux d'achèvement du sevrage, tout en demeurant abstinentes, sont généralement faibles^{140, 176, 186, 197, 201, 206, 207, 223, 234, 235}. Autrement dit, les participants peuvent terminer un protocole de sevrage tout en continuant à utiliser des opioïdes en parallèle. Même la majorité des personnes tentant un sevrage graduel de fin de traitement de

maintien rechutent, ce qui vient souligner la nécessité d'un traitement de maintien d'une durée indéfinie pour un nombre considérable de personnes^{177, 203, 226}. Une réduction de la consommation d'héroïne jusqu'à 6 mois après un sevrage d'opioïdes de 3 à 5 jours a néanmoins été remarquée^{140, 176}.

De plus, les études impliquant une décroissance graduelle à la fin d'un traitement par agonistes opioïdes ont montré que les taux d'achèvement sont souvent faibles et que les taux de retour en traitement de maintien sont élevés^{177, 196, 203, 226}. Certaines études en fin de traitement ont également montré qu'une décroissance lente et sur une plus longue période entraînait de meilleures perspectives de traitement^{177, 196, 197, 226, 237}. Par exemple, une étude observationnelle rétrospective de 10 ans fondée sur une importante cohorte maintenue sur la méthadone (n = 4 917) a montré que les personnes qui ont adopté des stratégies de décroissance plus agressives (diminution de plus de 4 % de la dose par semaine) avaient moins de chance de terminer avec succès le sevrage, comparativement aux participants qui ont adopté des stratégies de décroissance moins agressives (diminution de moins de 4 % de la dose par semaine) (RC : 0,73; IC de 95 % : 0,61-0,88)¹⁹⁶. Cette étude a également constaté que les personnes dont les protocoles de sevrage étaient plus graduels, accompagnés de périodes de stabilisation, c'est-à-dire des décroissances représentant seulement 25 à 50 % des semaines en traitement, avaient le plus de chances de terminer avec succès le traitement (par rapport à < 25 %; RC : 1,61; IC de 95 % : 1,22-2,14). Finalement, les personnes qui ont adopté un protocole de décroissance de 12 à 52 semaines avaient 3,58 fois plus de chances de réussir le traitement que les personnes dont le protocole était de moins de 12 semaines (RC : 3,58; IC de 95 % : 2,76-4,65); par ailleurs, les personnes qui ont adopté un protocole de décroissance de plus de 52 semaines avaient 6,7 fois plus de chances de réussir le traitement (RC : 6,68; IC de 95 % : 5,13-8,70). En somme, les auteurs concluent que ces résultats permettent d'améliorer les guides cliniques et portent à croire que les décroissances graduelles, sur une longue période et entrecoupées de périodes de stabilisation présentent des chances de réussite substantiellement plus élevées¹⁹⁶.

Dans le même esprit, une étude de cohorte rétrospective de 12 ans constituée d'adultes maintenus sur

la buprénorphine (n = 48) a montré que les personnes dont les doses étaient diminuées tout en étant supervisées par une équipe clinique, comparativement à celles dont la diminution ne faisait pas l'objet d'une supervision clinique, connaissaient une période de décroissance beaucoup plus longue¹⁷⁷. Les auteurs commentent que les données probantes recommandent de telles diminutions graduelles, citant notamment Nosyk et coll. (2012) et Calsyn, Malcy et Saxon (2006). Ces auteurs soulignent donc l'importance pour les équipes cliniques d'engager les patients dans un plan collaboratif de traitement afin de viser une décroissance graduelle, tel que recommandé¹⁷⁷. Les auteurs ajoutent, en tenant compte des faibles taux de succès des décroissances en fin de traitement, que la majorité des personnes devraient néanmoins rester en traitement pour une durée indéfinie. Pour ce faire, ils proposent de multiplier les efforts afin de faciliter l'accès au traitement de maintien et la rétention en traitement¹⁷⁷.

Par ailleurs, bien que les taux de rechute associés aux sevrages d'opioïdes soient élevés, la littérature scientifique recensée indique néanmoins que les sevrages au moyen de doses décroissantes de méthadone et de buprénorphine±naloxone permettent de réduire l'intensité des symptômes de sevrage^{134, 198, 202, 206, 209, 211, 232, 235, 236, 238, 239}. De plus, quelques études ont constaté que les services de gestion du sevrage peuvent constituer un premier point de contact avec le réseau de la santé et une occasion d'offrir à la personne un traitement à plus long terme de la dépendance^{140, 201, 208, 229, 240}. Par exemple, les résultats d'une étude qui visait à comparer un sevrage de 6 jours avec ou sans buprénorphine ont montré que 97,6 % de ceux qui avaient eu accès à la molécule ont effectué un transfert vers une autre unité de soins suivant la période de diminution, comparativement à seulement 45,3 % pour le groupe sans molécule ($\chi^2 = 56,20$; $df = 1$, $p = 0,000$) (n = 170)²⁴⁰. Selon les auteurs, les données de cette étude laissent entendre qu'il y aurait intérêt à opter pour des protocoles de diminution graduelle de la buprénorphine afin d'offrir la possibilité aux personnes, à tout moment du traitement, de rester sur une dose de maintien et d'être transférées vers d'autres services de soins²⁴⁰.

Par ailleurs, peu d'études visaient à déterminer le dosage le plus sécuritaire et efficace de buprénorphine±naloxone ou de méthadone dans le cadre d'un

sevrage d'opioïdes^{208, 209}. Ces études n'ont pas permis d'établir le meilleur dosage dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes de 5 jours avec la buprénorphine^{208, 209}. Comme il a été mentionné précédemment, quelques études ont rapporté de meilleurs résultats de traitement lorsque les personnes sont stabilisées sur de faibles doses avant d'entamer la décroissance^{196, 204, 234}.

Protocoles de sevrage recommandés dans les guides de pratique

Plusieurs guides de pratique recensés expliquent que les sevrages internes sont de courte ou de moyenne durée (3 à 20 jours) pour les personnes qui visent un mode de vie sans opioïdes, une réduction de leur consommation d'opioïdes ou qui ont une raison de vouloir faire un sevrage rapidement^{18, 57, 74, 76, 78, 108, 111, 112, 124, 127, 217, 218}. Les doses proposées dans le cadre d'un sevrage varient d'un guide à l'autre. Par exemple, les guides australiens recensés recommandent des protocoles de sevrage flexibles avec la buprénorphine-naloxone, dont la durée est planifiée avec la personne et oscille entre 5 à 20 jours^{127, 217}. En fonction d'une étude clinique australienne, un protocole flexible de 6 jours à l'interne est recommandé : jours 1-2 : 4-8 mg; jour 3 : 4-6 mg; jour 4 : 0-4 mg; jour 5 : 0-2 mg; jour 6 : 0 mg²¹⁷.

Plusieurs guides recommandent néanmoins des périodes plus longues et graduelles de décroissance (4 semaines et plus) lorsqu'il est possible d'effectuer un sevrage prolongé (à l'interne ou à l'externe) ou dans le cadre d'un sevrage de fin de traitement de maintien^{18, 60, 65, 71, 74, 76, 81, 109, 112, 124, 127, 216, 218}. Par exemple, le guide de la Grande-Bretagne recommande, en se fondant sur une revue systématique de la littérature scientifique, que la durée du sevrage soit de 4 semaines à l'interne et de 12 semaines dans la communauté^{60, 216}. Au Québec, les guides préconisent des sevrages en consultation externe de 7 à 8 semaines^{57, 111, 124}. Les lignes directrices canadiennes et de la Colombie-Britannique recommandent, lorsque la prise en charge du sevrage (sans transition vers un TAO) est adoptée, d'effectuer une diminution lente de la dose d'agonistes opioïdes sous supervision (> 1 mois) (chez les patients en consultation externe ou en établissement de traitement) plutôt qu'une diminution rapide de la dose (< 1 semaine) (ICRAS; poids de la recommandation : élevé; qualité des données probantes : moyenne) (BCCSU; poids de la recommandation : faible; qualité des données probantes : faible)^{1, 31, 65}. Dans le cas des

patients stables sous TAO qui souhaitent mettre fin au traitement, il est recommandé d'évaluer la possibilité d'effectuer une diminution progressive de la dose, échelonnée sur plusieurs mois, voire des années, selon le patient (poids de la recommandation : élevé; qualité des données probantes : moyenne)¹. Le guide de la Colombie-Britannique recommande, pour les personnes ayant une réaction positive au traitement de maintien et qui souhaitent y mettre fin, d'envisager une diminution lente, c'est-à-dire sur 12 mois (poids de la recommandation : élevé; qualité des données probantes : moyenne)⁶⁵.

D'ailleurs, plusieurs guides recommandent d'adapter le dosage et la durée de la décroissance aux besoins et circonstances de chaque personne^{1, 18, 74, 76, 81, 109, 112, 125, 127, 217}. Par exemple, le dosage et la durée du protocole de sevrage devraient prendre en compte les éléments suivants dans le cadre d'une discussion avec la personne : i) le degré de dépendance, ii) la stabilité psychosociale de la personne, iii) le profil pharmacologique des médicaments choisis, et iv) le contexte dans lequel le sevrage a lieu²¹⁶.

→ **Question 4 : Quelle durée de décroissance avec la buprénorphine±naloxone et la méthadone devrait être privilégiée pour les personnes ayant un TAO et souhaitant une prise en charge du sevrage d'opioïdes comme seul traitement?**

Sept études (8 articles) du corpus recensé ont pour objectif de comparer les résultats de traitement de différentes durées de décroissance avec la buprénorphine±naloxone^{186, 197, 201, 202, 207, 234, 235, 241}. Les issues de traitement rapportées dans ces études concernent l'intensité des symptômes de sevrage, l'achèvement du traitement ou l'utilisation d'opioïdes. La vaste majorité des études ayant pour objectif de comparer différentes durées de sevrages (n = 7) se sont déroulées à l'externe (n = 5), alors que 2 se sont déroulées à l'interne^{202, 235}. Aucune étude retenue n'avait pour objectif de comparer différentes durées de sevrage avec la méthadone puisque ces études datent généralement d'avant les années 2000^{242, 243}.

Intensité des symptômes de sevrage

Parmi les études retenues, 4 ont évalué l'intensité des symptômes de sevrage, en comparant différentes durées de décroissance^{202, 207, 235, 241}. Trois études n'ont rapporté aucune différence significative en matière d'intensité des symptômes de sevrage entre les différentes durées de sevrage proposées^{202, 207, 235}. Une étude a constaté qu'un protocole de sevrage de longue durée (28 jours) a produit de meilleurs résultats en matière d'intensité et de trajectoire des symptômes de sevrage que les protocoles plus courts (7-14 jours)²⁴¹. Les données de cette étude indiquent que le protocole de sevrage de 28 jours avait l'avantage de comporter un degré d'intensité des symptômes modéré et stable pendant le traitement, comparativement aux protocoles de 7 et 14 jours qui ont entraîné davantage de pics d'intensité de symptômes. Ces pics d'intensité se sont notamment produits après la dernière dose de buprénorphine, et les symptômes se sont estompés graduellement par la suite. Les symptômes de sevrage se sont manifestés à des moments différents selon la durée du protocole de sevrage²⁴¹. De plus, les participants du protocole de 28 jours ont rapporté moins de perte d'heures de sommeil comparativement aux groupes de 7 et 14 jours ($M = 3,90$ ET $2,25$; $p = 0,04$). Par contre, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes quant au pointage moyen sur l'échelle CINA (*Clinical Institute Narcotic Assessment*)²⁴⁴ et quant aux envies impérieuses de consommer (*craving*).

Parmi les études qui n'ont rapporté aucune différence significative en ce qui concerne l'intensité des symptômes de sevrage entre les différentes durées de décroissance, un essai contrôlé randomisé avait pour objectif de comparer les issues de traitement de différentes durées de sevrage, soit de 7 ou 28 jours avec la buprénorphine-naloxone ($n = 516$)²⁰⁷. À la fin de la décroissance, l'intensité des symptômes de sevrage (mesurée à l'aide des échelles COWS et ARSW) et les envies impérieuses de consommer (*craving*) n'étaient pas statistiquement différentes entre les groupes. Par contre, un mois après la fin de la diminution, les participants du groupe de 7 jours ont vécu de plus importants symptômes de sevrage avec des différences moyennes des pointages obtenus sur l'échelle COWS (groupe de 7 jours : $M = 1,58$; $\sigma = 2,73$ par rapport au groupe de 28 jours; $M = 0,98$; $\sigma = 1,64$; $t_{233} = 2,26$; $p = 0,0248$; IC : 0,08-1,110). Toujours 1 mois après la fin de la décroissance, aucune différence entre les

groupes n'a été notée quant aux symptômes autodéclarés (échelle ARWS). De plus, 3 mois après le traitement, aucune différence statistiquement significative concernant l'intensité des symptômes de sevrage et les envies impérieuses de consommer (*craving*) n'a été démontrée entre les groupes. Les auteurs concluent que le protocole court (7 jours) n'a pas entraîné plus de symptômes de sevrage ou d'envie intense de consommer que le protocole long (28 jours)²⁰⁷.

Rétention en traitement et achèvement du traitement

Bien que les définitions de ces deux variables puissent varier d'une étude à l'autre, la rétention et l'achèvement désignent habituellement le fait de terminer un protocole de sevrage. Parmi les études recensées, 4 ont montré que les protocoles de sevrage de plus longue durée ont de meilleures issues en matière d'achèvement du traitement ou de rétention en traitement que les protocoles de plus courte durée^{186, 197, 201, 234}. À l'inverse, une étude a observé que l'achèvement du traitement avec un résultat de test urinaire négatif était plus probable dans le cadre d'une décroissance rapide de 7 jours, comparativement à une décroissance lente de 28 jours²⁰⁷. Deux études n'ont perçu aucune différence significative en matière de rétention en traitement entre les durées proposées^{202, 235}. Ces 2 dernières études comparaient toutefois des durées de traitement relativement similaires : 1 jour par rapport à 3 jours²³⁵, et 24 heures par rapport à 5 jours²⁰².

Parmi les études constatant de meilleures issues en ce qui concerne la rétention ou l'achèvement pour les sevrages de longue durée, un essai contrôlé randomisé avait pour objectif de comparer différentes durées de sevrage (28 jours ou 56 jours) en matière de rétention en traitement et d'utilisation d'opioïdes chez des jeunes (âgés de 16 à 24 ans) dépendants aux opioïdes, majoritairement à l'héroïne (76 %-86 %). Il a été constaté que les taux de rétention demeurent faibles (18-36 %) dans les deux groupes; moins de la moitié des participants étaient encore en traitement à la fin de l'étude¹⁸⁶. Les données de cette étude ont montré que le protocole de 56 jours permet une rétention en traitement significativement plus longue que le protocole plus court ($M = 37,5$ jours; IC de 95 % : 30,8-44,3, par rapport à $M = 26,4$ jours; IC de 95 % : 19,6-32,9; $p = 0,027$). De plus, à la fin de l'étude clinique de 63 jours, 36 % des participants du sevrage long, comparativement à 18 %

des participants du sevrage court, étaient encore en traitement ($p = 0,049$). Les auteurs concluent que, même si le traitement de maintien produit probablement de meilleures issues en matière de rétention que le sevrage, il n'en demeure pas moins que s'il y a un choix à faire entre deux durées de sevrage, la décroissance lente présente de meilleures issues que la décroissance rapide pour cette population.

Dans le même ordre d'idées, une autre étude, où les participants dépendants aux opioïdes prescrits ont été randomisés dans un protocole en diminution de 1 semaine, 2 semaines ou 4 semaines, a montré que les protocoles de sevrage d'une durée de 4 semaines produisent significativement de meilleures issues en matière de rétention en traitement que ceux dont les décroissances étaient plus courtes : 50 % de rétention, comparativement à 21 % pour les deux autres groupes²³⁴. Les auteurs soulignent que 2 variables entraînent potentiellement de meilleures issues de traitement en matière de rétention et d'abstinence : la durée de la décroissance du protocole et la durée de la période de stabilisation précédant la période de décroissance. En effet, les participants affectés à un protocole de décroissance de 4 semaines avaient 4 fois plus de chances d'obtenir des résultats de traitement favorables comparativement aux participants affectés au protocole d'une semaine (RC : 4,1; IC de 95 % : 1,1-16,0; $p = 0,04$). Une réaction favorable au traitement est définie par le fait d'être retenu en traitement, d'être abstinent d'opioïdes, et de recevoir de la naltrexone à la fin de l'étude²³⁴.

Dans une étude quasi-expérimentale, laquelle comportait un échantillon de 510 personnes dépendantes à l'héroïne depuis en moyenne 13 ans, les participants ont suivi un protocole court de 5 jours (sevrage de 3 jours) ou un protocole prolongé de 30 jours (sevrage de 7 jours)²⁰¹. Bien que les taux d'achèvement soient inférieurs à 50 %, le protocole prolongé a été associé à une plus grande probabilité d'achèvement du traitement (16 %), comparativement au protocole court (4 %) (RC : 4,3; IC de 95 % : 1,8-9,9; $p = 0,001$). De plus, l'étude avait aussi pour objectif d'analyser la transition vers un traitement après le sevrage en comparant les deux durées de sevrage. Les résultats de l'étude ont montré que 41 % des participants du protocole prolongé ont entamé une transition vers un traitement de maintien comparativement à 26 % des participants du protocole

court (RC : 1,9; IC de 95 % : 1,2-3,1; $p = 0,009$). De plus, les participants du protocole prolongé ont participé à plus de séances thérapeutiques durant les 30 jours du traitement que les participants du protocole court ($M = 2,9$, ET 1,2 par rapport à 1,7, ET 0,0; $p < 0,001$)²⁰¹. Les auteurs concluent que le fait de prolonger la période d'accès à une médication efficace pourrait favoriser les changements de comportements et améliorer les possibilités d'un engagement thérapeutique plus important à long terme.

Dans une autre étude, soit un essai contrôlé randomisé, les participants dépendants aux opioïdes et âgés de 15 à 21 ans ont été randomisés dans un protocole de sevrage avec la buprénorphine-naloxone de 14 jours ou de 12 semaines (y compris une décroissance sur 4 semaines)¹⁹⁷. Les données ont montré qu'il est moins probable que les participants du premier groupe (14 jours) restent en traitement par rapport à ceux du second groupe (RC : 0,13; IC de 95 % : 0,07-0,26; $\chi^2 = 32,90$; $p < 0,001$). En effet, 70 % des participants du second groupe ont terminé le traitement, comparativement à 20,5 % des participants du premier groupe ($\chi^2 = 32,90$; $p < 0,001$). Les participants du protocole long ont également assisté à plus de séances thérapeutiques¹⁹⁷.

À l'inverse, l'étude de Ling et coll. (2009) a constaté que l'achèvement du traitement avec un résultat de test urinaire négatif était plus probable avec une décroissance rapide, comparativement à une diminution lente ($\chi^2_{1,516} = 11,52$; $p = 0,0007$)²⁰⁷. En effet, 44,3 % des participants affectés au protocole de 7 jours, comparativement à 29,9 % pour celui de 28 jours, étaient présents et présentaient un résultat de test urinaire négatif à la fin de la période de décroissance. Par contre, l'analyse de suivi à 1 mois et à 3 mois suivant la période de décroissance ne montre aucune différence significative entre les groupes en termes d'abstinence aux opioïdes²⁰⁷.

Utilisation d'opioïdes

Parmi les études recensées, 4 ont montré que les protocoles de sevrage de plus longue durée entraînent de meilleures issues en termes d'utilisation d'opioïdes que les protocoles de courte durée^{186, 197, 201, 234}. Deux études n'ont perçu aucune différence significative en matière d'abstinence entre les durées de sevrage proposées^{207, 235}.

Dans une étude comparant les effets d'un sevrage de 28 ou 56 jours avec la buprénorphine-naloxone chez des jeunes dépendants aux opioïdes, les participants du protocole long ont atteint des taux d'abstinence d'opioïdes significativement plus élevés que les participants du protocole court¹⁸⁶. Les données montrent que les participants dans le groupe de 56 jours ont connu un plus grand nombre de jours d'abstinence consécutifs, comparativement au groupe de 28 jours : 16,3 jours en moyenne (IC de 95 % : 10,0-22,6) par rapport à 7,3 jours (IC de 95 % : 1,3-13,6). Par contre, cette différence n'est pas significative. De plus, en moyenne, 35 % des participants du premier groupe (IC de 95 % : 23,2-50), comparativement à 17 % pour le second groupe (IC de 95 % : 5,8-28,6), ont obtenu des résultats de test urinaire négatifs pendant toute la durée du traitement (63 jours) ($p = 0,039$). Une différence semblable est constatée entre les groupes lorsque se sont uniquement les résultats de test urinaire obtenus qui sont comparés (puisque les résultats manquants étaient considérés comme négatifs) : en moyenne, 31 % des participants du premier groupe (IC de 95 % : 17,3-44,7), comparativement à 56 % pour le second groupe (IC de 95 % : 42,2-69,6), ont obtenu des résultats de test urinaire négatifs pendant toute la durée du traitement ($p = 0,017$). Ainsi, une décroissance lente de 56 jours produit significativement de meilleures issues en matière d'abstinence que la décroissance de 28 jours¹⁸⁶.

Dans une autre étude décrite précédemment, les participants du protocole prolongé de 30 jours ont obtenu, en moyenne, moins de résultats de test urinaire positifs durant les 30 jours de traitement, y compris la phase de diminution, que les participants du protocole court de 5 jours ($M = 4,3$ ET $0,08$ par rapport à $M = 4,8$ ET $0,05$; $p < 0,001$)²⁰¹. En s'appuyant sur l'ensemble des résultats de l'étude, les auteurs concluent que la prolongation de la période de sevrage augmente l'engagement des participants dans le traitement²⁰¹.

Dans une autre étude comparant des sevrages de 14 jours et de 12 semaines (y compris une décroissance sur 4 semaines), le protocole prolongé a offert de meilleures issues en ce qui a trait à l'utilisation d'opioïdes que le protocole court¹⁹⁷. Les pourcentages de participants qui avaient obtenu un résultat de test urinaire positif pour les opioïdes dans le protocole court comparativement au protocole prolongé sur 4 semaines, 8 semaines et

12 semaines de traitement étaient respectivement de 61 % et 26 %, 54 % et 23 %, et de 51 % et 43 %. Les données montrent que les participants du protocole court étaient significativement plus susceptibles d'obtenir des résultats de test urinaire positifs que les participants du protocole prolongé à 4 semaines (RC : 7,05; IC de 95 % : 2,87-17,29 ; $\chi^2 = 18,21$; $p < 0,001$) et 8 semaines (RC : 5,07; IC de 95 % : 2,02-12,79; $\chi^2 = 12,79$; $p < 0,001$), mais pas à 12 semaines. De plus, aux 6^e, 9^e et 12^e mois du traitement, même si des taux élevés d'utilisation d'opioïdes ont été observés dans les deux groupes, le protocole prolongé a connu en moyenne de meilleures issues que le protocole court (48 % par rapport à 72 %) (RC : 2,65; IC de 95 % : 1,28-5,50; $p = 0,01$)¹⁹⁷.

Dans une autre étude où les participants dépendants aux opioïdes prescrits ont été randomisés dans un protocole en décroissance sur 1, 2 ou 4 semaines, ceux qui ont été sevrés en 4 semaines ont davantage été abstinentes que les participants dont la période de décroissance a été plus courte : 63 % d'abstinence à la fin de la période de décroissance, comparativement à 29 % pour les deux autres groupes²³⁴. Des résultats semblables ont été constatés à la fin du traitement (fin de la semaine 12) : 50 % d'abstinence pour les participants du protocole sur 4 semaines, comparativement à 16 % et 20 % pour les participants des protocoles sur 1 et 2 semaines, respectivement²³⁴.

À l'inverse, dans un essai contrôlé randomisé décrit précédemment comparant un sevrage de 7 jours à un sevrage de 28 jours avec la buprénorphine-naloxone, le groupe du sevrage de courte durée a présenté significativement moins de résultats de test urinaire positifs que le groupe du sevrage de plus longue durée : 44 % des participants du protocole sur 7 jours ont obtenu des résultats de test urinaire négatifs à la fin de la décroissance, comparativement à 30 % pour les participants du protocole sur 28 jours ($\chi^2_{1,516} = 11,52$; $p = 0,0007$)²⁰⁷. Lors des rencontres de suivi à 1 mois et 3 mois suivant la fin du traitement, seuls 18 % et 12 % des participants, respectivement, étaient abstinentes. Les participants du protocole sur 28 jours ont, eux aussi, été très peu abstinentes à 1 mois et 3 mois, dans une proportion de 18 % et de 13 %. Par contre, ces différences à 1 mois et 3 mois entre les groupes ne sont pas significatives. Ainsi, contrairement à l'hypothèse de départ, la décroissance longue n'a pas été associée à

de meilleures issues concernant le taux d'abstinence, et les analyses post-traitement n'ont montré aucune différence significative entre les groupes²⁰⁷.

→ Axe 3 – Les interventions connexes

Question 5 : Quelles devraient être les interventions connexes au traitement pharmacologique principal dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes?

Des interventions connexes au traitement pharmacologique dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes ont été identifiées dans les guides de pratique recensés. Il est reconnu que les « services de désintoxication » visent généralement l'abstinence^{76, 216}. Par exemple, un guide américain de référence sur l'utilisation de la buprénorphine en matière de TUO mentionne que le sevrage a pour objectif de passer d'un état de dépendance physique à un état sans opioïdes, tout en réduisant l'intensité des symptômes de sevrage⁷⁶. Par contre, plusieurs guides proposent d'intégrer le sevrage dans la planification d'un traitement à long terme de la dépendance sans nécessairement viser l'abstinence^{1, 18, 31, 60, 65, 71, 74, 76, 127, 217, 218}. Par exemple, les guides australiens suggèrent, comme l'un des principaux objectifs des services de gestion du sevrage, d'offrir des occasions de liaison avec les services de prise en charge à long terme de la dépendance et de stimuler l'engagement de la personne vis-à-vis le traitement^{127, 217}. Un des rôles principaux des services de gestion du sevrage serait de créer des ponts avec des services adaptés aux besoins de la personne après une tentative de sevrage (résidences thérapeutiques, traitement de maintien, suivi psychosocial, thérapies, naltrexone, etc.)²¹⁷. Conséquemment, la distinction organisationnelle entre les services de gestion du sevrage et le traitement de maintien devient de plus en plus floue²¹⁷.

La recommandation d'intégrer le sevrage dans une planification à long terme de la dépendance se décline en divers aspects dans les guides de pratique recensés : i) faciliter l'accès au traitement de maintien par agonistes opioïdes (p. ex. établir des couloirs de services avec l'équipe du traitement de maintien, utiliser la buprénorphine-naloxone dans le cadre d'un sevrage pour faciliter le transfert en traitement de maintien, adopter

un protocole flexible permettant d'adapter le rythme de décroissance et l'arrêt de la décroissance, etc.)^{1, 18, 60, 65, 67, 109, 124, 127, 216, 217}, ii) faciliter l'accès à un traitement de maintien avec la naltrexone afin de prévenir les rechutes^{18, 60, 65, 74, 76, 110, 112, 217}, iii) offrir des interventions dans une approche de réduction des méfaits, dont des services de prévention des surdoses (naloxone) et offrir l'accès à du matériel stérile de consommation^{1, 18, 60, 65, 71, 74, 110, 113}, iv) investiguer et traiter les maladies associées à l'usage d'opioïdes^{124, 217}, v) offrir des interventions psychosociales (p. ex. suivi individuel, groupes de soutien, accompagnement, éducation, psychothérapie, etc.) afin d'aborder différentes thématiques (gestion des situations à risque, stratégies pour gérer le stress, recherche de logement, insertion sur le marché de l'emploi, accès aux programmes sociaux, soutien juridique, etc.)^{1, 18, 31, 57, 60, 65, 74, 76, 110, 124, 127, 216-218}, et vi) faciliter la transition vers une résidence communautaire thérapeutique^{1, 65, 127, 217} (par exemple, selon un guide, des données indiquent qu'un changement d'environnement chez des personnes ayant un trouble sévère de l'utilisation d'opioïdes pourrait être bénéfique⁶⁵).

Les guides australiens recommandent que le soutien psychosocial durant un sevrage d'opioïdes vise particulièrement à appuyer la personne à travers les difficultés et les symptômes de sevrage, ainsi qu'à faciliter les liens appropriés pour sa sortie du sevrage (soutien lié à l'abstinence, accès à un traitement avec la naltrexone, transition vers une résidence communautaire thérapeutique, transition vers un traitement de maintien avec la méthadone ou la buprénorphine)^{127, 217}. En se fondant sur une revue systématique de la collaboration Cochrane²⁴⁵, un des guides australiens mentionne que l'ajout de services psychosociaux lors d'un sevrage (d'une durée de 16 jours à 26 semaines) a été bénéfique relativement à la présence durant le traitement et à l'abandon pendant et après le traitement, mais que les bienfaits des services psychosociaux lors d'un sevrage de courte durée restent limités¹²⁷. Certains soulignent l'importance de prendre en charge la personne de manière globale dans le cadre d'un sevrage de substances. Ils recommandent en effet d'adopter une approche « biopsychosociale et spirituelle » dans le cadre de la gestion du sevrage, c'est-à-dire une approche holistique qui prend en compte les composantes biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles des troubles liés à l'utilisation de substances^{221, 224}. Cette approche implique d'assister la

personne qui tente un sevrage dans sa recherche de bien-être général (p. ex. élaboration d'un plan alimentaire adapté, accès à une nutritionniste, suppléments vitaminiques afin de traiter les carences, accompagnement afin d'améliorer le sommeil, exercices physiques, exercices de relaxation, acupuncture, etc.)²²⁴.

En somme, l'analyse des guides de pratique a permis de constater que la prise en charge du sevrage d'opioïdes peut représenter une première étape dans le traitement à long terme de la dépendance ou peut constituer une occasion de favoriser l'engagement et de faire bénéficier la personne de services médicaux et psychosociaux qui s'inscrivent dans un traitement plus étendu et à plus long terme des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.

3.2

SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont pour objectif de dresser un état de la situation des pratiques de prise en charge médicale des TUO dans les services internes de gestion du sevrage d'établissements ayant une mission CRD au Québec.

3.2.1 Méthodologie

Dans le cadre de ce projet visant à documenter les pratiques exemplaires en matière de prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes, nous avons demandé la collaboration des 16 établissements ayant une mission CRD au Québec. Parmi ceux-ci, 12 ont accepté de remplir un questionnaire pour dresser un portrait de leurs services internes de gestion du sevrage d'opioïdes. Trois n'ont pas participé puisqu'ils ont indiqué ne pas avoir de services internes de gestion du sevrage pour les personnes ayant un TUO, et un établissement s'est abstenu de participer en raison de changements organisationnels en cours. Sur les 12 établissements ayant rempli le questionnaire, 6 ont été retenus pour des entretiens, puisqu'ils effectuaient un nombre suffisant de sevrages d'opioïdes dans leurs services internes et qu'ils soulevaient une variété d'enjeux liés à la prise en charge médicale des sevrages d'opioïdes. Des entretiens individuels semi-structurés et des entrevues de groupe ont été menés avec les gestionnaires de ces 6 établissements et les équipes cliniques de 5 de ces établissements (médecins et personnel de soins infirmiers). L'équipe clinique d'une région n'a pas pu nous rencontrer, étant donné que le médecin était absent pour une période indéterminée. Les équipes cliniques ont été rencontrées en entrevues de groupe et les gestionnaires ont été rencontrés en entrevues individuelles. L'échantillon est composé de 6 gestionnaires et de 10 cliniciens (5 médecins et 5 infirmières). La durée moyenne des entrevues était de 1h30. Par souci de confidentialité, les régions visitées lors des entretiens n'ont pas été nommées. Dans le présent document, les régions sont nommées uniquement par des lettres (G à L) afin de préserver l'anonymat des participants.

Ces entretiens avaient pour objectif de **dresser un état de la situation des pratiques de prise en charge médicale des TUO dans les services internes de gestion du sevrage d'établissements ayant une mission CRD au Québec**. L'analyse thématique du contenu des entretiens a permis de mettre en évidence différents thèmes abordés par les participants. Ces thèmes permettent de retracer les pratiques en lien avec la trajectoire des personnes ayant un TUO et souhaitant se sevrer d'opioïdes : les services de gestion du sevrage ([section 3.2.2.1](#)), la demande de sevrage ([section 3.2.2.2](#)), l'évaluation et l'orientation de la demande ([section 3.2.2.3](#)), l'entrée dans les services internes de gestion du sevrage en CRD ([section 3.2.2.4](#)), le sevrage d'opioïdes ([section 3.2.2.5](#)) et le suivi post-sevrage d'opioïdes ([section 3.2.2.6](#)). Certaines limites devraient être prises en compte lors de la lecture des résultats ([voir section 3.3.2](#)).

3.2.2 Résultats

3.2.2.1 Les services de gestion du sevrage

Les participants de l'ensemble des régions ont décrit les services de gestion du sevrage comme : 1) des services répondant à une demande des personnes ayant un TUO, même si les équipes cliniques sont conscientes des risques qui y sont associés, et 2) des services pouvant être offerts dans différents contextes de consultation (interne ou externe) selon le niveau de soins requis.

Les participants de l'ensemble des services consultés ont présenté les services de gestion du sevrage comme une solution de rechange au traitement de maintien lorsque la personne ayant un TUO ne souhaite pas le suivre. Selon eux, les services de gestion du sevrage répondent à la demande. Donc, les équipes cliniques conviennent de soutenir et d'accompagner ces personnes dans ce choix. Elles rappellent néanmoins aux personnes que le sevrage est à éviter étant donné les risques qui y sont associés (rechute, surdose, refus de traitement, etc.).

« Bien, c'est plus selon vraiment la demande du client. Si le client dit : "Moi, je veux un traitement, je veux de la méthadone, je sais que ça existe." Bien, il va être référé tout de suite, puis c'est ça, là, il y a un petit peu de temps d'attente avant de rencontrer puis de partir les trucs. S'il vient, il dit : "Moi, je veux arrêter, je ne veux rien savoir d'un traitement, je ne veux pas aller à la pharmacie tous les jours. Je n'en prends pas tant que ça, j'ai déjà fait un sevrage..." On y va selon la demande de la personne. Mais c'est sûr que si la personne, ça fait trois fois qu'elle demande de venir à l'hébergement puis ça ne fonctionne pas et tout ça, on va [l'orienter vers le maintien]... »

- Clinicien, région I

« Mais tu sais, quelqu'un qui consomme depuis très longtemps des opioïdes... tu sais, faire un sevrage à froid qu'on appelle... ce n'est vraiment pas recommandé, là, tu sais? Fait qu'on va avoir tendance à la sensibiliser aux risques associés à, aux risques de rechutes, tout ça. On ne le recommande pas, mais des fois, il y en a qui veulent absolument, fait que tu sais, on va les accompagner là-dedans, en les sensibilisant plus plus plus, plus plus plus aux risques inhérents à l'arrêt puis à la rechute par la suite, d'overdose et tout. »

- Clinicien, région K

Interrogés sur la nature des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes, les participants de l'ensemble des régions consultées ont notamment décrit les services de gestion du sevrage en lien avec leur contexte de consultation : des services de gestion du sevrage à l'externe, des services de gestion du sevrage à l'interne (avec hébergement) ou des services de gestion du sevrage en centre hospitalier.

De manière plus ou moins détaillée, ils expliquent que les contextes de consultation sont déterminés à la suite d'une évaluation des risques de complications liées au sevrage de la personne. Le niveau de risques détermine ensuite l'intensité des soins requis. Bien que toutes les régions semblent s'appuyer sur la hiérarchisation de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), ces normes sont adaptées selon leurs réalités régionales.

Les entretiens ont indiqué que les services de gestion du sevrage en hébergement, en CRD, accueillent habituellement des personnes dont le niveau de soins est de 3,2 et 3,7 (4 régions). Par contre, certaines régions peuvent dévier de cette pratique. Dans un cas, les services internes du CRD n'accueillent pas les personnes qui sont évaluées à 3,7 et les orientent plutôt vers le centre hospitalier de la région. Dans un autre cas, les services internes du CRD accueillent parfois des personnes évaluées au niveau 4 afin d'améliorer leur rétention en traitement, qui, selon une gestionnaire d'une région, serait moins bonne en centre hospitalier. De plus, deux régions accueillent parfois en hébergement des personnes évaluées au niveau 1 ou 2 afin de leur offrir un environnement éloigné de leur milieu de consommation pour éviter les rechutes.

3.2.2.2

La demande de sevrage

Les participants de l'ensemble des régions ont souligné qu'ils effectuent peu de sevrages d'opioïdes dans les services internes des CRD (moins de 10 chaque année par région). Toutefois, ils ne pouvaient quantifier de manière précise le nombre de demandes initiales de sevrage d'opioïdes reçues au cours de la dernière année ainsi que la proportion de demandes orientées vers le traitement de maintien ou les services de gestion du sevrage.

La demande de services peut provenir de plusieurs portes d'entrée. La demande peut être faite à un service spécialisé en dépendance (service d'accueil du CRD) ou à un point de service non spécialisé en dépendance (CLSC, hôpital, organismes communautaires, travailleuses de rue, etc.). Les procédures d'accueil et d'évaluation initiale dans les services spécialisés varient d'une région à l'autre. Néanmoins, le premier contact consiste habituellement en une évaluation sommaire de la personne avant de la diriger vers une évaluation spécialisée effectuée au maximum 15 jours plus tard, habituellement par une personne spécialisée en dépendance (mais pas nécessairement spécialisée en TUO).

Les participants justifient leur choix de vouloir faire un sevrage d'opioïdes par des raisons personnelles et/ou par des raisons de nature structurelle ou organisationnelle liées au traitement de maintien. Tout d'abord, des participants de 4 régions ont évoqué des raisons

d'ordre personnel, c'est-à-dire que la personne utilisatrices d'opioïdes exprime viser l'abstinence d'opioïdes ou d'agonistes opioïdes (3 régions), vouloir réduire ou arrêter temporairement sa consommation d'opioïdes en général ou d'un opioïde en particulier (3 régions) ou être réfractaire à l'idée d'utiliser des agonistes opioïdes (4 régions).

« La plupart du temps, quand les clients consomment des opiacés, viennent en détox, c'est parce qu'ils veulent arrêter. Ils veulent l'abstinence totale, tu sais? Ils ne veulent pas... c'est bien rare qu'ils veulent juste une pause parce qu'ils sont avisés aussi, l'enseignement est fait au niveau des... tu sais, toute la souffrance psychologique, physique qui va impacter quand il va arrêter, tu sais? Fait que... c'est bien rare, en tout cas, moi, j'ai rarement vu ça. [...] Dans les opiacés, c'est ça. Les gens rentrent et disent : "Je veux arrêter, point final." » - Clinicien, région G

« On a aussi des gens qui ont des opiacés prescrits puis qui en prennent finalement plus ou qui en prennent de façon intranasale ou lieu de... ou des choses comme ça. Puis qui veulent juste revenir à leur prescription de base, qui veulent essayer de se faire encadrer. Fait que ça, c'est arrivé qu'on ait des gens en hébergement dans cette situation-là de recadrer pour avoir, revenir à leur prescription régulière. » - Clinicien, région I

« Il connaît quelqu'un qui est décédé qui prenait ces médicaments-là et [dit] : "Moi, je ne veux pas être le prochain. Je ne veux pas être junkie, c'est pour ça que je suis ici : c'est pour arrêter. Donc arrête de m'offrir une autre substance qui, de toute façon, c'est la même. Que ce soit l'héroïne ou la méthadone ou le Suboxone, c'est tous les opiacés. Je ne suis pas fou, moi!". Donc, les gens vont avoir toutes ces différentes idées. Certaines sont des peurs réelles, certaines sont des craintes réelles et certaines sont de la désinformation et la conséquence c'est qu'il y a un bassin de patients qui dit : "Je veux avoir de l'aide, mais ne me parle pas de la méthadone ou du Suboxone". » - Clinicien, région G

Ensuite, des participants des 5 régions ont fait référence à des raisons de nature structurelle ou organisationnelle pour demander un sevrage, c'est-à-dire aux contraintes liées au traitement de maintien (p. ex. les délais d'attente pour avoir accès au traitement, l'obligation de se présenter à la pharmacie, devoir se présenter à des suivis médicaux, etc.). Les participants de 3 régions ont indiqué que les personnes qui demandent un sevrage d'opioïdes considèrent le traitement de maintien comme « cadrant », « restrictif », « compliqué », « difficile » ou « contraignant ».

« Donc, le programme maintien ne lui convient pas, il s'en va vers une désintoxication, il veut vraiment arrêter le produit tout comme quand on a des gens qui sont suivis en programme maintien puis qui désirent l'arrêt complet, c'est parce qu'ils sont aussi, des fois, contraints à des... routines, là, avec le programme maintien, d'aller à la pharmacie ou d'avoir, des fois, ils ont leur privilège, mais quand même, c'est contraignant. Donc, ils veulent avoir... plus de liberté, on va dire, puis ils veulent arrêter totalement leur produit. » - Gestionnaire, région H

Par ailleurs, des participants de 3 régions ont mentionné que les profils des personnes demandant un sevrage d'opioïdes sont variés. Trois caractéristiques principales ressortent néanmoins des entretiens. Tout d'abord, les participants de l'ensemble des régions indiquent que plusieurs personnes ayant un TUO fréquentant les services de gestion du sevrage ont une dépendance à des opioïdes pharmaceutiques (prescrits par un médecin et/ou obtenus de manière illicite). Ils ont expliqué que les personnes peuvent avoir développé cette dépendance à la suite de l'obtention d'opioïdes prescrits contre la douleur ou après avoir subi un traumatisme. Elles parviennent, par la suite, à se procurer des opioïdes pharmaceutiques (p. ex. de la morphine ou de l'hydromorphone) de manière illicite. Une gestionnaire d'une région explique, par exemple, que la clientèle est principalement composée de « pharmacodépendants » et qu'il existe une facilité d'accès aux opioïdes, autant par les médecins prescripteurs que sur le marché illicite. Elle ajoute également qu'il y a une utilisation acceptée et banalisée des médicaments prescrits. Ensuite, certains participants

ont mentionné que les personnes fréquentant les services de gestion du sevrage peuvent être parfois des injecteurs d'opioïdes, notamment l'héroïne, mais que cette réalité est surtout présente à Montréal. Finalement, plusieurs ont souligné que les personnes ayant un TUO qui utilisent les services internes de gestion du sevrage étaient caractérisées par une instabilité, une précarité, une désaffiliation ou une vulnérabilité sur le plan psychosocial.

3.2.2.3

L'évaluation et l'orientation de la demande

Les participants de l'ensemble des services consultés ont expliqué qu'à la suite de la demande de sevrage, ils procèdent à une évaluation de la personne afin de l'orienter vers les services appropriés. Lors de la demande initiale, un premier outil « maison » est habituellement utilisé. Celui-ci permet d'effectuer une évaluation sommaire de la personne et de sa demande. La personne qui souhaite se sevrer est ensuite orientée vers un professionnel (en éducation spécialisée, en intervention psychosociale ou en soins infirmiers) habituellement spécialisé en dépendance, qui procède à une évaluation plus approfondie de la personne en utilisant un outil spécialisé ou une version adaptée de celui-ci.

En effet, des outils spécialisés ou des adaptations de ceux-ci sont utilisés dans toutes les régions pour procéder à l'évaluation, que ce soit le NID-ÉP (*Niveaux de désintoxication - Évaluation par les intervenants psychosociaux*), le NID-ÉM (*Niveaux de désintoxication - Évaluation par les intervenants médicaux*) ou l'IGT (*Indice de gravité d'une toxicomanie*). Les cliniciens de 3 régions ont dit utiliser le NID-ÉP. Les participants de 2 régions ont dit utiliser le NID-ÉM ou une version adaptée du NID-ÉM, c'est-à-dire l'ESSI (*Évaluation spécialisée en soins infirmiers*). Une gestionnaire d'une région a mentionné uniquement utiliser l'IGT comme outil lors d'une demande de désintoxication à l'interne. Une gestionnaire d'une autre région explique avoir abandonné l'IGT au profit du NID-ÉM lors d'une demande de sevrage puisqu'il est plus rapide et plus adapté aux réalités spécifiques des personnes ayant un TUO.

Les participants expliquent que les outils spécialisés visent à évaluer le niveau de risque du sevrage de la personne afin de l'orienter vers les services adaptés à

leur niveau de soins requis. Plusieurs éléments sont pris en compte pour déterminer vers quels services orienter la personne : les renseignements sur sa consommation de substances, dont les opioïdes (quantité utilisée, antécédents de consommation, sévérité de la dépendance, type d'opioïdes, moyen d'administration, etc.), ainsi que d'autres renseignements pertinents (santé psychologique, santé physique, environnement, motivation, autonomie, demande formulée, etc.).

L'orientation vers les services est effectuée à la suite de cette collecte de renseignements et s'inspire des critères de l'ASAM, bien que chaque équipe clinique semble adapter cette hiérarchisation de soins à sa réalité locale et selon son jugement professionnel. Les participants ont mentionné les éléments suivants à prendre en compte pour orienter les personnes vers des services adaptés : la quantité moyenne d'opioïdes consommés par jour, le nombre d'années de consommation, l'état de santé (physique et psychiatrique), la stabilité psychosociale, la demande de sevrage rapide, la volonté de se retirer de son milieu de consommation, la peur de rechuter, l'environnement de la personne, le nombre de tentatives de sevrage, la dangerosité, les risques de suicide, l'autonomie et le niveau de motivation. Par exemple, une personne ayant une consommation d'opioïdes ou un problème de santé importants est habituellement orientée vers un centre hospitalier pour effectuer son sevrage.

L'orientation vers les services internes ou externes se fait donc avec flexibilité. Par exemple, des participants de certaines régions ont mentionné qu'il est possible que des personnes stabilisées en traitement, qui ont peur de rechuter et dont le niveau est de 1 ou 2 selon la hiérarchisation de l'ASAM soient néanmoins admises dans les services internes de gestion du sevrage afin de leur garantir un environnement éloigné de leur milieu de consommation. Autre exemple : certains participants ont indiqué qu'il est également possible qu'une personne souhaitant être maintenue en traitement soit admise dans des services internes afin d'amorcer un traitement de maintien et de la stabiliser d'un point de vue psychosocial et pharmacologique (c'est-à-dire, utiliser l'hébergement pour entamer l'induction de la buprénorphine-naloxone).

« Bien... il y a deux éléments. Un, c'est "interne ou externe" et l'autre, c'est "détox ou maintien". Et ça, c'est deux facteurs différents. On peut être interne et introduire le Suboxone, méthadone. Ça peut être externe en détox. Les deux ne sont pas... liés un à l'autre. » - Clinicien, région G

« [L]es inductions, maintenant, on peut les offrir en hébergement, mais on peut les offrir en externe également. [...] on a eu l'idée de... mettre en place un salon d'induction. [...] ça va nous permettre une plus grande capacité aussi, parce qu'on peut induire en externe, induire... on offre la possibilité, encore là, moi, ce que je cherche à faire dans le service, c'est d'offrir la plus grande variété que possible de services à l'utilisateur et c'est à lui de prendre ses décisions et on l'informe des façons de faire, des possibilités puis lui, fera son choix parce qu'il a la capacité de faire des choix. Quand il ne l'a pas, on peut l'accompagner là-dedans, mais... parce qu'éventuellement on pense qu'il va être capable de faire ses choix. Mais ça, ça fait partie de... s'il veut faire son induction en hébergement parce qu'il se sent plus insécure, parce qu'on peut aussi vouloir avoir des observations particulières à... tu sais, par rapport à sa... son état de santé. Ça peut être aussi ça. Mais c'est une possibilité, puis de la faire aussi en externe dans notre salon d'induction. » - Gestionnaire, région H

3.2.2.4

L'entrée dans les services internes de gestion du sevrage en CRD

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les participants de l'ensemble des régions effectuent peu de sevrages d'opioïdes en hébergement dans les CRD (moins de 10 chaque année par région). Les participants expliquent cette situation par le fait que les usagers adhèrent, dans la très grande majorité des cas, au traitement de maintien et que les sevrages d'opioïdes peuvent également être effectués ailleurs qu'à l'interne, c'est-à-dire en consultation externe ou en centre hospitalier. De plus, de nombreux sevrages effectués dans les services internes des CRD concernent d'autres types de substances que les opioïdes.

Le délai d'attente entre la demande initiale et l'admission dans les services internes de gestion du sevrage varie de 1 à 7 semaines, selon les régions consultées. Les participants de l'ensemble des régions ont mentionné qu'ils respectent le délai recommandé par le MSSS de 15 jours entre la demande de services de sevrage d'opioïdes et l'évaluation spécialisée de la personne. Quant au délai d'attente entre l'évaluation spécialisée et l'admission dans les services internes de gestion du sevrage, il varie d'une région à l'autre, soit de 1 à 5 semaines. En effet, une région a expliqué accueillir habituellement la personne, à la suite de l'évaluation spécialisée, dans les services internes en 1 semaine; pour 3 régions, le délai est de 2 à 3 semaines, alors que dans les 2 autres régions, le délai est de 4 à 5 semaines.

La majorité des équipes rencontrées ont expliqué que le délai d'attente est plus court pour l'accès aux services de gestion du sevrage que pour l'accès au traitement de maintien, ce qui peut amener les personnes à demander un sevrage afin d'avoir accès plus rapidement aux agonistes opioïdes.

« Bien, en fait, là, on a une petite zone grise, hein, là-dedans? Parce que... tu sais, c'est sûr qu'en se créant une liste d'attente pour les clients, parce qu'on voulait arrêter le case load au niveau de la charge des médecins, mais là, ça fait que, des fois, il y a des clients qui veulent absolument venir rentrer en détox pour... avoir la substitution! (rires) Fait que là, tu sais, ils veulent comme "bypasser" tout le processus, fait que là, on a des fois il faut refuser la détox, puis dire : "Mais non, tu es en liste d'attente, va falloir attendre que tu sois évalué par l'équipe spécialisée en TAO..." Puis, tu sais, il y a ça qui est un peu... délicat, là. Oui. Fait que, mais tu sais, sinon... tu sais... c'est sûr que c'est arrivé qu'on a admis puis qu'on a introduit rapide, parce que tu sais... Une fois qu'ils sont là... C'est facile, là. Sont dans nos murs, puis ils veulent, puis je veux dire, de toute façon... Mais en même temps, on ne peut pas faire ça parce que... ça n'a pas de bon sens, là. » - Clinicien, région K

Une équipe d'une région a souligné que le délai d'attente de son établissement pour avoir accès au traitement de maintien est plus court que celui pour avoir accès aux

services de gestion du sevrage. La gestionnaire de cette région explique que cela a été rendu possible grâce à une restructuration des services spécialisés, ce qui a augmenté la capacité à suivre des personnes en traitement de maintien par agonistes opioïdes.

« Le programme de maintien, bien, on est passé aussi, nous, d'une... on avait, on a la capacité de prendre des gens parce qu'on avait, on a grossi. On est passé de 30 usagers en 2014 à maintenant on a 125 usagers puis on pense qu'on est capables de doubler. La prise en charge, je vous dirais que la rapidité c'est à cause de la façon, de la structure aussi qu'on a mis en place, c'est-à-dire qu'il y a un médecin avec deux infirmières cliniciennes qui sont dédiées au TUO. Donc, elles font les évaluations, elles font les suivis. On a aussi une travailleuse sociale qui s'est ajoutée. Donc tous les suivis sont faits par nos infirmières, travailleuses sociales. On essaie de vraiment de diriger les soins spécifiques au médecin dans une rencontre, évidemment, mais c'est vraiment quand il y a un besoin de prescription, mais même là, l'utilisateur peut voir une infirmière s'il est stable puis elle va lui en donner sa prescription sans qu'il ait vu le médecin, là. Donc... je vous dirais que c'est en raison à cause de ça, là. »

- Gestionnaire, région H

L'ensemble des équipes ont expliqué que les délais d'attente pour être admis dans les services dépendent en grande partie de la présence médicale. Ainsi, un manque de présence médicale peut faire retarder une admission dans les services internes de gestion du sevrage.

La majorité des équipes ont expliqué qu'elles mettent à jour l'évaluation qui a été effectuée préalablement une fois la personne entrée dans les services internes de gestion du sevrage. En effet, les informations recueillies dans le cadre de l'évaluation initiale sont revalidées et certains éléments peuvent également être vérifiés, tels que les signes vitaux, le risque de suicide, le risque de rechute, le profil pharmacologique, des prises de sang ou des tests urinaires. Une seule équipe clinique a mentionné qu'elle ne fait pas d'évaluation une fois la

personne admise dans les services internes puisque cette évaluation a déjà été effectuée préalablement.

Les personnes admises dans les services internes de gestion du sevrage doivent consentir aux soins, oralement ou par écrit, dans l'ensemble des régions consultées. Que ce soit pour le traitement de maintien ou pour un sevrage, le consentement aux soins doit être libre et éclairé, c'est-à-dire donné après une discussion documentée. Il arrive d'ailleurs que la personne change d'avis après avoir reçu toutes les informations liées aux traitements et aux risques associés au sevrage.

Plusieurs équipes soulignent que l'objectif du séjour dans les services internes de gestion du sevrage est d'abord l'abstinence, comme le souhaite la personne. Par contre, aucune équipe consultée ne semble viser exclusivement l'abstinence comme objectif de traitement au sein des services de gestion du sevrage. Plusieurs mentionnent la réduction des méfaits comme approche d'intervention et qu'elles travaillent en fonction des objectifs visés par la personne, ce qui peut impliquer d'autres objectifs que l'abstinence d'opioïdes. En effet, les participants interrogés ont expliqué que le séjour au sein des services de gestion du sevrage peut répondre à divers objectifs : gérer les symptômes de sevrage, garantir un environnement sécuritaire, amorcer l'induction d'un agoniste opioïde et stabiliser la personne sur le plan pharmacologique, offrir un contexte sans consommation, aider à sortir d'un milieu de consommation, accompagner la personne dans ses objectifs psychosociaux, stabiliser la personne sur le plan physique, réduire la consommation, créer des liens avec la personne pour établir un filet de sécurité en cas de rechute, continuer l'éducation en matière de risques liés au sevrage, encourager la personne à participer à un programme psychosocial de réadaptation et encourager le transfert vers un traitement de maintien.

3.2.2.5

Le sevrage d'opioïdes

L'ensemble des équipes interrogées expliquent que les services de gestion du sevrage prévoient un séjour à l'interne de courte durée (7-10 jours), mais que plusieurs éléments sont mis en place ou pourraient être mis en place afin de faciliter la poursuite du sevrage sur une plus longue période, conformément aux recomman-

dations de l'ICRAS (c'est-à-dire 30 jours et plus). Cinq régions ont indiqué qu'il est possible de prolonger le séjour en hébergement dans les services de réadaptation, ce qui prolonge le séjour de 3 à 4 semaines au total. De plus, 4 régions précisent qu'il arrive souvent que les décroissances d'agonistes opioïdes s'éternisent à l'externe ou se transforment en traitement de maintien. Bref, ces équipes ont insisté sur le fait que la prise en charge médicale est effectuée à long terme :

« Bien, en fait, nous... on a rarement des demandes... bien, on a souvent des demandes d'arrêt de traitement ou de diminution de traitement, mais je pense que notre approche est quand même bonne là-dessus, là, les clients souvent... ça arrête par eux-mêmes, là, leur diminution. On les fait en externe, ces clients-là quand ils veulent diminuer, on y va bien doucement, puis je pense qu'on réussit vraiment à les convaincre, là. Je pense qu'on est bons là-dedans parce qu'on les met beaucoup en garde, on explique beaucoup, on fait beaucoup d'enseignement, fait que tu sais, on y va doucement sur la diminution, on les voit souvent, on les appelle beaucoup aussi quand ils sont en diminution, on se met des rendez-vous téléphoniques... fait que tu sais, on n'en a pas bien bien, hein, tu sais, des rapides! [...] Puis sinon, pour ceux qui veulent, disons un sevrage sans substitution, on va... [...] Ça finit généralement avec substitution. Programme court qui se change généralement en programme plus long. C'est pas mal ça qui se passe. » - Clinicien, région K

« Moi, je le ferais comme en... je ne sais pas si l'image du ski de fond pour toi est parlante, là, mais tu sais, d'amorcer quelque chose avec le médecin de famille ou en service externe, clinique externe TDO ensuite, arriver dans une démarche en hébergement, ensuite, retourner en externe pour une continuité. Plus on va étirer dans le temps puis on va assurer une continuité, ça, ça semble bien fonctionner. » - Gestionnaire, région L

Les lits des services de gestion du sevrage sont parfois utilisés pour stabiliser la personne d'un point de vue pharmacologique. En effet, 3 régions expliquent que

le passage dans les services internes de gestion du sevrage (7-10 jours) peut être utilisé afin d'entamer l'induction de la buprénorphine en vue d'un maintien en traitement. Autrement dit, la décroissance ne se passe pas nécessairement durant ces 7 à 10 premiers jours. Une fois la personne stabilisée, elle peut être gardée à l'interne en réadaptation, poursuivre une décroissance lente à l'externe ou rester en traitement de maintien.

Les participants de 4 régions ont mentionné qu'il peut leur arriver de faire des sevrages à froid (*cold turkey*) ou d'utiliser uniquement des médicaments de gestion des symptômes de sevrage (sans agoniste opioïde), tels que de la clonidine, du Graval^{MD}, de l'Immodium^{MD}, de l'ibuprofène, du Valium^{MD}, du baclofène, du Bentylo^{MD}, du Seroquel^{MD}, de l'Ativan^{MD}, etc. Les équipes cliniques de deux régions ont expliqué ne pas utiliser de buprénorphine-naloxone (Suboxone^{MD}) dans les services internes de gestion du sevrage d'opioïdes. Elles utilisent donc la clonidine et d'autres médicaments prescrits de gestion des symptômes de sevrage grâce à une ordonnance collective. Une équipe clinique a souligné la tension qui existe entre les demandes de sevrage à froid formulées par certaines personnes et les recommandations cliniques qui les proscrivent. Par contre, selon certains cliniciens, l'éducation des personnes au sujet des traitements permet d'éviter ou de réduire la quantité de sevrages à froid ou de sevrages sans agonistes opioïdes.

Les participants de 3 régions ont déclaré utiliser la buprénorphine-naloxone (Suboxone^{MD}) comme molécule de premier choix lors d'un sevrage d'opioïdes. Aucun service de gestion du sevrage n'utilise la méthadone pour commencer un sevrage d'opioïdes.

De plus, les cliniciens de l'ensemble des régions ont mentionné faire de l'éducation sur les traitements disponibles et sur les risques associés au sevrage, notamment en vue d'encourager le transfert vers un traitement de maintien par agonistes opioïdes. Certains cliniciens ont spécifié qu'un counseling approfondi sur les risques associés au sevrage, en début et en cours de traitement, peut amener la personne à reconsidérer son choix de décroître et à opter pour un traitement de maintien (2 régions).

« C'est que dans le fond, nous, là, nos inductions, la grande partie, ils se font en "detox". Fait que les gens ils viennent en hébergement, puis ils sont ici durant la période d'induction. Puis pendant, comme quelqu'un qui refuse, qui vient puis qui veut faire une "detox", bien, la majorité du temps, une fois la "detox" entamée, il va accepter... [...] Hu-hum, de continuer. ... [De retourner vers le maintien.] Oui. Puis souvent, il va... quand on le sait, là, tu sais, quand il va être vraiment pas bien, bien là, on va comme lui suggérer : "Bien, est-ce que tu aimerais essayer avec la Suboxone? Puis entamer comme un sevrage à plus long terme avec la Suboxone?" Tu sais, pour ceux qui ne veulent pas du tout continuer, puis habituellement, les gens ils vont accepter. Puis de notre expérience à date, quand qu'on commence à diminuer, souvent ils veulent retrouver une dose avec laquelle ils étaient confortables. Fait que même quand qu'on est dans un processus de diminuer, souvent on va... Ils vont dire : "Ah, non. J'étais beaucoup mieux, exemple : à 14 milligrammes." Puis, ils vont vouloir retourner... [...] Des "detox" en externe, je n'en ai jamais vu [...] Pour opioïde, on ne fait pas ça. Puis le but de les accepter à l'interne c'est vraiment de... essayer de travailler... à ce qu'ils acceptent éventuellement le maintien, là. »

- Clinicien, région H

Les participants de l'ensemble des régions ont d'ailleurs expliqué qu'il est possible de transférer en tout temps la personne vers un traitement de maintien (6 régions). Par contre, certaines limites d'accessibilité ont été mises en évidence (manque de collaboration entre les services, pénurie de médecins dans la région, etc.) (3 régions). En effet, le transfert vers un traitement de maintien ne se fait pas toujours de manière fluide.

Par exemple, il peut arriver, notamment en région, que le transfert vers un traitement de maintien ne soit pas possible s'il n'y a pas de médecin à l'endroit où habite la personne pour assurer un suivi. En effet, la pénurie de médecins dans certaines régions éloignées constitue un obstacle au transfert vers un traitement de maintien. Dans une autre région, l'équipe clinique ne peut pas entamer une induction avec la buprénorphine-naloxone dans les services de gestion du sevrage par manque de présence médicale, d'exper-

tise et de collaboration avec l'équipe de maintien, ce qui limite sa capacité à garantir un traitement à long terme de la dépendance.

Par ailleurs, durant le séjour dans les services internes, la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes est accompagnée de différentes interventions psychosociales selon les régions. Les participants de l'ensemble des régions ont détaillé ces interventions psychosociales faites par un agent de relation humaine ou un professionnel en réadaptation, en éducation spécialisée, en psychoéducation ou en travail social. Elles peuvent être de différentes natures : groupes de soutien ou suivi individuel. Certains participants mentionnent néanmoins que ces interventions restent souvent limitées, compte tenu du manque de ressources humaines et du manque de temps dans le cas d'un sevrage de courte durée (7-10 jours) (1 région). De plus, plusieurs participants affirment que la programmation des services de réadaptation est habituellement adaptée, à la baisse, aux personnes qui font un sevrage d'opioïdes puisqu'elles sont plus ou moins disponibles sur le plan physique et psychologique pour entamer de telles démarches de réinsertion (5 régions).

3.2.2.6

Le suivi post-sevrage d'opioïdes

Les participants de l'ensemble des régions ont mentionné planifier la sortie de l'hébergement. Par contre, les ressources auxquelles les personnes ont accès après un séjour à l'interne varient d'une région à l'autre. Le plan de sortie peut comporter des interventions pharmacologiques ou psychosociales. Les participants de l'ensemble des régions ont indiqué que peu de personnes réussissent à se sevrer d'opioïdes sans rechuter, d'où l'importance de planifier la sortie de l'hébergement.

Après le séjour en hébergement, il est possible que la décroissance d'agonistes opioïdes se poursuive à l'externe. En effet, les participants de 4 régions ont répondu qu'il était possible que la décroissance d'agonistes opioïdes se poursuive à l'externe après un séjour en hébergement, mais certains indiquent que cela offre peu de résultats positifs. D'ailleurs, nombre de participants ont expliqué que plusieurs personnes qui ont tenté un sevrage d'opioïdes finissent plutôt par être maintenues en traitement par agonistes opioïdes (3 régions). Par contre, comme mentionné précédem-

ment, la pénurie de médecins prescrivant de la buprénorphine-naloxone ou de la méthadone, dans certaines régions éloignées, constitue un obstacle important à la poursuite d'un traitement de maintien à proximité de la personne. De plus, la surcharge de dossiers des médecins en CRD qui découle des suivis à long terme du TAO reste un enjeu en matière d'opioïdes, sans compter que les médecins de première ligne offrent très rarement, voire jamais, un traitement de maintien par agonistes opioïdes.

Les participants de la moitié des régions (3) ont indiqué ne pas distribuer de naloxone. Les cliniciens de 2 régions ont affirmé distribuer de la naloxone à la sortie de l'hébergement. Une région n'a pas fourni d'informations en entrevue à ce sujet. Les répondants des régions qui ne distribuent pas de naloxone en CRD rapportent toutefois que celle-ci est néanmoins offerte en pharmacie ou dans des organismes communautaires (p. ex. par l'intermédiaire des travailleurs de rue). Parmi les équipes cliniques qui ont rapporté ne pas faire la distribution de naloxone, 2 expliquent néanmoins que les médecins ajoutent la naloxone à la prescription donnée à la fin du séjour de leur patient. Enfin, une autre équipe clinique a déclaré souhaiter mettre en place la distribution de naloxone sous peu.

Les participants de la moitié des régions (3) ont également mentionné ne pas offrir de matériel de consommation stérile à la sortie des services internes de gestion du sevrage. Par contre, les cliniciens de 2 régions ont indiqué le faire. Une région n'a pas fourni d'informations en entrevue à ce sujet. Par exemple, les participants d'une région ont mentionné évoluer dans une culture organisationnelle réticente à la distribution de matériel stérile afin de ne pas encourager la consommation. Ils ont néanmoins souligné leur volonté de changer ces pratiques et de mettre en place cette distribution à la sortie du séjour en hébergement dans un objectif de réduction des méfaits.

Les participants de l'ensemble des régions ont mentionné que la personne qui quitte l'hébergement peut avoir accès à un suivi psychosocial individuel en consultation externe avec une travailleuse sociale ou une intervenante psychosociale du réseau de la santé et des services sociaux, mais que le délai d'attente pour avoir accès à ces services est de 2 à 6 semaines dans 3 régions consultées.

« Mais c'est surtout que la suite, pour moi, est très psychologique aussi, très psychosociale. Le soutien, tu sais, les gens qui n'ont plus rien, qui n'ont pas de stabilité, qui n'ont rien du tout, là... ils sortent d'ici, ils n'ont pas de suivi [...] on doit renforcer l'idée que... la "détox" ne te guérit pas. [...] La réalité c'est : vous allez avoir besoin de consulter parce que ça va aller mal! Et nos services ne sont pas axés sur ça. »

- Clinicien, région G

Si la personne habite dans le secteur de l'hébergement du CRD, il peut arriver qu'elle soit suivie par la même intervenante qu'à l'interne (2 régions). Par contre, les personnes sont habituellement dirigées vers un nouvel intervenant psychosocial rattaché à un point de service plus près de chez elles (6 régions). Les cliniciens d'une région soulignent toutefois qu'un changement d'intervenant psychosocial peut amener la personne à abandonner son suivi.

De plus, la personne peut être transférée dans une ressource d'hébergement communautaire en dépendance après son séjour dans les services internes de gestion du sevrage du CRD (4 régions). Certains participants ont développé d'étroites collaborations avec des ressources d'hébergement en dépendance de leur région, ce qui facilite la poursuite du traitement à long terme de la dépendance aux opioïdes (3 régions).

« Tu sais, fait que c'est comme un cheminement, là, quand ils viennent à l'interne ici, vu que là, ils ont fait leur désintoxication puis que tout va bien, bien, des fois, ils ne veulent pas faire un retour à domicile, fait qu'on fait un plan de sortie qui inclut Le Séjour, ils s'en vont là, puis là, bien, ils ont la stabilisation par rapport à leur arrêt. »

- Clinicien, région K

« Bien, on a quand même des liens étroits avec eux, on a de bonnes relations, on a plusieurs projets en commun. On travaille ensemble dans des tables de concertation. Donc... les corridors sont établis puis ils sont faciles. Souvent, ils vont commencer leur démarche, les usagers quand ils sont ici, ils vont faire l'appel, puis on va toujours essayer de... faire des transferts directs aussi qui passent de l'hébergement à la ressource sans retourner chez eux pour s'assurer qu'il ne se passe rien. Donc, oui, on en a plusieurs, puis... c'est quand même facilitant. »

- Gestionnaire, région J

Par contre, certains participants avaient une connaissance limitée des critères d'admission et des modalités de traitements spécifiques pour les personnes ayant un TUO au sein de ces ressources communautaires d'hébergement (p. ex. possibilité ou non de poursuivre une décroissance d'agonistes opioïdes, possibilité ou non d'être en traitement de maintien, devoir ou non se présenter à la pharmacie tous les jours, etc.) (2 régions).

Certains participants ont souligné qu'il arrive que les personnes tentant un sevrage d'opioïdes partent en refusant le traitement et qu'aucun lien ne continue après la tentative de sevrage (4 régions). Certains participants expliquent que le taux de rétention en traitement peut être amélioré en garantissant un suivi psychosocial en consultation externe immédiatement après le séjour (2 régions) et en utilisant la buprénorphine-naloxone lors du sevrage afin de faciliter le transfert vers un traitement de maintien (1 région) :

« On en perd. [...] quand ils font des sevrages, d'abord, le taux de réussite est très peu élevé, là. Puis je ne pense pas que ça ait changé beaucoup, je n'ai pas les statistiques, mais on perd beaucoup de... d'usagers lorsqu'ils font des... ils ont la volonté de faire un sevrage, maintenant, en cours de route, parfois... ils abandonnent parce que c'est trop dur. C'est pour ça que nous, on les accompagne puis on leur offre toujours l'option de poursuivre au programme maintien. Puis aussi, nos désintox, là, vous irez chercher l'information auprès des cliniciens, mais nos désintox on peut les faire maintenant avec de la Suboxone. Ce qui n'était pas le cas, là, il y a un an de ça, là. Fait que ça, c'est tout nouveau, là, qu'on a mis ça en place. Fait que peut-être qu'on a un meilleur taux de rétention avec ça. Oui. »

- Gestionnaire, région H

3.2.2.7 Enjeux généraux

Plusieurs participants mentionnent avoir un besoin de main-d'œuvre compétente et formée en matière de TUO (6 régions). Plus particulièrement, ils ont fait état d'un manque de formation spécialisée pour l'ensemble de l'équipe clinique et de la difficulté de trouver du personnel qualifié et stable, particulièrement en région (6 régions). Plusieurs participants ont également mentionné l'importance de développer des collaborations entre les services de maintien et les services de gestion du sevrage afin de faciliter le partage de connaissance sur les opioïdes et le transfert vers le traitement de maintien (4 régions). Quelques cliniciens ont souligné l'importance du mentorat (p. ex. possibilité pour un jeune médecin de contacter un médecin d'expérience ou pour une équipe de contacter une équipe plus expérimentée) (3 régions). Par ailleurs, plusieurs participants ont mentionné l'importance de développer des collaborations au sein du réseau de la santé (avec les hôpitaux, les services de psychiatrie, etc.) afin de faciliter l'accès à l'ensemble des soins (c'est-à-dire contrer le travail en cloisons, en sachant notamment que la dépendance se présente souvent en comorbidité) et avec les organismes communautaires afin d'encourager la rétention en traitement et de favoriser la prise en charge globale de la personne (6 régions).

3.3

DISCUSSION

Les résultats de la revue narrative de la littérature sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes et des entretiens menés auprès de cliniciens et gestionnaires des services internes de gestion du sevrage dans des établissements ayant une mission CRD au Québec permettent de dresser certains constats relativement à ces services. La présente section résume les principaux constats qui ont émergé de l'analyse à la lumière de leurs implications pour le développement et l'amélioration des services de gestion du sevrage d'opioïdes au Québec (section 3.3.1) et présente les limites de la recherche (section 3.3.2).

3.3.1

Principaux constats

Risques associés au sevrage d'opioïdes

Les résultats de la revue narrative de la littérature et des entretiens viennent confirmer les observations provenant des travaux de l'ICRAS, à savoir que les sevrages d'opioïdes ne sont pas recommandés chez les personnes ayant un TUO étant donné les risques d'abandon, de rechutes, de surdoses, de mortalité et d'infections (VIH, hépatite C, etc.) qui y sont associés^{18, 31, 60, 65, 71, 74, 76, 81, 127, 170, 178-184, 186, 197, 201, 207, 218, 219, 229, 234}. En effet, le traitement par agonistes opioïdes présente de meilleures issues lorsqu'il est maintenu à long terme. Or, comme soulevé dans les entretiens de recherche, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec continue de recevoir des demandes de sevrages d'opioïdes de la part des personnes ayant un TUO ou présentant un risque de développer un TUO.

Cette collecte de données rappelle donc la tension qui peut exister, d'une part, entre les demandes de sevrages d'opioïdes et, d'autre part, les contre-indications cliniques relatives à un tel sevrage. C'est d'ailleurs au cœur de cette tension qu'évoluent les équipes cliniques qui doivent à la fois prendre en considération la demande individuelle et les risques associés au sevrage d'opioïdes. Comme le rappellent de nombreux guides de pratique, le choix du traitement et l'orientation vers les services nécessitent de prendre en compte

l'efficacité et l'innocuité des traitements disponibles^{18, 60, 65, 81, 127, 216, 217, 219}. Sachant que les modalités thérapeutiques souhaitées par la personne sont fortement déconseillées, les équipes cliniques, particulièrement celles des services de gestion du sevrage, ont donc l'importante responsabilité de transmettre aux personnes l'ensemble des informations sur les risques associés au sevrage et sur les meilleures modalités de traitement pour les TUO, c'est-à-dire le traitement de maintien au moyen d'agonistes opioïdes. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit d'ailleurs que « tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant »²⁴⁶. Cette discussion complète et approfondie sur l'efficacité et l'innocuité des traitements disponibles met donc en place, pour les personnes ayant un TUO, les conditions nécessaires et essentielles à un processus décisionnel libre et éclairé, ce qui rappelle l'importance d'implanter cette pratique dans toutes les équipes cliniques au Québec œuvrant auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes qui souhaitent effectuer un sevrage.

De plus, puisque le choix du traitement constitue une décision partagée^{18, 71, 74, 124, 127, 217}, la discussion se veut collaborative et doit également prendre en compte les motifs qui ont poussé la personne à formuler une demande de sevrage d'opioïdes. Ces motifs peuvent varier d'une personne à l'autre. Comme il a été souligné dans les entretiens effectués, certaines personnes préfèrent opter pour un sevrage rapide ou ne pas être maintenues en traitement pour des motifs personnels (p. ex. viser l'abstinence, la réduction de la consommation d'opioïdes ou un répit de la consommation d'opioïdes, être réfractaire aux agonistes opioïdes, etc.). En réponse à ces considérations, les équipes cliniques peuvent transmettre plusieurs informations qui permettront parfois à la personne de réévaluer sa décision à la lumière des données probantes et des risques encourus (p. ex. les avantages du TAO relativement à leur qualité de vie, démystifier les agonistes opioïdes en informant les personnes de leurs effets et caractéristiques, rappeler aux personnes tentant un sevrage d'opioïdes qu'elles ont la possibilité d'effectuer en tout temps un traitement de maintien à long

terme, etc.). Par ailleurs, d'autres personnes utilisent les services internes de gestion du sevrage d'opioïdes pour pallier le manque d'accès au traitement de maintien (p. ex. délais d'attente plus courts pour accéder aux services de gestion du sevrage que pour accéder à un traitement de maintien, nombre de médecins insuffisant dans certaines régions pour garantir un suivi de traitement ou opter pour un sevrage afin d'éviter la rigidité des normes de traitement de maintien, dont l'obligation de se présenter tous les jours à la pharmacie). Cette situation met les intervenants et les personnes utilisatrices d'opioïdes dans une impasse, car elle les expose à des traitements contre-indiqués par manque de ressources et non par choix. Des modifications organisationnelles pourraient donc être apportées de manière à favoriser l'accès aux traitements recommandés et la rétention.

Un consensus semble se dégager des écrits recensés sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes : cette pratique est déconseillée. Dans ce contexte, si la personne souhaite tout de même effectuer un sevrage d'opioïdes à la suite d'une discussion documentée avec l'équipe clinique, ce sevrage ne doit pas être offert seul. Il doit plutôt être intégré dans une planification et un accompagnement à long terme du traitement du TUO (p. ex. traitement psychosocial, pharmacologique et dans la communauté ou en hébergement). De plus, de nombreuses données indiquent la nécessité d'offrir ces services dans une vision de réduction des méfaits à long terme et non uniquement dans un objectif d'abstinence^{1, 18, 31, 65, 71, 74, 110, 127, 140, 201, 202, 208, 217, 218, 224, 240}. Il convient alors d'améliorer le continuum des soins offerts au Québec en TUO afin que le sevrage ne constitue pas une fin en soi, mais bien un moyen de mettre les personnes ayant un TUO en liaison avec le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, au Québec, il arrive que les équipes des services de gestion du sevrage constituent un premier point de contact pour des populations éloignées du réseau qui n'utilisent pas ou très peu ses services. Cette demande de sevrage d'opioïdes peut donc représenter une occasion de sensibiliser la personne à un traitement à long terme de la dépendance, de lui permettre d'expérimenter une stabilité avec un agoniste opioïde et de mettre en place des mesures visant à diminuer les dommages sociaux et de santé liés à l'utilisation d'opioïdes. Cette démarche s'inscrit dans la poursuite du virage vers la réduction des méfaits dans les services en dépendance au

Québec, mais peut s'avérer un défi puisque les services nord-américains ont traditionnellement été axés sur les approches d'abstinence, ce qui a certainement influencé non seulement la culture d'intervention, mais également celle des personnes et de la société en général²⁴⁷.

Évaluation des personnes ayant un TUO

L'évaluation sert à orienter la personne vers des services adaptés à ses besoins et à sa situation. L'analyse des entretiens et des guides de pratique recensés a montré que l'évaluation de la personne ayant un TUO et demandant un sevrage d'opioïdes peut prendre en compte une multitude d'informations de nature médicale et psychosociale (quantité d'opioïdes utilisés, antécédents de consommation, niveau de dépendance, type d'opioïdes utilisé, voie d'administration, santé psychologique et physique, environnement, motivation, autonomie, demande formulée, peur de rechuter, conditions de vie, occupation, comorbidité, etc.). Il n'en demeure pas moins que l'évaluation devrait être souple et adaptée à la réalité des personnes utilisant des opioïdes, puisqu'elles ne sont pas toujours disposées dès la première rencontre à remplir l'ensemble du formulaire (p. ex. en raison de leur état d'intoxication ou de sevrage). Il peut donc être préférable d'effectuer ultérieurement l'évaluation psychosociale complète, de scinder l'évaluation en plusieurs rencontres et de ne pas retarder le début du traitement, particulièrement le début du traitement par la molécule pharmacologique, si l'évaluation n'est pas terminée^{57, 76}.

Lorsque vient le temps de déterminer l'harmonisation du traitement avec le profil du patient, certains facteurs prédictifs peuvent être pris en compte, tels que les antécédents de consommation, la quantité consommée, le type d'opioïdes utilisé et la voie d'administration des opioïdes²⁴⁸⁻²⁵⁰. Plusieurs guides de pratique recensés ont mentionné que les personnes les plus susceptibles de réussir un sevrage seraient celles dont la consommation d'opioïdes est faible^{1, 18, 51, 76, 109, 112, 219, 220}. Cette observation est cohérente avec une étude récente qui a également montré que les personnes dont la consommation d'opioïdes est plus faible (moins de 1 gramme d'héroïne par jour) et de courte durée (moins de 3 ans) et qui n'utilisent pas l'injection comme voie principale d'administration ont plus de chances de rester abstinentes pendant 1 an suivant le sevrage d'opioïdes que celles qui consomment une plus forte quantité d'opioïdes (plus de 1 gramme

d'héroïne par jour), depuis plus longtemps (plus de 3 ans) et qui ont recours à l'injection comme principale voie d'administration²⁵⁰. Certaines études recensées dans notre corpus ont d'ailleurs montré qu'une faible dose de stabilisation de la molécule agoniste opioïde avant la décroissance, qui pourrait être un indicateur parmi d'autres d'un faible niveau de dépendance aux opioïdes, engendre de meilleures issues de traitement^{196, 204, 234}. Ces conclusions sont semblables à celles d'une revue systématique qui porte sur les facteurs prédictifs d'issues de traitement favorables lors de la cessation d'un traitement de maintien avec la buprénorphine-naloxone¹⁷⁴. En effet, de faibles doses moyennes de stabilisation entraînaient des taux d'abstinence plus élevés lors des rencontres de suivi après la décroissance¹⁷⁴. En ce sens, le niveau de la dose de stabilisation pourrait être un indicateur à prendre en compte pour déterminer le traitement adapté à chaque personne, bien que plus de données à ce sujet soient nécessaires. Par contre, aucune étude de notre corpus n'a permis de conclure que les jeunes présentent un profil favorable au sevrage d'opioïdes. Les 3 études recensées, lesquelles portaient sur un échantillon de jeunes, ont constaté que le sevrage n'est pas plus efficace pour les jeunes et qu'il ne faut pas précipiter l'interruption d'un traitement de maintien seulement à cause de l'âge. Bien que plus de données sur la prise en charge du sevrage d'opioïdes chez les jeunes soient nécessaires²⁵¹, les jeunes pourraient bénéficier d'un sevrage en hébergement ainsi que d'une planification intensive et à long terme de la dépendance²⁵². Finalement, rappelons que les sevrages d'opioïdes ne sont pas recommandés pour les femmes enceintes, notamment en raison des risques d'avortement spontané et d'accouchement prématuré^{1, 18, 60, 71, 81, 95, 110, 127}.

Services internes ou externes

Peu de données scientifiques sont disponibles sur le contexte de soins à privilégier pour un sevrage d'opioïdes²⁵³. Au Québec, comme l'ont rapporté les participants des entretiens, l'évaluation puis l'orientation vers les services de gestion du sevrage sont effectuées en fonction des critères de l'ASAM. Cette évaluation et orientation, puis le sevrage qui en découle, peuvent avoir lieu sans que la personne soit d'abord évaluée par un professionnel de la santé expert en traitement du TUO. Chaque équipe clinique semble adapter la hiérarchisation des soins de l'ASAM à sa réalité locale et selon le jugement professionnel de ses

membres. L'orientation vers les services internes ou externes semble donc se faire avec une certaine flexibilité par les équipes de gestion du sevrage, c'est-à-dire qu'elle tient compte des réalités propres de chaque personne ainsi que des spécificités régionales quant à l'organisation des services. De ce fait, les entrevues ont fait émerger le constat que la prise en charge médicale des sevrages d'opioïdes et le traitement de maintien au moyen d'agonistes opioïdes peuvent se faire autant en services internes qu'en services externes. Cette observation remet en question l'association habituelle, à savoir qu'un sevrage se fait à l'interne et qu'un traitement de maintien se fait à l'externe. En effet, chaque modalité de traitement peut être fournie dans différents contextes de soins, ce qui met aussi en évidence l'importance d'une certaine réorganisation du système d'évaluation spécialisée en CRD afin que la personne utilisatrice d'opioïdes soit évaluée par un professionnel de la santé aux connaissances approfondies en TUO et puisse avoir accès dans les plus brefs délais à la molécule agoniste opioïde.

Pour les personnes qui souhaitent entamer un traitement de maintien, plusieurs raisons peuvent motiver ces personnes et leur équipe de soins partenaire à procéder à une induction sous supervision en établissement ou en milieu hospitalier (p. ex. peur de rechuter, vouloir temporairement se retirer d'un environnement de consommation, prévenir les rechutes, explorer l'état de santé de la personne, grande tolérance nécessitant des doses d'induction importantes, polyconsommation, etc.). L'induction peut également être faite sous supervision dans le cadre de services externes. En effet, une des régions consultées a mis en place un « salon d'induction » (inspiré des salons d'allaitement pour les femmes), c'est-à-dire une pièce accueillante à l'écart où l'équipe de soins partenaire procède à l'induction de buprénorphine-naloxone pour les personnes ayant un TUO.

Les personnes souhaitant faire un sevrage d'opioïdes pourraient amorcer le traitement à l'interne aux fins de stabilisation d'un point de vue pharmacologique (c'est-à-dire l'atteinte d'une dose de confort et le maintien de cette dose pendant le séjour à l'interne), mais être suivies par la suite en consultation externe (où elles pourraient entamer une décroissance graduelle ou être maintenues en traitement). Cette pratique permet d'appliquer la recommandation visant à prolonger

la décroissance d'agonistes opioïdes sur au moins 30 jours, lorsqu'une personne informée des risques souhaite tout de même se sevrer des opioïdes. En effet, à moins de prolonger les séjours à l'interne, le fait de suivre cette recommandation au Québec implique qu'un sevrage puisse être effectué entièrement ou en partie à l'externe (à la maison ou dans la communauté), puisque les séjours en CRD pour les sevrages sont habituellement limités à 7 à 10 jours. En ce sens, les services internes pourraient servir à stabiliser la personne sur une molécule plutôt qu'à commencer une décroissance ou être appelés à réviser la durée traditionnelle de 7 à 10 jours pour la rendre plus souple et adaptée aux besoins des personnes. Les demandes de sevrage seraient donc l'occasion d'amorcer l'induction et d'exposer la personne à un agoniste opioïde, tel que la buprénorphine-naloxone, en vue d'une décroissance graduelle, voire d'un traitement de maintien, puisque la personne est libre de choisir à tout moment de continuer son traitement pour une durée indéterminée.

D'ailleurs, afin de développer des pratiques basées sur des données probantes, certains auteurs aux États-Unis ont proposé de transformer les « services de désintoxication », associés à de nombreux risques, en « centres d'induction » de manière à favoriser le TAO qui est largement documenté comme étant le traitement à privilégier pour les TUO²⁵⁴⁻²⁵⁶. Une étude récente a d'ailleurs tenté de mettre en application et d'évaluer cette idée de « centres d'induction »²⁵⁵. Elle a conclu que les personnes qui cherchaient à faire un sevrage et qui ont entamé une induction à la buprénorphine-naloxone, puis orientées de manière organisée vers un traitement de maintien au moyen de la buprénorphine-naloxone (« centre d'induction » et orientation directe vers un traitement post-sevrage) ont vu une amélioration de leur adhésion au traitement et une diminution de leur utilisation d'opioïdes jusqu'à 6 mois après le sevrage, comparativement aux personnes qui ont uniquement effectué une décroissance de 5 jours de la buprénorphine-naloxone²⁵⁵. Ces données semblent indiquer une avenue prometteuse pour l'amélioration des pratiques de prise en charge médicale du sevrage. Dans le même ordre d'idées, de nombreuses études récentes se sont intéressées à des programmes d'induction dans les urgences en centres hospitaliers visant à favoriser l'accès rapide aux agonistes opioïdes, peu importe l'endroit où se

présente la personne ayant un TUO, ainsi que la transition vers des services à plus long terme²⁵⁷⁻²⁶³.

Choix de la molécule lors d'un sevrage

Les sevrages à froid (*cold turkey*) et les sevrages sans utilisation d'agonistes opioïdes (utilisation de molécules pour gérer les symptômes de sevrage [clonidine, Graval^{MD}, Immodium^{MD}, etc.]) sont à proscrire complètement, mais les entretiens démontrent qu'ils sont encore parfois effectués au Québec. Il est plutôt recommandé d'utiliser un agoniste opioïde dans le cadre de la prise en charge médicale d'un sevrage d'opioïdes. La présente démarche de recherche semble indiquer que la buprénorphine-naloxone serait la molécule de première intention pour un sevrage d'opioïdes. L'induction est rapide (1 à 3 jours) et sa souplesse permet une induction non supervisée à la maison ou en pharmacie ou une induction supervisée. Sa flexibilité permet également de transférer facilement la personne vers un traitement de maintien si elle change d'idée en cours de sevrage. De plus, les études recensées ayant pour objectif de comparer la buprénorphine±naloxone à la méthadone dans un contexte de sevrage ont montré que les deux molécules ont des effets similaires, avec un léger avantage possible pour la buprénorphine±naloxone en ce qui concerne l'intensité des symptômes de sevrage^{206, 210, 223}. Cette conclusion est cohérente avec ce qu'a noté une revue systématique de la collaboration Cochrane, c'est-à-dire que les niveaux d'intensité des symptômes de sevrage seraient significativement plus bas avec la buprénorphine±naloxone qu'avec la méthadone à la fin de la décroissance et après la décroissance¹⁷¹. Certains guides de pratique retenus ont également indiqué quelques avantages de la buprénorphine-naloxone dans un contexte de sevrage, tels que la rapidité de l'induction, l'innocuité de la molécule, sa flexibilité et une moindre intensité des symptômes de sevrage à l'arrêt du traitement^{127, 217}. De plus, l'utilisation de la buprénorphine-naloxone permet à la personne de connaître une stabilité pharmacologique rapide avec cette molécule, ce qui n'est habituellement pas le cas lorsque la méthadone est utilisée dans un contexte de sevrage. En effet, avec la méthadone, la personne est rarement stabilisée avant de commencer la décroissance. La stabilisation rapide de la personne avec la molécule serait donc un avantage supplémentaire de la buprénorphine-naloxone et s'inscrit dans la mise en œuvre de la recommandation de plusieurs guides,

c'est-à-dire privilégier le transfert vers le traitement de maintien^{1, 18, 60, 65, 109, 110, 124, 127, 216, 217}. Par ailleurs, lorsque la personne est déjà stabilisée dans le cadre d'un TAO, les guides de pratique proposent d'utiliser la même molécule dans leur tentative de sevrage. Il est également possible, lorsque la personne est maintenue avec la méthadone, d'opérer un transfert de la méthadone à la buprénorphine-naloxone pour ensuite diminuer les doses de buprénorphine-naloxone jusqu'à 0 mg^{127, 203, 217, 225}.

Quant aux procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone, les résultats de la recherche viennent remettre en question la pratique clinique actuelle relativement au niveau d'intensité de sevrage nécessaire avant d'administrer la buprénorphine-naloxone, aux niveaux de dosages maximaux et à la rapidité de la titration pouvant être mise en place lors de l'induction avec la buprénorphine-naloxone. En effet, alors que les guides de pratique et la monographie de Suboxone^{MD} recommandent un pointage de 13 et plus sur l'échelle COWS, des études recensées ont conclu qu'il est possible d'introduire la buprénorphine-naloxone de manière sécuritaire lorsque la personne présente un pointage de 8 et plus sur l'échelle COWS. Par ailleurs, en ce qui concerne le niveau de dosage, certains auteurs proposent de s'appuyer sur les données récentes démontrant l'efficacité et l'innocuité d'un dosage plus élevé (dose maximale de 16 mg au jour 1 et de 32 mg au jour 2) et d'une titration rapide pour atteindre la dose de confort^{65, 230}, au lieu de suivre les recommandations cliniques canadiennes fondées sur la monographie de Suboxone^{MD} (un maximum de 12 mg au jour 1 et de 12 à 24 mg pour les jours subséquents). Finalement, le microdosage de buprénorphine semble également une pratique d'induction prometteuse compte tenu de sa facilité d'administration et de l'accueil favorable (mais anecdotique) des personnes relativement à cette pratique, bien que le niveau de preuve demeure faible²⁶⁴.

En ce qui a trait à l'induction avec la méthadone, la présente revue a constaté que les doses initiales proposées sont faibles (10-40 mg), ce qui ne permet probablement pas à toutes les personnes ayant un TUO d'être stabilisées à une dose de confort avant d'entamer la décroissance des doses^{200, 204, 206, 210-212, 223, 231, 232}. De plus, l'atteinte d'une dose de confort avec la méthadone nécessite habituellement plusieurs semaines d'ajuste-

ments du dosage, alors qu'elle est possible en quelques jours avec la buprénorphine-naloxone (1-3 jours). Il est également suggéré que la personne soit supervisée de près durant la première phase du traitement avec la méthadone, durant laquelle les risques de surdose sont plus importants. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations d'un groupe de travail composé de membres de la SAMHSA et de l'ASAM, qui indiquent que des précautions plus importantes dans le dosage initial avec la méthadone (habituellement entre 10 et 30 mg, dose maximale de 40 mg) doivent être prises puisque l'induction et la période de stabilisation (2 premières semaines) avec cette molécule sont associées à des risques plus importants de surdose et de mortalité²⁶⁵. Ces précautions se justifient également par le fait que la méthadone présente un risque élevé de toxicité et d'effets indésirables et un potentiel élevé d'interactions avec d'autres substances, notamment les benzodiazépines²⁶⁵. Ces enjeux supplémentaires amènent également à envisager la buprénorphine-naloxone, plutôt que la méthadone, comme molécule de choix dans le cadre d'un sevrage des opioïdes.

Durée de la décroissance

La documentation recensée a présenté une importante variabilité des durées de décroissance lors d'un sevrage (de 24 heures à plusieurs mois), ce qui reflète le manque d'harmonisation des lignes directrices en matière de protocoles de sevrage ainsi que la variabilité des préférences de durées entre les usagers et entre les cliniciens. Si un choix devait être fait entre différentes durées de décroissance au moyen d'un agoniste opioïde, les décroissances plus longues (28 jours et plus) semblent présenter de meilleures issues de traitement en termes d'utilisation d'opioïdes, de rétention en traitement, d'engagement en traitement et d'intensité des symptômes de sevrage, que les durées plus courtes (7-21 jours)^{186, 196, 197, 201, 234, 241}. Ce constat est cohérent avec les conclusions d'une revue systématique ayant pour objectif d'évaluer si la durée d'un sevrage à l'externe utilisant la buprénorphine a une incidence significative sur les issues de traitement¹⁷⁵. L'analyse a montré que la durée de la décroissance influence de manière significative le pourcentage de résultats de test urinaire négatifs fournis durant le traitement¹⁷⁵. D'autres ont d'ailleurs mentionné que le meilleur facteur prédictif d'abstinence est la poursuite de la médication²⁵⁶. Dans le même ordre d'idées, des études antérieures avaient également montré que des durées de sevrage prolongées

gées (21-84 jours) avec la buprénorphine ou la méthadone engendrent de meilleures issues de traitement que les durées plus courtes (10-21 jours), en termes d'intensité des symptômes de sevrage, d'abandon et d'abstinence^{242,243,266}. Bref, l'augmentation des périodes d'exposition à un agoniste opioïde semble offrir plus d'occasions aux équipes de stimuler l'engagement en traitement des personnes qui ont un TUO. Ces résultats sont également cohérents avec la recommandation de l'ICRAS, qui propose d'effectuer une diminution lente d'agonistes opioïdes sous supervision (plus de 1 mois) chez les patients en consultation externe ou interne. Mentionnons d'ailleurs que des lignes directrices canadiennes récentes recommandent d'éviter le traitement dégressif par agonistes opioïdes et que sa durée idéale est inconnue et serait potentiellement indéfinie²⁶⁷, ce qui revient donc à préconiser le traitement de maintien par rapport au sevrage.

Les durées de sevrage peuvent varier selon le contexte (interne ou externe), le type de services (services de gestion du sevrage ou services de TAO) et les spécificités de chaque personne. Les protocoles de sevrage devraient être flexibles, c'est-à-dire qu'ils devraient permettre un dosage d'agonistes opioïdes adapté aux besoins de chaque personne. La recommandation de l'ICRAS et de la Colombie-Britannique, fondée sur des données probantes, selon laquelle il est préférable d'effectuer le sevrage sur une période minimale de 1 mois plutôt que sur 1 semaine à l'interne, a des implications pour l'organisation des soins dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. En effet, plusieurs sevrages d'opioïdes sont actuellement effectués sur une courte période en milieu hospitalier et dans les établissements ayant une mission CRD (p. ex. 7 à 10 jours). Quelques moyens pourraient être mis en place pour mieux répondre à cette recommandation. Tout d'abord, il serait possible de prolonger les séjours à l'interne dans les CRD (jusqu'à 3 ou 4 semaines par l'entremise des services de réadaptation), ce qui permettrait de prolonger la durée de la décroissance au moyen d'agonistes opioïdes. Les décroissances d'agonistes opioïdes pourraient également se poursuivre à l'externe (p. ex. en ressource d'hébergement communautaire en dépendance ou à domicile) ou ultimement faire l'objet d'un transfert vers un TAO.

Par ailleurs, quelques auteurs suggèrent de prolonger la période de stabilisation avant de commencer la phase

de décroissance^{134, 234}. Cette recommandation vient appuyer une revue systématique qui a montré que la durée de la période de stabilisation avant une décroissance était un meilleur facteur prédictif d'abstinence à la dernière journée du traitement que la durée de la décroissance¹⁷⁵. De ce fait, les auteurs commentent qu'il est possible que de plus longues périodes de maintien avant une décroissance amènent plus d'occasions de stabiliser les personnes en traitement, réduisant ainsi leur consommation d'opioïdes et les rendant potentiellement de bons candidats à un sevrage¹⁷⁵. Ils ajoutent néanmoins que plus de données sont nécessaires sur les liens entre la durée de la période de stabilisation avant une décroissance et les résultats de traitement¹⁷⁵. Ceci semble donc indiquer que, lorsqu'une personne persiste dans sa volonté de faire un sevrage, les équipes cliniques devraient d'abord stabiliser les personnes avec un agoniste opioïde avant d'entamer une décroissance graduelle, et ce, au lieu d'amorcer un sevrage rapide.

Quant aux personnes stabilisées sous un TAO et qui souhaitent y mettre fin, une décroissance graduelle de plusieurs mois, voire plusieurs années, accompagnée d'un suivi de la dépendance à long terme, semble préférable^{1, 65, 177, 196, 197, 203, 226, 237, 268}.

Intégrer le sevrage dans une planification et un accompagnement à long terme du traitement du TUO

Les données semblent converger vers le fait qu'il est préférable qu'une personne suive un traitement de maintien plutôt que d'effectuer un sevrage d'opioïdes, puisque cela réduit le mésusage d'opioïdes, améliore la rétention en traitement et réduit les risques de surdoses, de mortalité et de morbidité. Ainsi, comme mentionné précédemment, les sevrages d'opioïdes sont à éviter. La présente revue a néanmoins montré que les services de prise en charge du sevrage peuvent constituer un premier point de contact avec le réseau de la santé et une occasion pour la personne d'entamer un traitement à plus long terme de la dépendance^{1, 18, 31, 65, 74, 76, 127, 140, 201, 217, 218, 224, 240}. Ils peuvent permettre à la personne de prendre connaissance des services, de se renseigner sur les différentes options thérapeutiques et de rencontrer les équipes traitantes. De plus, le passage par un sevrage amène les personnes à se familiariser avec des molécules qui peuvent également être utilisées dans un contexte de traitement de maintien. De

ce fait, pour certaines personnes ayant un TUO, les services de prise en charge du sevrage peuvent être une passerelle vers d'autres services.

La démarche de recherche a également montré qu'un sevrage d'opioïdes ne doit pas être perçu comme une intervention ponctuelle. Puisque le TUO constitue un problème de santé chronique et que les taux de rechutes sont importants après un sevrage d'opioïdes, il est important de suivre la personne à long terme et non uniquement pendant la durée de son sevrage. Plusieurs guides proposent d'intégrer le sevrage dans un plan structuré à long terme sans nécessairement viser l'abstinence^{1, 18, 60, 65, 71, 217}, ce qui s'inscrit dans une approche de la réduction des méfaits. En effet, bien que l'objectif souhaité par les personnes puisse être l'abstinence d'opioïdes, la tentative de sevrage peut être intégrée dans une planification à plus long terme de la dépendance aux opioïdes et une approche mixte d'interventions (pharmacologiques et psychosociales). Cette planification se fait par la mise en place de diverses interventions connexes au traitement pharmacologique principal en vue de faciliter la stabilisation psychosociale et pharmacologique des personnes (accès rapide au traitement de maintien, services psychosociaux, dépistage des ITSS, accès à du matériel stérile, accès à la naloxone, formation de prévention en cas de surdose, soins des plaies, accès à une résidence thérapeutique dans la communauté, etc.)^{1, 18, 31, 60, 65, 74, 76, 109, 110, 124, 127, 216-218, 224}. Ceci souligne d'ailleurs l'intérêt de mettre les différentes équipes de soins en liaison afin de pouvoir offrir un ensemble de soins et services^{127, 217}. Les recommandations visant à mettre en place des interventions psychosociales dans le cadre d'un sevrage sont cohérentes avec les conclusions d'une revue systématique de la collaboration Cochrane, qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions psychosociales en plus des interventions pharmacologiques dans le cadre d'un sevrage des opioïdes²⁴⁵. En comparaison de la prise en charge pharmacologique seule, les interventions psychosociales et pharmacologiques combinées ont, dans les 11 études analysées, significativement réduit le taux d'abandon, les absences aux rencontres durant le traitement et l'utilisation d'opioïdes pendant et après le traitement²⁴⁵. Ainsi, les auteurs concluent qu'il semble désirable de développer des approches psychosociales connexes afin de rendre les traitements de sevrage aux opioïdes plus efficaces²⁴⁵. De plus amples recherches

sont nécessaires sur les modalités précises des interventions psychosociales devant accompagner un sevrage d'opioïdes.

De plus, un continuum de services entre le sevrage et le traitement de maintien devrait être mis en place de manière à permettre une transition immédiate et en tout temps vers le TAO^{1, 65, 169, 171, 269}. Un rapport récent du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances indique d'ailleurs que cette transition d'une approche à l'autre aurait intérêt à être effectuée de manière immédiate²⁷⁰. Un court délai d'attente (c'est-à-dire de quelques jours) entre un sevrage et un traitement à long terme est un indicateur d'une bonne qualité des soins²⁷⁰. En effet, des études en dépendance (concernant d'autres substances que les opioïdes) ont montré qu'un long délai de transition des services de sevrage vers un traitement à long terme de la dépendance entraînerait des abandons et une perte d'engagement des personnes dans le traitement²⁷⁰. Ainsi, la réduction des délais dans le continuum de soins semble être un élément essentiel afin d'améliorer la qualité des soins en dépendance²⁷⁰. Il semble donc important, en pratique, que les équipes de prise en charge du sevrage et les équipes de traitement de maintien développent et entretiennent des liens étroits pour garantir cette transition entre les traitements, voire que ces équipes soient les mêmes. De plus, les équipes de sevrage devraient pouvoir offrir le TAO en attendant le transfert vers une équipe de maintien. Toutes les équipes spécialisées en TUO devraient pouvoir offrir à la fois un accompagnement lors d'un sevrage et un traitement de maintien. Parallèlement, la collaboration entre les personnes et l'équipe clinique dans l'élaboration du plan de traitement à long terme de la dépendance est également un élément clé pour maximiser les chances de succès à long terme²⁵². Il revient donc aux cliniciens, lors d'un sevrage, de profiter de cette occasion, c'est-à-dire de développer les liens nécessaires avec la personne en vue de stimuler sa participation à un traitement à long terme de sa dépendance aux opioïdes.

En plus des résultats de la présente recherche, des études récentes ont montré que les sevrages d'opioïdes devraient être suivis immédiatement d'un traitement pharmacologique efficace à long terme^{255, 256}. En effet, il y a des risques à donner son congé à une personne à la suite d'un sevrage sans lui donner accès à une molécule

efficace après le sevrage^{1,256}. Comme il a été mentionné précédemment, un sevrage d'opioïdes devrait inclure une induction avec la buprénorphine-naloxone accompagnée d'une orientation organisée vers un traitement de maintien, puisque ces modalités de prise en charge du sevrage permettent de réduire l'utilisation d'opioïdes et améliorent l'engagement en traitement, comparativement à un sevrage court à l'interne et sans suivi²⁵⁵. En somme, il convient donc d'intégrer le sevrage dans une démarche de suivi pharmacologique et psychosocial intensif.

L'application de ces données dans le contexte québécois semble nécessaire puisque des équipes de soins des services de prise en charge du sevrage en CRD ont indiqué que certaines personnes tentant un sevrage d'opioïdes seul pouvaient partir en refusant le traitement lorsque les symptômes de sevrage sont trop intenses et qu'aucune autre intervention n'est mise en place pour assurer un lien à plus long terme avec elles. Cet état de fait constitue un véritable échec des services en dépendance du RSSS, et tous les efforts possibles devraient être déployés pour éviter ces situations. Il semble donc nécessaire que les équipes cliniques des services de prise en charge du sevrage soient outillées pour offrir, du moins temporairement, un TAO afin de garantir une continuité des soins en attendant que d'autres prennent la relève à plus long terme. Les gestionnaires et les équipes cliniques des services de prise en charge du sevrage devraient également développer et entretenir des liens étroits avec les équipes spécialisées en TAO et l'ensemble des médecins ayant une pratique de TAO dans leur région. Il semble également nécessaire pour eux d'établir des corridors de services rapides et efficaces avec des services psychosociaux et psychiatriques (p. ex. nécessité de réduire les délais d'attente pour avoir accès à du soutien psychosocial, qui peuvent aller jusqu'à 6 semaines après le sevrage dans les CRD). Il est également nécessaire pour eux d'avoir une connaissance approfondie des organismes communautaires (travailleurs de rue, intervenants psychosociaux, distribution de matériel stérile et de naloxone à la sortie des services internes, etc.) ainsi que des ressources communautaires d'hébergement de leur région pour pouvoir offrir un environnement sécuritaire à ceux qui en ont besoin et d'assurer une continuité du traitement à long terme.

Interrelations entre le sevrage et le maintien

Les analyses de la présente recherche ont mis en lumière de multiples trajectoires de soins. Elles ont révélé que les différents types d'interventions destinées aux personnes ayant un TUO ont reçu des appellations différentes, soit le sevrage et le maintien, mais qu'en réalité elles sont intimement liées, ou font partie d'un même continuum et qu'elles doivent être vues comme des étapes d'un plan et d'un accompagnement à long terme du TUO.

En effet, une même personne ayant un TUO peut naviguer entre le sevrage et le maintien ou peut initialement faire une demande pour une ou l'autre de ces interventions, puis changer d'idée. En effet, une personne tentant un sevrage rapide par une molécule agoniste peut décider de ralentir la cadence de son sevrage et se retrouver avec une molécule agoniste pendant plus de 6 mois, ce qui répond aux critères de traitement de maintien. De même, une personne stabilisée sous TAO depuis des années peut souhaiter y mettre fin au moyen d'un sevrage, à l'interne ou à l'externe. Ainsi, les services internes de prise en charge du sevrage peuvent servir autant les personnes stabilisées sous TAO que celles qui ne le sont pas. Par exemple, une personne stabilisée sous TAO qui a peur de rechuter pourrait être hébergée à l'interne pendant une période particulière d'un sevrage de fin de traitement. Puis, une personne qui n'est pas stabilisée sous TAO mais qui souhaite faire un sevrage pourrait entamer une induction et être stabilisée à l'interne au moyen d'un agoniste opioïde avant d'effectuer une décroissance graduelle à l'externe, ou même être stabilisée sous TAO plus tard. À partir du moment où les mêmes molécules agonistes sont utilisées en sevrage comme en traitement de maintien et que la recommandation qui prévoit la prolongation de la période de décroissance pour tous les sevrages est prise en compte, la délimitation habituelle entre les services de « désintox » (ou gestion du sevrage) et de TAO n'a plus lieu d'être. C'est alors plutôt la vocation des services de gestion du sevrage en ce qui a trait aux opioïdes ainsi que les indications pour l'interne et l'externe qui restent à redéfinir.

En somme, l'idée même de sevrage comme étape isolée et ponctuelle dans la trajectoire de soins d'une personne ayant un TUO est à repenser. Étant donné

qu'il convient de privilégier le TAO pour l'ensemble des personnes ayant un TUO, peu importe leur demande initiale (sevrage ou traitement de maintien), des liens étroits devraient être entretenus entre les équipes de soins au Québec et l'organisation des services devrait être revue de manière à favoriser l'accessibilité aux agonistes opioïdes comme partie intégrante de toute offre de services.

3.3.2

Limites de la recherche

La recherche menée sur la prise en charge médicale du sevrage est sujette à certaines limites qui devraient être prises en compte. Bien que les études scientifiques retenues présentent une qualité jugée suffisante sur le plan méthodologique, quelques limites peuvent néanmoins être mises en évidence. Tout d'abord, une part importante du corpus ne comporte pas de groupe témoin ($n = 21$). Par contre, toutes les études ayant pour objectif de comparer différentes durées de sevrage portent sur un groupe témoin ($n = 7$). Mentionnons, par ailleurs, que la majorité des études ($n = 26$) ne présentent que des issues de traitement à court terme, c'est-à-dire que les données ont été compilées uniquement durant le sevrage ou à la fin de celui-ci. Ainsi, le tiers des études ($n = 13$) observe les effets d'un sevrage à moyen terme, c'est-à-dire en compilant des données à 1 mois, 3 mois ou 6 mois après le traitement. Alors que plusieurs études recensées compilent des données sur l'abstinence des personnes étudiées ($n = 20$), peu s'intéressent à la réduction de la consommation d'opioïdes ($n = 2$). De plus, notons qu'une utilisation variable de médicaments complémentaires ainsi qu'une consommation parallèle d'opioïdes durant les sevrages pourraient contribuer à brouiller les résultats des études concernant la chronologie et l'intensité des symptômes de sevrage. Finalement, certaines limites concernent l'échantillon des études. Plusieurs études ($n = 25$) portent sur un échantillon de taille relativement limitée ($n < 100$). De plus, la variabilité des types d'opioïdes dont les participants se sèvent d'une étude à l'autre (opioïdes prescrits, opioïdes non prescrits, ou agonistes opioïdes) ainsi que le manque de détails quant à leur tolérance aux opioïdes, à la quantité d'opioïdes consommée et au niveau d'intensité de la dépendance aux opioïdes des participants contribuent

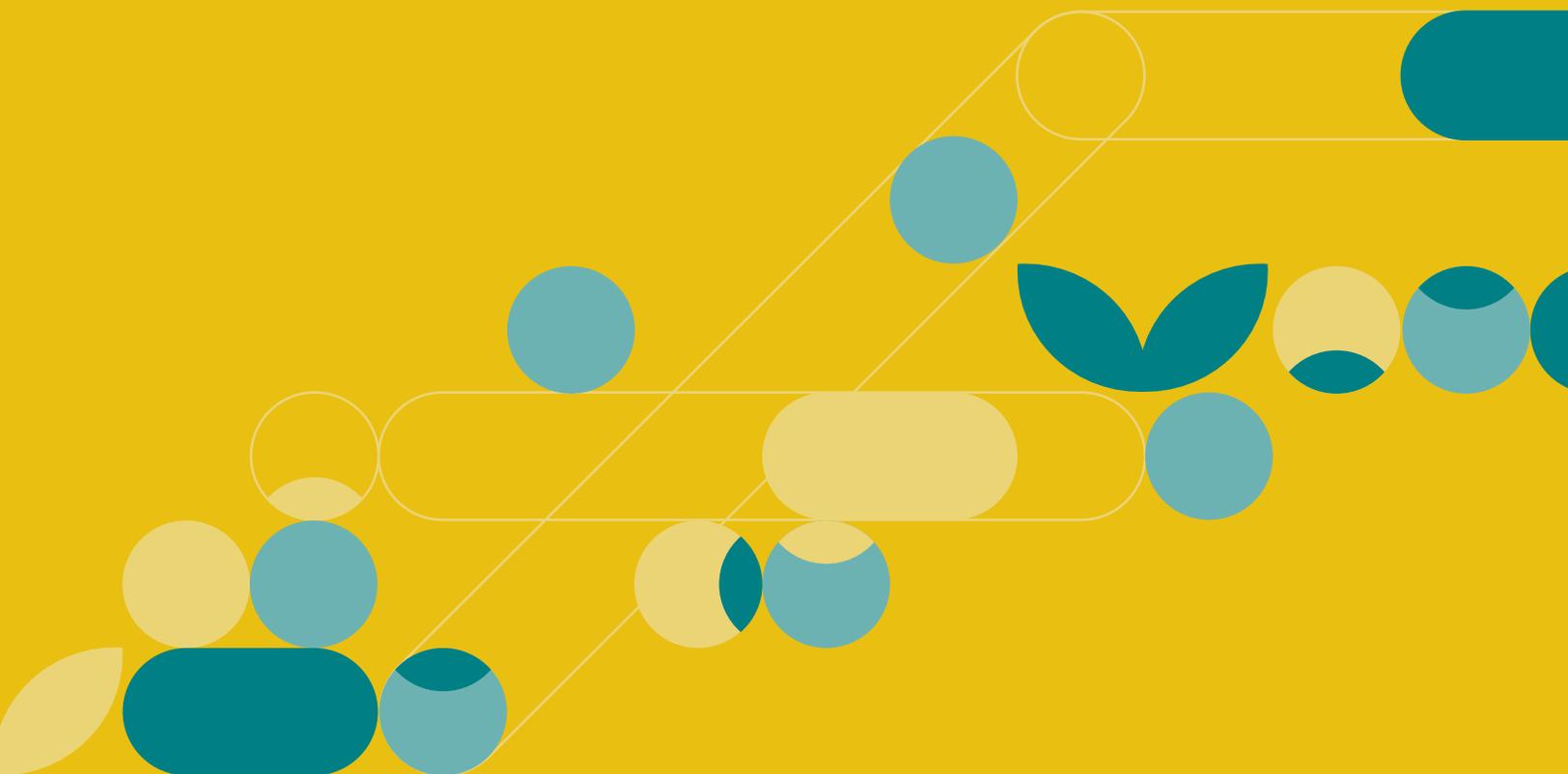
à limiter la généralisation des conclusions à toutes les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes.

En ce qui concerne les guides de pratique clinique retenus, ils proviennent tous d'organisations gouvernementales ou non gouvernementales reconnues et bien établies. Bien que leur qualité soit jugée suffisante sur le plan méthodologique, quelques limites peuvent néanmoins être mises en évidence. Tous les guides retenus présentent des recommandations fondées sur des connaissances issues de données scientifiques ou sur des connaissances issues de données scientifiques et d'opinions d'experts. Par contre, les recommandations des guides ne sont pas toujours directement appuyées par des données scientifiques dont la solidité est mentionnée. De plus, les méthodes de recherche d'informations sont détaillées de manière variable dans les guides retenus. Par exemple, il peut arriver que les liens entre les recommandations et les preuves scientifiques ne soient pas explicités, ce qui peut limiter la fiabilité des recommandations émises.

En ce qui a trait aux limites des entretiens menés, il est important de rappeler que, pour des raisons organisationnelles, il n'était pas possible de rencontrer l'ensemble des services de gestion du sevrage au Québec. Seules des équipes de prise en charge du sevrage des établissements ayant une mission CRD ont été rencontrées. Aucune équipe de prise en charge du sevrage dans des centres hospitaliers n'a été rencontrée. Il convient également de souligner qu'aucun intervenant communautaire ni aucune personne utilisatrice d'opioïdes n'ont été rencontrés dans le cadre du projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage.

4

AUTRES ACTIVITÉS DE RECHERCHE



Au cours des différentes étapes des deux projets de recherche, des besoins ont émergé et des occasions ont été saisies par l'équipe de recherche en parallèle des travaux prévus afin de mieux soutenir le développement des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes.

4.1 ÉVÉNEMENT PROVINCIAL SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DU SEVRAGE D'OPIOÏDES

Tout d'abord, une activité provinciale de réseautage et de transfert de connaissances sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes a été organisée afin de rencontrer et de rassembler l'ensemble des acteurs clés des services de gestion du sevrage des 16 CISSS ou CIUSSS ayant une mission CRD au Québec. En plus du transfert de connaissances sur les pratiques exemplaires de prise en charge médicale du sevrage fondées sur des données probantes, l'activité avait pour objectif de dresser un état de la situation des pratiques actuelles de prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes au Québec, en plus de déterminer les obstacles ou enjeux associés à l'adoption de nouvelles pratiques dans ce domaine. Cette activité a constitué une étape essentielle au projet puisque les questionnaires préentretiens reçus préalablement parvenaient difficilement à dresser un portrait fidèle et complet des pratiques de prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes en cours dans les différentes régions du Québec.

Au total, 63 professionnels de la santé étaient présents. Cette rencontre regroupait des médecins (11), des infirmières (19), des gestionnaires de services de gestion du sevrage et des personnes responsables des directions des programmes de santé mentale et dépendances (25) de 1 des 16 régions présentes. Trois ateliers ont eu lieu au cours de cette journée sur les thèmes suivants :

- 1) Présentation des recommandations des lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) sur la prise en charge médicale du sevrage chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation des opioïdes;
- 2) Présentation des données préliminaires de la revue de la littérature de la présente recherche;
- 3) Présentation des données préliminaires des questionnaires préentretiens sur les services de gestion du sevrage dans les établissements ayant une mission CRD.

La programmation de la journée comprenait d'abord la présentation d'un contenu informatif sur chacun des thèmes, puis les participants étaient divisés en sous-groupes de discussion selon leur profession, soit médecins, infirmières et gestionnaires, afin de comprendre les enjeux et les besoins de chacun. Les principaux enjeux qui ont été soulevés durant les ateliers concernaient le manque d'accessibilité du TAO (enjeux territoriaux, délais d'attente, peu de disponibilité médicale, nécessité de développer une approche de proximité et d'« aller vers », etc.), le besoin de soutien clinique (outils cliniques, formation pour fournir une éducation de qualité aux personnes ayant un TUO, formation continue sur les bonnes pratiques, etc.) ainsi que le manque de flexibilité du TAO (rigidité du cadre réglementaire entourant les traitements des TUO, etc.). Bref, l'importance de rendre le TAO plus attrayant pour les personnes ayant un TUO a été mise en lumière. D'autres éléments ont également été mentionnés, tels que l'importance de déployer une approche de réduction des méfaits standardisée (notamment l'accès à de la naloxone et l'éducation relative à son utilisation), de développer des services visant le soutien après une tentative de sevrage d'opioïdes, d'augmenter la reconnaissance et le pouvoir du rôle du personnel infirmier dans le cadre du TAO, de lutter contre la stigmatisation

des personnes ayant un TUO et de sensibiliser le public et le RSSS à leur sujet.

Ainsi, lors de la clôture de cette journée provinciale, deux grandes priorités ont été retenues par l'ensemble des participants afin de favoriser l'amélioration de la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes et de surmonter les enjeux soulevés lors des 3 ateliers :

- 1) Assouplir le cadre réglementaire en TAO des ordres professionnels qui encadrent cette pratique afin de rendre le traitement à long terme plus attrayant, flexible et adapté pour les personnes ayant un TUO;
- 2) Développer des outils cliniques sur l'utilisation des molécules orales en TAO afin de la démocratiser et d'augmenter le nombre de prescripteurs au Québec.

À la suite de cet événement, l'équipe de recherche, appuyée par la Direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS, a approché l'INESSS afin d'explorer la possibilité de produire un guide d'usage optimal des agonistes opioïdes oraux dans le traitement du trouble lié à l'utilisation des opioïdes. L'INESSS a accepté de prendre ce mandat. Les travaux sont en cours. De plus, l'équipe de recherche a rencontré les ordres professionnels afin de proposer des modifications au cadre réglementaire en TAO, comme explicité à la section qui suit.

4.2

RÉVISION DU CADRE RÉGLEMENTAIRE EN TAO DES ORDRES PROFESSIONNELS

En ce qui concerne l'assouplissement du cadre réglementaire en TAO, une mise à jour était déjà en cours par l'entremise des travaux conjoints du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ. Ceux-ci avaient déjà soumis, aux fins de consultation, un document de travail aux différents experts en TAO du Québec; l'équipe de recherche a donc contacté le comité interordres auquel siègent ces trois ordres afin de leur faire part des résultats préliminaires des deux projets de recherche en cours et d'établir des modalités de collaborations mutuelles.

L'équipe de recherche a aussi travaillé conjointement avec le groupe de travail du projet « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux au Québec ». Cette collaboration a permis la création, à l'intention du comité interordres, d'un argumentaire pour soutenir l'assouplissement du cadre réglementaire entourant les traitements des TUO. Cet argumentaire s'est appuyé sur des données à jour provenant d'articles scientifiques, de guides cliniques et des résultats des entretiens menés auprès des différentes populations rencontrées dans le cadre des deux projets de recherche.

Le 24 septembre 2019, l'équipe de recherche a été à la rencontre des représentants du comité interordres. Cette rencontre a été l'occasion de déposer et de présenter les propositions d'assouplissement du cadre réglementaire ([annexe 1](#) du *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*). Les propositions déposées par l'équipe de recherche ont été intégrées en très grande partie dans la mise à jour du cadre réglementaire entourant les traitements des TUO, et l'équipe a pu participer à la relecture et l'amendement de sa version définitive. Les deux parties ont souligné la nécessité de produire un guide clinique pour soutenir le cadre réglementaire et que ce guide clinique puisse voir le jour simultanément avec l'arrivée d'un nouveau cadre réglementaire afin de bien outiller les cliniciens et d'éviter la confusion dans l'interprétation des nouvelles normes. Le comité interordres devrait déposer son nouveau cadre réglementaire entourant les traitements des TUO au cours de l'hiver 2020.

5

CONCLUSION



La crise des surdoses d'opioïdes aura permis de révéler encore plus clairement à quel point la stigmatisation des personnes utilisatrices d'opioïdes peut être délétère et que celle-ci constitue la cause profonde de bon nombre de méfaits dont les personnes sont victimes. Devant le nombre aberrant de décès, de surdoses et d'hospitalisations, il est inexplicable que toutes les personnes désirant recevoir un TAO n'y aient pas accès. De plus, certaines régions du Québec peinent encore à offrir ces services. Il a aussi été clairement souligné lors des collectes de données que les personnes utilisatrices d'opioïdes ne se sentent pas les bienvenues et adéquatement prises en charge dans les principaux établissements du RSSS qu'elles fréquentent et que l'ensemble des acteurs ne semblent pas outillés et prêts à agir rapidement.

La crise actuelle force la réévaluation de la façon d'effectuer les interventions et d'organiser les services afin que ceux-ci favorisent systématiquement l'accueil, l'accès et la rétention en traitement et que tout départ prématuré d'une personne utilisatrice d'opioïdes en traitement ne soit plus perçu comme un choix, mais bien comme un échec du RSSS. Le nombre de décès et de surdoses rappelle que toutes les portes d'entrée et toutes les occasions doivent être saisies pour entamer le TAO, mais aussi pour assurer la sécurité de la personne qui utilise des opioïdes.

Heureusement, un virage s'amorce : d'une époque où il incombait à la personne de franchir les obstacles, de faire « la bonne demande au bon endroit » et d'avoir assez de motivation, on passe à une ère où des efforts sont faits pour que les grands principes du « bas seuil » s'appliquent à l'ensemble des soins et services en TUO. Ce n'est donc plus à la personne de s'adapter aux services, mais bien l'inverse. L'adaptabilité, la flexibilité et l'individualisation ne sont désormais plus réservées aux équipes spécialisées : elles constituent des concepts clés qui pourront guider l'organisation de tous les services en TUO.

De même, un virage idéologique est en cours dans le RSSS où l'objectif ultime d'abstinence est réévalué au profit de la qualité de vie de la personne. Un repositionnement thérapeutique en découle; le professionnel de la santé et des services sociaux n'est pas celui qui sait ou qui impose, mais bien celui qui accompagne, qui est le partenaire sur lequel la personne peut compter.

En parallèle, le concept même de TUO évolue et, sans être réduit au statut de maladie chronique, le TUO cesse d'être perçu comme un enjeu ponctuel qu'on peut régler rapidement avec, par exemple, un sevrage. Il constitue plutôt un processus à long terme, parsemé de hauts et de bas, qui nécessite diverses modalités thérapeutiques et des intensités variables d'accompagnement. Les équipes ne peuvent donc plus considérer leur mandat comme accompli tant et aussi longtemps que la personne n'est pas arrimée au bon endroit. À cet égard, les modèles d'organisation de services en maladies chroniques pourraient constituer des avenues intéressantes à explorer afin de bien hiérarchiser les soins en TUO et de faire en sorte que les services de première ligne puissent réellement être impliqués avec le soutien des centres spécialisés. Ainsi, les services de première ligne, dont les GMF, pourraient offrir leurs services aux personnes stabilisées sous TAO ou aux personnes utilisatrices d'opioïdes ne souffrant pas d'un TUO complexe ou n'ayant pas de multiples comorbidités. Les équipes spécialisées pourraient ainsi réellement effectuer leur mandat en impliquant des équipes interdisciplinaires de façon plus intensive avec des personnes vivant des situations prolongées d'instabilité biopsychosociale. Chacun serait ainsi appelé à clarifier le rôle qu'il peut jouer et à développer un véritable continuum de soins en TUO adapté aux besoins de chaque personne utilisatrice d'opioïdes.

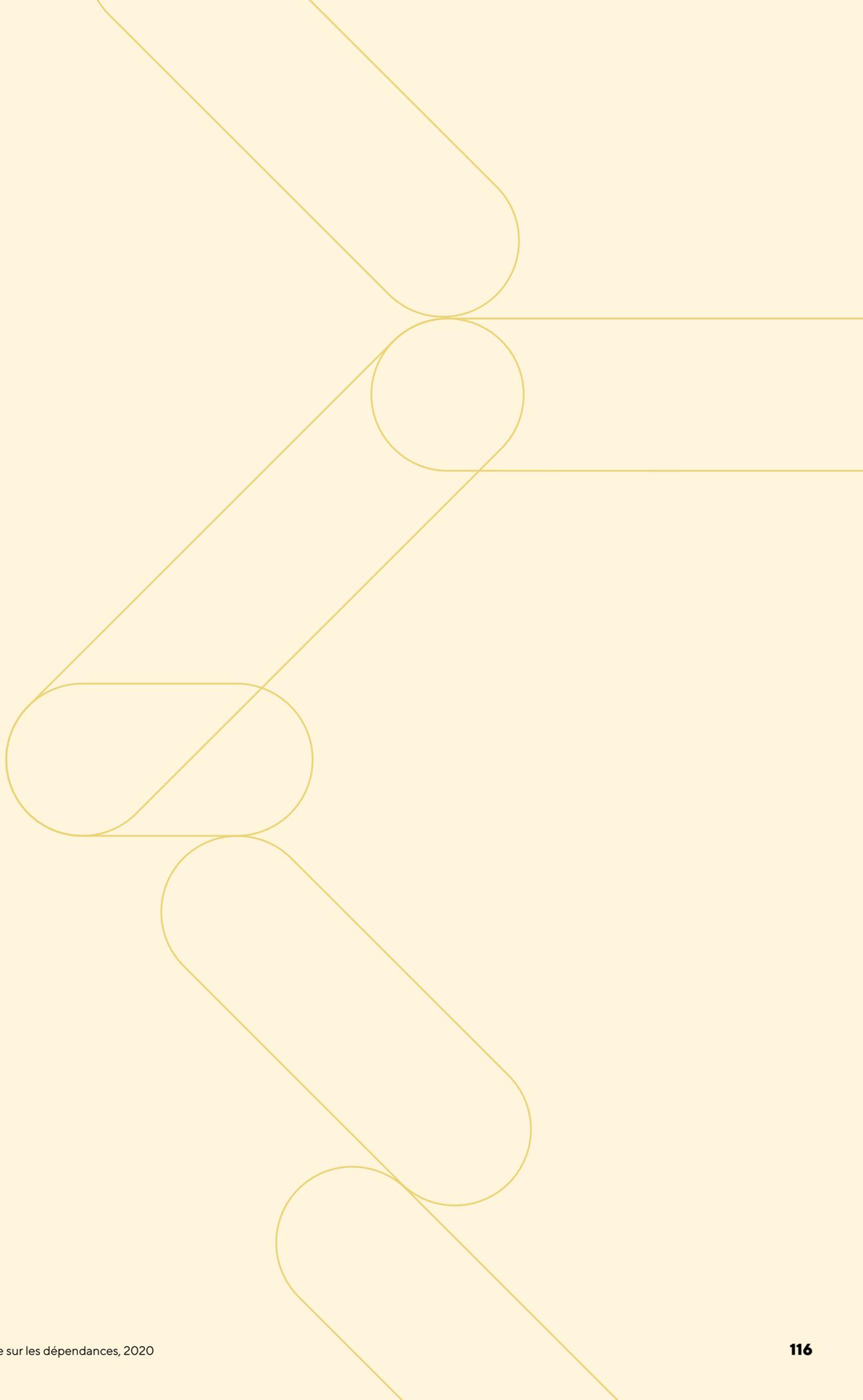
Dans un contexte de rareté des ressources, il reste toutefois à défendre la nécessité d'investir davantage auprès des populations en situation de précarité. Cette mince ligne entre égalité et équité doit sans cesse être clarifiée afin que les personnes les plus vulnérables puissent bénéficier des services supplémentaires qui leur sont nécessaires. Le présent rapport s'est concentré sur les personnes qui utilisent des opioïdes, mais il convient de rappeler que ce sont souvent ces mêmes personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ou se retrouvent en situation d'itinérance. Donc, pourquoi penser, financer, organiser les

services séparément et demander aux personnes et à leurs équipes de redoubler les efforts et démarches? L'heure est au décroisement et il y a lieu de repenser les services en fonction de l'ensemble des besoins des personnes en situation de précarité. Les cloisons traditionnelles entre les équipes en santé mentale, en itinérance et en dépendance doivent être davantage abattues afin d'offrir une approche holistique de la personne en situation de précarité.

Ainsi, au terme des 2 projets « *Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec* » et « *La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation* », une ébauche de continuum de services en TUO commence à voir le jour. Étant donné que le présent rapport n'incluait pas les services de première ligne, les GMF et les hôpitaux, ce continuum sera certainement appelé à être bonifié pour inclure l'ensemble des acteurs. Dans l'optique de ce continuum non linéaire, les personnes utilisatrices auront accès de plus en plus rapidement au TAO lorsque nécessaire, les démarches

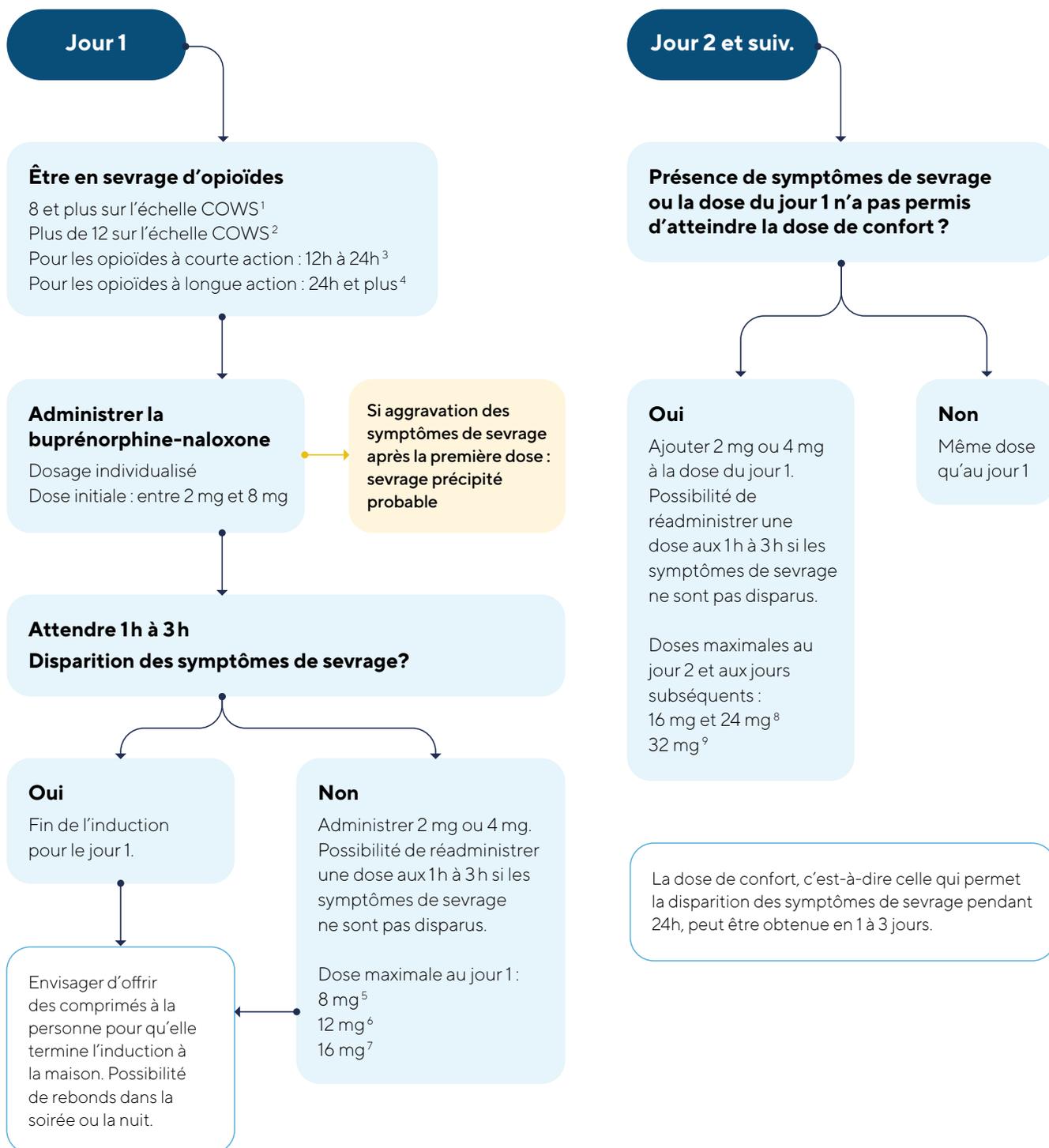
seront simplifiées et la philosophie de la réduction des méfaits et la vision holistique influenceront l'ensemble des interventions. Beaucoup de travail reste à faire, bien que certaines démarches soient en cours, dont la révision du cadre réglementaire des ordres professionnels ainsi que la production d'un guide d'usage optimal des agonistes opioïdes dans le traitement du TUO par l'INESSS. Plusieurs autres démarches resteront cependant à effectuer, dont la rédaction de nouvelles lignes directrices cliniques sur le traitement du TUO, la production de formations à jour, l'établissement d'une concertation entre les différents acteurs en TUO du Québec, le développement d'un soutien organisationnel et le mentorat, pour n'en nommer que quelques-uns.

Ainsi, les 2 projets présentés ici ont permis d'amasser une quantité considérable d'information grâce à la littérature, mais aussi grâce à la richesse des entrevues effectuées après de plusieurs intervenants sur le terrain et avec les personnes utilisatrices d'opioïdes. Dans un souci de synthétiser le tout et d'en faciliter l'appropriation, [10 propositions ont émergé de l'ensemble des travaux](#). Sans être exhaustives, ces propositions constituent un point de départ vers l'amélioration des pratiques sur la prise en charge du TUO pour le Québec.



ANNEXE

Résumé des données de la littérature sur les procédures d'induction avec la buprénorphine-naloxone



* Cette figure rapporte les données issues de la revue de la littérature du projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. Les doses sont exprimées en buprénorphine. Les auteurs ne peuvent offrir de garanties et ne peuvent être tenus responsables en lien avec la pratique clinique du TAO. Les prestataires de soins et de services ont la responsabilité d'être adéquatement formés et compétents pour offrir des soins et services dans le respect de leurs normes professionnelles et de leurs codes de déontologie.

1. Gunderson E, Wang X, Fiellin D, Bryan B, Levin F. Unobserved versus observed office buprenorphine/naloxone induction: A pilot randomized clinical trial. *Addict Behav.* 2010;35(5):537-40. Ci-après Gunderson.

Jacobs P, Ang A, Hillhouse MP, Saxon AJ, Nielsen S, Wakim PG, et al. Treatment outcomes in opioid dependent patients with different buprenorphine/naloxone induction dosing patterns and trajectories. *Am J Addict.* 2015;24(7):667-75. Ci-après Jacobs.

Nielsen S, Hillhouse M, Weiss RD, Mooney L, Sharpe Potter J, Lee J, et al. The relationship between primary prescription opioid and buprenorphine-naloxone induction outcomes in a prescription opioid dependent sample. *Am J Addict.* 2014;23(4):343-8. Ci-après Nielsen 2014.

Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs.* 2003;35(2):253 9. Ci-après Wesson.
2. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder [Internet]. Vancouver, BC; 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf. Ci-après BCCSU.

Center for Addiction and Mental Health (CAMH). Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/07/buprenorphine_naloxone_CAMH2012.pdf. Ci-après CAMH.

Suboxone product monograph including patient medication information. Indivior UK Limited: Berkshire, UK. Control No. 195433. December 20, 2016. Disponible à: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00037755.PDF. Ci-après monographie Suboxone.

Wesson, op. cit.
3. Pour l'héroïne, la morphine, l'hydrocodone et l'oxycodone à libération rapide, de 12 à 16 heures. Pour la morphine orale à libération lente, l'hydromorphone à libération contrôlée et l'oxycodone à libération prolongée, de 17 à 24 heures. (BCCSU, op. cit.)

American Society of Addictions Medicine (ASAM). The National Practice Guideline for the Use of Medication in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>. Ci-après ASAM.

Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction [Internet]. 2004 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514846>. Ci-après SAMHSA.

Gunderson, op. cit.
4. Pour la méthadone, 24 heures et plus, mais préférablement de 30 à 72 heures (BCCSU, op. cit.).

Nielsen S, Hillhouse M, Mooney L, Fahey J, Ling W. Comparing buprenorphine induction experience with heroin and prescription opioid users. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(3):285-90. Ci-après Nielsen 2012.

Breen CL, Harris SJ, Lintzeris N, Mattick RP, Hawken L, Bell J, et al. Cessation of methadone maintenance treatment using buprenorphine: transfer from methadone to buprenorphine and subsequent buprenorphine reductions. *Drug Alcohol Depend.* 2003;71(1):49-55. Ci-après Breen.

Gunderson, op. cit.; Nielsen 2014, op. cit.; ASAM, op. cit.; SAMHSA, op. cit.
5. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_ld_buprenorphine.pdf. Ci-après CMQ et OPQ.

CAMH, op. cit.; SAMHSA, op. cit.
6. Monographie Suboxone, op. cit.
7. Marsch LA, Moore SK, Borodovsky JT, Solhkhah R, Badger GJ, Semino S, et al. A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults. *Addiction.* 2016;111(8):1406-15.

Gunderson, op. cit.; Nielsen 2012, op. cit.; Jacobs, op. cit.; BCCSU, op. cit.
8. Plusieurs auteurs proposent une dose maximale de 16 mg au jour 2 et de 24 mg aux jours subséquents : Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Government of Australia; 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>

Monographie Suboxone, op. cit.; Nielsen 2012, op. cit.; BCCSU, op. cit.; CMQ et OPQ, op. cit.; CAMH, op. cit.; Nielsen 2014, op. cit.; Breen, op. cit.
9. Certains énoncent qu'il est parfois possible de stabiliser une personne sur une dose de 32 mg de buprénorphine par jour, voire d'atteindre 32 mg au jour 2 : Jacobs, op. cit., BCCSU, op. cit., et World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Geneva; 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

RÉFÉRENCES

1. Initiative Canadienne de Recherche en Abus de Substance (ICRAS-CRISM). Lignes Directrices Nationales de L'Initiative Canadienne de Recherche sur L'Abus de Substances sur la Prise en Charge Clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes [Internet]. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM); 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf
2. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach | SAMHSA Publications [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884.html>
3. Edland-Gryt M, Skatvedt AH. Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *Int J Drug Policy*. 2013;24(3):257-64.
4. Islam M, Topp L, Conigrave KM, Day CA. Defining a service for people who use drugs as « low-threshold » : what should be the criteria? *Int J Drug Policy*. 2013;24(3):220-2.
5. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. 2018 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux [Internet]. Gouvernement du Québec; 2018. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
8. Uchtenhagen A. Stepped Care Models in Addiction Treatment. *Textbook of addiction treatment: International perspectives*. 2015;
9. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépe [Internet]. 2016 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
10. Mullaly B, West J. *Challenging Oppression and Confronting Privilege: A Critical Approach to Anti-Oppressive and Anti-Privilege Theory and Practice*. Third Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2017. 432 p.
11. Collège des médecins du Québec (CMQ). Retrait de l'exemption pour le traitement par la méthadone à compter du 19 mai [Internet]. 2018 juin [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/retrait-exemption-methadone.aspx>
12. Van Beek I. Case study: accessible primary health care—a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2007;18(4):329-32.
13. Wood S, Austin S. Building Bridges in Bridgeport for HIV-Positive Substance Abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2009;8(1):20-34.
14. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Avis_naloxone_RCR.pdf

15. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Value of Peers, 2017 [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA); 2017 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/value-of-peers-2017.pdf
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet [Internet]. Québec; 2018 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
17. International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction ? A position statement from the International Harm Reduction Association [Internet]. London; 2009 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: https://www.hri.global/files/2010/05/31/IHRA_HRStatement.pdf
18. World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Geneva; 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
19. Collège des médecins du Québec (CMQ). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication [Internet]. 2015 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1579444839879>
20. Sorsa MA, Kiikkala I, Åstedt-Kurki P. Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(2):88-100.
21. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national: Méfaits associés aux opioïdes au Canada [Internet]. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2019 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids/>
22. Shemilt M, Langlois E, Dubé M, Gagné M, Perron P, Dubé P. Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016 | INSPQ [Internet]. 2017 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2298>
23. Institut national de santé publique du Québec. Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à juin 2019 [Internet]. INSPQ. 2019 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/decès-attribuables-une-intoxication-aux-opioides/decès-relies-une-intoxication-suspectee-aux-opioides-ou-autres-drogues-au-quebec-2017-2019>
24. Ahamad K, Hayashi K, Nguyen P, Dobrer S, Kerr T, Schütz CG, et al. Effect of low-threshold methadone maintenance therapy for people who inject drugs on HIV incidence in Vancouver, BC, Canada: an observational cohort study. *Lancet HIV*. 2015;2(10):e445-450.
25. Bruneau J, Roy E, Arruda N, Zang G, Jutras-Aswad D. The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*. 2012;107(7):1318-27.
26. Martin J, Cunliffe J, Décarry-Héту D, Aldridge J. Effect of restricting the legal supply of prescription opioids on buying through online illicit marketplaces: interrupted time series analysis. *BMJ* [Internet]. 2018 [cité 3 févr 2020];361. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2270>
27. Vashishtha D, Mittal M-L, Werb. The North American opioid epidemic: current challenges and a call for treatment as prevention. *Harm Reduction Journal*. 2017;14(1):1-6.
28. Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux, Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. 2009 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
29. Santé Canada. « Certaines circonstances ». Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées [Internet]. Ottawa; 2001 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf

30. Hyppolite S-R. Innover dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées | Réseau-1 [Internet]. 2019 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <http://reseau1quebec.ca/recherche-et-ressources/projets-en-cours/comprendre-le-parcours-de-soins-des-personnes-marginalisees-et-leurs-besoins-pour-innover-et-ameliorer-les-soins-en-premiere-ligne/>
31. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA). Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>
32. ICRAS-CRISM. Lignes Directrices Nationales de L'Initiative Canadienne de Recherche sur L'Abus de Substances sur la Prise en Charge Clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM); 2018.
33. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend.* 2008;94(1-3):151-7.
34. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8):CD004145.
35. Langendam MW, van Brussel GH, Coutinho RA, van Ameijden EJ. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health.* 2001;91(5):774-80.
36. Poliquin H, Dassieu L, Perreault M, Bertrand K. Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal. *Psychotropes.* 2018;Vol. 24(3):111-34.
37. Strike C, Millson M, Hopkins S, Smith C. What is low threshold methadone maintenance treatment? *Int J Drug Policy.* 2013;24(6):e51-56.
38. Perreault M, Archambault L. Le requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal [Internet]. CRAN; 2017 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <http://cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/requis-de-services-en-matiere-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage>
39. Dassieu L. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes.* 2013;Vol. 19(3):149-72.
40. Bruneau J, Ahamad K, Goyer M-È, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ.* 2018;190(9):E247-57.
41. Marlatt GA, Blume AW, Parks GA. Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs.* 2001;33(1):13-21.
42. Eversman MH. High and low threshold service provision in drug-free settings: Practitioner views. *Int J Drug Policy.* nov 2010;21(6):501-6.
43. Poliquin H. Significations de la santé et du prendre soin de soi pour des personnes qui font usage de drogues par injection et perspectives de ces dernières sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes [Internet]. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé; 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/15030>
44. McKee M, Reeves A, Clair A, Stuckler D. Living on the edge: precariousness and why it matters for health. *Archives of Public Health.* 2017;75(1):13.
45. Wrezinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Rapport présenté au nom du conseil économique et social [Internet]. 1987 [cité 20 janv 2020]. Report No.: 6, Session de 1987, Séances des 10 et 11 février 1987. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

46. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. 2015 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
47. Poliquin H. Penser et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection | DSS. *Drogues, santé et société*. 2017;16(2):106-24.
48. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res*. 2006;12(1):33-41.
49. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, et al. Reduction in Injection-Related HIV Risk After 6 Months in a Low-Threshold Methadone Treatment Program. *AIDS Education and Prevention*. 2007;19(2):124-36.
50. Villeneuve PJ, Challacombe L, Strike CJ, Myers T, Fischer B, Shore R, et al. Change in healthrelated quality of life of opiate users in lowthreshold methadone programs. *Journal of Substance Use*. 2006;11(2):137-49.
51. College of Physicians and Surgeons of Alberta. Alberta Methadone Maintenance Treatment: Standards and Guidelines for Dependence [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/06/alberta-mmt-standards-guidelines.pdf>
52. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Publications/Epid/Other/02_CPSBC-Methadone_Maintenance_Program_Clinical%20_Practice_Guideline.pdf
53. Government of New-Brunswick. Methadone Maintenance Treatment Guidelines for New Brunswick Addiction Services [Internet]. 2005 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_guidelines-e.pdf
54. Government of New-Brunswick. Methadone Maintenance Treatment Policies and Procedures for New Brunswick Addiction Services [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_policies-e.pdf
55. Health Canada. Best Practices - Methadone Maintenance Treatment [Internet]. Health Canada; 2002 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cn2493-eng.pdf>
56. Health Service Executive. Clinical Guidelines for Opioid Substitution Treatment [Internet]. Dublin; 2016 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/primary/clinical-guidelines-for-opioid-substitution-treatment.pdf>
57. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cadre de référence et guide de bonnes pratiques - Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-804-01.pdf>
58. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Medications for Opioid Use Disorder - For healthcare and Addiction Professionals, Policymakers, Patients and Families [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Report No.: TIP 63. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30566313>
59. Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS*. 2008;22(11):1247-56.
60. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (CGDMD). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management [Internet]. London: Department of Health; 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
61. Government of Saskatchewan. Opioid Substitution Therapy - Guidelines for Saskatchewan Addiction Counsellors [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/106993-OST-Guidelines-June-5.pdf>

62. Lee S, Castella A de, Freidin J, Kennedy A, Kroschel J, Humphrey C, et al. Mental health care on the streets: An integrated approach. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(6):505-12.
63. Milne R, Price M, Wallace B, Drost A, Haigh-Gidora I, Nezil FA, et al. From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. *Int J Drug Policy*. 2015;26(10):1020-7.
64. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS). Dépendance aux opioïdes - Traitements basés sur la substitution (Révision de juillet 2013) [Internet]. 2013 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f\(8\)_def.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f(8)_def.pdf)
65. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder [Internet]. Vancouver, BC; 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
66. Damon W, Small W, Anderson S, Maher L, Wood E, Kerr T, et al. « Crisis » and « everyday » initiators: A qualitative study of coercion and agency in the context of methadone maintenance treatment initiation. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(2):253-60.
67. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs | SAMHSA Publications [Internet]. 2015 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>
68. Little J, Franskoviak P. So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *J Clin Psychol*. 2010;66(2):175-88.
69. Powers C, Comfort M, Lopez AM, Kral AH, Murdoch O, Lorvick J. Addressing Structural Barriers to HIV Care among Triply Diagnosed Adults: Project Bridge Oakland. *Health Soc Work*. 2017;42(2):e53-61.
70. Gibson BA, Morano JP, Walton MR, Marcus R, Zelenev A, Bruce RD, et al. Innovative Program Delivery and Determinants of Frequent Visitation to a Mobile Medical Clinic in an Urban Setting. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2017;28(2):643-62.
71. Ministry of Health of New Zealand. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf>
72. Newman AI, Beckstead S, Beking D, Finch S, Knorr T, Lynch C, et al. Treatment of chronic hepatitis C infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Can J Gastroenterol*. 2013;27(4):217-23.
73. Norman J, Walsh NM, Mugavin J, Stoové MA, Kelsall J, Austin K, et al. The acceptability and feasibility of peer worker support role in community based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal*. 2008;5(1):8.
74. American Society of Addictions Medicine (ASAM). The National Practice Guideline for the Use of Medication in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>
75. Waller C. Medication Assisted Treatment Guidelines for Opioid Use Disorders. Michigan Department of Community Health; 2014.
76. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction [Internet]. 2004 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514846>

77. Ministry of Health of New Zealand. New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf>
78. College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador. Methadone Maintenance Treatment: Standards and Guidelines [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cpsnl.ca/web/files/Methadone%20Maintenance%20Treatment%20Standards%20and%20Guidelines%20-%20Amended%20June%202018.pdf>
79. Bardwell G, Anderson S, Richardson L, Bird L, Lampkin H, Small W, et al. The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. *Int J Drug Policy*. 2018;55:40-6.
80. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health Soc Care Community*. 2018;26(1):56-64.
81. Société Suisse de médecine de l'Addiction (SSAM). Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2012 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://pro.addictohug.ch/wp-content/uploads/recommandations-tbs-05-03-2013.pdf>
82. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management [Internet]. London: Department of Health; 2017. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
83. Borne D, Tryon J, Rajabiun S, Fox J, de Groot A, Gunhouse-Vigil K. Mobile Multidisciplinary HIV Medical Care for Hard-to-Reach Individuals Experiencing Homelessness in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2018;108:S528-30.
84. Collins AB, Parashar S, Hogg RS, Fernando S, Worthington C, McDougall P, et al. Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative: a qualitative study in Vancouver, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):1-10.
85. Graham HL, Copello A, Birchwood M, Orford J, McGovern D, Mueser KT, et al. A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: Impact on teams and service users. *Journal of Mental Health*. 2006;15(5):577-91.
86. Islam M, Topp L, Conigrave KM, White A, Haber PS, Day CA. Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for? A case study from Sydney, Australia. *Int J Drug Policy*. 2013;24(4):326-32.
87. Mason K, Dodd Z, Sockalingam S, Altenberg J, Meaney C, Millson P, et al. Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *Int J Drug Policy*. 2015;26(10):1007-13.
88. Moriarty H, Kemp R, Robinson G. Hepatitis services at an injecting drug user outreach clinic. *N Z Med J*. 2001;114(1128):105-6.
89. Perreault M, Héroux M-C, Djawn White N, Lauzon P, Mercier C, Rousseau M. Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Can J Public Health*. 2007;98(1):33-6.
90. Stancliff S, Joseph H, Fong C, Furst T, Comer SD, Roux P. Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: the need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. *J Addict Dis*. 2012;31(3):278-87.
91. Evans J. Exploring the (bio)political dimensions of voluntarism and care in the city: The case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place*. 2011;17(1):24-32.

92. Carter J, Zevin B, Lum PJ. Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2019;14(1):20.
93. Dombrowski JC, Ramchandani M, Dhanireddy S, Harrington RD, Moore A, Golden MR. The Max Clinic: Medical Care Designed to Engage the Hardest-to-Reach Persons Living with HIV in Seattle and King County, Washington. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32(4):149-56.
94. Dubreucq S, Chanut F, Jutras-Aswad D. Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*. 2012;37(1):31.
95. College of Physicians and Surgeons of Manitoba. Manitoba Methadone and Buprenorphine Maintenance: Recommended Practice [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cpd-umanitoba.com/wp-content/uploads/2018/02/Recommended-Practice-Book-Master-Final-version_150413-002.pdf
96. Blank M, Eisenberg M. Tailored Treatment for HIV+ Persons with Mental Illness: The Intervention Cascade. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(0 1):S44-8.
97. Christie TKS, Murugesan A, Manzer D, O'Shaughnessey MV, Webster D. Evaluation of a low-threshold/high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in saint john, new brunswick, Canada: one year retention rate and illicit drug use. *J Addict*. 2013;2013:1-5.
98. Schütz A, Moser S, Schwanke C, Schubert R, Luhn J, Gutic E, et al. Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *J Viral Hepat*. 2018;25(7):870-3.
99. Shanley J, Richardson AM, Sherval J. Evaluation of a pilot lowthreshold methadone programme. *Journal of Substance Use*. 2003;8(4):271-8.
100. Islam M, Shanahan M, Topp L, Conigrave KM, White A, Day CA. The cost of providing primary health-care services from a needle and syringe program: A case study: The cost of providing PHC from a NSP. *Drug and Alcohol Review*. 2013;32(3):312-9.
101. Hall G, Neighbors CJ, Iheoma J, Dauber S, Adams M, Culleton R, et al. Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(4):511-5.
102. Penn RA, Strike C, Mukkath S. Building recovery capital through peer harm reduction work. *Drugs and Alcohol Today*. 2016;16(1):84-94.
103. Chatterjee A, Obando A, Strickland E, Nestler A, Harrington-Levey R, Williams T, et al. Shelter-Based Opioid Treatment: Increasing Access to Addiction Treatment in a Family Shelter. *Am J Public Health*. 2017;107(7):1092-4.
104. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 2006;57(2):12.
105. Hay B, Henderson C, Maltby J, Canales JJ. Influence of Peer-Based Needle Exchange Programs on Mental Health Status in People Who Inject Drugs: A Nationwide New Zealand Study. *Front Psychiatry*. 2017;7:1-9.
106. Agence française de la sécurité sanitaire des produits de santé. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf
107. Anderson JE, Larke SC. Navigating the mental health and addictions maze: a community-based pilot project of a new role in primary mental health care. *Ment Health Fam Med*. 2009;6(1):15-9.

108. College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, College of Registered Nurses of Nova Scotia. Methadone Maintenance Treatment Handbook [Internet]. 2013 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://cpsns.ns.ca/wp-content/uploads/2017/10/Methadone-Maintenance-Treatment-Handbook.pdf>
109. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2020]. Report No.: Publication No. SMA12-4108. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514849>
110. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>
111. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2009 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_Id_buprenorphine.pdf
112. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Methadone Maintenance Treatment: Program Standards and Clinical Guidelines. 2011 [cité 9 janv 2020].
113. College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan. Opioid Agonist Therapy Program: Standards and Guidelines for the Treatment of Opioid Use Disorder [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/Legislation/Policies/OAT%20Standards%20and%20Guidelines.pdf>
114. Chatterjee A, Obando A, Strickland E, Nestler A, Harrington-Levey R, Williams T, et al. Shelter-Based Opioid Treatment: Increasing Access to Addiction Treatment in a Family Shelter. *Am J Public Health*. 18 mai 2017;107(7):1092-4.
115. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_Id_buprenorphine.pdf
116. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guideline [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Publications/Epid/Other/02_CPSBC-Methadone_Maintenance_Program_Clinical%20Practice_Guideline.pdf
117. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Methadone Maintenance Treatment: Program Standards and Clinical Guidelines [Internet]. 2011. Disponible sur: www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/MMT-Guidelines.pdf
118. College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan. Opioid Agonist Therapy Program: Standards and Guidelines for the Treatment of Opioid Use Disorder [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/Legislation/Policies/OAT%20Standards%20and%20Guidelines.pdf>
119. Dubreucq S, Chanut F, Jutras-Aswad D. Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*. 2012;37(1):31.
120. Gibson BA, Morano JP, Walton MR, Marcus R, Zelenev A, Bruce RD, et al. Innovative Program Delivery and Determinants of Frequent Visitation to a Mobile Medical Clinic in an Urban Setting. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. mai 2017;28(2):643-62.
121. Lee S, Castella A de, Freidin J, Kennedy A, Kroschel J, Humphrey C, et al. Mental health care on the streets: An integrated approach. *Aust N Z J Psychiatry*. juin 2010;44(6):505-12.
122. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Dépendance aux opioïdes - Traitements basés sur la substitution (Révision de juillet 2013) [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f\(8\)_def.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f(8)_def.pdf)

123. Wood E., Kerr T., Tyndall M.W., Montaner J.S. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS*. 2008;22(11):1247-56.
124. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés [Internet]. 1999 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/813_38_fr-ca_0_Id_methadone.pdf
125. College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan. Opioid Substitution Therapy Guidelines and Standards for the Treatment of Opioid Addiction/Dependence [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/Legislation/Policies/SK%20OST%20Therapy%20Guidelines%20and%20Standards.pdf>
126. Fernandez J, McNeill C, Haskew M, Orr T. Low threshold: a future model for drug service provision? An evaluation of the model used in South Islington Drug Services. *Journal of Research in Nursing*. 2006;11(1):42-6.
127. Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence [Internet]. Government of Australia; 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>
128. Kimber J, Mattick RP, Kaldor J, van Beek I, Gilmour S, Rance JA. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(6):602-12.
129. Kerr T, Oleson M, Tyndall MW, Montaner J, Wood E. A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *J Urban Health*. 2005;82(2):267-75.
130. Brownrigg B, Taylor D, Phan F, Sandstra I, Stimpson R, Barrios R, et al. Improving linkage to HIV care at low-threshold STI/HIV testing sites: An evaluation of the Immediate Staging Pilot Project in Vancouver, British Columbia. *Can J Public Health*. 2017;108(1):e79-84.
131. Anderson JE, Larke SC. Navigating the mental health and addictions maze: a community-based pilot project of a new role in primary mental health care. *Ment Health Fam Med*. mars 2009;6(1):15-9.
132. Kimber J, Mattick RP, Kaldor J, van Beek I, Gilmour S, Rance JA. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev*. nov 2008;27(6):602-12.
133. British Columbia Center on Substance Use (BCCSU) and Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorders [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
134. Collins ED, Horton T, Reinke K, Amass L, Nunes EV. Using buprenorphine to facilitate entry into residential therapeutic community rehabilitation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007;32(2):167-75.
135. Beattie A, Marques EMR, Barber M, Greenwood R, Ingram J, Ayres R, et al. Script in a Day intervention for individuals who are injecting opioids: a feasibility randomized control trial. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(4):712-21.
136. Fernandez J, McNeill C, Haskew M, Orr T. Low threshold: a future model for drug service provision? An evaluation of the model used in South Islington Drug Services. *Journal of Research in Nursing*. 1 janv 2006;11(1):42-6.
137. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health Soc Care Community*. 2018;26(1):56-64.
138. Wood S, Austin S. Building Bridges in Bridgeport for HIV-Positive Substance Abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 17 mars 2009;8(1):20-34.

139. Gauthier G, Eibl JK, Marsh DC. Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug Alcohol Depend.* 2018;191:1-5.
140. Gibson AE, Doran CM, Bell JR, Ryan A, Lintzeris N. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust.* 2003;179(1):38-42.
141. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e Éd.* Armand Colin. Colin; 2016. 432 p. (U).
142. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016* [Internet]. Québec: Gouvernement du Québec; 2017. Disponible sur: https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
143. American Society of Addictions Medicine (ASAM). *The National Practice Guideline for the Use of Medication in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use* [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>
144. College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador. *Methadone Maintenance Treatment: Standards and Guidelines* [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.cpsnl.ca/web/files/Methadone%20Maintenance%20Treatment%20Standards%20and%20Guidelines%20-%20Amended%20June%202018.pdf>
145. Government of New-Brunswick. *Methadone Maintenance Treatment Guidelines for New Brunswick Addiction Services* [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_guidelines-e.pdf
146. Government of New-Brunswick. *Methadone Maintenance Treatment Policies and Procedures for New Brunswick Addiction Services* [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_policies-e.pdf
147. Health Canada. *Best Practices - Methadone Maintenance Treatment* [Internet]. Health Canada; 2002. Disponible sur: <https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cn2493-eng.pdf>
148. Health Service Executive. *Clinical Guidelines for Opioid Substitution Treatment* [Internet]. Dublin; 2016. Disponible sur: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/primary/clinical-guidelines-for-opioid-substitution-treatment.pdf>
149. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, et al. Reduction in Injection-Related HIV Risk After 6 Months in a Low-Threshold Methadone Treatment Program. *AIDS Education and Prevention.* 1 avr 2007;19(2):124-36.
150. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques - Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution* [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-804-01.pdf>
151. Newman AI, Beckstead S, Beking D, Finch S, Knorr T, Lynch C, et al. Treatment of chronic hepatitis C infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Can J Gastroenterol.* avr 2013;27(4):217-23.
152. Norman J, Walsh NM, Mugavin J, Stoové MA, Kelsall J, Austin K, et al. The acceptability and feasibility of peer worker support role in community based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal.* 25 févr 2008;5(1):8.
153. Sorsa MA, Kiiikkala I, Åstedt-Kurki P. Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis.* 23 avr 2018;11(2):88-100.
154. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). *Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction* [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22514846/>

155. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). Medications for Opioid Use Disorder - For healthcare and Addiction Professionals, Policymakers, Patients and Families [Internet]. 2018. Report No.: TIP 63. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535268/>
156. Villeneuve PJ, Challacombe L, Strike CJ, Myers T, Fischer B, Shore R, et al. Change in healthrelated quality of life of opiate users in lowthreshold methadone programs. *Journal of Substance Use*. 1 janv 2006;11(2):137-49.
157. Waller C. Medication Assisted Treatment Guidelines for Opioid Use Disorders [Internet]. Michigan Department of Community Health; 2014. Disponible sur: https://www.michigan.gov/documents/mdhhs/MAT_Guidelines_for_Opioid_Use_Disorders_524339_7.pdf
158. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La prise de décision partagée: une approche gagnante [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.inesss.qc.ca/>
159. Harris J, McElrath K. Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qual Health Res*. 2012;22(6):810-24.
160. Morrison V. Inégalités de santé et intersectionnalité [Internet]. Montréal (Québec): Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2014. Disponible sur: https://www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=1391
161. Bernèche F, Traoré I, Perron B. Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables [Internet]. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2012 [cité 17 janv 2020]. (Zoom santé). Disponible sur: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf>
162. Nanhou V, Desrosiers H. Portrait statistique des adultes de 18 à 65 ans sans diplôme d'études secondaires au Québec. Résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA) 2012 [Internet]. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2019 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica-portrait-adultes-sans-diplome-etudes-secondaires.pdf>
163. Commission globale de politique en matière de drogues. La perception du problème mondial des drogues [Internet]. 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/04/GCDP-Report-2017_Perceptions-FRENCH.pdf
164. Buxton J, Tu H. Respectful Language and Stigma Regarding People who Use Substances [Internet]. Vancouver, BC: BC Centre for Disease Control (BCCDC); 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://towardtheheart.com/assets/uploads/1502392191GWLQqDb5w5GlajwRuiq4lPoSyhSoMkp3T7rL5ml.pdf>
165. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA). Trousse pour soin sensibles au traumatisme [Internet]. 2014 [cité 4 févr 2020]. (Série Les principes de base de...). Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/fr/trousse-pour-soin-sensibles-au-traumatisme-serie-les-principes-de-base-de>
166. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R. Le soutien par les pairs : une nécessité [Internet]. Commission de la santé mentale du Canada; 2016. Disponible sur: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf.pdf
167. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat*. 2016;63:1-9.
168. Reif S, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014;65(7):853-61.
169. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD003409.
170. Fiellin DA, Schottenfeld RS, Cutter CJ, Moore BA, Barry DT, O'Connor PG. Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(12):1947-54.

171. Gowing L, Ali R, White J, Mbewe D. Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(2):CD002025.
172. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [cité 11 nov 2019];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011117.pub2/full>
173. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* 2017;357:j1550.
174. Bentzley BS, Barth KS, Back SE, Book SW. Discontinuation of buprenorphine maintenance therapy: perspectives and outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2015;52:48-57.
175. Dunn KE, Sigmon SC, Strain EC, Heil SH, Higgins ST. The association between outpatient buprenorphine detoxification duration and clinical treatment outcomes: a review. *Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):1-9.
176. Gandhi D, Jaffe J, McNary S, Kavanagh G, Hayes M, Currens M. Short-term outcomes after brief ambulatory opioid detoxification with buprenorphine in young heroin users. *Addiction.* 2003;98(4):453-62.
177. Weinstein ZM, Gryczynski G, Cheng DM, Quinn E, Hui D, Kim HW, et al. Tapering off and returning to buprenorphine maintenance in a primary care Office Based Addiction Treatment (OBAT) program. *Drug Alcohol Depend.* 2018;189:166-71.
178. Babu KM, Brent J, Juurlink DN. Prevention of Opioid Overdose. *N Engl J Med.* 2019;380(23):2246-55.
179. Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction.* 2010;105(9):1545-54.
180. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ.* 2003;326(7396):959-60.
181. Strang J. Death matters: understanding heroin/opiate overdose risk and testing potential to prevent deaths. *Addiction.* 2015;110 Suppl 2:27-35.
182. Chang DC, Klimas J, Wood E, Fairbairn N. A Case of Opioid Overdose and Subsequent Death After Medically Supervised Withdrawal: The Problematic Role of Rapid Tapers for Opioid Use Disorder. *J Addict Med.* 2018;12(1):80-3.
183. Wines JD, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. Overdose after detoxification: a prospective study. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2-3):161-9.
184. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):65-9.
185. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med.* 2015;9(5):358-67.
186. Marsch LA, Moore SK, Borodovsky JT, Solhkhah R, Badger GJ, Semino S, et al. A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults. *Addiction.* 2016;111(8):1406-15.
187. Nosyk B, MacNab YC, Sun H, Fischer B, Marsh DC, Schechter MT, et al. Proportional hazards frailty models for recurrent methadone maintenance treatment. *Am J Epidemiol.* 2009;170(6):783-92.
188. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ferroni E, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(2):CD003409.
189. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha₂-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(5):CD002024.

190. Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ, Stothart ME, Quesnel KJ, Stanger C, et al. Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1157-64.
191. Maremmani I, Gerra G. Buprenorphine-based regimens and methadone for the medical management of opioid dependence: selecting the appropriate drug for treatment. *Am J Addict*. 2010;19(6):557-68.
192. Bonhomme J, Shim RS, Gooden R, Tyus D, Rust G. Opioid Addiction and Abuse in Primary Care Practice: A Comparison of Methadone and Buprenorphine as Treatment Options. *J Natl Med Assoc*. 2012;104(0):342-50.
193. Tuten M, DeFulio A, Jones HE, Stitzer M. Abstinence-contingent recovery housing and reinforcement-based treatment following opioid detoxification. *Addiction*. 2012;107(5):973-82.
194. Gowing L, Ali R, White J. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD002022.
195. Gowing L, Ali R, White J. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002021.
196. Nosyk B, Sun H, Evans E, Marsh DC, Anglin MD, Hser Y-I, et al. Defining dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance treatment: results from a population-based retrospective cohort study. *Addiction*. 2012;107(9):1621-9.
197. Woody GE, Poole SA, Subramaniam G, Dugosh K, Bogenschutz M, Abbott P, et al. Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: a randomized trial. *JAMA*. 2008;300(17):2003-11.
198. Galanter M, Dermatis H, Resnick R, Maslansky R, Neumann E. Short-term buprenorphine maintenance: treatment outcome. *Journal of Addictive Diseases*. 2003;22(3):39-49.
199. Becker A, Strain E, Bigelow G, Stitzer M, Johnson R. Gradual dose taper following chronic buprenorphine. *Am J Addict*. 2001;10(2):111-21.
200. Greenwald MK. Early impact of methadone induction for heroin dependence: differential effects of two dose sequences in a randomized controlled study. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2006;14(1):52-67.
201. Katz EC, Schwartz RP, King S, Highfield DA, O'Grady KE, Billings T, et al. Brief vs. extended buprenorphine detoxification in a community treatment program: engagement and short-term outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(2):63-7.
202. Assadi SM, Hafezi M, Mokri A, Razzaghi EM, Ghaeli P. Opioid detoxification using high doses of buprenorphine in 24 hours: a randomized, double blind, controlled clinical trial. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27(1):75-82.
203. Breen CL, Harris SJ, Lintzeris N, Mattick RP, Hawken L, Bell J, et al. Cessation of methadone maintenance treatment using buprenorphine: transfer from methadone to buprenorphine and subsequent buprenorphine reductions. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(1):49-55.
204. Ghasper A, Gossop M, de Wet C, Reed L, Bearn J. Influence of the dose on the severity of opiate withdrawal symptoms during methadone detoxification. *Pharmacology*. 2008;81(2):92-6.
205. Gunderson E, Wang X, Fiellin D, Bryan B, Levin F. Unobserved versus observed office buprenorphine/naloxone induction: A pilot randomized clinical trial. *Addict Behav*. 2010;35(5):537-40.
206. Law FD, Diaper AM, Melichar JK, Coulton S, Nutt DJ, Myles JS. Buprenorphine/naloxone versus methadone and lofexidine in community stabilisation and detoxification: A randomised controlled trial of low dose short-term opiate-dependent individuals. *J Psychopharmacol (Oxford)*. 2017;31(8):1046-55.
207. Ling W, Hillhouse M, Domier C, Doraimani G, Hunter J, Thomas C, et al. Buprenorphine tapering schedule and illicit opioid use. *Addiction*. 2009;104(2):256-65.

208. Lintzeris N, Bammer G, Rushworth L, Jolley DJ, Whelan G. Buprenorphine dosing regime for inpatient heroin withdrawal: a symptom-triggered dose titration study. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70(3):287-94.
209. Oreskovich MR, Saxon AJ, Ellis MLK, Malte CA, Reoux JP, Knox PC. A double-blind, double-dummy, randomized, prospective pilot study of the partial mu opiate agonist, buprenorphine, for acute detoxification from heroin. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(1):71-9.
210. Reed LJ, Glasper A, de Wet CJ, Bearn J, Gossop M. Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opiate withdrawal: possible advantages of buprenorphine for the treatment of opiate-benzodiazepine codependent patients? *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(2):188-92.
211. Umbricht A, Hoover DR, Tucker MJ, Leslie JM, Chaisson RE, Preston KL. Opioid detoxification with buprenorphine, clonidine, or methadone in hospitalized heroin-dependent patients with HIV infection. *Drug Alcohol Depend.* 2003;69(3):263-72.
212. Wright NMJ, Sheard L, Adams CE, Rushforth BJ, Harrison W, Bound N, et al. Comparison of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2011;61(593):e772-780.
213. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services [Internet]. 2008 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Desintoxication.pdf
214. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs [Internet]. 2019 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Sevrage_PORTRAIT.pdf
215. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders [Internet]. 2007 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
216. National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (NCCMH). Drug Misuse: Opioid Detoxification [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2008 [cité 17 avr 2019]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK50622/>
217. Lintzeris N, Clark N, Winstock A, Dunlop A, Muhleisen P, Gowing L, et al. National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of opioid dependence [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/\\$File/bupren.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/$File/bupren.pdf)
218. Ministry of Health of New Zealand. New Zealand Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine (with or without Naloxone) in the Treatment of Opioid Dependence [Internet]. 2010 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-guidelines-buprenorphine-2010.pdf>
219. Center for Addiction and Mental Health (CAMH). Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/07/buprenorphine_naloxone_CAMH2012.pdf
220. Government of Nova Scotia. Adolescent Withdrawal Management Guidelines [Internet]. 2013 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Adolescent-Withdrawal-Management-Guidelines.pdf>
221. British Columbia Center on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. Treatment of Opioid Use Disorder for Youth: Guideline Supplement [Internet]. 2018 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/ODU-Youth.pdf>

222. World Health Organization (WHO) - Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
223. Seifert J, Metzner C, Paetzold W, Borsutzky M, Passie T, Rollnik J, et al. Detoxification of opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs. methadone. *Pharmacopsychiatry*. 2002;35(5):159-64.
224. Ministry of Health of British Columbia. Provincial Guidelines For Biopsychosocialspiritual Withdrawal Management Services [Internet]. 2017 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/adult-withdrawal-management-services-guidelines-final.pdf>
225. Lintzeris N, Monds LA, Rivas C, Leung S, Dunlop A, Newcombe D, et al. Transferring Patients From Methadone to Buprenorphine: The Feasibility and Evaluation of Practice Guidelines. *J Addict Med*. 2018;12(3):234-40.
226. Calsyn DA, Malcy JA, Saxon AJ. Slow tapering from methadone maintenance in a program encouraging indefinite maintenance. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(2):159-63.
227. Nielsen S, Hillhouse M, Mooney L, Fahey J, Ling W. Comparing buprenorphine induction experience with heroin and prescription opioid users. *J Subst Abuse Treat*. 2012;43(3):285-90.
228. Nielsen S, Hillhouse M, Weiss RD, Mooney L, Sharpe Potter J, Lee J, et al. The relationship between primary prescription opioid and buprenorphine-naloxone induction outcomes in a prescription opioid dependent sample. *Am J Addict*. 2014;23(4):343-8.
229. Amass L, Ling W, Freese TE, Reiber C, Annon JJ, Cohen AJ, et al. Bringing buprenorphine-naloxone detoxification to community treatment providers: the NIDA Clinical Trials Network field experience. *Am J Addict*. 2004;13 Suppl 1:S42-66.
230. Jacobs P, Ang A, Hillhouse MP, Saxon AJ, Nielsen S, Wakim PG, et al. Treatment outcomes in opioid dependent patients with different buprenorphine/naloxone induction dosing patterns and trajectories. *Am J Addict*. 2015;24(7):667-75.
231. Blondell RD, Smith SJ, Servoss TJ, DeVaul SK, Simons RL. Buprenorphine and methadone: a comparison of patient completion rates during inpatient detoxification. *J Addict Dis*. 2007;26(2):3-11.
232. Cameron D, Allen D, Galway K. A pilot study of the effectiveness of buprenorphine and methadone as detoxication agents when choice is given to the consumer. *Journal of Substance Use*. 2001;6(2):101-9.
233. Bradley BP, Gossop M, Phillips GT, Legarda JJ. The development of an opiate withdrawal scale (OWS). *Br J Addict*. 1987;82(10):1139-42.
234. Sigmon S, Dunn K, Saulsgiver K, Patrick M, Badger G, Heil S, et al. A randomized, double-blind evaluation of buprenorphine taper duration in primary prescription opioid abusers. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1347-54.
235. Hopper JA, Wu J, Martus W, Pierre JD. A randomized trial of one-day vs. three-day buprenorphine inpatient detoxification protocols for heroin dependence. *J Opioid Manag*. 2005;1(1):31-5.
236. Sigmon SC, Dunn KE, Badger GJ, Heil SH, Higgins ST. Brief buprenorphine detoxification for the treatment of prescription opioid dependence: a pilot study. *Addict Behav*. 2009;34(3):304-11.
237. Gonzalez-Saiz F, Gomez R, Acedos I, Rojas O, Ortega J. Methadone-treated patients after switching to buprenorphine in residential therapeutic communities: An addiction-specific assessment of quality of life. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2009;11(2):9-19.
238. Ang-Lee K, Oreskovich M, Saxon A, Jaffe C, Meredith C, Ellis M, et al. Single dose of 24 milligrams of buprenorphine for heroin detoxification: An open-label study of five inpatients. *J Psychoact Drugs*. 2006;38(4):505-12.
239. Palmstierna T. Effects of a high-dose fast tapering buprenorphine detoxification program on symptom relief and treatment retention. *J Psychoactive Drugs*. 2004;36(2):273-7.

240. Renzelli C, Capretto N. Less pain, more gain: buprenorphine-naloxone and patient retention in treatment. *Journal of Addictive Diseases*. 2006;25(3):97-104.
241. Dunn KE, Saulsgiver KA, Miller ME, Nuzzo PA, Sigmon SC. Characterizing opioid withdrawal during double-blind buprenorphine detoxification. *Drug Alcohol Depend*. 2015;151:47-55.
242. Gossop M, Griffiths P, Bradley B, Strang J. Opiate withdrawal symptoms in response to 10-day and 21-day methadone withdrawal programmes. *Br J Psychiatry*. 1989;154:360-3.
243. Senay EC, Dorus W, Goldberg F, Thornton W. Withdrawal from methadone maintenance. Rate of withdrawal and expectation. *Arch Gen Psychiatry*. 1977;34(3):361-7.
244. Peachey JE, Lei H. Assessment of opioid dependence with naloxone. *Br J Addict*. 1988;83(2):193-201.
245. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;(9):CD005031.
246. Loi sur les services de santé et les services sociaux [Internet]. Sect. S-4.2 1991. Disponible sur: http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr#ga:l_i-gb:l_ii-h1
247. Landry M, Lecavalier M. L'approche de réduction des méfaits: un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *dss*. 2003;2(1):1-16.
248. Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schütz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(2):173-80.
249. Iguchi MY, Stitzer ML. Predictors of opiate drug abuse during a 90-day methadone detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991;17(3):279-94.
250. Chalana H, Kundal T, Gupta V, Malhari AS. Predictors of Relapse after Inpatient Opioid Detoxification during 1-Year Follow-Up [Internet]. *Journal of Addiction*. 2016 [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/jad/2016/7620860/>
251. Minozzi, Amato L, Davoli M. Detoxification treatments for opiate dependent adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(2):CD006749.
252. Hakansson A, Hallén E. Predictors of dropout from inpatient opioid detoxification with buprenorphine: a chart review. *J Addict*. 2014;2014:1-5.
253. Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;(2):CD004580.
254. Friedmann PD, Suzuki J. More beds are not the answer: transforming detoxification units into medication induction centers to address the opioid epidemic. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2017;12(1):29.
255. Stein M, Herman D, Conti M, Anderson B, Bailey G. Initiating buprenorphine treatment for opioid use disorder during short-term in-patient « detoxification »: a randomized clinical trial. *Addiction*. 2019;(1):82-94.
256. Nunes EV, Gordon M, Friedmann PD, Fishman M, Lee J, Chen D, et al. Relapse to opioid use disorder after inpatient treatment: Protective effect of injection naltrexone. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2018;85:49-55.
257. Ashford RD, Brown AM, McDaniel J, Neasbitt J, Sobora C, Riley R, et al. Responding to the opioid and overdose crisis with innovative services: The recovery community center office-based opioid treatment (RCC-OBOT) model. *Addict Behav*. 2019;98:106031.

258. Duber HC, Barata IA, Cioè-Peña E, Liang SY, Ketcham E, Macias-Konstantopoulos W, et al. Identification, Management, and Transition of Care for Patients With Opioid Use Disorder in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;72(4):420-31.
259. Simon CB, Tsui JI, Merrill JO, Adwell A, Tamru E, Klein JW. Linking patients with buprenorphine treatment in primary care: Predictors of engagement. *Drug Alcohol Depend*. 2017;181:58-62.
260. Hu T, Snider-Adler M, Nijmeh L, Pyle A. Buprenorphine/naloxone induction in a Canadian emergency department with rapid access to community-based addictions providers. *CJEM*. 2019;21(4):492-8.
261. Dunkley CA, Carpenter JE, Murray BP, Sizemore E, Wheatley M, Morgan BW, et al. Retrospective Review of a Novel Approach to Buprenorphine Induction in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2019;57(2):181-6.
262. Kaucher KA, Caruso EH, Sungar G, Gawenus L, Hurlbut K, Sanchez DC, et al. Evaluation of an emergency department buprenorphine induction and medication-assisted treatment referral program. *Am J Emerg Med*. 2019;(19).
263. Lee C, Rosales R, Stein M, Nicholls M, O'Connor B, Loukas Ryan V, et al. Brief Report: LowBarrier Buprenorphine Initiation Predicts Treatment Retention Among Latinx and NonLatinx Primary Care Patients - Recherche Google [Internet]. 2019 [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31251426>
264. Hämmig R, Kemter A, Strasser J, von Bardeleben U, Gugger B, Walter M, et al. Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. *Subst Abuse Rehabil*. 2016;7:99-105.
265. Baxter LE, Campbell A, Deshields M, Levounis P, Martin JA, McNicholas L, et al. Safe methadone induction and stabilization: report of an expert panel. *J Addict Med*. 2013;7(6):377-86.
266. Amass L, Bickel WK, Higgins ST, Hughes JR. A preliminary investigation of outcome following gradual or rapid buprenorphine detoxification. *J Addict Dis*. 1994;13(3):33-45.
267. Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B, et al. Prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes en première ligne: Lignes directrices simplifiées de PEER. *Canadian Family Physician*. 2019;65(5):e173-84.
268. Williams AR, Samples H, Crystal S, Olfson M. Acute Care, Prescription Opioid Use, and Overdose Following Discontinuation of Long-Term Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder. *Am J Psychiatry*. 2019;
269. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(5):CD011117.
270. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). Withdrawal Management Services in Canada: The National Treatment Indicators Report. [Internet]. 2019 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/withdrawal-management-services-canada-national-treatment-indicators-report-2015-2016-data>
271. Kourounis G, Richards BDW, Kyprianou E, Symeonidou E, Malliori M-M, Samartzis L. Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug Alcohol Depend*. 2016;161:1-8.

**Un projet de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD),
avec la précieuse collaboration de :**

Santé Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec le soutien de la Direction de l'enseignement
universitaire et de la recherche.

Mentions spéciales

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada. »

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal*

Québec 