



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

Par **Jorge Flores-Aranda**, chercheur d'établissement & **Karine Hudon**, chargée de projet,
Institut universitaire sur les dépendances

Présentation CRI 2019

6 juin 2019

Trois-Rivières

Dépendance aux opioïdes

Qu'est-ce que les opioïdes ?



- **Les substances psychoactives analgésiques ayant la capacité de soulager la douleur et peuvent créer un état d'euphorie**
- **Différents types de médicaments :**
 - codéine
 - fentanyl
 - morphine
 - oxycodone
 - hydromorphone
 - Diacétylmorphine

Et on retrouve aussi dans cette catégorie de substances: l'héroïne et l'opium.
- **Les opioïdes font parti de la famille des dépresseurs.**
- **Différentes méthodes d'approvisionnement**
 - Prescription médicale
 - Marché noir

La crise des opioïdes: Décès et Surdoses

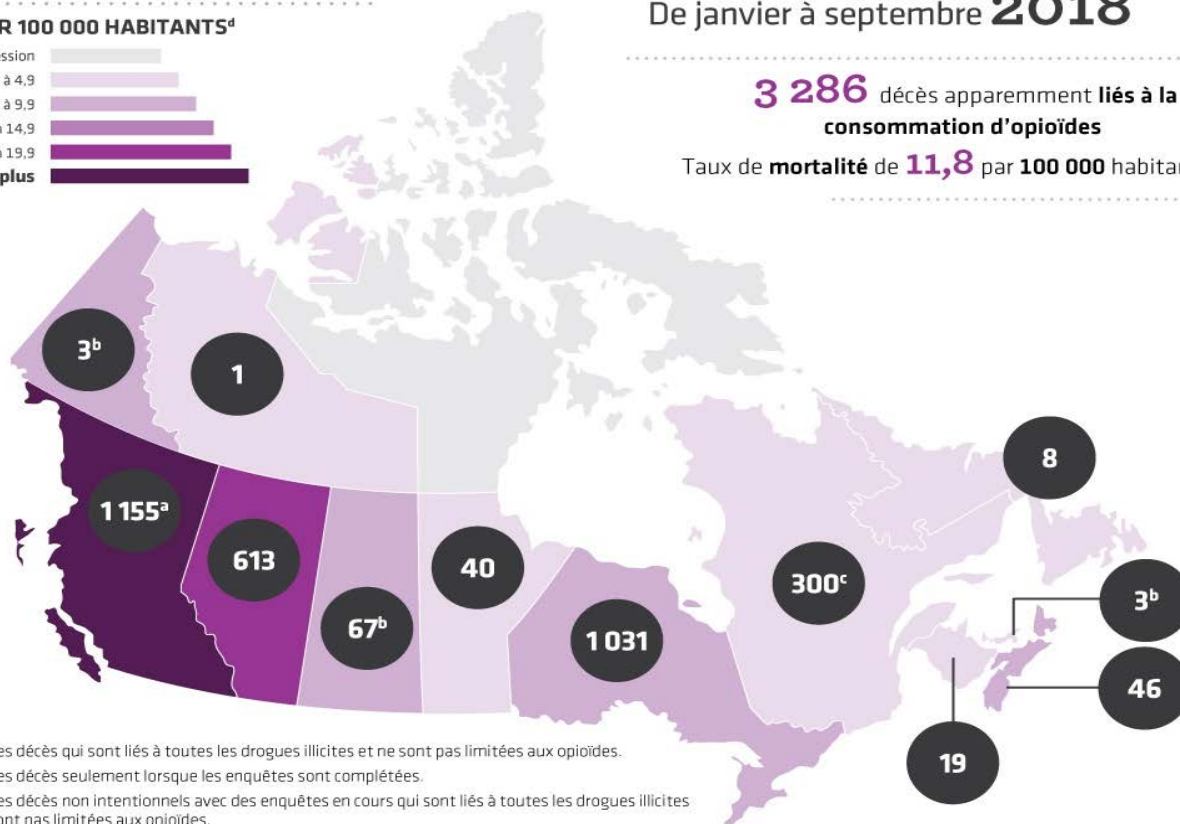
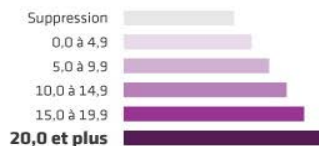


- **Éléments nouveaux non-négligeables:**
 - Plus grande utilisation de médicaments opioïdes
 - Nouvelle clientèle, plus âgée, comorbidité
 - Augmentation de la surveillance des médecins prescripteurs
 - Utilisation du marché noir pour combler les prescriptions coupées ou lors du sevrage
- **Pourquoi cette crise? Éléments à prendre en compte**
 - Peu d'accès aux autres modalités de soulagement de la douleur
 - Manque de formation des cliniciens et des résidents en médecine
 - Manque de reconnaissance de l'échec d'un traitement de la douleur ou du mésusage par les prescripteurs d'origine
 - Peur du stigma associé à la dépendance par la personne
 - Plus de médecins prescripteurs que de médecins en TAO



● Le nombre de décès en 2018 (de janvier à septembre)

TAUX PAR 100 000 HABITANTS^d



De janvier à septembre **2018**

3 286 décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes

Taux de mortalité de **11,8** par 100 000 habitants

- a Inklus les décès qui sont liés à toutes les drogues illicites et ne sont pas limités aux opioïdes.
- b Inklus les décès seulement lorsque les enquêtes sont complétées.
- c Inklus les décès non intentionnels avec des enquêtes en cours qui sont liés à toutes les drogues illicites et ne sont pas limités aux opioïdes.
- d Le taux annuel estimé pour 2018 est basé sur les données de janvier à septembre 2018.

<https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html#DALO>

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

Québec

Facteurs de risque de surdose d'opioïdes



- Utilisateurs d'opioïdes récréatifs
- Personne sous TAO
- Nouveau consommateur d'opioïdes (naïf – faible tolérance)
- Perte de tolérance après une période sans consommation, ni TAO
- Consommation de substances autre que des opioïdes mais contaminées par le fentanyl
- Personnes ayant une ordonnance à haute dose
- Utilisation d'opioïdes provenant du marché noir
- Consommation concomitante de sédatif
 - principalement : benzodiazépine, alcool, hypnotique
- Prise de médicament non selon la recommandation



- **Ne pas consommer seul**
 - Ni de façon simultanée
- **Fractionner la dose pour tester la substance en tout temps**
 - Changements dans la tolérance
 - Changements dans la qualité de la drogue, si provient du marché noir
- **Éviter de mélanger les substances**
 - Attention aux benzodiazépines et à l'alcool
- **Changement dans le mode de consommation**
- **Savoir reconnaître une surdose d'opioïdes**
 - Avoir en main une trousse de Naloxone et savoir l'utiliser
(entourage et personne qui utilisent opioïdes)

Le traitement par agoniste opioïdes (TAO)



- **Avant on parlait de TDO: traitement de la dépendance aux opioïdes**
- **Actuellement, au Québec 3 molécules utilisées:**
 1. Buprénorphine/Naloxone
 2. Méthadone
 3. Kadian (morphine à libération prolongée)
- **Possibilité d'utiliser d'autres molécules**
 - Ex.: Diacéylmorphine et hydromorphone injectable

Pourquoi faire un TAO ?



- **Diverses pour chaque individus:**
 - Désir d'assurer la gestion du manque
 - Diminuer les souffrances (physiques et psychologiques)
 - Prendre du recul face à la consommation
 - Satisfaire aux pressions extérieures

**** Attention, danger de mettre de la pression sur la personnes en traitement****

Exigences actuelles du TAO



- **Tous les jours en pharmacie initialement**
 - Au mieux 1 fois par semaine en pharmacie
- **Supervision de la prise par le pharmacien**
- **Rendez-vous fréquents**
- **Traitement sans fin déterminée**

Présentation du projet de recherche

COMITÉ AVISEUR



Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Coordonnatrice en dépendance, Direction des services en dépendances et en itinérance, MSSS

Dr Samuel Blain, Médecin, Chef de service volet médecine de proximité et dépendances et médecin-conseil à la Direction de la santé publique du CIUSSS MCQ

Christelle Dusablon-Pelletier, Organisatrice communautaire, AQPSUD

Dr Olivier Farmer, Médecin Psychiatre, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS CCSMTL

Annik Gill, Conseillère en santé et services sociaux, Regroupement des Centres Amitié Autochtones du Québec.

Dre Shelley-Rose Hyppolite, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Professeure à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec et médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique, CIUSSS CN

Paul Morin, Directeur de l'École de travail social, Professeur titulaire, Université Sherbrooke

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

Yves, Séguin, Directeur général, Centre Intervention et prévention en toxicomanie de l'Outaouais

Martin Tétrault, Directeur adjoint, Services externes de Saint-Hubert, Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, CISSS MO

Isabelle Têtu, Infirmière praticienne et fondatrice, Coop SABSA

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

Québec

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Groupe de travail



Amélie Desbiens-Tremblay, chef de service - santé mentale et dépendance, trajectoire modérée à grave, DPSMD (CIUSSS Estrie)

Matthieu Davoine-Tousignant, travailleur social et de rue (CRAN, CIUSSS CCSMTL)

Mireille Forget, infirmière clinicienne - CRD le Virage (CISSS MO)

Stéphanie Fouché-Laurent, pharmacienne, Pharm.D (MTL)

Lucie Hébert, chef de programmes Accès/Relations intersectorielles/Traitement de substitution — DPSMD (CIUSSS Capitale-Nationale)

Francis Lacharité, coordonnateur clinique - Refuge la Piaule (Drummondville)

Andrée-Anne Moisan, MD - CRD de la Capitale (CIUSSS CN)

Elaine Polfit, chef d'administration de programmes par intérim pour les équipes Itinérance Adulte, Itinérance CRDM, Jeunes de la rue, EMRII et les Services d'Injection Supervisée (CIUSSS CCSMTL)

Annie-Claude Privé, MD - CRD Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS SLSJ)

Valérie Ramka, travailleuse sociale — coordination professionnelle (CRAN, CIUSSS CCSMTL)

Sophie Sanfaçon, infirmière clinicienne, assistante du supérieur immédiat, Équipe SIDEP (CIUSSS du CCSMTL)

Simon Vermette, intervenant psychosocial- pair expert, Coopérative de solidarité SABSA (Québec)

Objectifs généraux



- A. Documenter les meilleures pratiques en prestation de soins et de services à bas seuil pour le traitement des troubles liés à l'usage des opioïdes (TUO).**

- B. Accroître le recours, par les professionnels en dépendance au Québec, aux meilleures pratiques dans le domaine de la prestation de soins et de services à bas seuil pour le traitement des TUO.**

- **Livrable du projet de recherche:**
 - Produire des recommandations pour optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et services sociaux pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes au Québec.

Axes conceptuels du projet



1. Philosophie d'intervention
2. Offre de services
3. Organisation de services



- **Questionnaire pré-entretien:**
 - Obtenir des informations sur l'organisation des services et le portrait de la clientèle des 6 lieux
 - Analyse du questionnaire pré-entretien
- **Visite de 7 services dans 6 régions :**
 - Rencontre de gestionnaire de service en entretien individuel **(7)** et des cliniciens en entretien de groupe **(24)** afin de bien saisir le volet philosophie d'intervention, organisationnel et offre de services
 - Entretiens de groupe d'organisations communautaires par région en lien avec des personnes pouvant bénéficier de ce type de service **(26)**
 - Entretiens de groupe avec des personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes actuellement en traitement, ne réussissant pas à rester en traitement ou n'ayant pas accès au traitement par région **(37)**
- **Analyse des entretiens des 6 régions**

Territoire couvert pour la production de l'état de situation



1. Montréal (2 services)
2. Capitale Nationale
3. Saguenay-Lac-St-Jean
4. Estrie
5. Mauricie Centre du Québec
6. Montérégie Ouest

Jasons ensemble un peu avant de vous
présenter les résultats préliminaires



Donnez-nous des concepts pour atteindre la BONNE philosophie d'intervention pour réussir à bien soutenir une personnes en traitement agonistes aux opioïdes?



Qu'est-ce que devrait comprendre une BONNE
organisation des services pour un traitement d'agonistes
opioïdes?

Présentation des données préliminaires des entrevues

Approche
humaniste —
centrée sur
l'humain

Approche
holistique —
humain global

Approche
communautaire

Approche de réduction
des méfaits

AXE 1

Accompagnement
personnalisé
Savoir-être

Savoir-faire & Savoir

Accès

Services

Out-reach

Type d'approche : accueil inconditionnel
Philosophie hybride communautaire-
réseau

Buts et Objectifs de
traitement

Réussite/échec

Philosophie RM

Philosophie Bas Seuil

Choix de vocabulaire

AXE 2

Services

Ressources matérielles
Ressources humaines
Trajectoire de services de l'utilisateur
Molécules
Tests urinaires
Services complémentaires

Organisation des services

Horaires et délais
Assouplissement, structure de services
et des soins
Prise de décision
Collaborations et partenariats
Emplacement géographique
Aspects financiers

AXE 3



Approche humaniste / centrée sur l'humain

- ❖ Accompagnement personnalisé
 - ❖ **LIEN** : création d'un lien vers culture/priorisation du lien
 - ❖ Prendre la personne où elle est
 - ❖ Équilibre entre rythme de la personne et *empowerment*
 - ❖ Interventions informelles
 - ❖ Relation usager et équipe
- ❖ Savoir-être des intervenants
 - ❖ **PASSION**

Je pense qu'il faut avoir encore de la passion ! Parce qu'ils nous font sortir de notre zone de confort, puis ils viennent chercher notre côté vraiment humain. Puis, des fois, on est confronté humainement. C'est ça, il faut être passionné, juste aimer ce qu'on fait, ils le ressentent de toute façon. *Cliniciens*

Axe 1 : La philosophie Bas Seuil



Approche holistique /
humain global

Approche communautaire

❖ Savoir-faire & Savoir

- ❖ Connaissances de la toxicomanie et du TAO
- ❖ Confortable dans la différence
- ❖ Connaissance de ses propres préjugés et limites personnelles
- ❖ Capable de se remettre en question
- ❖ Adaptabilité
- ❖ Capacité au travail en équipe

Ça fait que je pense qu'il faut être, un, ouvert d'esprit, deux, être débrouillard, parce que des fois, on a des murs à faire tomber, faut être capable de saisir comme il faut où est-ce qu'on veut aller avec un service à bas seuil, tu sais, comprendre le sens, puis le pourquoi on veut le faire, puis ça va être quoi l'impact à long terme aussi, faut avoir une vision à long terme. »

Gestionnaire

Axe 1 : La philosophie Bas Seuil



Approche holistique /
humain global

Approche communautaire

- ❖ Accès
 - ❖ Rapide, facile, flexible, souple, allégé, évolutif
 - ❖ Mécanisme d'accès
- ❖ Services
 - ❖ Intensifs, globaux, sans pression, solides, durables et flexibles
 - ❖ **Humanisation de l'accueil**
 - ❖ Opportunité d'intervention à d'autres niveaux
 - ❖ Porte d'entrée pour une continuité des services

Mais un simple « service humain adapté ». On travaille avec des humains, le réseau de la santé... services humains. Ça devrait être le seul, en fait, le seul service qui devrait exister c'est : bas seuil, mais... un service tout court. Ça pourrait être juste un service, simplement. OC

Axe 1 : La philosophie Bas Seuil



Approche holistique /
humain global

Approche communautaire

- ❖ *Out-reach*
- ❖ Type d'approche : accueil inconditionnel
 - ❖ Ici et maintenant
 - ❖ Importance de la **qualité de l'accueil**
 - ❖ Approche biopsychosociale et médicale : holistique
- ❖ Philosophie hybride communautaire-réseau
 - ❖ Présence de tous les acteurs / Appui mutuel communautaire-réseau
 - ❖ Culture de proximité

Ça fait que c'est d'aller vers où est-ce qu'on peut être en contact et en lien avec eux, donc dans la communauté, dans les ressources communautaires. *Cliniciens*



Approche de réduction des méfaits (RdM)

- ❖ Buts et Objectifs de traitement
 - ❖ Exemples de grands buts
 - ❖ Comprendre la fonction de la consommation
 - ❖ Accompagner pour mettre en place des stratégies alternatives à la consommation
 - ❖ Responsabilisation, mobilisation de la personne

Ça dépend de chaque personne. Il y en a qui viennent avec, ce n'est pas à nous à décider ça, en fait. Nous, on a tout le temps dans notre but ultime, tu sais, c'est l'abstinence, mais la personne vient nous voir, elle veut diminuer sa conso, elle veut être moins à risque, elle veut avoir moins de dettes, elle veut garder son appart, elle veut avoir son chèque de bien-être, bien, c'est ça les objectifs. *Cliniciens*



Ressources humaines

- ❖ Présents dans tous les services
 - ❖ Médecin
 - ❖ Infirmière
 - ❖ Intervenant psychosocial
- ❖ Disponibles dans certains services
 - ❖ Intervenant communautaire
 - ❖ Psychiatre ou psychologue
 - ❖ Coordonnateur clinique
- ❖ Monde idéal
 - ❖ IPS
 - ❖ Pharmacien
 - ❖ Pair aidant

il y aurait une TS et une infirmière temps complet en proximité, pas juste un médecin, mais selon les milieux, plusieurs médecins. *Cliniciens*



Trajectoires de services de l'utilisateur: Molécule, suivi et ajustement

❖ Molécules disponibles

1. Méthadone
2. Buprénorphine/Naloxone
 - ❖ Difficulté d'induction en raison de l'horaire
3. Kadian

❖ Molécules disponibles souhaitées

- ❖ Tous les opioïdes
- ❖ TAOI

❖ Suivi et ajustement des doses

- ❖ Délai d'ajustement d'une semaine
 - ❖ Après 3 jours, demi-dose
 - ❖ Après 5 jours, 0
- ❖ Auto-expulsion après 5 jours d'absence à la pharmacie
- ❖ Contraintes associées au fait de ne pas avoir de doses à emporter

D'avoir accès à un programme de méthadone, puis aussi avoir un programme plus de narcotiques, entre autres, comme Diacéylmorphine puis les autres [d'offrir ce dont la personne a besoin au moment où elle est et qu'elle puisse jouer dans les différentes sphères d'un à l'autre]. *Usager*



Trajectoires de services de l'utilisateur: Services complémentaires

- ❖ Disponibles dans toutes les régions
 - ❖ Distribution de matériel d'injection
 - ❖ VIH (dépistage)
 - ❖ Hépatite Travail de rue
 - ❖ SIDEP

- ❖ Disponible dans certaines régions
 - ❖ Soins animalier
 - ❖ Chiropractie
 - ❖ Services en parentalité
 - ❖ Hébergement
 - ❖ Formation naloxone
 - ❖ Pair aidant
 - ❖ Information sur le TAO en général

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, de toute façon, pour la santé globale du patient. *Cliniciens*



Assouplissement, structure de services et des soins

- ❖ Situation actuelle
 - ❖ Structure défaillante (-)
 - ❖ Manque de soutien
 - ❖ Non considération du service
 - ❖ Communications informelles
 - ❖ Peu d'espace de ventilation
 - ❖ Manque de formation
 - ❖ Cohésion entre les membres de l'équipe (+)
 - ❖ Mandat avant et entre la 1^{ère} et 2^e ligne, parfois 3^e ligne
- ❖ Situation idéale
 - ❖ Officialisation des services
 - ❖ Structure administrative simple et souple
 - ❖ Assurer un continuum de services
 - ❖ Formation continue
 - ❖ Rencontres d'équipes officielles

Pour moi, le rêve tend vers une disparition graduelle des différences beaucoup plus. [...] Mon rêve, ça serait ça, c'est qu'on devrait être dans une fluidité de services qui permet à l'usager d'avoir le bon service à la bonne place, et dans cette bonne place-là, qu'on considère que les besoins de la personne fluctuent à travers son traitement, son cheminement, etc., puis qu'il faut trouver une façon de s'adapter en termes d'organisation de services. *Gestionnaire*



Prise de décision

- ❖ Cadre de décision variable selon la clientèle
 - ❖ En fonction de l'honnêteté / lien de confiance
 - ❖ En fonction de la place prise par la personne
 - ❖ Pharmacien absent des décisions
- ❖ Prise de décision et gestion des risques
 - ❖ Repose sur le médecin
 - ❖ Distinction entre prendre le risque VS prendre la chance
 - ❖ Négociation/collaboration AVEC la personne/médecin selon des barèmes de sécurité

La personne est au cœur même de sa vision du traitement. C'est un peu elle la chef des directions qu'on va prendre. OC



Emplacement géographique

Situation actuelle

- ❖ Lieux physiques
 - ❖ Location de locaux dans des organismes communautaires
- ❖ Emplacement
 - ❖ Centre-ville
 - ❖ Accessible en transport en commun
 - ❖ À proximité d'autres ressources

Situation idéale

- ❖ Mobilité des services = autobus
 - ❖ Livraison de la molécule à domicile
 - ❖ Équipes nomades (d'organisme en organisme)
- ❖ Augmenter le nombre de points de services pour TAO

Je pense que le bas seuil en TDO permet d'être dans un organisme où il y a beaucoup de gens en itinérance d'une part au centre-ville, donc de par la configuration à [nom de la ville], on n'est pas sur [nom de la rue] à l'autre bout du monde, où les gens n'ont pas de billet d'autobus ou autres. OC



Collaborations et partenariats

Situation actuelle

- ❖ Type de collaboration
 - ❖ Pharmacies (+/-)
 - ❖ Services policiers (+/-)
 - ❖ Services correctionnels (+/-)
 - ❖ Organismes communautaires (+/-)
 - ❖ Hôpitaux (-)
- ❖ Corridors d'échanges d'informations informels
 - ❖ Basé sur qui connaît qui
- ❖ Lourdeurs administratives pour références
 - ❖ « Eux vers Nous » et « Nous vers Eux »

Parce que je ne rentrais pas comme dans la clientèle, mais officieusement, par contre... il y a [nom du TR], pendant ces trois mois-là, il m'a épaulé, en attendant que j'aie le service. [...] Faque lui, j'avais son numéro, faque souvent je le textais et puis je le voyais pratiquement tous les jeudis. Des fois, il me disait : viens, je suis à [nom de la ressource] toute la journée, viens me voir. Mais toutes les fois que j'avais envie, je l'appelais ou je le textais et puis il me donnait des nouvelles dans les heures. Lui, il m'a supporté.

Usager

Où en sommes-nous et où allons nous ?



Quelques constats

- Consensus relatif quant à la philosophie d'intervention (Aller-Vers)
- Quelques approches avec un point commun : l'importance accordée aux personnes (l'accueil)
- Importance d'offrir de services couvrant la globalité des besoins en santé et services sociaux
- Pertinence de déconstruire la notion de seuil
- Offrir rapidement la molécule sans attente (ici, maintenant)
- Partenariats forts et officiels
- Accompagner la personne dans ses démarches

Le grand défi :

Adapter la philosophie et l'offre de services dans l'organisation des services actuels

Quelques pistes:

- Assouplissement du cadre normatif du TAO
 - Ordres professionnels
- Outil d'évaluation préaccès au service pour personne ayant un TUO
 - Collaboration avec un autre équipe de recherche
- Démocratiser l'utilisation de la buprénorphine/naloxone
- Élaboration de recommandations



Nous tenons à remercier les personnes qui ont accepté de participer aux entrevues : les personnes dépendantes aux opioïdes, les professionnels œuvrant dans des organismes communautaires ainsi que les équipes cliniques et de gestion des établissements ayant une mission CRD.

Merci!

Équipe de recherche:

Dre Marie-Ève Goyer, Co-chercheure
Jorge Flores-Aranda, Co-chercheur
Karine Hudon, Chargée de projet
Valérie Aubut, Adjointe à la chargée de projet

Danielle Richer, Technicienne administrative

AgentEs de recherche:
Marie-Claude Plessis-Bélair, Malaka
Rached-D'Astous, Yan Ferguson,
Shany Lavoie, Kettly Pinchinat Jean-Charles et Rosalie Génois

Vincent Wagner, chercheur post-doctoral

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

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

Québec 



Avec la participation de



Santé
Canada

Health
Canada

Santé
et Services sociaux

Québec 

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

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Québec 



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.