

Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec

Dans le cadre de l'étude de faisabilité
pour l'implantation du traitement
par agonistes opioïdes injectable au Québec

Production de l'Institut universitaire sur les dépendances
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en collaboration
avec le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Le **Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes** injectable est une 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.

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

Michel Perreault / Ph.D., chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et professeur agrégé au département de psychiatrie de l'Université McGill

Marie-Ève Goyer / M.D. MSc, professeur adjoint de clinique, département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

RECHERCHE ET RÉDACTION

Léonie Archambault / M.A., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Mélissa Laurendeau / M.Sc., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Léa-Frédérique Rainville / M.A., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Daniel Rabouin / M.Sc., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Jennifer Cohen / B.Sc., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

COORDINATION

Léonie Archambault / M.A., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Diana Milton / B.Sc. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

© Institut universitaire sur les dépendances, 2019

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

Notes

Dans ce 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.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Marie-Josée Audet / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Martin Camiré / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Josée Charland / Intervieweuse Réseau SurvUDI-I-Track, paire

Mathieu Davoine-Tousignant / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Andréa D'Élia / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Marie-Claude Fugier / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Annie Galarneau / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

D^r Sidney Maynard / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Nicolas Quijano / Pair-aidant, Cactus et militant pour les droits des personnes utilisant des drogues

Léa-Frédérique Rainville / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Valérie Ramka / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Barbara Rivard / Consultante

D^{re} Anne-Sophie Thommeret-Carrière / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Isabel Turcotte / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF

Marie-Louise Beaulieu Bourgeois / Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dominic Bélanger / Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jérôme Benedetti / Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues

D^{re} Suzanne Brissette / Centre hospitalier universitaire de Montréal

Serge Brochu / Institut universitaire sur les dépendances

Martin Camiré / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Richard Cloutier / Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Dion / Ministère de la Sécurité publique

D^r André Dontigny / Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Mélissa Généreux / Direction de la santé publique, Estrie

Karine Hudon / Institut universitaire sur les dépendances

Éric Langlois / Institut national de santé publique du Québec

Benoit Lefrançois / Ministère de la Santé et des Services sociaux

Philippe Malchelosse / Point de rue

D^{re} Carole Morissette / Direction de santé publique, Montréal

Élaine Polflit / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Léa-Frédérique Rainville / CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Remerciements

Les responsables du projet remercient toutes les personnes qui ont contribué à la démarche en partageant leur expertise ou en orientant l'équipe de recherche vers les sources d'information appropriées :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

D^r Mohamed Hachaichi, D^r Yasser Khazaal et Loïc Menneret

COLLÈGE DES MÉDECINS

D^{re} Pauline Gref et D^r Yves Robert

CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Sébastien Roy et Jamal St-Pierre

CROSSTOWN CLINIC

D^r Scott MacDonald

DOWNTOWN COMMUNITY HEALTH CENTER

Terry Hobot, D^{re} Laura Knebel et Marie Sproule

LOWER MAINLAND PHARMACY SERVICES

Tamar Koleba

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Patrick Boudreault et Chantal St-Arnaud

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC :

Geneviève Cloutier, Alain Hébert, Marie-Lyne Roc et Jean Seaborn

OTTAWA INNER CITY HEALTH

Louise Beaudoin, Wendy Muckle, Stephanie Muron, Kari Tomalin et Dr Jeff Turnbull

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC

SANTÉ CANADA ET L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Kim Barber, Neil Barkat, Éric Charlebois, Carol Anne Chénard, Deborah Dinakaran, Jennifer Geduld, Ian Hodges, Marita Killen, Mark Kozlowski, Kirsten Mattison et Saskia Vanderloo

SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL

Commandant Simon Durocher

SERVICE D'ADDICTOLOGIE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

D^{re} Aline Bervini, D^r Gérard Calzada, D^{re} Rita Manghi et Laurent Szczesniak

AUTRES

Christelle Dusablon-Pelletier

Andréanne Duchaine, Designer graphique

Guyline Dupuis, Conseillère cadre en soins infirmiers

Financement

Les travaux ont été soutenus par une contribution financière du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada dont les fonds ont été gérés par le MSSS et l'IUD. Les travaux ont été réalisés grâce à la collaboration du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et le soutien en nature des différents organismes auxquels sont rattachés le groupe de travail, le comité consultatif et les experts qui font l'objet des remerciements.

Mise en garde

Le présent guide a été conçu selon la méthode décrite de manière détaillée au premier chapitre.

Les renseignements rapportés proviennent de publications et de sources officielles mais aussi de rencontres et d'avis d'experts. La majorité des extraits provenant d'experts ont été revus par ceux-ci afin d'assurer autant que possible l'exactitude du contenu du document. Toutefois, les auteurs sont dans l'impossibilité d'offrir des garanties quant à l'exactitude des informations contenues dans le guide.

En ce qui concerne les propositions contenues dans le guide, elles sont le fruit de travaux d'un **groupe de travail** interdisciplinaire composé de personnes ayant une expérience en TAO (et dans certains cas en TAO injectable). Toutefois, il est à noter qu'il s'agit de propositions et qu'elles ne sont pas prescriptives. Elles sont rapportées le plus fidèlement possible par les auteurs afin de refléter la perspective des membres qui le composent.

Les auteurs se dérogent de toutes responsabilités en lien avec la pratique clinique et professionnelle du TAO et du TAO injectable. Les prestataires de soins et 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 respectifs. Les propositions contenues dans ce guide ne remplacent pas le jugement clinique des professionnels.

Présentation

Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec

La crise des surdoses d'opioïdes est un problème de santé publique complexe qui touche à divers degrés l'ensemble des provinces canadiennes. Le présent guide s'inscrit dans la priorité du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances portant sur les « réponses novatrices à la crise des opioïdes sévissant au Canada que ce soit dans le domaine de la prévention, de la réduction des méfaits ou du traitement ». Dans cette perspective, l'efficacité du traitement par agonistes opioïdes injectable a été démontrée dans le cadre de plusieurs essais contrôlés randomisés dans six pays en termes de rétention en traitement, de réduction de la consommation d'héroïne, de diminution de la criminalité et d'une possible réduction de la mortalité (Demaret et al., 2010; Ferri et al., 2010; Strang et al., 2012; Oviedo-Joekes et al., 2010a).

L'objectif du présent guide est d'offrir un outil d'information et d'orientation aux gestionnaires et cliniciens qui s'intéressent au TAO injectable ou qui s'engagent dans l'offre de ce traitement au Québec.

Ce document couvre quatre principaux aspects :

1. La méthode employée pour élaborer le guide

Le guide s'appuie sur les écrits scientifiques (39 publications) et la littérature grise ; les visites de sept programmes de TAO injectable (à Vancouver, Ottawa, Genève, Lausanne) ; la consultation de 33 informateurs-clés au Canada et en Europe et de quatre ordres professionnels québécois ; le soutien d'un comité consultatif composé de 17 experts, décideurs et usagers ; ainsi que des travaux réalisés par un groupe de travail interdisciplinaire composé de 14 intervenants et cliniciens experts en TAO.

2. La philosophie de soins proposée

La philosophie de soins proposée repose sur une approche visant à accompagner et soutenir le patient, à son rythme, dans la poursuite de ses propres objectifs et dans l'amélioration de son bien-être (voir le chapitre 2).

3. Les considérations cliniques

En fonction des pratiques existantes et des propositions du groupe de travail, des procédures pour orienter l'admission (en fonction de critères d'admissibilité) et le traitement au quotidien ainsi que pour favoriser la continuité des soins sont proposées au chapitre 3. Des renseignements concernant la prescription sont aussi disponibles.

4. Les conditions d'implantation du traitement par agonistes opioïdes injectable

Les étapes d'implantation d'un programme de TAO injectable (évaluation des besoins, modèles de services, rôles et responsabilités des équipes, organisation du travail et des lieux physiques, évaluation du programme) sont décrites au chapitre 4.

MODE D'EMPLOI DU GUIDE

Chaque section comporte des renseignements visant à **résumer l'ensemble des pratiques** recensées.

Lorsqu'applicable, chaque section comporte aussi des **précisions propres au contexte québécois** en termes de cadre légal, de normes de pratiques professionnelles, de philosophie de soins et d'organisation des services.

Lorsque pertinent, des hyperliens sont proposés pour diriger le lecteur vers des sources d'information complémentaires.

Lorsqu'applicable, chaque section comporte des **propositions du groupe de travail interdisciplinaire qui avait été mis en place pour soutenir la conception de ce guide**. Afin d'être facilement repérables, les propositions de ce groupe sont présentées en italique et on y réfère sous « propositions du groupe de travail ».

Le guide est accessible en ligne, sur le **site web de l'étude de faisabilité pour l'implantation du TAO injectable**. Ce site comporte aussi des documents d'information complémentaires pour les intervenants, professionnels et gestionnaires intéressés par le TAO injectable.

SITE WEB

etudetaoi.wordpress.com

Table des matières

Présentation	4	4. Implantation d'un programme de TAO injectable	36
Liste des figures	8	4.1 Démarches préalables.....	36
Liste des tableaux	8	4.1.1 Étude de besoins	36
Liste des encadrés.....	8	4.1.2 Modèles de services	36
Liste des sigles et acronymes	9	4.2 Constitution de l'équipe traitante	38
Préambule.....	10	4.2.1 Composition	38
Introduction	11	4.2.2 Compétences et formations.....	38
1. Méthode utilisée pour concevoir le guide sur le TAO injectable	14	4.2.3 Rôles du personnel.....	40
1.1 Recension des écrits scientifiques, de la littérature grise ainsi que des guides et des protocoles cliniques existants.....	14	4.3 Exigences structurelles.....	44
1.2 Visites de sites cliniques de TAO injectable.....	15	4.3.1 Infrastructure et locaux.....	44
1.3 Consultations d'ordres professionnels	15	4.3.2 Matériel	44
1.4 Consultations d'informateurs-clés	15	4.3.3 Dispositifs de sécurité au site de traitement et à la pharmacie	47
1.5 Groupe de travail	16	4.3.4 Organisation du service.....	47
1.6 Comité consultatif.....	16	4.4 Médicaments et pharmacie.....	49
1.7 Processus de rédaction et de révision du présent guide d'information et d'orientation.....	16	4.4.1 Coûts, obtention et remboursement des médicaments au Québec en 2019	49
2. Philosophies de soins	18	4.4.2 Livraison et entreposage sécuritaire.....	50
3. Pratiques courantes en TAO injectable et faisabilité au Québec.....	20	4.4.3 Préparation et conservation	50
3.1 Groupe cible et but du traitement.....	20	4.4.3 Destruction des doses de narcotiques non utilisées.....	51
3.2 Processus d'admission.....	20	4.4.4 Surveillance.....	51
3.2.1 Phase 1 : Demande de TAO injectable	21	4.4.5 Co-prescription de méthadone ou de morphine orale à libération lente	51
3.2.2 Phase 2 : Évaluation de l'admissibilité	21	4.5 Acceptabilité sociale et professionnelle.....	52
3.2.3 Phase 3 : Prise de décision.....	21	4.6 Évaluation d'un nouveau programme de TAO injectable	53
3.3 Admissibilité au TAO injectable.....	22	4.6.1 L'évaluation des besoins pour la mise en place d'un programme de TAO injectable	53
3.3.1 Critères de l'admissibilité.....	22	4.6.2 L'évaluation des possibilités d'action.....	53
3.3.2 Considérations.....	23	4.6.3 L'évaluation d'implantation	54
3.3.3 Enjeux éthiques.....	24	4.6.4 Évaluation des effets	57
3.3.4 Conduite automobile.....	24	4.6.5 Évaluation de rendement	58
3.4 Prescription du TAO injectable.....	25	Conclusion	59
3.4.1 Dosages et co-prescription d'une médication orale.....	25	Références.....	60
3.4.2 Effets secondaires et événements indésirables.....	25	Annexe 1 : Notes de terrain des visites	65
3.4.3 Interactions médicamenteuses.....	25	Annexe 2 : Articles 27 à 29 du Règlement relatif à la santé des conducteurs	72
3.4.4 Titration.....	26	Annexe 3 : Protocoles pré et post injection tirés de l'icras et du CHUV de lausanne.....	74
3.5 Administration du traitement.....	27	Annexe 4 : Mesures de préventions et de contrôle des punaises de lit du Cran.....	80
3.5.1 Accueil et identification.....	28	Annexe 5 : Exemple d'organisation des plages horaires de traitement.....	83
3.5.2 Protocole pré-injection.....	28	Annexe 6 : Matériel supplémentaire pour l'évaluation.....	86
3.5.3 Distribution.....	30		
3.5.4 Injection et supervision.....	30		
3.5.5 Protocole post-injection.....	31		
3.6 Transitions.....	32		
3.6.1 Hospitalisation et incarcération	32		
3.6.2 Transitions entre les médicaments et les programmes.....	32		
3.6.3 Doses à emporter (doses non supervisées)	32		
3.7 Suivi.....	34		
3.7.1 Plan de traitement	34		
3.7.2 Consommation parallèle et polytoxicomanie.....	34		
3.7.3 Services connexes.....	34		
3.7.4 Implication de l'entourage.....	35		

Liste des sigles et acronymes

BCCSU	British Columbia Centre on Substance Use
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMQ	Collège des médecins du Québec
Cran	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
DSQ	Dossier santé Québec
ETP	Équivalent temps plein
ICRAS	Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances
IUD	Institut universitaire sur les dépendances
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSSSQ	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NAOMI	North American Opiate Medication Initiative
O2	Oxygène
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PUDS	Programme sur l'usage et les dépendances aux substances
SALOME	Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness
SIS	Service d'injection supervisée
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TAOi	Traitement par agonistes opioïdes injectable
TUO	Troubles liés à l'utilisation d'opioïdes
TUS	Troubles liés à l'utilisation de substances

Liste des figures

Figure 1	Programmes de traitement et de recherche en TAO injectable à travers le monde.....	11
Figure 2	Nombre de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada en 2018 selon l'agence de la santé publique du Canada.....	12
Figure 3	Exemple de processus d'admission au programme de TAO injectable et tâches associées .	21
Figure 4	Processus décisionnel pour l'admissibilité au traitement.....	23
Figure 5	Proposition d'un parcours du patient à chaque visite au site de traitement	27
Figure 6.	Protocole en cas d'intoxication	29

Liste des tableaux

Tableau 1	Tableau tiré des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS (2019) sur le TAO injectable	13
Tableau 2	Formations ou compétences préalables spécifiques aux différents professionnels.....	39
Tableau 3	Coût et obtention de l'hydromorphone dans le cadre du traitement par agoniste opioïdes injectable (tableau tiré de la liste des médicaments couverts par la Régie de l'assurance médicaments du Québec en date du 25 octobre 2019)	49
Tableau 4	Instruments fréquemment utilisés pour mesurer les caractéristiques de la clientèle en TAO et TAO injectable	55
Tableau 5	Méthodes fréquemment utilisées pour documenter le point de vue des participants au traitement	57

Liste des encadrés

Encadré 1	Formations communes proposées pour l'ensemble des membres du personnel.....	39
------------------	---	----

PRÉAMBULE

Au Canada, entre 2005 et 2008, des essais contrôlés randomisés comparant la diacétylmorphine injectable et la méthadone orale pour le traitement d'usagers ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes de longue date ont été réalisés à Vancouver et Montréal dans le cadre de l'étude NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*). Au terme des essais contrôlés randomisés, l'équipe de Vancouver a poursuivi le traitement injectable pour les patients participants à l'étude, mais le contexte politique québécois n'a pas permis de faire de même à Montréal. Or, depuis 2017, des travaux réalisés à Montréal ont montré la pertinence d'élargir l'offre de traitement afin de rejoindre les usagers qui ne sont pas attirés ou retenus dans les programmes de traitement traditionnels du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, malgré une amélioration de l'accessibilité à ces derniers (Perreault et Archambault, 2017; Perreault et al., 2017).

En 2017, le Cran a mandaté le chercheur Michel Perreault pour entreprendre une évaluation des besoins montréalais pour une offre de service en TAO injectable. Puis, au printemps 2018, la responsabilité d'une étude de faisabilité pour l'implantation d'une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable (TAO injectable) au Québec a été confiée au chercheur Michel Perreault et à la Dre Marie-Ève Goyer via l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD). Le présent guide s'inscrit dans le cadre de cette étude de faisabilité.

Introduction

L'efficacité du traitement par agonistes opioïdes injectable a été démontrée dans le cadre de plusieurs essais contrôlés randomisés dans six pays (Suisse, Pays-Bas, Espagne, Allemagne, Canada, Royaume-Uni) en termes de rétention en traitement, de réduction de la consommation d'héroïne, de diminution de la criminalité et d'une possible réduction de la mortalité (Demaret et al., 2010; Ferri et al., 2010; Strang et al., 2012; Oviedo-Joekes et al., 2010a). À l'heure actuelle, le TAO injectable a été rendu dans le cadre de recherches ou de programmes dans huit pays, tel qu'en témoigne la carte ci-dessous.



Figure 1. Programmes de traitement et de recherche en TAO injectable à travers le monde

Au Canada, entre 2005 et 2008, des essais contrôlés randomisés comparant la diacétylmorphine injectable et la méthadone orale pour le traitement d'usagers ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes de longue date ont démontré l'efficacité du traitement pour cette population (Oviedo-Joekes et al. 2009). L'étude SALOME (Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness), réalisée à Vancouver entre 2011 et 2013, a ensuite confirmé la non-infériorité de l'hydromorphone injectable par rapport à la diacétylmorphine injectable pour le traitement des usagers chroniques d'opioïdes par injection (Oviedo-Joekes et al., 2016).

À l'heure actuelle, la crise des surdoses d'opioïdes est un problème de santé publique complexe qui touche à divers degrés l'ensemble des provinces canadiennes, tel qu'en témoigne la figure 2 (Gouvernement du Canada, 2019a). Au Québec, les données de l'Institut national de santé publique (INSPQ) montrent une tendance à la hausse du taux de mortalité attribuable à une intoxication aux opioïdes entre 2000 et 2015 (Shemilt et al., 2017).

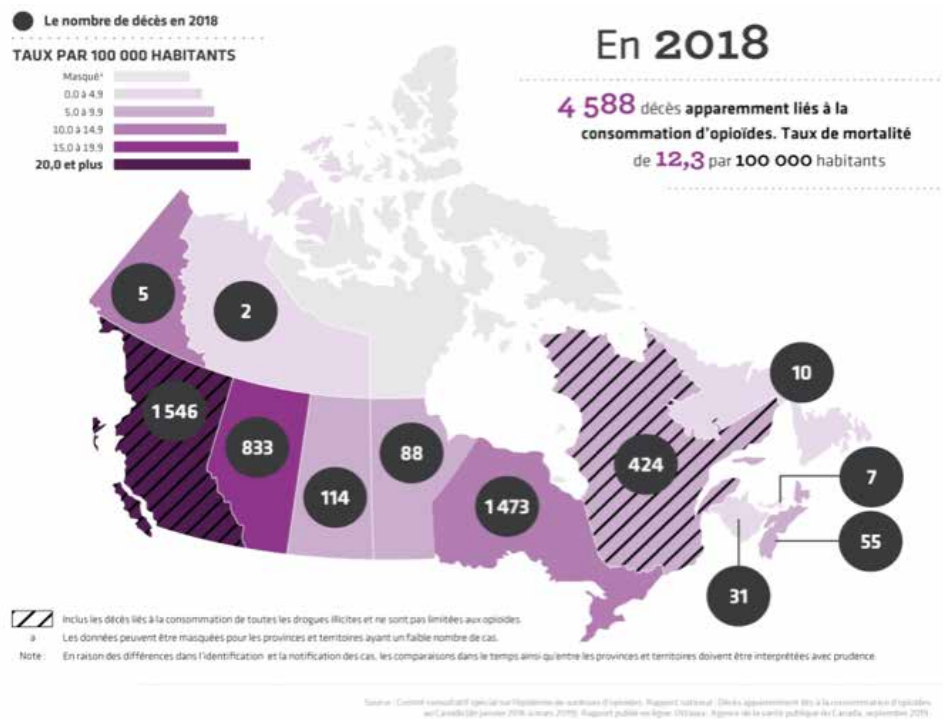


Figure 2. Nombre de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada en 2018 selon l'agence de la santé publique du Canada

Figure tirée de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/donnees-surveillance-recherche/mafais-deces.html>

« En raison de la hausse de la morbidité et de la mortalité liées aux opioïdes au Canada, il y a un intérêt croissant pour l'expansion des options de traitement pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes. » (Public Health Ontario [traduction libre]). En effet, le TAO injectable pourrait réduire la mortalité et plusieurs initiatives fédérales et provinciales pour y faciliter l'accès ont été mises en place dans les dernières années. Le traitement a été implanté dans plusieurs milieux de soins en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario. Du côté de Santé Canada, l'utilisation de l'hydromorphone injectable pour le traitement du trouble grave d'usage d'opioïdes a été approuvée et la diacétylmorphine a été ajoutée à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique (Gouvernement du Canada, 2019b). Pour sa part, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a commandé la présente étude de faisabilité dans le cadre de la stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre. Par ailleurs, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), a fait paraître à l'automne 2019 deux guides nationaux de TAO injectable (volet clinique et volet opérationnel). Au regard de l'état des connaissances scientifiques actuelles sur le TAO injectable, trois recommandations y sont présentées en fonction de leur poids et de la qualité des données scientifiques disponibles (tableau 1).

	Recommandation	Qualité des données probantes	Poids de la recommandation
Traitement par agonistes opioïdes injectables			
1.	Un traitement par agonistes opioïdes injectables devrait être envisagé pour les personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes à la fois sévère et réfractaire aux traitements et continuent à utiliser des opioïdes injectables.	Modérée	Conditionnelle
Choix des médicaments			
2.	Pour les patients dont on estime qu'ils profiteront vraisemblablement d'un traitement aux agonistes opioïdes, la diacétylmorphine et l'hydromorphone sont des traitements adaptés.	Faible	Forte
Date de fin du traitement			
3.	Le traitement aux agonistes opioïdes injectables devrait être administré comme un traitement à durée variable, la décision de passer à un TAO par voie orale étant prise en collaboration avec le patient.	Faible	Forte

Tableau 1. Tableau tiré des Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS (2019) sur le TAO injectable : Poids des recommandations et qualité des données scientifiques

Source : https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Clinical_Guideline-French-FINAL.pdf

Cette étude de faisabilité s'inscrit en continuité avec les travaux antérieurs réalisés avec le soutien du programme Cran (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes). À travers ceux-ci, des besoins ont été identifiés pour une diversification des approches et des traitements pharmacologiques (Perreault et Archambault, 2017) ainsi que pour une offre de service de TAO injectable sur l'île de Montréal (Perreault et al., 2017).

L'ajout du TAO injectable dans le continuum de services en TAO au Québec constitue une autre option pour rejoindre les personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes par injection et pour lesquelles les traitements actuellement disponibles ne sont pas efficaces. Bien que le rapport coût efficacité du TAO injectable ait été démontré avantageux pour les usagers réfractaires aux traitements oraux (Byford et al., 2013; Bansback et al., 2018), celui-ci constitue un traitement coûteux, à haute intensité, qui ne vise pas à remplacer les traitements oraux courants, mais à élargir l'offre de service actuelle.

L'étude vise à identifier les besoins et les conditions pour l'implantation du traitement dans un contexte québécois. Le présent guide constitue l'un des extraits attendus de l'étude de faisabilité. Son objectif est d'offrir un outil d'information et d'orientation aux gestionnaires et cliniciens qui s'intéressent au TAO injectable ou qui s'engagent dans une offre de service en TAO injectable au Québec.

Ce guide se décline en quatre chapitres portant sur 1) la méthode employée pour élaborer le guide, 2) les philosophies de soins proposées, 3) les considérations cliniques et 4) les conditions d'implantation du traitement par agonistes opioïdes injectable.

1. Méthode utilisée pour concevoir le guide sur le TAO injectable

Le présent guide est basé sur les éléments suivants:

- une recension des écrits scientifiques, de la littérature grise ainsi que des guides et des protocoles cliniques existants;
- des visites de programmes de TAO injectable existants (à Vancouver et Ottawa, au Canada ainsi qu'à Genève et Lausanne, en Suisse) ;
- des consultations avec les quatre ordres professionnels concernés (Collège des Médecins du Québec, Ordre des Pharmaciens du Québec, Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec) ;
- des consultations avec 33 informateurs-clés (ex.: Santé Canada, Société de l'Assurance Automobile du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, programmes de TAO injectable) ;
- des rencontres avec un groupe de travail interdisciplinaire composé de 14 professionnels expérimentés dans le domaine du TAO, dont certains ont été impliqués dans l'étude NAOMI;
- six sous-groupes de travail spécifiques à différentes disciplines professionnelles (infirmières, médecins, intervenants psychosociaux, pharmaciens, pairs et gestionnaires).
- le soutien d'un comité consultatif composé de 17 membres (experts, décideurs, usagers).

Les travaux ont été réalisés par l'équipe de recherche formée des responsables du projet (Michel Perreault, PhD et Marie-Ève Goyer, MD), de la coordonnatrice du projet et de plusieurs assistants de recherche.

1.1 Recension des écrits scientifiques, de la littérature grise, ainsi que des guides et protocoles cliniques existants

Une recension des écrits (rapid review) a été réalisée dans les bases de données PUBMED, PsycInfo et Sociological Abstracts en août 2017 afin de repérer des publications portant sur les pratiques associées aux TAO injectable. La recherche a été effectuée à l'aide de la combinaison de mots-clés suivante: « diacetylmorphine OR diamorphine AND treatment ». Elle a généré 80 références. Les critères d'inclusion visaient à restreindre la recherche aux articles permettant de documenter les pratiques de traitement. Après avoir éliminé les doublons et les articles ne correspondant pas aux critères d'inclusion, 24 publications ont été retenues auxquelles se sont ajoutées 12 publications provenant des bibliographies d'articles repérés, identifiées à l'aide du moteur de recherche Google ou fournies par le groupe de travail. En août 2019, une mise à jour de la recension des écrits a permis d'ajouter trois articles publiés en 2018 et 2019. Une recherche supplémentaire avec les mots-clés « injectable hydromorphone OR hydromorphone AND opioïd

use disorder OR opioid agonist treatment » a permis de confirmer que tous les articles portant sur le TAO injectable avec l'hydromorphone injectable avaient été inclus dans la recension.

Les sites web, les rapports et les guides cliniques courants produits par les programmes qui administrent le TAO injectable en Colombie-Britannique et en Suisse ont été consultés.

Enfin, des demandes ont été adressées à des responsables de programmes de TAO injectable canadiens et suisses pour consulter leurs protocoles cliniques et administratifs. Ces démarches ont permis de colliger des guides cliniques, des protocoles d'évaluation pré et post injection, des protocoles de titration et des procédures administratives de planification des effectifs.

1.2 Visites de sites cliniques de TAO injectable

Au total, sept sites de TAO injectable ont été visités par l'équipe de recherche: quatre à Vancouver, un à Ottawa, un à Genève et un à Lausanne. À chaque site, les collectes d'information sous forme d'échanges avec des cliniciens ont duré entre une et quatre heures. Chaque visite a fait l'objet d'un compte-rendu afin de documenter les pratiques en vigueur dans les différents programmes et un résumé des notes de terrain se trouve à l'Annexe 1.

1.3 Consultations d'ordres professionnels

Des rencontres ont eu lieu avec quatre ordres professionnels (Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec). L'objectif des rencontres était d'informer les représentants de la tenue de l'étude de faisabilité, de leur présenter les pratiques en vigueur dans les programmes de TAO injectable existants et de documenter les enjeux de pratique professionnelle ainsi que les normes professionnelles à respecter dans le cadre d'une éventuelle implantation du TAO injectable au Québec. Suite à chaque rencontre, un compte-rendu a été produit et acheminé aux personnes rencontrées afin d'en valider le contenu.

1.4 Consultations d'informateurs-clés

Des informateurs-clés ont été consultés afin de répondre à certaines questions spécifiques.

Au plan de l'accès aux médicaments et de leur remboursement, des représentants des directions suivantes ont été consultés par le biais de rendez-vous téléphoniques et d'échanges de courriels :

- Direction générale des substances contrôlées et du cannabis (Santé Canada)
- Direction générale des produits de santé et des aliments (Santé Canada)
- Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec)

Concernant les enjeux de continuité de traitement entre la communauté et les milieux de détention, un représentant de la direction générale des services correctionnels du ministère de la Sécurité publique a été consulté, conjointement avec un représentant des affaires pharmaceutiques et une représentante de la direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS. Le chef d'un poste de police du centre-sud de Montréal a aussi été consulté.

Concernant les aspects légaux et réglementaires de l'administration d'un traitement à haute-doses d'opioïdes chez des personnes possédant un permis de conduire, la Société de l'assurance automobile du Québec a été consultée par le biais d'échanges courriels.

Toutes les informations recueillies auprès des informateurs-clés ont été colligées afin de produire le présent guide.

1.5 Groupe de travail

Un groupe de travail interdisciplinaire sur le TAO injectable (ci-après appelé « groupe de travail ») formé de cliniciens et d'usagers de services ayant une expertise en TAO a été formé en 2016, sous la responsabilité de la conseillère clinique du Cran, avec la collaboration du chercheur Michel Perreault. Le groupe s'est réuni à trois reprises avant le début de l'étude de faisabilité financée par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances. Dans le cadre de l'étude de faisabilité pour l'implantation TAO injectable, le groupe a été bonifié par la participation de pharmaciennes et de représentants supplémentaires des autres disciplines et des usagers. Les travaux se sont poursuivis sous la responsabilité de l'équipe de recherche afin de développer une approche clinique et une approche d'implantation pour le TAO injectable au Québec. Pour ce faire, le groupe de travail a été scindé en six sous-groupes professionnels (infirmières, médecins, intervenants psychosociaux, pharmaciens, pairs et gestionnaires) dont certains membres avaient collaboré à l'étude NAOMI. Chaque sous-groupe s'est réuni à deux ou trois reprises afin d'étudier les pratiques en vigueur dans les programmes de TAO injectable existants et proposer des recommandations pour une implantation québécoise du TAO injectable, en lien avec son champ d'expertise professionnelle. Le groupe de travail interdisciplinaire s'est aussi réuni à plusieurs reprises afin de travailler sur des thèmes transversaux tels que l'aménagement des lieux, la philosophie de soins, les critères d'admission au TAO injectable et l'évaluation d'implantation d'un programme de TAO injectable.

1.6 Comité consultatif

Un comité consultatif incluant des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de la Sécurité publique, de la Santé publique, des usagers de services, des cliniciens et des gestionnaires a été formé pour 1) identifier les principaux enjeux liés au TAO injectable et à l'implantation de ce traitement au Québec, 2) conseiller et soutenir l'équipe du projet dans la planification, le déroulement et la validation des différentes étapes de l'étude (pertinence des démarches), 3) orienter l'équipe de recherche vers les sources d'information pertinentes et les informateurs-clés, 4) faciliter et soutenir la participation des principaux acteurs à l'étude, 5) guider la diffusion des résultats chez les principaux acteurs de même que dans le milieu scientifique.

1.7 Processus de rédaction et de révision du présent guide d'information et d'orientation

Le guide s'appuie sur la littérature scientifique et la littérature grise (incluant les guides de pratique publiés), les visites de programmes de TAO injectable et protocoles recueillis auprès de cliniciens ainsi que sur des consultations d'informateurs-clés et d'ordres professionnels. Il vise à orienter et outiller les équipes de TAO qui souhaitent élargir leur offre au TAO injectable. Chaque section comporte des renseignements visant à résumer, pour le lecteur, l'ensemble des pratiques recensées.

Lorsque pertinent, chaque section comporte aussi des précisions propres au contexte québécois en termes de cadre légal, de normes de pratiques professionnelles, de philosophie de soins et d'organisation des services. Ces précisions sont issues des démarches réalisées auprès des ordres professionnels, des informateurs-clés ainsi que des travaux en groupe interdisciplinaire et en sous-groupes de travail.

Le guide québécois de TAO injectable a été soumis pour révision au groupe de travail, au comité consultatif et aux ordres professionnels concernés. Des commentaires ont été reçus de la part de sept membres du groupe de travail, d'un membre du comité consultatif et de trois ordres professionnels. Des ajustements ont été effectués en fonction des commentaires reçus.

Philosophies de soins²

L'approche de réduction des méfaits est née des suites de la rencontre des problématiques de la toxicomanie et du sida (en Europe au début des années 1980 et une dizaine d'années plus tard en Amérique du Nord). L'incidence du sida chez les usagers de drogues injectables et la propagation rapide de la maladie a créé un environnement propice au changement et a permis l'émergence de l'approche de réduction des méfaits en réponse à l'épidémie. Adoptée sous forme de politiques de santé publique en premier lieu, la réduction des méfaits s'est établie comme une voie d'intervention nouvelle en remettant en question les approches traditionnelles d'intervention dans le domaine de l'usage de drogues – historiquement basées sur l'abstinence et la répression (Beauchemin et al., 2014; Brisson, 1997) – et en élargissant sa portée aux drogues licites, aux problématiques connexes à l'usage de drogues ainsi qu'à des populations à risque spécifiques.

La réduction des méfaits repose sur deux principes: l'humanisme et le pragmatisme. Dans cette optique, les aspects suivants sont retenus :

- l'intervention auprès de l'usager et son entourage doit être abordée dans une **perspective de risques/bénéfices** considérant autant les conséquences négatives que positives, à travers des interventions répondant à une hiérarchie d'objectifs réalistes pour l'usager;
- les interventions doivent viser à rencontrer l'usager là où il se trouve, à lui offrir une gamme de moyens adaptés à ses besoins et à favoriser son respect et sa **participation au processus de démarches** (Beauchemin et al., 2014; Brisson, 2014).

Le groupe de travail préconise des programmes et des interventions cliniques qui mettent de l'avant les principes suivants:

- *des programmes de soins suffisamment flexibles pour laisser place au **jugement professionnel** en matière de critères d'admission et d'interventions cliniques (dans cette perspective, l'évaluation*

² Pour plus d'informations sur la philosophie de soins, consulter le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

constante des risques et bénéfices d'un tel traitement assurera le respect des principaux objectifs, soit la sécurité et la qualité de vie pour chaque patient);

- *une offre de traitement fondée sur l'absence de jugement moral;*
- *la participation du patient, à titre de membre à part entière de l'équipe interdisciplinaire, dans les décisions et processus cliniques qui le concernent.*

En ce sens, il est proposé d'inscrire le traitement par agoniste opioïde injectable dans une approche de **réduction des méfaits** visant la réduction des dommages, à la fois individuels et collectifs, liés à l'usage de drogues plutôt qu'à l'élimination de l'usage en soi (Brisson, 2014; CMHA, 2019). L'approche s'appuie sur les postulats suivants :

- l'usage de drogue est une réalité avec laquelle il faut composer;
- l'usager est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'action (Brisson, 1997).

En somme, le groupe de travail propose une approche visant à accompagner et soutenir le patient, à son rythme, dans la poursuite de ses propres objectifs et dans l'amélioration de son bien-être.

Pratiques courantes en TAO injectable et faisabilité au Québec

La présente section propose un résumé des pratiques cliniques courantes utilisées en TAO injectable ainsi que des propositions du groupe de travail sur la faisabilité du TAO injectable. Le résumé des pratiques courantes en TAO injectable est conçu à partir des sources suivantes :

- littérature scientifique et littérature grise, incluant les guides de pratique publiés;
- visites de programmes de TAO injectable et protocoles recueillis auprès de cliniciens;
- consultation d'informateurs-clés et d'ordres professionnels.

3.1 Groupe cible et but du traitement

Une proportion significative des personnes aux prises avec un trouble grave lié à l'utilisation d'opioïdes n'est pas attirée ou retenue par les TAO oraux conventionnels (Oviedo-Joekes et al., 2016; Strang et al., 2012). Le TAO injectable constitue un ajout dans le continuum de services en TAO afin de rejoindre les personnes qui consomment des opioïdes par injection et qui n'adhèrent pas aux traitements conventionnels. « Le premier objectif du TAO injectable est d'améliorer la santé des individus en réduisant les risques de surdose et les autres méfaits associés à l'injection de drogues en termes de santé physique et sociale. Le deuxième objectif du TAO injectable est d'engager les individus qui ne répondent pas aux traitements conventionnels dans un traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. » [Traduction libre] (BCCSU, 2017).

3.2 Processus d'admission

Le processus d'admission proposé par le groupe de travail se décline en trois phases associées à différentes tâches. Selon la structure du programme de TAO injectable, ces tâches pourraient varier. Afin

de favoriser l'adhésion au traitement, le groupe de travail recommande un processus d'admission rapide et sans délais. Un exemple de tâches associées aux phases d'admission est proposé à la figure 3.

PHASES	TÂCHES	
PHASE I: DEMANDE DE TRAITEMENT	Pré-évaluation	
PHASE II: ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	Évaluation des éléments cliniques	Évaluation des éléments sociaux
	Tests médicaux	Choix de la molécule
PHASE III: PRISE DE DÉCISION	Présentation du programme de TAOi	Prescription
	Signature du formulaire de consentement	Orientation/Référence
AU BESOIN AU COURS DES PHASES	Rencontre multidisciplinaire	

Figure 3. Exemple de processus d'admission au programme de TAO injectable et tâches associées

3.2.1 PHASE 1 : DEMANDE DE TAO INJECTABLE

Dans l'exemple présenté à la figure 3, le processus d'admission débute à la réception d'une demande de traitement par un usager ou par une référence professionnelle. Au moment de la demande de traitement, le groupe de travail propose de recueillir certaines informations de base permettant une pré-évaluation de l'admissibilité de l'usager (par exemple : les substances consommées et les modes de consommation).

3.2.2 PHASE 2 : ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

À la phase d'évaluation de l'admissibilité, le groupe de travail propose de récolter des informations cliniques, sociales et médicales (ex. : test de grossesse, test de dépistage urinaire de drogue) sur l'usager afin de s'assurer que le TAO injectable est une option adéquate pour la personne. Un protocole d'évaluation de l'admissibilité détaillé est proposé à la section 3.3.

Le choix du médicament injectable (selon la disponibilité des médicaments), ainsi que le choix du TAO oral co-prescrit (si pertinent) pourrait être effectué à ce moment du processus d'admission en s'assurant que l'utilisateur reçoive les renseignements nécessaires à une décision éclairée.

3.2.3 PHASE 3 : PRISE DE DÉCISION

Si l'utilisateur répond aux critères d'admissibilité, le groupe de travail propose les étapes suivantes :

- présentation détaillée du programme de TAO injectable par l'équipe traitante;
- explication et signature du formulaire de consentement par les différentes parties;
- prescription du traitement choisi en collaboration avec l'utilisateur.

Dans le cas où l'utilisateur ne serait pas admissible au TAO injectable, le groupe de travail propose d'orienter le patient vers un traitement approprié, au sein du programme de TAO ou ailleurs.

3.3 Admissibilité au TAO injectable

À travers les écrits recensés, les critères d'admissibilité au TAO injectable s'articulent autour d'un âge minimum, de la nature chronique du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et d'une réponse insatisfaisante aux traitements oraux conventionnels ou aux thérapies basées sur l'abstinence. Dans plusieurs cas, l'altération significative de la santé physique ou mentale ou du fonctionnement social sont aussi des critères d'admission dans les programmes de traitement ou de recherche. Enfin, d'autres conditions telles que le lieu de résidence et le respect des règlements font aussi partie des considérations recensées (Perreault et al., 2017).

3.3.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Les critères d'admissibilité au TAO injectable adoptés par le groupe de travail sont largement inspirés des critères en vigueur dans les programmes de TAO injectable existants. Ils sont proposés pour **guider la décision** de professionnels formés et **ne peuvent remplacer le jugement clinique**. Le choix du traitement et le consentement à y participer reviennent aussi, en amont, à l'utilisateur concerné. Les critères proposés s'articulent autour de deux catégories : les critères de base et les critères de priorisation ou de justification.

Les critères de base proposés incluent les suivants:

- le trouble de l'usage des opiacés grave selon les critères diagnostiques du DSM-5 (TUO);
- une consommation active d'opioïdes par injection;
- des échecs antérieurs aux traitements conventionnels.

³ Dans les lignes directrices nationales canadiennes (ICRAS, 2019a), le diagnostic est posé en fonction des critères du DSM-5.

Les critères de priorisation ou de justification proposés permettent de nuancer les critères de base, en fonction du jugement clinique des professionnels. Ils incluent les critères suivants :

- l'échec prévisible du traitement oral conventionnel;
- l'altération significative de l'état physique, mental ou psychosocial;
- le risque élevé de surdose ou les antécédents de surdoses récentes.

Ces critères s'inscrivent dans un processus décisionnel développé par le groupe de travail et illustré à la figure suivante.

À travers le processus décisionnel proposé par le groupe de travail, l'addition des critères de base rend l'usager admissible au programme de TAO injectable. Or, le jugement clinique et la discussion avec l'usager demeurent nécessaires à la prise de décision, dans une perspective d'évaluation des risques et bénéfices. En absence de certains des critères de base, les critères de priorisation ou de justification (échec prévisible, pratiques à risque, altération de l'état) pourraient être pris en compte pour légitimer l'admissibilité de l'usager au traitement, dans le cadre d'une décision multidisciplinaire. Le groupe de travail suggère que l'évaluation de l'admissibilité soit faite avec l'ensemble de l'équipe traitante.

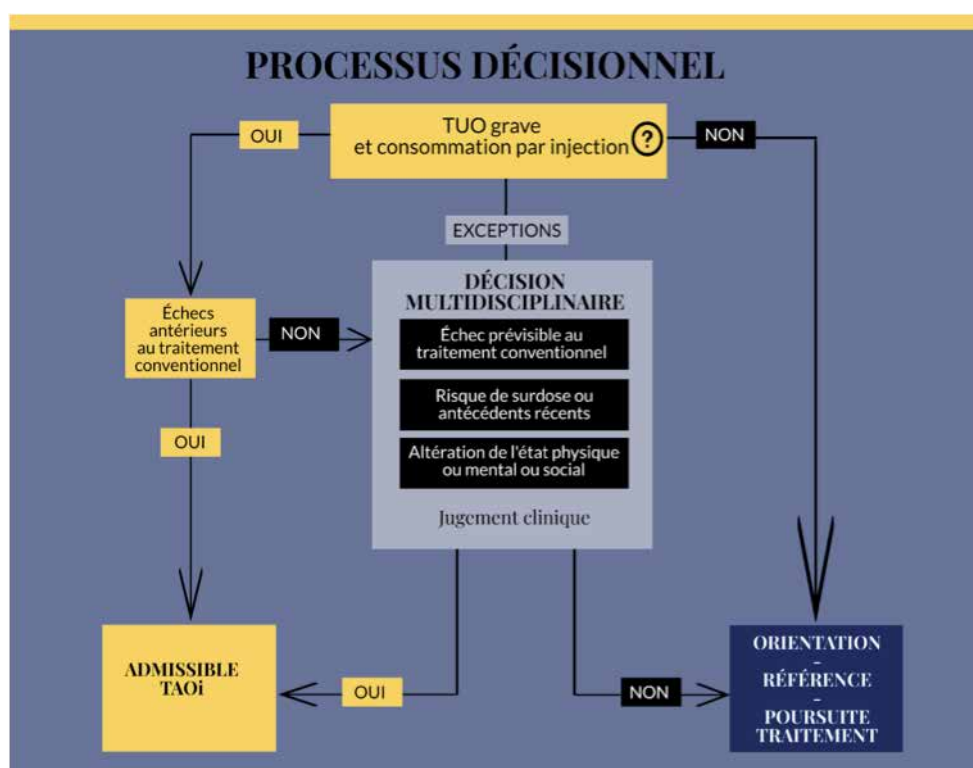


Figure 4. Processus décisionnel pour l'admissibilité au traitement

3.3.2 CONSIDÉRATIONS

Avant le début du traitement, le groupe de travail propose d'évaluer les éléments suivants pour mettre en place les interventions appropriées, le cas échéant.

- La capacité de l'usager à consentir au traitement, c'est-à-dire la compréhension des aspects suivants :
 - › le niveau d'intensité du traitement;
 - › les autres options de traitements, tels que les traitements par agonistes opioïdes conventionnels;
 - › les risques et effets secondaires du TAO injectable.
- La capacité de l'usager à se déplacer pour son traitement jusqu'à trois fois par jour.
- La capacité d'auto-injection OU les besoins d'enseignement ou d'assistance s'il y a lieu.

3.3.3 ENJEUX ÉTHIQUES

La prudence est nécessaire dans l'évaluation de l'admissibilité de populations spécifiques comme les adolescents et les jeunes adultes, les femmes enceintes ainsi que les patients qui consomment des sédatifs en plus des opioïdes. Le groupe de travail suggère qu'une évaluation rigoureuse des risques et des bénéfices anticipés soit réalisée en équipe multidisciplinaire pour établir la pertinence du traitement et qu'un suivi serré soit assuré.

Il est à noter que légalement, au Québec, un mineur de 14 ans ou plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé. Il est toutefois nécessaire de déterminer si le développement physique, mental et émotif du mineur concerné lui permet de saisir pleinement la nature et les conséquences du traitement proposé (ACPM, 2016).

3.3.4 CONDUITE AUTOMOBILE

En ce qui a trait à la conduite automobile pour les patients sous TAO injectable, les renseignements suivants ont été obtenus auprès de la Société d'assurance automobile du Québec.

« Lorsqu'il y a un trouble d'usage de substances modéré ou sévère selon les critères du DSM-5 et que la personne n'est pas en rémission prolongée, il s'agit d'une situation essentiellement incompatible avec la conduite selon l'article 29 du Règlement relatif à la santé des conducteurs. Comme les personnes visées [par les traitements par agonistes opioïdes injectable] sont dans une situation où un tel diagnostic s'applique, ces personnes sont donc inaptes à la conduite. Ainsi, [...] nous pouvons conclure que la personne qui utilise ces traitements sera inapte à la conduite tant qu'elle ne sera pas en rémission prolongée. »

« Cependant, une fois en rémission prolongée, la personne peut demander la fin de la suspension de son permis. Dans certaines situations précises, il est possible que cette demande soit accordée, même si le traitement continue. Il est important de noter que chaque dossier est analysé individuellement et que les classes de permis demandées peuvent influencer l'analyse. Par exemple, un détenteur de classes professionnelles est sujet à des normes plus sévères que celui

qui ne détient qu'une classe de véhicules de promenade. »

« En résumé :

- a) Un détenteur de permis aux prises avec un trouble d'usage de substances assez sévère pour justifier un recours au TAO injectable serait inapte à la conduite.
- b) Une fois en rémission prolongée, la prise de ce traitement ne serait plus nécessairement incompatible avec la conduite, s'il n'y a pas d'effets secondaires néfastes pour celle-ci. »

En complément des consignes transmises par la Société de l'assurance automobile du Québec, les articles 27 à 29 du Règlement relatif à la santé des conducteurs se trouvent à l'Annexe 2. Le [Guide de l'évaluation de l'aptitude à conduire au Québec](#) peut aussi être consulté sur le site de la SAAQ.

3.4 Prescription du TAO injectable

3.4.1 DOSAGE ET CO-PRESCRIPTION D'UNE MÉDICATION ORALE

Une recension d'écrits sur les pratiques courantes en TAO injectable montre que les doses maximales de diacétylmorphine varient entre 900 mg et 1000 mg par jour, entre 400 mg et 450 mg par dose et entre deux et trois doses par jour. En ce qui concerne l'hydromorphone, les études canadiennes évoquent des doses quotidiennes maximales de 500 mg (maximum 200 mg par dose jusqu'à trois fois par jour). Les études recensées rapportent aussi dans la majorité des cas une co-prescription de méthadone (jusqu'à un maximum entre 60 mg et 100 mg) administrée lors de la dernière injection de la journée, dans le but de prévenir la survenue de symptômes de sevrage durant la nuit (Perreault et al., 2017).

3.4.2 EFFETS SECONDAIRES ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

« Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont les effets secondaires classiques des opiacés. Il s'agit en l'occurrence de constipation, de nausées et d'effets médiés par l'histamine ainsi que de la sédation, surtout en cas d'association avec des substances tranquillisantes » (OFSP, 2001).

Les événements indésirables communs dans le cadre du traitement injectable à base d'hydromorphone ou de diacétylmorphine incluent le prurit au site d'injection, la somnolence et les surdoses (Oviedo-Joekes et al., 2017). Des convulsions ont aussi été rapportées par Oviedo-Joekes et al. (2009) dans le cadre de leur étude avec la diacétylmorphine, mais pas dans celle avec l'hydromorphone (Oviedo-Joekes et al., 2017). Les résultats d'un essai contrôlé randomisé indiquent que les événements indésirables (graves ou non) seraient moins nombreux chez les patients traités avec l'hydromorphone que chez ceux traités avec la diacétylmorphine (Oviedo-Joekes et al., 2017).

« Les données de trois études canadiennes, incluant un total de 2993 injections d'induction, montrent seulement 5 surdoses liées aux opioïdes nécessitant l'administration de naloxone (4 avec DAM, 1 avec HDM). Tel que prévu, le taux par jour d'injection était plus élevé pour les événements indésirables et les événements indésirables sévères au moment de l'induction en

comparaison avec après l'induction. Toutefois, tous les événements impliquant une surdose ont été traités de manière sécuritaire sur place, n'entraînant aucun décès ou séquelle durable. Ces données confirment la sécurité globale du TAO injectable durant l'induction ainsi que durant le traitement. » [Notre traduction] (Oviedo-Joekes et al., 2019).

La diphenhydramine par voie orale, ou d'autres antihistaminiques, est prévue en cas de réaction histaminique (ICRAS, 2019a) et des procédures d'intervention sont décrites à la section 3.5.5 en cas de somnolence ou de surdose.

3.4.3 INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

« La [diacétylmorphine] potentialise l'action des substances sédatives et myorelaxantes. La prise simultanée d'hypnotiques et de certains neuroleptiques peut fortement accentuer la sédation et la dépression respiratoire. On connaît aussi quelques interactions avec des médicaments antirétroviraux » (OFSP, 2001).

En ce qui concerne l'hydromorphone, les interactions avec les benzodiazépines, l'alcool et les autres déprimeurs du système nerveux central sont documentées. Plus de détails sont disponibles en consultant le [document d'information de Sandoz Canada](#) pour l'hydromorphone injectable (p. 16 – *Drug interactions*).

3.4.4 TITRATION

En matière de titration, les lignes directrices de l'ICRAS (2019a) recommandent ce qui suit :

- Débuter le titrage progressif avec une **dose sûre**.
- S'assurer que les doses sont **tolérées** et que le processus de titrage est **ajusté en fonction de l'évaluation du patient**.
- Co-prescrire un TAO par voie orale (méthadone ou morphine orale à libération lente) s'il y a lieu, en fonction des « [Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#) » pour la méthadone et du guide « [Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder](#) » pour la morphine orale à libération lente.
- Déterminer les doses de stabilisation au cas par cas, en augmentant jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de symptômes de sevrage entre les doses.
- Après la stabilisation, au besoin, procéder à des ajustements de dose à l'aide du [protocole d'augmentation de l'ICRAS](#) pour les ajustements à la hausse.
- Considérer la sécurité et les changements dans la tolérance en cas de doses manquées. Les pratiques développées par la PHS Community Services Society à Vancouver proposent de réduire la dose d'un tiers « pour les personnes qui sont stabilisées avec une dose d'entretien et ont manqué six doses consécutives ou deux jours (ce qui se produit en premier) mais moins de neuf doses ou trois jours (ce qui se produit en premier). On pourra augmenter les doses suivantes de 25mg à la fois jusqu'à ce qu'elles soient revenues à leur dose habituelle. » (ICRAS, 2019a).

À Genève, les protocoles de prescription du traitement injectable débutent par une stabilisation

orale avec méthadone ou morphine orale à libération lente et une transition subséquente vers la médication injectable. La morphine orale à libération lente ou la diacéylmorphine en comprimés sont proposées en co-prescription orale au traitement injectable. Une prescription de desloratadine est prévue en cas de réaction histaminique.

Le groupe de travail propose aux cliniciens de consulter les lignes directrices nationales publiées en 2019 par l'ICRAS en ce qui concerne le dosage, l'induction et la stabilisation dans le cadre d'un TAO injectable. La lecture de la section « [Prescription de médicaments injectables](#) » des lignes directrices nationales est fortement recommandée aux éventuels prescripteurs.

3.5 Administration du traitement

Il existe plusieurs modèles de TAO injectable, selon les programmes. À la lumière des étapes recensées dans la littérature ainsi que grâce à des observations in situ, le groupe de travail propose à la figure 5 un exemple de parcours du patient lors de ses visites dans un site d'administration du TAO injectable.

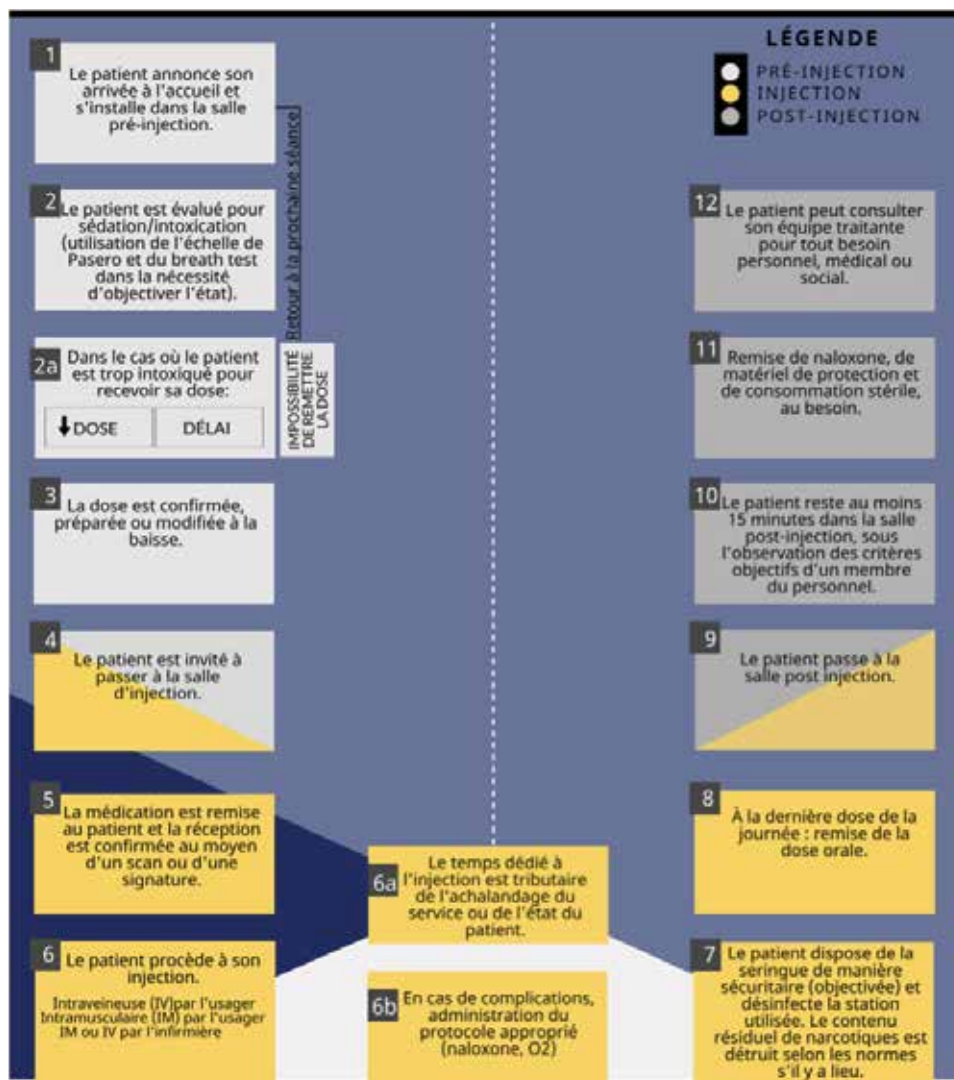


Figure 5. Proposition d'un parcours du patient à chaque visite au site de traitement

3.5.1 ACCUEIL ET IDENTIFICATION

À son arrivée, le patient annonce sa présence à la réception afin que sa dose soit préparée.

3.5.2 PROTOCOLE PRÉ-INJECTION

« L'objectif de l'évaluation pré-injection [...] est de vérifier que le patient n'est pas intoxiqué, incluant par des sédatifs ou des stimulants à action centrale, et qu'il n'est pas dans toute autre condition clinique aiguë qui augmenterait le risque d'événements indésirables [...] » [traduction libre] (BCCSU, 2017).

L'évaluation pré-injection décrite par le BCCSU (2017) comprend ce qui suit :

1. observer des signes d'intoxication, soit une importante agitation, une activité motrice involontaire (dyskinésie), une forte sédation, une odeur d'alcool, un ralentissement de la respiration et un trouble de l'élocution (Annexe 3);
2. vérifier le niveau de sédation selon l'échelle de Pasero (Annexe 3).

Au CHUV de Lausanne, un outil sous forme de dépliant a été conçu comme « guide d'évaluation et d'intervention en présence de symptômes d'intoxication » (Annexe 3). Les signes et symptômes d'intoxication suivants y sont décrits : « diminution de l'état de conscience, somnolence, dépression respiratoire (lèvres bleutées), hypotension et diminution de la température corporelle, myosis, bradycardie, hallucinations et euphorie ». En salle d'attente, l'outil propose de questionner le patient sur sa consommation des 24 dernières heures et d'observer sa vigilance, son équilibre, son comportement psychomoteur, son langage, son débit verbal et les signes d'une intoxication à l'alcool. En salle d'injection, ce sont l'état de conscience, les paramètres vitaux, l'alcootest ou le score d'intoxication qui peuvent être consignés (CHUV, 2018).

Au Québec, conformément aux responsabilités reconnues par les ordres professionnels, l'évaluation du niveau d'intoxication devrait être réalisée par une infirmière, un médecin ou un pharmacien (comme c'est le cas pour la médication orale). Toutefois, une liste de symptômes observables pourrait être documentée par tout membre du personnel formé si ce dernier a la possibilité de se référer à un professionnel de la santé qualifié en présence de signes d'intoxication observés chez le patient. À titre d'exemple d'outil permettant d'uniformiser l'évaluation, les protocoles pré injection et post injection ainsi que l'échelle de Pasero proposées dans les Lignes directrices nationales de l'ICRAS, sont disponibles à l'Annexe 3.

En cas d'intoxication du patient, le guide du BCCSU (2017) propose de retarder ou de suspendre la dose prévue pour assurer la sécurité du patient. Dans ces circonstances, le groupe de travail conseille de privilégier les interventions non confrontantes avec les patients. En s'appuyant sur des pratiques en vigueur dans différents programmes de TAO injectable, le groupe de travail propose également une troisième option : la diminution de la dose prévue. Afin de guider les cliniciens, un protocole en cas d'intoxication a été développé par le groupe de travail (figure 6).

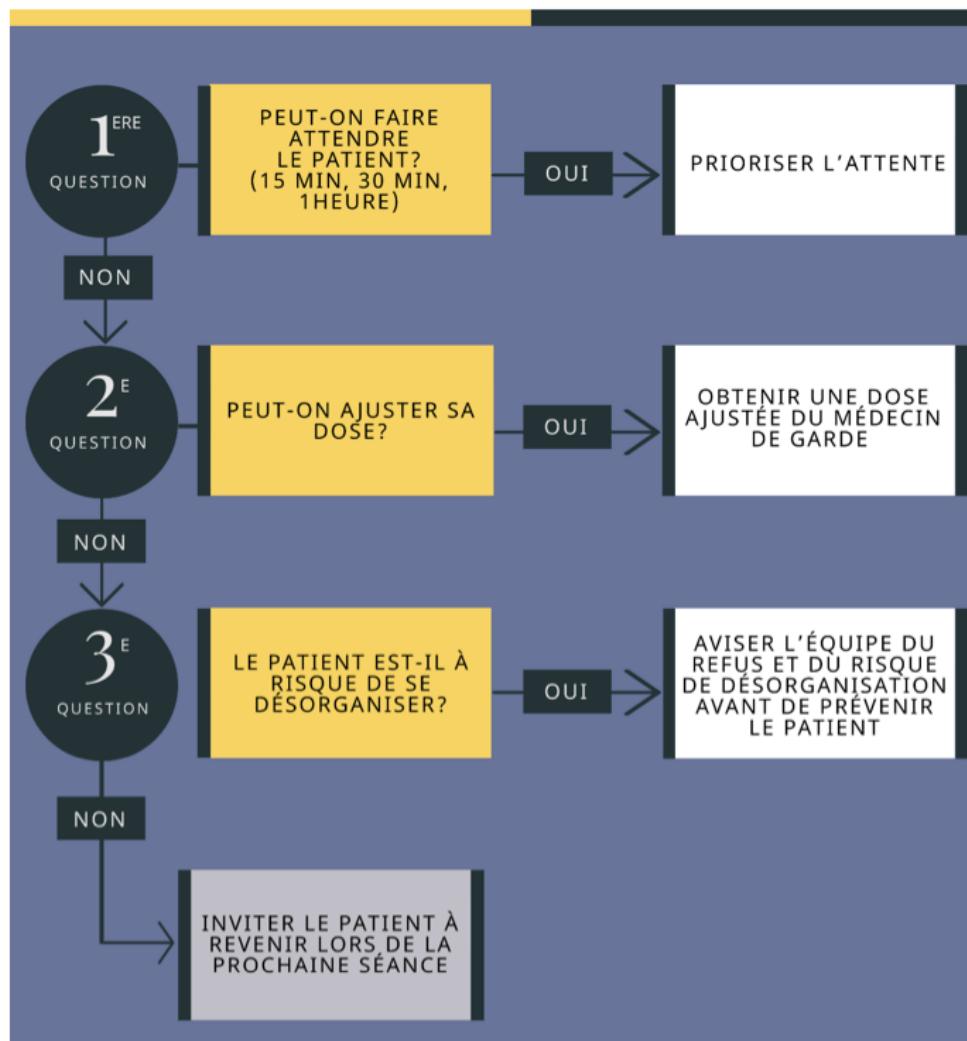


Figure 6. Protocole en cas d'intoxication

Le test d'haleine (alcootest) est utilisé dans certains programmes, mais n'est pas conseillé comme outil quotidien par le groupe de travail. Il peut s'avérer utile dans certaines circonstances pour objectiver une intoxication et justifier une modification de la dose ou un délai d'administration de la dose. Le guide du BCCSU (2017) suggère d'utiliser le test d'haleine afin de vérifier si le taux d'alcoolémie excède 0,05% en cas de suspicion d'usage d'alcool récent. Il est toutefois important de noter que l'analyse avec un test d'haleine comporte plusieurs limitations :

« *There are many limitations of breath alcohol analysis. The gold standard is blood alcohol measurement by using head space gas chromatography or gas chromatography/mass spectrometry. Breath analyzers are also used as a point of care device in the emergency room in evaluating intoxicated patients but a blood alcohol level determined in a clinical laboratory is recommended if the breath alcohol level is inconsistent with the clinical picture.* » (Dasgupta, 2019)

3.5.3 DISTRIBUTION

Suite à l'évaluation pré-injection, la seringue contenant la dose appropriée est remise au patient. La dose administrée est indiquée au dossier manuscrit ou dans le système informatisé. La distribution d'un médicament n'est pas un acte réservé, mais peut être limitée par des règles organisationnelles.

3.5.4 INJECTION ET SUPERVISION

Selon les programmes, les patients peuvent avoir accès à l'injection deux à trois fois par jours (exceptionnellement, dans un programme, jusqu'à sept fois par jour). La dose préparée est auto-administrée par le patient par voie intraveineuse ou intramusculaire. Le guide du BCCSU (2017) propose d'autoriser l'injection intraveineuse dans les extrémités supérieures et l'injection intramusculaire dans les cuisses, les muscles deltoïdes et les muscles fessiers. *Si le patient désire effectuer l'injection intraveineuse dans un site considéré dangereux ou à risque, le groupe de travail recommande que des interventions d'éducation soient réalisées afin de sensibiliser les patients aux risques et bénéfices des différentes pratiques d'injection.*

Chacune des injections est effectuée sous la supervision d'un membre du personnel formé. Cette supervision vise à prévenir la diversion de la substance et assurer une intervention rapide en cas de complications (BCCSU, 2017).

Les infirmières peuvent évaluer le site d'injection (par exemple : présence de plaie, ulcère, système veineux, choix du site). Les infirmières auxiliaires peuvent contribuer à l'évaluation du site d'injection, par une collecte de données et des observations. L'infirmière auxiliaire peut contribuer à la surveillance de l'injection, mais ne peut intervenir si le patient nécessite une médication intraveineuse ou une intervention rapide. Le personnel requis pour superviser l'injection dépend de l'anticipation du risque, du niveau d'urgence et du degré de probabilité d'une urgence. Ceux-ci pourront varier en fonction du niveau de stabilité en traitement des patients.

Si le patient éprouve des difficultés pour s'injecter, l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire lui assure un soutien pour sa technique d'auto-injection. Si le patient ne peut ou ne désire pas le faire par

⁵ Information recueillie lors de la visite in situ dans un programme de TAO injectable à Ottawa.

⁶ Dans les programmes suisses visités, l'injection intramusculaire est évitée.

⁷ Selon les informations recueillies dans le cadre d'une consultation auprès de l'OIIQ.

lui-même, une infirmière pourrait canuler la veine ou injecter le médicament prescrit par voie intraveineuse ou intramusculaire seulement. L'infirmière auxiliaire pourrait installer un cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm et administrer un médicament par voie intramusculaire. La collaboration de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire est balisée par le [Plan thérapeutique infirmier](#).

Il est important de noter que les lignes directrices canadiennes ne recommandent pas d'emblée l'injection intraveineuse par le personnel infirmier. En cas de difficulté liée à l'auto-injection, l'administration intramusculaire par l'infirmière est proposée en option au lieu de l'auto-administration intraveineuse. Toutefois, les lignes directrices indiquent que « lorsque le patient en fait la demande et que cela est approprié, le personnel infirmier pourra parfois administrer une injection intraveineuse. » (ICRAS, 2019a). *Par ailleurs, il a été soulevé dans le groupe de travail que l'administration intraveineuse par une infirmière génère une pression importante pour l'infirmière et que des balises claires devraient être établies au sein du programme pour encadrer cette pratique.*

3.5.5 PROTOCOLE POST-INJECTION

Suite à l'injection, une période d'au moins 15 minutes d'attente (protocole post-injection) est respectée dans la majorité des programmes existants afin de s'assurer de la sécurité du patient. Les signes et symptômes observés ainsi que les restrictions et les responsabilités professionnelles sont les mêmes que pour le protocole pré-injection (Annexe 3). Outre les signes d'intoxication sévère post-injection, le personnel doit être à l'affût de réactions allergiques et de prurit lié au site d'injection (Oviedo-Joekes et al., 2019).

Dans le cas où le patient présenterait des signes ou symptômes préoccupants pour sa sécurité, le Guide du BCCSU (2017) suggère de prolonger la période d'observation jusqu'à ce que l'équipe traitante juge son état sécuritaire.

L'aide mémoire conçu par le CHUV (2018) propose aussi une liste de procédures post injection. En cas d'intoxication sans perte de conscience ni arrêt cardiorespiratoire la personne est surveillée (paramètres vitaux), oxygénée, stimulée et observée jusqu'à l'amélioration. L'événement est consigné et un suivi médical est réalisé avant que la personne puisse recevoir une nouvelle dose injectable. Si l'état de la personne ne s'améliore pas, les services d'urgence sont appelés. En cas de perte de connaissance ou de coma, les services d'urgence sont appelés et les interventions médicales d'urgence (ex. : oxygène, naloxone, RCR) sont mises en œuvre (voir l'Annexe 3).

Le groupe de travail propose de profiter de cette période d'observation post-injection pour offrir aux patients des services psychosociaux, des soins médicaux, de l'éducation ainsi que pour leur remettre du matériel de consommation stérile, du matériel de protection (condoms) et des trousse de naloxone en fonction de l'intérêt et des besoins.

3.6 Transitions

3.6.1 HOSPITALISATION ET INCARCÉRATION

Le manuel suisse sur la prescription d'héroïne (2001) indique qu'un patient hospitalisé ou purgeant une peine d'incarcération de 30 jours maximum pourrait exceptionnellement poursuivre son traitement suite à une demande d'autorisation de l'établissement où celui-ci séjourne. Dans ce cas de figure, ce sont les centres de traitement qui assurent l'approvisionnement en héroïne et qui informent le personnel médical de la posologie et de la logistique du traitement. Dans des circonstances ordinaires, la directive en cas d'hospitalisation est la transition vers une prescription de méthadone (OFSP, 2001).

Au Québec, les pharmacies d'hôpital disposent déjà d'hydromorphone injectable, alors que la diacétylmorphine doit être importée et autorisée par le biais du Programme d'accès spécial. L'accès à l'hydromorphone injectable ne représente donc pas un obstacle à la continuité du traitement en hôpital. Parmi les enjeux pouvant nuire à la continuité du traitement, notons l'impossibilité actuelle d'inscrire au Dossier Santé Québec (DSQ) la médication administrée en centre hospitalier ou en milieu carcéral. Au regard de cette barrière à la fluidité du partage d'information, *le groupe de travail propose de fournir aux patients un bracelet ou une carte visant à ce que l'équipe de TAO injectable soit contactée en cas d'hospitalisation ou d'incarcération*. Des documents d'information sur le TAO injectable et sur le dosage du patient pourraient ainsi être transmis pour faciliter la poursuite du traitement ou la transition efficace vers une autre molécule de traitement. Une procédure de liaison gérée par un professionnel expert pourrait aussi être établie pour favoriser la continuité des soins. En cas de transfert vers une molécule orale (morphine orale à libération lente ou méthadone), des tables de conversion sont proposées dans les [Lignes directrices cliniques nationales de l'ICRAS](#).

3.6.2 TRANSITIONS ENTRE LES MÉDICAMENTS ET LES PROGRAMMES

À Vancouver, différents modèles de soins sont disponibles, permettant la transition entre les médicaments ou les programmes au besoin. À Genève, les patients stabilisés peuvent passer vers la diacétylmorphine orale en pharmacie. À Lausanne, certains patients alternent entre le TAO oral et le TAO injectable (notes de terrain, Annexe 1).

Plusieurs situations peuvent susciter des besoins en termes de transitions entre les médicaments ou les programmes. Par exemple, certains patients doivent voyager pour visiter leur famille. Afin d'assurer la sécurité des transitions entre les médicaments, des tables de conversion sont proposées dans les [Lignes directrices de l'ICRAS](#).

Pour assurer la continuité des soins en cas de transfert dans un autre milieu de soins, une procédure de liaison par un professionnel expert pourrait être envisagée.

3.6.3 DOSES À EMPORTER (DOSES NON SUPERVISÉES)

En Suisse, des doses orales de diacétylmorphine peuvent être apportées à domicile pour quelques jours en fonction de certaines conditions (dosage stabilisé, pas de polyconsommation, situation sociale et physique stable) (Strang et al., 2012). Au Québec, les prescripteurs qui souhaiteraient permettre l'accès à la diacétylmorphine orale pour leurs patients devraient passer par le Programme d'accès spécial ou par le biais d'une demande provinciale d'inscription à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique. *Le groupe de travail propose que des doses orales de TAO puissent être emportées dans les cas qui le justifient (ex. : déplacements, blessure ou maladie), lorsque les patients correspondent aux critères dictés par les lignes directrices en TAO.*

3.7 Suivi

3.7.1 PLAN DE TRAITEMENT

Le plan de traitement en TAO injectable peut prendre diverses formes selon les besoins des patients et l'expérience des professionnels. Trois éléments inspirés du Manuel suisse (Office fédéral de la santé publique Suisse, 2001) sont retenus par le groupe de travail pour offrir un plan de traitement optimal :

- prendre en considération les besoins et les attentes du patient;
- élaborer le plan de traitement en collaboration avec le patient et les différents membres de l'équipe traitante;
- prioriser, au cours des six premiers mois du traitement, l'initiation aux traitements, la réponse aux besoins urgents du patient et la création de liens avec l'équipe traitante.

3.7.2 CONSOMMATION PARALLÈLE ET POLYTOXICOMANIE

Dans certains programmes de TAO injectable suisses, les patients ayant consommé de l'alcool ou des benzodiazépines reçoivent la diacétylmorphine sous forme orale afin de réduire les risques de surdose. À Vancouver, un responsable de programme souligne que la flexibilité autour de la consommation d'alcool ou de benzodiazépines devrait être proportionnelle au niveau de la réponse d'urgence que le programme peut offrir en cas de complication. Ainsi, certains programmes privilégient les patients qui ne consomment pas d'alcool ou de benzodiazépines.

« S'il n'y pas nécessairement de contre-indication absolue, compte tenu de l'augmentation des risques de dépression respiratoire, de surdose et de décès¹⁷⁻¹⁹, lorsque des benzodiazépines et opioïdes sont consommés simultanément, la prudence est de mise. Il est recommandé de procéder au sevrage des benzodiazépines avant de commencer un TAOii. » (ICRAS, 2019a).

Dans une perspective de réduction des méfaits, le groupe de travail recommande de créer un climat de confiance et d'éducation avec les patients concernant la consommation d'autres substances. Le développement d'un dialogue ouvert sur la consommation parallèle au traitement vise à faciliter la gestion des risques. Le jugement clinique, les discussions interdisciplinaires et l'évaluation des risques et des bénéfices sont encouragés pour assurer la sécurité du patient. Le pharmacien pourrait aussi être consulté pour évaluer la thérapie médicamenteuse, proposer et appliquer un plan de déprescription des benzodiazépines au besoin.

3.7.3 SERVICES CONNEXES

La grande majorité des programmes de TAO injectable décrits dans la littérature proposent une offre de services connexes exhaustive incluant entre autres des thérapies cognitivo-comportementales, du counseling, des entretiens motivationnels, des programmes de groupe et une offre de services médicaux (dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang, traitement du VIH, traitement des complications de la consommation) (Perreault et al., 2017). Selon les programmes, les services connexes peuvent être intégrés à la clinique de TAO injectable ou offerts par le biais d'ententes de services. *Le groupe de travail recommande de favoriser un accès rapide et facile aux services connexes (si possible dans les mêmes lieux physiques que le TAO injectable). Au minimum, les programmes devraient pouvoir assurer des soins de santé primaires, des soins de santé mentale, des services psychosociaux et des services de réduction des méfaits (ex. : distribution de naloxone, distribution de matériel d'injection stérile et de protection contre les ITSS) sur place ou via une entente de service.*

3.7.4 IMPLICATION DE L'ENTOURAGE

Le groupe de travail propose ce qui suit :

- *favoriser la participation de l'entourage lorsqu'elle est souhaitée par le patient et reconnaître le rôle des proches (ceux-ci peuvent être des membres de la famille, des amis ou toute personne significative pour l'utilisateur);*
- *offrir un espace dédié pour les proches dans les locaux du programme de traitement;*
- *inviter les proches aux réunions interdisciplinaires;*
- *offrir des formations pratiques aux membres de l'entourage (ex. naloxone).*

⁸ Pour plus d'informations sur les services connexes en TAO, consulter le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

Implantation d'un programme de tao injectable

4.1 Démarches préalables

4.1.1 ÉTUDE DE BESOINS

Avant d'élargir l'offre d'un programme de TAO oral au TAO injectable, une étude de besoins est recommandée afin d'assurer la mise en place d'un service adapté à la demande et aux caractéristiques de la population ciblée. L'étude permettra d'identifier le modèle de soins le plus adapté aux besoins des usagers et aux ressources disponibles. À l'instar de l'évaluation des besoins montréalais pour un programme de TAO injectable réalisée en 2017 (Perreault et al., 2017) l'étude pourrait s'appuyer sur des entrevues avec des informateurs-clé dans le domaine du TAO, une enquête auprès des médecins prescripteurs en TAO pour sonder leur intérêt et les besoins de leur clientèle ainsi que des entrevues de groupe avec des usagers de services en TAO.

Préalablement à la mise en place d'un programme de TAO injectable dans une région, le groupe de travail recommande que l'offre de soins en TAO soit d'abord accessible, souple et à bas seuil d'exigences afin de mettre en place les conditions nécessaires à l'efficacité du TAO oral conventionnel (méthadone, buprénorphine-naloxone et morphine orale à libération lente).

4.1.2 MODÈLES DE SERVICES

Une recension d'écrits portant sur les modèles de services dans les programmes de TAO injectable courants permet de faire émerger certaines caractéristiques de l'organisation des services: la majorité des programmes sont décrits comme ayant une approche globale et multidisciplinaire. Le traitement est offert sept jours sur sept dans la majorité des cas, et il est administré en clinique, en centre spécialisé, en hôpital (Perreault et al., 2017), en pharmacie (BCCSU, 2017) ou en ressource résidentielle (Université d'Ottawa, sd).

Le guide du BCCSU (2017) propose trois modèles de services courants en Colombie-Britannique pour le TAO injectable. Le **modèle exhaustif et dédié** peut être implanté dans une clinique

⁹ Pour plus d'informations sur les services connexes en TAO, consulter le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO).

autonome, dans un hôpital ou un centre de soins aigus. Ce modèle comporte le soutien d'une équipe ainsi qu'une offre de services exhaustive (co-localisée ou sur référence) incluant des services en dépendances, en soins primaires et en santé mentale ainsi que des services psychosociaux. **Le modèle intégré** suppose l'ajout d'une offre de TAO injectable dans un milieu de soins existant (tel que dans une clinique communautaire ou un organisme de réduction des méfaits). Ce modèle comporte aussi une offre de service exhaustive (co-localisée ou sur référence) visant à assurer la continuité des soins et une réponse aux besoins globaux. **Le modèle basé en pharmacie** suppose une plus faible intensité de traitement pour des patients recevant déjà des services globaux dans un autre milieu de soins. L'induction est réalisée en clinique de TAO injectable et le patient est ensuite transféré en pharmacie pour l'injection supervisée. Le modèle basé en pharmacie nécessite que les pharmaciens soient formés à évaluer le patient pré et post injection, à intervenir en cas de surdose, à prévenir la diversion et à référer vers d'autres services au besoin. Il suppose aussi un travail de collaboration entre le médecin prescripteur et le pharmacien. L'ICRAS (2019b) propose un quatrième modèle, **en milieu hospitalier**, où le TAO injectable peut être initié ou poursuivi en cas d'hospitalisation. Un processus de transfert vers des services communautaires est proposé (ICRAS, 2019b)

Une recension d'écrits réalisée dans le cadre de l'étude de faisabilité (Perreault et al., à paraître) vise à guider l'implantation du TAO injectable en identifiant les modèles qui favorisent la rétention en traitement des patients. « Un modèle de soins décrit globalement la manière dont les services de santé sont dispensés. Un modèle vise à assurer que les personnes reçoivent les bons soins, au bon moment par la bonne équipe, à la bonne place. » (Agency for Clinical Innovation, 2013 [traduction libre]).

Les modèles de TAO qui proposent une approche globale montrent une bonne rétention en traitement pour les clientèles visées par le TAO injectable. Le TAO injectable vise des personnes souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes grave et de multiples comorbidités. Pour répondre à leurs besoins, les modèles offrant des services globaux paraissent les plus adaptés au moment de l'admission en TAO injectable. Pour plus d'informations sur l'approche globale (ou holistique) en TAO, le Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (Goyer et al. 2020) peut être consulté.

Le groupe de travail préconise l'implantation du TAO injectable dans un programme offrant déjà le TAO ainsi que de nombreux services complémentaires afin d'y accueillir les patients au début du traitement par injection. Ainsi, la clientèle aux prises avec plusieurs besoins et comorbidités peut obtenir de nombreux services sur place et évoluer dans le continuum de soins (entre les modalités orales et injectables) tout en conservant le lien avec l'équipe traitante. Le groupe de travail propose d'envisager aussi l'implantation de modèles moins exigeants sur le plan de l'organisation des services (ex. : modèles en pharmacie) afin de pouvoir:

- 1. répondre aux besoins des patients stabilisés qui pourraient y être transférés;*
- 2. favoriser l'accessibilité du TAO injectable pour toutes les personnes qui pourraient en bénéficier.*

4.2 Constitution de l'équipe traitante

4.2.1 COMPOSITION

La majorité des programmes documentés dans la littérature scientifique indique la présence d'une équipe interdisciplinaire (Perreault et al., 2017). Dans les programmes suisses, « le personnel soignant d'une institution dispensant des traitements avec prescription de diacétylmorphine doit être composé au moins:

- a) d'un médecin habilité à prescrire de la diacétylmorphine et responsable de la direction médicale;
- b) d'une personne qualifiée responsable de la prise en charge psychosociale; et
- c) de personnes compétentes pour dispenser les soins et remettre les préparations et les médicaments. » (Conseil fédéral Suisse, 2019)

Le groupe de travail propose une équipe traitante constituée des professionnels suivants : médecins, pharmaciens, infirmières et intervenants psychosociaux, incluant des usagers employés.

4.2.2 COMPÉTENCES ET FORMATIONS

À travers les programmes existants, la formation du personnel dans les programmes de TAO injectable peut inclure la réanimation-cardiorespiratoire; la prévention, l'identification et le traitement des intoxications et surdoses; l'évaluation pré et post injection; la gestion des veines et l'injection sécuritaire; les premiers soins; l'anaphylaxie; la prévention et le traitement des TLUS (Strang et al., 2012); les balises du traitement injectable; les principes pharmacologiques; les maladies liées aux TLUS; et la gestion de l'intoxication (DHMA, 2013).

Une formation commune à l'ensemble des membres du personnel est privilégiée par le groupe de travail afin de favoriser la cohérence des interventions et faciliter le partage des tâches. Ainsi, des formations telles que la réanimation cardiorespiratoire (RCR), l'administration de la naloxone, la gestion de crise ou la formation de l'INSPQ (Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire) sont proposées. Par ailleurs, une expérience dans le domaine des troubles liés à l'utilisation de substances est recommandée par le groupe de travail, sans toutefois être considérée comme une condition à l'embauche. Un stage d'observation en service d'injection supervisée (SIS) ou dans un programme de TAO injectable existant est conseillé par le groupe de travail pour les professionnels n'ayant pas d'expérience professionnelle auprès de personnes qui utilisent des drogues par injection. Une formation sur la réduction des méfaits est aussi suggérée. De plus, le groupe de travail recommande la mise en place de supervision clinique afin de répondre aux besoins de soutien et d'encadrement du personnel.

- Réanimation cardio-respiratoire (RCR)
- Administration de la naloxone
- Gestion de crise
- Formation de l'INSPQ (Traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes : une approche de collaboration interdisciplinaire)
- Stage d'observation en SIS ou dans un programme de TAO injectable existant conseillé pour les professionnels n'ayant pas d'expérience professionnelle auprès de personnes qui utilisent des drogues par injection
- Formation en réduction des méfaits

Encadré 1. Formations communes proposées pour l'ensemble des membres du personnel

Certaines compétences et connaissances générales telles que la capacité de travailler en collaboration, ainsi que la compréhension et l'adhésion aux approches de réduction des méfaits et de patients partenaires, sont également considérées comme nécessaires par le groupe de travail.

Outre ces suggestions générales, des formations spécifiques à certains domaines professionnels sont proposées par le groupe de travail :

Infirmières	Réanimation cardiorespiratoire avec ventilation et administration d'oxygène
Infirmière auxiliaire	Contribution à la thérapie intraveineuse (formation de l'OIIAQ)
Médecins	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en ligne sur le TAO injectable du British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) • Stage d'observation avec un prescripteur de TAO injectable • Expérience préalable en prescription de TAO oral
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation/éducation sur les dosages élevés d'opioïdes en TAO injectable • Formation en ligne sur le TAO injectable du British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) <p>Dans le cas d'un modèle en pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réanimation cardio-respiratoire avec ventilation et administration d'oxygène; • évaluation pré et post injection; • stage d'observation dans un programme de TAO injectable.
Intervenants psychosociaux	Formation de base en santé mentale et en dépendance

Tableau 2. Formations ou compétences préalables spécifiques aux différents professionnels

4.2.3 RÔLES DU PERSONNEL

En cohérence avec les approches de réduction des méfaits et de patients partenaires ainsi que dans une perspective de travail interdisciplinaire, l'ensemble de l'équipe soignante contribue à assumer la réponse aux besoins des patients en invitant leur participation dans les processus et démarches afin de favoriser leur santé globale et leur autonomisation.

Par ailleurs, des rôles professionnels spécifiques sont identifiés ci-dessous en fonction des champs de compétences et responsabilités disciplinaires.

4.2.3.1 Médecins

Le médecin est « apte à établir avec les patients, grâce au partage et à l'intégration des informations des autres membres de l'équipe de soins, une vision globale de leur état de santé, à coordonner leurs plans de soins et, si requis, à contribuer à les orienter dans le système de soins et de services de santé. » (CMQ, 2016). Il assure l'évaluation, le traitement et le suivi de la santé globale du patient, incluant le TAO injectable, dans le respect de 1) son code de déontologie, 2) du règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin et 3) du règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.

Outre la prescription du TAO injectable, l'ajustement des doses et la gestion des complications, le groupe de travail inscrit le rôle du médecin à travers une prise en charge globale.

4.2.3.2 Infirmières

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2019) identifie 17 activités réservées à la profession infirmière dont 13 apparaissent particulièrement pertinentes dans le cadre d'un programme de TAO injectable:

1. « Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. »
2. « Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier. »
3. « Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. »
4. « Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). »
5. « Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance. »
6. « Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance. »
7. « Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent. »

8. « Appliquer des techniques invasives. »
9. « Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. »
10. « Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. »
11. « Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. »
12. « Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance. »
13. « Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 de la Loi sur les infirmières et infirmiers. »

Plus précisément, le groupe de travail propose que l'infirmière dans un programme de TAO injectable soit en mesure d'exécuter les tâches suivantes :

- *évaluer l'état du patient (pré et post injection);*
- *superviser l'administration de la dose;*
- *administrer, au besoin, la dose;*
- *gérer les complications immédiates : surdose, anaphylaxie, convulsions .*

4.2.3.3 Intervenants psychosociaux

Au Québec, les intervenants psychosociaux dans le domaine des troubles liés à l'utilisation de substances sont issus de différents champs d'études (par exemple : travail social, psychologie, criminologie ou psychoéducation). Certains d'entre eux détiennent un ou plusieurs diplômes universitaires (membres ou non d'ordres professionnels) alors que d'autres ne détiennent pas de baccalauréat. Ainsi, le personnel pouvant être désigné sous le vocable « intervenants psychosociaux » ne constitue pas un ensemble homogène.

Dans le respect du code des professions, certaines précisions et distinctions permettent de clarifier les rôles et responsabilités de chacun.

L'évaluation d'une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic est **réservée en vertu du Code des professions du Québec** (article 37.1). Elle ne peut être réalisée que par des professionnels habilités au regard de leur champ d'exercice. Ainsi, les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychoéducateurs sont habilités respectivement à évaluer le fonctionnement social, le fonctionnement psychologique, et les capacités d'adaptation (Office des professions du Québec, 2013).

Dans le cadre d'un programme de TAO injectable, le premier critère d'admission au traitement est la présence d'un trouble de l'usage des opiacés grave selon les critères diagnostiques du DSM - 5. Advenant la **présence du trouble mental, l'évaluation** (du fonctionnement social, du fonctionnement psychologique et de la capacité adaptative) devrait être **réservée aux professionnels** identifiés ci-dessus (c.-à-d. travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs).

Les interventions proposées par le groupe de travail dans le cadre du TAO injectable (ci-dessous) ne s'inscrivent pas parmi les activités réservées aux membres d'ordres professionnels en vertu du Code des professions. Elles peuvent être réalisées par des intervenants membres ou non d'un ordre:

- *Accueil et demande (ex. : triage)*
 - › *Valider l'admissibilité au programme de service et apprécier la situation de la personne (son mode d'administration, son mode de vie, sa condition médicale)*
- *Rencontre d'admission*
 - › *Apprécier la capacité du patient à se présenter pour le TAO injectable*
 - › *Fournir des informations sur les différents choix de médicaments pour circonscrire le choix de l'usager*
- *Articulation du service dans une approche « milieu de vie »*
 - › *Occuper et animer l'espace pour créer des liens*
 - › *Profiter de l'attente pré/post injection pour faire des démarches sociales et des interventions*
 - › *Soutenir les membres de l'équipe traitante (p. ex., suite à une situation de crise)*
 - › *Observations de signes et symptômes d'intoxication*

4.2.3.4 Pairs

Parmi les multiples rôles assumés par les pairs dans les services aux personnes qui utilisent des drogues par injection, on recense la prévention des surdoses, la formation aux pratiques d'injection sécuritaire, le transfert de connaissances et le partage d'information, l'assistance à l'injection, la distribution de matériel stérile, la promotion des pratiques d'injection sécuritaire, la facilitation de groupes de soutien, l'encouragement à l'adhérence aux traitements, le counseling, l'accompagnement, l'organisation de remboursements et de rendez-vous, la supervision de l'injection, l'animation de groupes et le mentorat (Perreault et al., à paraître).

Afin de réduire la stigmatisation associée au titre de « pair » en milieu professionnel, le groupe de travail propose d'éviter l'usage du terme « pair » comme titre d'emploi et de limiter son utilisation au cadre de la relation d'aide auprès de patients afin de partager une expérience commune. Le groupe de travail préconise plutôt l'emploi du titre « usager employé ». De plus, le groupe ne favorise pas l'embauche de

pairs en sous-traitance par le biais d'organismes de pairs-aidants. Le groupe propose plutôt d'embaucher les pairs au même titre que les autres employés, à partir des fonds du service de TAO, tout en dégageant des ressources pour leur formation, leur supervision et leur évaluation.

Au sein du service de TAO injectable, le groupe de travail propose que les usagers employés prennent part aux responsabilités suivantes en fonction du désir du patient et du confort de l'usager employé avec la situation et l'individu:

- présence possible à l'accueil, à la salle d'injection et au répit;
- relation d'aide et gestion de crise;
- accompagnement;
- participation aux réunions et aux prises de décisions (au même titre que les autres employés);
- autres tâches liées à l'expertise ou l'expérience de l'usager employé, au cas par cas.

Le groupe de travail souligne que l'insertion professionnelle constitue une source d'« empowerment » pour les usagers, mais que l'expérience d'utilisation de substances est insuffisante en soi pour qualifier une personne à assumer tout type de travail qui pourrait lui être confié. Ainsi, le sous-groupe suggère de considérer l'embauche d'usagers pour divers types d'emplois (ex. : intervenant, commis, préposé, gestionnaire, etc.) en fonction de leurs compétences et expériences afin de favoriser l'équité avec les autres membres du personnel dans les tâches et dans le salaire.

4.2.3.5 Pharmaciens

L'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ, 2011) identifie cinq principaux rôles associés à la profession qui apparaissent particulièrement pertinents dans le cas de l'administration d'un TAO injectable :

- « analyse le dossier de ses patients pour valider que le médicament choisi soit adapté à sa condition et adéquat (bonne dose, bon produit, interactions médicamenteuses, etc.);
- fait le suivi de ses patients pour s'assurer que ce choix de médicament est sécuritaire et efficace;
- conseille les autres professionnels de la santé et les patients sur l'usage optimal des médicaments, et ce, à plusieurs niveaux :
 - › en prévention
 - › en traitement des symptômes
 - › en phase de guérison
- prescrit des contraceptifs oraux d'urgence;
- fait la promotion de saines habitudes de vie dans le but de prévenir la maladie. »

Plus précisément, dans le cas d'une implantation du TAO injectable en pharmacie communautaire, le groupe de travail propose que le pharmacien soit en mesure d'exécuter les tâches suivante :

- évaluer l'état du patient (pré et post injection);
- préparer et remettre la dose;
- superviser l'administration de la dose;
- gérer les complications immédiates en attendant les premiers répondants.

4.3 Exigences structurelles

4.3.1 INFRASTRUCTURE ET LOCAUX

En se basant sur les guides de TAO injectable suisses, sur celui de la Colombie-Britannique (OFSP 2011 et 2015; BCCSU, 2017) ainsi que les sites cliniques visités, un programme de TAO injectable devrait comporter les locaux suivants:

- une salle d'injection,
- une salle d'attente,
- une salle de repos,
- une salle de soins médicaux,
- une salle pour la préparation et l'entreposage des médicaments ou un espace sécuritaire pour l'entreposage des seringues préparées,
- une salle pour des entretiens individuels,
- une salle de réunion/de repos pour le personnel,
- des bureaux pour les professionnels.

En l'absence d'une quantité suffisante de locaux, l'infrastructure accueillant le programme de TAO injectable devrait disposer d'espaces dédiés pour les fonctions identifiées ci-dessus.

Les installations et équipements nécessaires à la préparation des médicaments ainsi que les conditions à respecter sont précisés dans les normes de préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie (OPQ, 2017).

Certains programmes courants de TAO injectable réservent un espace pour l'entreposage temporaire des biens personnels des patients durant leur présence à la clinique ainsi qu'un espace destiné à leurs animaux de compagnie. Par ailleurs, au regard de leur expérience avec les infestations de punaises de lit, le groupe de travail propose des mesures de prévention et de contrôle de celles-ci. Un exemple de protocole à cet effet se trouve l'Annexe 4.

Le groupe de travail propose de porter une attention particulière à l'esthétisme des locaux et à l'appropriation de ceux-ci par les patients. À l'instar des recommandations suisses prescrivant des locaux convenables, sécurisés, agréables, lumineux et qui se différencient nettement de la rue (OFSP, 2015), le groupe de travail favorise des locaux chaleureux et confortables où les patients pourront participer à la décoration et à l'aménagement de l'espace physique.

¹¹ Le projet de loi 31 actuellement à l'étude à l'Assemblée nationale pourrait modifier la loi sur la pharmacie, impliquant des rôles supplémentaires pour les pharmaciens.

4.3.2 MATÉRIEL

4.3.2.1 Fournitures en salle d'injection

En s'inspirant du programme de TAO injectable de Lausanne, le groupe de travail propose l'utilisation d'ameublement sur roulettes permettant de modifier l'aménagement selon les besoins et d'un paravent favorisant l'intimité pour les patients qui le souhaitent.



Photo fournie par le Programme de Traitement avec prescription de diacétylmorphine du CHUV de Lausanne (2019)

Dans les programmes visités, les postes d'injection comprennent un bac de récupération des seringues ainsi qu'un contenant de lingettes antiseptiques. Certains comprennent aussi un miroir.



Photo prise à la Pier Pharmacy de Vancouver en 2018

À Lausanne et à Genève, des gobelets identifiés pour chaque patient du programme contiennent le matériel personnel (p. ex., garrot et pommade).



Photo prise au Service d'addictologie des hôpitaux universitaires de Genève en 2019

Des dispositifs médicaux (tels que des trousse de naloxone, des masques et de l'oxygène et un chariot d'urgence incluant un défibrillateur externe automatisé et un appareil à succion) doivent également être accessibles au personnel en vue de répondre efficacement aux situations d'urgence.

Les programmes de TAO injectable établis dans les établissements de soins devront s'arrimer avec les milieux pour les situations d'urgence. Notamment, il faudra déterminer quelle équipe d'intervention interviendra dans les locaux dédiés au TAO injectable (par exemple, celle des soins intensifs ou celle de l'urgence), et s'il faut installer un chariot d'urgence sur place, ou si ce dernier peut être transporté par l'équipe d'intervention.

4.3.2.2 Fournitures en salle de repos

Le groupe de travail recommande que la salle de repos offre :

- *Des sièges confortables;*
- *Des ordinateurs accessibles pour les patients désirant faire des démarches (avec accès à internet);*
- *Un téléviseur offrant des programmes attrayants;*
- *L'accès à du matériel de consommation stérile et de protection ainsi qu'à des trousse de naloxone à emporter.*

4.3.3 DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ AU SITE DE TRAITEMENT ET À LA PHARMACIE

La sécurité des lieux pour les patients et pour le personnel a été soulevée par le groupe de travail et des suggestions ont été émises à cet effet en lien avec l'organisation physique.

- Bouton panique relié à un interphone dans les locaux et/ou bande déroulante d'un message de sécurité lorsqu'un bouton panique est activé.
- Fenêtre dans les portes des locaux pour permettre une certaine visibilité des situations à l'intérieur.
- Portes d'entrée barrées avec interphone (« buzzer ») à l'accueil et caméra pour permettre l'identification des patients du programme.

Il est à noter que certains établissements pouvant accueillir un programme de TAO injectable répondent à des obligations de sécurité dictées par des réglementations qui leur sont propres et celles-ci devront être respectées afin d'assurer la conformité des installations.

Des dispositifs de sécurité sont également requis pour l'entreposage des médicaments de type opioïdes. Le règlement sur les stupéfiants souligne que toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour protéger contre la perte ou le vol. Plus de détails sont disponibles sur [le site du gouvernement du Canada](#). À travers les programmes de TAO injectable courants, l'hydromorphe ou la diacétylmorphe sont entreposées dans une armoire sécurisée, un coffre-fort ou même un réfrigérateur sécurisé relié aux services policiers. Les spécificités d'entreposage à respecter se trouvent également dans [les normes de préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie \(OPQ, 2017\)](#).

4.3.4 ORGANISATION DU SERVICE

4.3.4.1 Heures d'ouverture

Dans les écrits recensés, la majorité des programmes de TAO injectable respectent un horaire de sept jours par semaine, tandis qu'une minorité donne un accès au service cinq jours par semaine. Certains programmes proposent deux ou trois blocs horaires d'injection pour une durée variant entre deux et quatre heures (Perreault et al., 2017).

Afin de favoriser l'accessibilité et la rétention au programme de TAO injectable, le groupe de travail recommande que le service de traitement soit ouvert sept jours par semaine avec une possibilité de trois plages horaires d'injection par jour.

4.3.4.3 Exigences en matière de personnel

Les exigences en matière de personnel varient selon le modèle de soins choisi, les heures d'ouverture établies ainsi que les services offerts et doivent respecter les actes réservés des professions au Québec. *Le groupe de travail recommande un ratio personnel/patient permettant, au minimum, d'offrir le service de TAO injectable et de répondre aux urgences ponctuelles.*

En guise d'exemples :

La dotation spécifique en personnel du programme de prescription de diacétylmorphine de la Polyclinique d'addictologie de Lausanne est composée de 3.5 équivalents temps plein (ETP) infirmiers, 1 ETP socio-éducatif et 1 ETP médical pour un total de 50 places de traitement. Par ailleurs, l'ensemble des équipes infirmière (10.2 ETP), socio-éducative (5.7 ETP), médicale (5.6 ETP), psychologique (1.8 ETP) et administrative (0.5 ETP) de la clinique participent à la mise en œuvre du traitement. Les deux plages d'administration de la médication injectable sont de 7h à 9h et de 17h à 19h (CHUV, 2019).

À la Clinique Crosstown, à Vancouver, le personnel infirmier est composé de 4.5 infirmières permettant à la Clinique de fonctionner 12 heures par jour et de servir 150 patients, sept jours par semaine (BCCSU, 2017). À titre d'exemple, l'organisation des plages horaires de traitement à la Clinique Crosstown est présentée à l'Annexe 5.

Aux Pays-Bas, 25 patients sous TAO injectable sont servis par une équipe formée des professionnels suivants : coordonnateur (0.5 ETP), médecin (0.4 ETP), infirmière (7 ETP), travailleur social, pharmacien (0.1 ETP), sécurité (1 ETP) (Strang et al., 2012). Les patients peuvent obtenir jusqu'à trois injections par jour et les cliniques sont ouvertes tous les jours à raison de trois blocs horaires qui varient entre deux et quatre heures chacun (Blanken et al., 2010).

À Genève, les professionnels dédiés au programme sont 3 ou 4 infirmières, un médecin à raison de deux jours et demie par semaine, un psychologue et deux assistantes sociales. Le programme compte une soixantaine de patients (Notes de terrain, Annexe 1).

À la clinique Downtown Community Health Clinic, à Vancouver, ce sont deux infirmières, deux intervenants de liaison, deux médecins et une infirmière praticienne qui participent au programme pouvant accueillir jusqu'à 14 patients (Notes de terrain, Annexe 1).

4.4 Médicaments et pharmacie

4.4.1 COÛTS, OBTENTION ET REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS AU QUÉBEC EN 2019

4.4.1.1 Hydromorphone

Au printemps 2019, « Santé Canada a approuvé l'utilisation de l'hydromorphone injectable pour traiter les troubles graves liés à l'utilisation d'opioïdes chez les adultes » (Gouvernement du Canada, 2019b).

L'hydromorphone est commercialisé au Canada et il est inscrit à la liste des médicaments remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le guide d'orientation opérationnelle de l'ICRAS (2019) propose d'aviser le bureau des substances contrôlées de la prescription d'hydromorphone pour le TAO injectable afin d'éviter un impact sur l'approvisionnement et des pénuries.

Sol. Inj.		20 mg/mL		
02145936	Hydromorphone HP 20	Sandoz	50 ml	446,45

Sol. Inj.		50 mg/mL PPB		
02469413	Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50	Sterimax	1 ml	➔ 21,13
			50 ml	➔ 1006,06
02146126	Hydromorphone HP 50	Sandoz	50 ml	➔ 1006,06
99003163	Hydromorphone HP 50	Sandoz	1 ml	➔ 21,13

Tableau 3. Coût et obtention de l'hydromorphone dans le cadre du traitement par agoniste opioïdes injectable (tableau tiré de la liste des médicaments couverts par la Régie de l'assurance médicaments du Québec en date du 25 octobre 2019)

4.4.1.2 Diacétylmorphine

« Le 25 avril, la ministre de la Santé a ajouté la diacétylmorphine (héroïne sur ordonnance) à la Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique du gouvernement fédéral [...]. Cette liste permet aux professionnels de la santé qualifiés d'avoir accès, pour répondre à un besoin urgent en matière de santé publique, à des médicaments qui sont autorisés à la vente dans certains autres pays, mais pas encore au Canada. La diacétylmorphine peut maintenant être importée et fournie dans n'importe quel territoire ou province du Canada pour faire face à la crise des opioïdes. » (Gouvernement du Canada, 2019c). Pour consulter la liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/liste-drogues-utilisees-urgents-matiere-sante-publique.pdf>

Actuellement, la diacétylmorphine n'est pas commercialisée au Canada, elle ne possède pas de DIN (identification numérique) et n'est pas inscrite à la liste des médicaments remboursés par la

Régie de l'assurance maladie du Québec. La diacétylmorphine peut être importée à travers une compagnie spécialisée, en s'adressant au manufacturier du Diaphin I.V. : DiaMo. Les commandes peuvent prendre plusieurs semaines et des quantités minimales de médicaments sont requises pour l'importation.

Dans le cadre du Programme d'accès spécial - médicaments la diacétylmorphine peut être importée par le biais de pharmacies hospitalières uniquement.

4.4.2 LIVRAISON ET ENTREPOSAGE SÉCURITAIRE

Lorsqu'ils reçoivent un TAO injectable dans la communauté, les patients peuvent faire affaire avec la pharmacie de leur choix et les pharmaciens ont la responsabilité d'approvisionner leurs clients ou de les référer. En d'autres mots, un patient peut recevoir tout soins ou service pharmaceutique auprès du pharmacien de son choix. En vertu de son code de déontologie, le pharmacien doit prodiguer les soins pour lesquels il a la compétence. Selon la situation, le pharmacien du patient pourra collaborer avec un autre pharmacien ou le référer au besoin. Dans ce contexte, le milieu de soins où le patient recevra sa médication injectable pourrait recevoir des livraisons provenant de plusieurs pharmacies communautaires. À la réception, les quantités seront vérifiées et authentifiées par un membre du personnel au moyen d'une signature.

En clinique communautaire, un médecin peut acheter les médicaments qu'il administre lui-même, dont les narcotiques, en s'approvisionnant auprès du grossiste. Le médicament entre alors dans les dépenses de la clinique et ne peut être remboursé ou vendu au patient. Dans ce cas, le clinicien pourrait retenir les services d'un pharmacien consultant afin de mettre en place les procédures appropriées pour assurer la sécurité, la stabilité et la salubrité du médicament.

Les articles 43 et 55f du règlement sur les stupéfiants stipulent que les pharmaciens et les praticiens doivent prendre toutes les mesures raisonnables ou appropriées qui sont nécessaires pour protéger contre la perte ou le vol les stupéfiants en leur possession (Ministre de la justice, 2019). Par ailleurs, il est important de noter que des règlements supplémentaires peuvent s'ajouter selon les politiques et procédures des organisations.

4.4.3 PRÉPARATION ET CONSERVATION

Les doses d'hydromorphone ou de diacétylmorphine injectable préparées sous une hotte stérile peuvent être conservées jusqu'à neuf jours réfrigérées et jusqu'à 30 heures à température ambiante. En cas de préparation extemporanée à partir d'une fiole à usage unique, le médicament doit être administré dans l'heure qui suit (BCCSU, 2017). L'information pertinente concernant la stabilité physico-chimique de la molécule peut être consultée dans Trissel et al. (2018). [Les normes de l'OPQ peuvent être consultées](#) pour la préparation du produit.

Certains programmes de TAO injectable existants ont une pharmacie sur place, d'autres préparent leurs seringues sur place à partir de fioles d'hydromorphone alors que d'autres encore reçoivent des seringues préparées par une pharmacie externe. Selon les cliniques, les livraisons ont lieu entre une fois par semaine et une fois par jour.

Les cliniques disposent d'armoires ou de réfrigérateurs sécurisés dans lesquels les médicaments sont rangés et gérés par les infirmières.

4.4.3 DESTRUCTION DES DOSES DE NARCOTIQUES NON UTILISÉES

Les doses de médicaments non utilisées doivent être détruites de manière sécuritaire et conforme aux normes de pratique professionnelle. À cet effet, le [Document d'orientation: Manipulation et destruction de retours post-consommation contenant des substances désignées \(CS-GD-021\)](#) est disponible en ligne. L'article 27.5 du règlement sur les stupéfiants stipule que la destruction de stupéfiants à l'installation est soumise à quatre conditions : approbation du ministre, destruction effectuée par deux personnes autorisées, utilisation d'une méthode conforme à la législation, déclaration commune signée et datée (Ministre de la justice, 2019)

4.4.4 SURVEILLANCE

Selon les cliniques de TAO injectable, la surveillance des doses administrées est réalisée soit à l'aide du dossier manuscrit, soit à l'aide d'un logiciel informatique ou d'un système de données centralisé. Dans le deuxième cas, les seringues peuvent être scannées et les ajustements de doses peuvent être entrés manuellement dans le logiciel au besoin. L'identification adéquate des seringues est essentielle pour éviter les erreurs d'administration.

Le groupe de travail préconise l'inscription de l'information sur le TAO injectable au Dossier Santé Québec (DSQ) afin de favoriser la continuité des soins. Or, les médicaments administrés en centres hospitaliers ne peuvent être inscrits aux DSQ. Dans ce contexte, le groupe de travail propose de remettre aux patients une carte ou un bracelet afin de favoriser la continuité des soins en cas d'incarcération ou d'hospitalisation en facilitant la communication professionnelle. De plus, il est recommandé que des démarches soient entreprises afin que le TAO injectable administré en milieu hospitalier ou en milieu carcéral soit inscrit au DSQ pour des raisons de sécurité et de continuité des soins.

4.4.5 CO-PRESCRIPTION DE MÉTHADONE OU DE MORPHINE ORALE À LIBÉRATION LENTE

Selon les cliniques de TAO injectable canadiennes, la méthadone ou la morphine orale à libération lente (KadianMD), en co-prescription avec le traitement injectable peut être prise par le patient sur place au moment de la dernière dose de la journée, ou servie à la pharmacie communautaire du patient afin d'éviter la survenue de symptômes de sevrage durant la nuit.

En Suisse, la prescription de diacétylmorphine orale est utilisée pour favoriser le confort du patient entre la dernière dose injectable de la journée et la dose du lendemain.

4.5 Acceptabilité sociale et professionnelle

Un rapport canadien ayant recensé 40 études occidentales conclut que l'opinion publique par rapport aux programmes de réduction des méfaits est majoritairement positive (*Ontario HIV Treatment Network*, 2012). Cette perception est généralement associée à la croyance qu'une intervention concrète est nécessaire pour intervenir auprès des consommateurs vulnérables à la pauvreté, à la criminalité, ainsi qu'à des problèmes de santé physique et mentale. La réticence de certains s'explique par la crainte que ces programmes 1) encouragent la consommation de drogues illicites, 2) ne favorisent pas la réinsertion sociale des usagers et 3) entraînent un regroupement de consommateurs ainsi qu'une hausse de la violence dans les quartiers où l'implantation est envisagée (*ibid.*).

Aux États-Unis, Kilmer et al. (2019) ont démontré que l'utilisation du terme « diacétylmorphine » plutôt qu'« héroïne » influençait l'acceptabilité du TAO injectable. Dans le cadre d'un sondage RAND American Life Panel (ALP), soumis entre février et mars 2018, le taux de soutien au TAO injectable augmentait de 10% lorsque le terme « diacétylmorphine » était utilisé plutôt qu'« héroïne » (30,6% vs. 20,8%) (Kilmer et al., 2019).

Par ailleurs, dans le cadre de l'étude NAOMI, à Vancouver et Montréal, les données policières ont montré que les indicateurs de criminalité et de problèmes dans la communauté sont restés stables avant et durant l'implantation des essais cliniques du TAO injectable (Lasnier et al., 2009). Ainsi les auteurs soulignent les éléments suivants:

« Overall, the results of this study suggest that the operation of the NAOMI clinic did not produce any significant impacts on the commission of crime and/or acts of disorder in the neighbourhoods surrounding sites in Vancouver and Montreal. » (ibid.).

« In sum, we must conclude that NAOMI has had no clearly observable impact on crime and disorder in the neighbourhoods surrounding the experimental sites. The fears noted by some observers regarding the potential negative impact of the NAOMI trial appear to have been unjustified. » (ibid.)

Des usagers consultés dans le cadre de l'évaluation des besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de TAO injectable disent craindre qu'un tel projet alimente l'incompréhension et le jugement au sein de la société (Perreault et al., 2017). La notion d'acceptabilité sociale est d'ailleurs soulevée par les informateurs-clés comme un obstacle possible à l'implantation du TAO injectable. Plusieurs usagers recommandent d'éduquer le public afin que la population soit informée des avantages sociaux et de la pertinence d'un tel traitement (Perreault et al., 2017).

Le groupe de travail favorise la transmission d'informations mettant l'accent sur la nature médicale et thérapeutique du TAO injectable. Le groupe de travail précise également l'importance d'informer adéquatement les professionnels des milieux où le programme pourrait être implanté afin d'éviter la confusion ou de possibles réticences.

4.6 Évaluation d'un nouveau programme de TAO injectable

La mise en place d'un nouveau traitement représente une excellente occasion pour y intégrer des mécanismes d'évaluation. À cet égard, cinq étapes successives peuvent être distinguées dans l'évaluation d'un programme :

- 1- L'évaluation des besoins qui ont mené à sa création;
- 2- L'évaluation des possibilités d'action reliées à sa conception;
- 3- L'évaluation de son implantation;
- 4- L'évaluation de ses effets;
- 5- L'évaluation de son rendement.

Ces cinq types d'évaluation seront décrits ici pour le cas des programmes de TAO injectable.

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

Essentiellement, l'évaluation des besoins (ou évaluation de la pertinence) permet de fournir aux « gestionnaires de l'information sur les principaux problèmes de la communauté ciblée et sur ses besoins en matière de services » (Gouvernement du Québec, 1998).

Dans le cas du TAO injectable, un programme viserait à rejoindre les personnes qui consomment des opioïdes par injection et qui n'adhèrent pas aux traitements conventionnels. Ainsi, afin d'estimer la proportion de la clientèle qui pourrait bénéficier de ce traitement dans la région de Montréal, les étapes suivantes ont été réalisées par Perreault et al. (2017) :

- revue sommaire des écrits (« rapid review »);
- rencontres de groupe avec des personnes en traitement TAO oral (régulier et bas seuil);
- entrevues individuelles auprès d'acteurs clés;
- sondage auprès de médecins prescripteurs (pour déterminer le nombre de patients qui répondent aux critères d'admission à un programme de TAO injectable);
- estimation du nombre de personnes suivies en TAO oral qui pourraient bénéficier d'un traitement par injection, en fonction des taux rapportés dans les écrits scientifiques.

Il peut être utile de s'inspirer de cette étude pour développer une évaluation de l'offre de services en TAO, de même que la demande qui pourrait être générée advenant l'implantation d'un programme de TAO injectable dans une région spécifique. Le « Rapport sur les besoins en traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec » disponible sur le [site web de l'Étude de faisabilité pour l'implantation du TAO injectable au Québec](#) » peut aussi être consulté à cet effet.

4.6.2 L'ÉVALUATION DES POSSIBILITÉS D'ACTION

L'évaluation des possibilités d'action est centrée sur les objectifs et la nature du programme à offrir. On tente alors de répondre à la question : quel genre de programme doit-t-on mettre sur pied? Il s'agit de vérifier si l'intervention prévue est logique ou vraisemblable par rapport au problème (ou besoin) reconnu. Cette évaluation vise aussi à vérifier si les composantes du programme sont articulées de façon cohérente, de même qu'à préciser les éléments qui seront évalués à la suite de sa mise en œuvre.

Dans le cas du TAO injectable, tel qu'indiqué à la section 3.1 du présent guide, l'objectif proposé est d'améliorer l'accès et la rétention en traitement agoniste. On vise alors la proportion significative des personnes aux prises avec un trouble sévère lié à l'utilisation d'opioïdes qui ne sont pas attirées ou retenues par les traitements de substitution conventionnels de méthadone et de buprénorphine (Oviedo-Joekes et al., 2016, Strang et al., 2012). Il s'agit alors de repérer les programmes courants de TAO injectable et d'identifier leurs forces et leurs faiblesses pour guider la conception du nouveau programme. Le présent guide couvre les pratiques courantes au moment de sa publication. L'apparition de nouvelles pratiques et programmes, en fonction de différentes régions, pourrait nécessiter la mise à jour de l'exercice dans les régions concernées.

4.6.3 L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION

L'évaluation de l'implantation d'un programme représente une étape préalable à l'évaluation de ses effets. On ne saurait apprécier les succès ou les lacunes d'un programme dont on ne connaîtrait pas le degré d'implantation. L'évaluation d'implantation d'une offre de services en TAO injectable devrait répondre aux six questions suivantes, qui caractérisent généralement les études d'implantation (Desrosiers et al., 1998; Mercier et al., 2001).

1- Dans quelle mesure les activités prévues on-t-elles effectivement été réalisées ?

S'apparentant souvent à une démarche évaluative dite « normative », l'évaluation vise à 1) estimer dans quelle mesure les composantes considérées comme essentielles du programme ont effectivement été implantées et 2) vérifier si les ressources prévues ont été affectées au programme.

2- Le programme rejoint-il la clientèle pour laquelle il a été conçu ?

Il s'agit alors de documenter les caractéristiques des personnes en traitement afin de déterminer si la population ciblée par le programme est rejointe. À cet effet, certains outils de mesure validés sont fréquemment utilisés dans le cadre de l'évaluation du TAO et du TAO injectable (tableau 3).

Il est avantageux de choisir, développer ou adapter des outils qui permettront à la fois de procéder à l'évaluation du programme et de guider la prise de décision clinique et administrative. L'intégration de ces outils utilisés aux opérations courantes du programme

évite de devoir procéder à une double collecte de données, ce qui permet de réduire à la fois les délais et les coûts engendrés par la production des rapports d'évaluation.

À cette fin, il est suggéré d'utiliser de façon routinière un ou plusieurs outils validés (i.e. IGT, MINI ou AUDADIS-5, Sf-36 et HOORAT) au cours du processus d'admission. Certains de ces outils peuvent fournir des informations pertinentes pour guider la décision entourant l'admissibilité au traitement (voir processus de décision d'admission proposé au chapitre 3). De plus, les informations ainsi générées permettent de comparer les caractéristiques des personnes admises à celles des personnes non-admissibilité ou qui abandonnent le traitement afin d'évaluer sa capacité à servir la clientèle ciblée.

Instrument	Information obtenue ou sous-échelles	Administration	Durée d'administration
Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)	Alcool/drogues, état de santé physique, relations familiales / interpersonnelles, état psychologique, emploi / ressources, situation judiciaire	Personnel qualifié	2 heures (6 sections)
MINI DSM-5 : critères diagnostiques, <i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5</i> (AUDADIS-5)	Niveau de gravité de la dépendance aux opioïdes	Personnel qualifié	15 minutes (MINI : 12 questions ; AUSADIS-5 : 35 questions)
<i>Short Form survey-36</i> (Sf-36)	Activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique, vitalité	Auto-administration	10 minutes (36 items)
<i>Housing opiate overdose risk assessment tool</i> (HOORAT)	Évaluation du risque de surdose	Auto-administration	7-8 minutes (20 items)

Tableau 4. Instruments fréquemment utilisés pour mesurer les caractéristiques de la clientèle en TAO et TAO injectable

Des renseignements additionnels sur chacun des outils du Tableau 1 sont présentés à l'Annexe 6.

3- Les services sont-ils utilisés comme prévu ?

Dans le cas spécifique du TAO injectable, où la clientèle visée est difficilement rejointe par l'offre de traitement courante, il importe de déterminer précisément la nature des services utilisés, leur capacité à rejoindre la clientèle, les délais d'accès, et leur fréquentation. À cette fin, les gestionnaires recourent à des outils permettant de documenter le fonctionnement des opérations courantes du programme. Cette démarche de surveillance s'avère indispensable pour assurer la bonne marche du programme, car les informations générées permettent d'apporter des ajustements et correctifs lorsque des situations problématiques sont détectées précocement. La démarche est aussi utile pour soutenir l'évaluation de la qualité du programme et la reddition de comptes aux bailleurs de fonds.

À cet égard, dans le domaine des troubles liés à l'utilisation de substances, et plus particulièrement en ce qui touche aux personnes les plus vulnérables, la rétention et l'accès au traitement sont fréquemment utilisés comme des indicateurs de succès du traitement. D'ailleurs, le TAO injectable a entre autres pour objectif d'améliorer la rétention en traitement. À cette fin, il est pertinent de mesurer la rétention à divers moments du traitement. Selon les études, le taux de rétention en TAO injectable est rapporté à trois mois (Oviedo-Loefer et al. 2019), à douze mois et vingt-quatre mois (Verthein et al., 2008), à trois ans (Oviedo-Loefer et al., 2010b) ou à quatre ans (Blanken et al., 2010).

Une autre méthode possible consiste à déterminer le pourcentage de jours en traitement pour chacune des personnes au cours d'une période précise. Ceci permet de tenir compte du fait que certaines personnes abandonnent le traitement et peuvent possiblement le reprendre ensuite.

4- S'il y a un écart entre ce qui était prévu et ce qui est observé, à quoi peut-on l'attribuer ?

Il s'agit ici de documenter la perspective des parties prenantes du programme. Cela peut être fait par des entrevues individuelles avec les gestionnaires, les intervenants, les usagers et toute autre partie prenante pour mieux comprendre pourquoi ce qui a été mis en place n'est pas conforme à ce qui avait été prévu.

5- Quels sont les obstacles et les éléments facilitateurs pour la mise en place et le maintien du programme ?

Tout comme pour la question 4, il est pertinent de s'appuyer ici sur la perspective des principaux acteurs concernés par chacune des questions soulevées. Cela se fait généralement par le biais d'entrevues individuelles, ou de groupe (« focus groups ») afin de documenter la perspective des intervenants et des autres personnes directement engagées dans le programme concernant 1) les facteurs qui facilitent ou nuisent à l'implantation du programme et 2) les aspects du programme qu'il convient de préserver ou encore de modifier pour en améliorer le fonctionnement.

6- Les participants sont-ils satisfaits du programme ou des services offerts ? Sinon, quelles améliorations aimeraient-ils apporter au programme ?

La perspective des personnes en traitement représente un aspect incontournable dans l'évaluation des traitements qui leur sont destinés, spécialement pour le TAO injectable puisque ce traitement vise à offrir une approche mieux adaptée aux besoins, demandes et préférences. Cette démarche évaluative s'inscrit d'ailleurs parmi les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'évaluation de la qualité des services de santé (WHO, 2000a; WHO, 2000b).

Dans ce contexte, la satisfaction et l'amélioration perçue par les usagers suite au traitement sont pertinentes à documenter. À cette fin, les procédures habituelles consistent en des enquêtes par questionnaires, consultations individuelles et groupes de discussion. Dans un

cadre d'évaluation formative, il peut être pertinent de regrouper des usagers et responsables de programmes dans un processus de consultation continue, sous forme d'un panel permanent d'usagers (« standing panel », voir Perreault et al., 2010).

Différentes méthodes peuvent être mises de l'avant pour procéder à l'évaluation de la perspective des usagers. La combinaison de plusieurs d'entre elles offre néanmoins une vision plus articulée de leur point de vue : en général, les questionnaires standardisés sont reconnus pour générer des taux exagérément élevés de satisfaction, spécialement ceux qui mesurent une appréciation globale des services. Par contre, les études qualitatives sont plus efficaces pour repérer les sources d'insatisfaction (Perreault et al. 1993). Différents outils de mesure sont présentés au Tableau 2 et décrits plus en détail à l'Annexe 6.

Instrument	Information obtenue	Administration	Durée d'administration
Satisfaction			
<i>Client Satisfaction Questionnaire-3 (CSQ-3) (et deux questions ouvertes)</i>	Satisfaction	Auto-administré	5 minutes (3 items et deux questions ouvertes)-approche mixte
Perception des effets du traitement			
Perceived Improvement Questionnaire (PIQ)	Amélioration perçue	Auto-administré	10 minutes (23 items)
Perspective des usagers - approches qualitatives			
Protocole d'entrevues semi-structurées	Satisfaction, insatisfaction, effets du programme sur le participant, tel que perçu par la personne.	Entrevues individuelles (en personne ou par téléphone)	15-45 minutes
Canevas d'entrevue semi-structurée (pour « Focus groups »)	Satisfaction, insatisfaction, effets du programme sur le participant, tel que perçu par la personne.	Entrevues en groupe (n=8 à 12 participants)	1 à 2 heures Incluant généralement un goûter ou une collation
« Ordre du jour » déterminé par les responsables du programme et les usagers (« standing Panel »)	Satisfaction, sources d'insatisfaction, perceptions par rapport à l'organisation des services, recherche de solutions pour améliorer les sources d'insatisfaction.	Groupe d'échanges structurés sur un base régulière (n=8-14 participants)	2 à 3 heures (incluant généralement le repas de 30 minutes), Rencontres régulières à une fréquence de 3 ou 4 rencontres par an

Tableau 5. Méthodes fréquemment utilisées pour documenter le point de vue des participants au traitement

4.6.4 ÉVALUATION DES EFFETS

« L'évaluation des effets porte sur l'importance des retombées du programme implanté. Elle vise également à cerner le degré d'atteinte des objectifs. Évaluer les effets consiste à établir un lien de causalité entre les changements et le programme offert » (Gouvernement du Québec, 1998).

La rétention en traitement de même que des indicateurs cliniques ou psychosociaux tels que mesurés par l'un ou l'autre des outils de mesure proposés au Tableau 1 représentent des indicateurs pertinents pour l'évaluation des effets d'un programme de TAO injectable. À cette fin, on comparera les résultats pré-post intervention ou encore les changements à différents moments du traitement pour des indicateurs reliés à aux aspects suivants:

- la consommation d'héroïne illicite;
- la consommation de drogues en général;
- la situation légale;
- la santé physique;
- la santé mentale;
- l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, pour s'assurer que les changements découlent directement de l'intervention (« inférence causale »), il convient de faire usage de méthodes dites expérimentales intégrant la randomisation et l'appariement des participants (groupe traitement et groupe contrôle). Toutefois, hors des protocoles contrôlés de recherche et des multiples contraintes qui s'y rattachent, les devis quasi-expérimentaux sont souvent utilisés, même si ceux-ci ne présentent pas le même niveau de preuve quant aux effets du traitement.

Par ailleurs, comme le « modèle logique » est fréquemment utilisé pour illustrer la relation entre les activités d'un programme et ses effets prévus, un exemple de cette procédure est présenté à l'annexe 6.

4.6.5 ÉVALUATION DE RENDEMENT

L'évaluation de rendement vise à mettre en relation les résultats observés par rapport aux coûts engendrés par le programme.

On distingue différents types d'évaluation de rendement (voir gouvernement du Québec, 1998):

- 1- Rendement interne
- 2- Évaluation du rendement de l'investissement
- 3- Rendement comparatif
- 4- Rendement social

Ce type d'étude est généralement très coûteux et repose sur des programmes bien documentés et établis. Les résultats sont particulièrement pertinents pour répondre aux questions relatives à la pérennité et à la poursuite des programmes en fonction de clientèles et milieux spécifiques. Ils permettent en effet d'estimer leur coût et de démontrer dans quelle mesure ils font un usage efficace des ressources en comparaison à d'autres traitements possibles.

Conclusion

Plusieurs essais contrôlés randomisés ont permis de démontrer l'efficacité du TAO injectable pour les personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes par injection et pour lesquelles les traitements actuellement disponibles ne sont pas efficaces. Afin d'évaluer la faisabilité du TAO injectable au Québec et ses conditions d'implantation, une vaste collecte d'information a été réalisée à travers une recension des écrits, des visites de programmes de TAO injectable existants, des consultations avec les ordres professionnels québécois pertinents, des consultations d'informateurs clés, ainsi que des rencontres avec un groupe de travail interdisciplinaire composé de professionnels expérimentés dans le domaine du TAO.

À la lumière de cette collecte d'information, le présent guide permet de dresser un portrait des pratiques courantes en TAO injectable, de documenter les considérations propres au contexte légal et professionnel québécois, ainsi que de présenter les propositions du groupe de travail interdisciplinaire pour la mise en œuvre du TAO injectable.

Ce guide comporte par ailleurs certaines limites, dont la première se situe au niveau de la composition du groupe de travail interdisciplinaire. Celui-ci rassemble des professionnels qui travaillent au sein de la même institution et partagent la même philosophie d'intervention ainsi que les mêmes valeurs professionnelles. C'est entre autres pour pallier cette limite que d'autres parties prenantes (membres du comité consultatif et ordres professionnels) ont été consultées et invitées à réviser le présent guide. Deuxièmement, les guides de TAO injectable de la Suisse et de la Colombie-Britannique, dont s'inspire le guide québécois, ont été produits dans le cadre de programmes détenant une expertise de plusieurs années dans le domaine du TAO injectable. Le guide québécois a pour sa part été conçu afin de refléter la réalité clinique locale et les pratiques en vigueur dans les programmes existants. Il bénéficie de l'expertise de certains professionnels et chercheurs québécois ayant acquis de l'expérience dans le cadre de l'étude NAOMI. Toutefois, il ne s'appuie sur aucune pratique courante en TAO injectable au Québec, dans la mesure où ce type de traitement n'a pas encore été adopté dans la province.

Malgré les limites identifiées, le guide québécois constitue un outil d'information et d'orientation pour les gestionnaires et cliniciens qui s'intéressent au TAO injectable ou qui s'engagent dans une offre de service en TAO injectable au Québec.

Références

- ACPM (Association canadienne de protection médicale). 2014. Un enfant est-il apte à consentir? En ligne. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/can-a-child-provide-consent>
- Bansback, N., Guh, D., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Harrison, S., Janmohamed, A., Krausz, M., MacDonald, S., Marsh, D.C., Schechter, M.T., Anis, A.H. 2018. Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: findings from the SALOME randomized clinical trial. *Addiction*, 113(7):1264-1273
- BCCSU (British Columbia Center on Substance Use). 2017. Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder. En ligne. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf>
- Beauchemin, R., Brisson, P., Cloutier, R., Gagnon, H., Gendron, I. 2014. Usage de drogues et prévention des ITSS. Intervenir selon une approche de réduction des méfaits. Québec.
- Blanken, P., Hendriks, V. M., van Ree, J. M., & van den Brink, W. 2010. Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300-308.
- Brisson, 1997. L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques. En ligne. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf
- Byford, S., Barrett, B., Metrebian, N., Groshkova, T., Cary, M., Charles, V., Lintzeris, N., Strang, J. 2013. Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *Br J Psychiatry*, 203(5):341-9.
- CMQ (Collège des médecins du Québec). 2016. Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille. En ligne. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-fr-premiere-ligne-forte-expertise-medecin-de-famille.pdf?t=1564582601927>
- CMQ (Collège des médecins du Québec). 2017. Les ordonnances collectives. En ligne. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>
- Conseil fédéral Suisse. 2019. Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction. En ligne. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20081102/201902010000/812.121.6.pdf>
- Dasgupta, A. 2019. Chapitre 31. Special concern: sources of inaccuracy in breath alcohol analysis. Dans Dasgupta, A et Sepulveda, J.L. *Accurate Results in the Clinical Laboratory: A Guide to Error Detection and Correction*, 2e édition.
- Danish Health and Medicines Authority (DHMA). 2013. Evaluation of the program for prescribed heroin to drug abusers 2010-2012. En ligne. <https://www.sst.dk/~media/59ADB080DBC84FC283EAED55A24C0AE2.ashx>
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. 2010. [Efficacy diacetylmorphine (pharmaceutical heroin) for heroin treatment]. *Rev Med Liege*, 65(12), 681-687.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., Perreault, N. 1998. Cadre pratique pour l'évaluation de programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie. Gouvernement du Québec.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. 2010. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev* (8).
- Gouvernement du Canada. 2019a. Opioides et crise des opioïdes – Obtenez les faits. En ligne. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/obtenez-les-faits.html>
- Gouvernement du Canada. 2019b. Le gouvernement du Canada approuve de nouvelles options de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes et appuie des projets de recherche, de traitement et de réduction des méfaits en Ontario. En ligne. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2019/05/le-gouvernement-du-canada-approuve-de-nouvelles-options-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage-dopioïdes-et-appuie-des-projets-de-recherche-de-tr.html>

Gouvernement du Canada. 2019c. Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique. En ligne. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-health-products/liste-drogues-utilisees-urgents-matiere-sante-publique.pdf>

Gouvernement du Québec, 1998. Cadre pratique pour l'évaluation de programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie. En ligne. https://cfs.franropol.org/in/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0000023591&

Goyer, Hudon et al. 2020. Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO). Montréal, QC : IUD.

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). 2019 a. Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Publié le 23 septembre 2019. En ligne. <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). 2019b. Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes. Publié le 23 septembre, 2019. En ligne. <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>

Kilmer, B., Smart, R., Taylor, J., Caulkins, J.P. 2019. Prescribing diamorphine in the United States: Insights from a nationally representative survey. *Drug Alcohol Depend.* (196):62-65

Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N., Fischer, B. 2009. A heroin prescription trial: Case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy* 21: 28-35

Mercier C, Perreault M. L'évaluation de programme. Notions de base. Dans : Dorvil H, Mayer R, editors. *Problèmes Sociaux Tome 1*: Presses de l'Université du Québec; 2001. p. 414-30.

Ministre de la justice. 2019. Règlement sur les stupéfiants. En ligne. https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C.R.C._c._1041.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). 2019. Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière. En ligne. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

Office des professions du Québec. 2013. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Guide explicatif. En ligne. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Ontario HIV Treatment Network. 2012. Public Perception of Harm Reduction Interventions. En ligne. www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/rapid-response/RR63-2012-Public-Perception-HR-Interventions-1.pdf

Oviedo-Joekes, E., Palis, H., Guh, D., Marsh, MD, MacDonald, S., Harrison, S., Brissette, S., Anis, A.H. and Schechter M.T. 2019. Adverse Events During Treatment Induction With Injectable Diacetylmorphine and Hydromorphone for Opioid Use Disorder. *J Addict Med.* 13(5): 354-361.

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., MacDonald, S., Guh, D., Marchand, K., Jutha, S., Harrison, S., Janmohamed, A., Zhang, D.Z., Anis, AH., Krausz, M., Marsh, D.C., Schechter, M.T. 2017. Safety profile of injectable hydromorphone and diacetylmorphine for long-term severe opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 176 : 55-62.

Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., MacDonald, S., Lock, K., . . . Schechter, M. T. 2016. Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73(5) : 447-455.

Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marsh, D. C., Nosyk, B., Krausz, M., . . . Schechter, M. T. (2010a). Double-blind injectable hydromorphone versus diacetylmorphine for the treatment of opioid dependence: a pilot study. *J Subst Abuse Treat*, 38(4): 408-411.

Oviedo Joekes, E., March, J.C., Romero, M., Perea-Milla, E. 2010b. The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: A 2 year follow-up. *Drug and Alcohol Review*, 29 (1).

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med*, 361(8) : 777-786.

Conseil fédéral Suisse. 2019. Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction. En ligne. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20081102/201902010000/812.121.6.pdf>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). 2001. Manuel Traitement avec prescription d'héroïne - Directives, recommandations, informations. En ligne.

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). 2017. Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie. En ligne. https://www.opq.org/doc/media/1827_38_fr-ca_0_norme201401_prod_steriles_non_dang_oct2017.pdf

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) 2011. Le pharmacien. En ligne. <https://www.opq.org/fr-CA/grand-public/le-pharmacien/>

Perreault, M., Thibault-Lévesque, J., Archambault, L., Rivard, B. À paraître. L'intervention par les pairs dans le traitement par agonistes opioïdes.

Perreault, M., Sabetti, J., Archambault, L. À paraître. Which injectable OAT model is best suited for patients with complex problems? A rapid review.

Perreault, M., Archambault, L. 2017. Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal. Montréal, Québec: Centre de recherche de l'hôpital Douglas. En ligne. http://cran.qc.ca/sites/default/files/documents/requis_de_service_rapport_final.pdf

Perreault M, Archambault L, Blouin C. 2017. Évaluation des besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur l'injection (TDO injectable). Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Institut universitaire en santé mentale Douglas (CIUSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal).

Perreault M, Renaud J, Bourassa F, Beauchesne L, Mpiana A, Bernier S, et al. Implementation of a panel of service users for the evaluation of mental health outpatient services. *Evaluation & the health professions*, 33(4):480-96.

Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., Gendreau, P. 1993. Patient satisfaction with outpatient psychiatric services. *Evaluation and program planning*, 16: 109-118.

Shemilt et al., 2017 MICHÈLE SHEMILT et autres, Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2017, p. 4.

Strang, J., Groshkova, T., & Metrebian, N. (2012). New heroin-assisted treatment Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. En ligne. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_154996_EN_Heroin%20Insight.pdf

Trissel et al., 2018. *Trissel's Stability of Compounded Formulations*, 6e édition. APhA Publications

Université de Montréal, sd. Trouver de la littérature grise. En ligne. <https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/rediger-revue-systematique?tab=2826>

Université d'Ottawa. Sd. Dr. Jeff Turnbull recognized for unrelenting work with Ottawa's most vulnerable patients. En ligne. <https://med.uottawa.ca/en/content/dr-jeff-turnbull-recognized-unrelenting-work-ottawas-most-vulnerable-patients>

Verthein U, Bonorden-Kleij K, Degkwitz P, Dilg C, Köhler WK, Passie T, Soyka M, Tanger S, Vogel M, Haasen C. 2008. Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, 103(6): 960-6.

World Health Organization (WHO) United Nation International Drug Control Programme (UNDCP) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 client satisfaction evaluation, World Health Organization. 2000a.

World Health Organization (WHO) United Nation International Drug Control Programme (UNDCP) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. World Health Organization. 2000b.

Annexe 1

Notes de terrain des visites

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
<p>Lausanne</p> <p>Centre hospitalier universitaire Vaudois</p>	<p>Patient ayant consommé alcool ou benzodiazépines ou présentant troubles du comportement = Administration de DAM per os.</p> <p>Patient ayant manqué une injection dans la journée = Diaphin sur place + Sevre-long</p> <p>Vacances = Sevre-long pour emporter (possibilité de 4 plages après 6 mois de stabilité au traitement)</p> <p>Option d'administration intranasale à venir.</p>	<p>Admissibilité : 18 ans et plus</p> <p>+</p> <p>Au moins deux tentatives de thérapies pharmacologiques ou institutionnelles.</p> <p>+</p> <p>Prise en compte de l'ensemble de la symptomatologie du patient parce qu'elle peut influencer le choix de traitement.</p> <p>Le programme propose des règles générales mais il y a aussi du cas par cas.</p> <p>Le processus d'accueil s'étend sur 3 semaines à un mois (processus administratifs, autorisations, préparation).</p>	<p>7 jours/7 + 2 fois/jour</p> <p>Plage horaire, tranches de 20 minutes, en petit groupe.</p> <p>Bilan initial à l'accueil par l'intervenant psychosocial (état, nuit précédente, symptômes, comportements)</p> <p>Concertation de l'équipe avant l'entrée du patient en salle.</p> <p>Bilan complémentaire par infirmière en salle : si intoxication, possibilité de redosage en deux prises ou per os.</p> <p>Injections intramusculaires évitées (risques de fibrose). L'infirmière peut injecter IV.</p> <p>Sevre-Long pris sur place.</p> <p>Protocole post injection (Annexe 3).</p>	<p>Abribus à l'extérieur pour l'attente.</p> <p>Niches pour animaux de compagnie.</p> <p>Salle d'injection: matériel d'urgence, paravent, mobilier sur roulettes, environnement convivial.</p> <p>Place attitrée mais possibilité d'individualiser son aménagement.</p> <p>Pharmacie: grande, lumineuse, vue sur la salle d'injection.</p> <p>Dose de traitement géré par armoire électronique.</p> <p>Information informatisée et carnets annotés.</p>	<p>Le soignant est aussi thérapeute (approche globale, lien thérapeutique, partenariat avec le patient).</p> <p>Groupe de parole DAM soignants/soignés pour répondre aux questions et faire évoluer le programme selon les besoins nommés (1 fois par mois)</p> <p>Effectifs comptés sur 50 places: 6 personnes par jour de semaine (médecin le matin sinon soignant) 3 personnes par jour le weekend (pas de médecin)</p> <p>Médecin, infirmière préparatrice, infirmière en salle, intervenant psychosocial</p>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
<p>Genève</p> <p>Service d'addictologie des hôpitaux universitaires de Genève</p>	<p>Livraison de la DAM par la pharmacie cantonale. Dilution et seringues préparées par infirmières. Ajustement des doses possible par infirmières. Coffre sécurisé lié à la police pour DAM. Flacons ouverts dans un frigo sécurisé.</p> <p>Accès à benzodiazépines (avec longue demi-vie). DAM orale à emporter pour 48hrs lorsque stables depuis 6 mois.</p> <p>IV et IM par infirmière (IM non recommandée). DAM intranasale à venir.</p> <p>Première injection en deux doses pour éviter réactions allergiques. Antihistaminiques lorsque réactions cutanées à l'injection.</p> <p>Comprimés DAM retard pour nuit et vacances.</p>	<p>Admissibilité : 18 ans et plus + Deux échecs aux TAO conventionnels ou tentatives de sevrage résidentiel.</p> <p>Programme débuté avec méthadone ou Sevre-Long suivi de conversion vers DAM.</p> <p>Suivi clinique : démarches, objectifs de vie, carte réseau, formulaires de consentement tous les trois mois (objectifs et rétablissement).</p> <p>Absence 5 jours = dosage repris à zéro.</p> <p>Stabilisation : passage à la DAM orale en pharmacie.</p> <p>Stabilité = Possibilité de moduler le nombre d'injections</p>	<p>Deux injections par jour.</p> <p>Entrée par cohorte. Infirmière d'accueil observe l'état clinique des patients. Infirmière en salle confirme l'état.</p> <p>Si sédation : proposent de partager la dose en deux ou de ne pas donner l'injection.</p> <p>Injection acceptée dans le bas des jambes et le bas des bras.</p> <p>Liaison par infirmière ou spécialiste clinique en cas de transition entre différents milieux (hôpital, prison, communauté).</p>	<p>Niches à chien.</p> <p>Casiers pour bières et seringues.</p> <p>Local climatisé pour conservation des molécules.</p> <p>Espace dédié aux patients pour laisser garrot et pommade en salle d'injection.</p> <p>Valise contenant le nécessaire pour urgence médicale.</p>	<p>3 ou 4 infirmières au programme. Médecin deux jours et demi par semaine. Psychologue. 2 assistantes sociales. Les infirmières ont du temps pour faire des accompagnements avec leurs patients. Implication de patients partenaires (qui n'interviennent pas en salle d'injection).</p> <p>Formation : Techniques d'injection. Formation de deux jours par des spécialistes cliniques. Infirmières formées en éducation thérapeutique (outils d'évaluation des besoins + prise en charge inclusive et orientation sur le réseau). Médecins formés en entretien motivationnel (au moins introduction).</p>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
<p>Ottawa</p> <p>Centre d'hébergement avec une salle d'injection pour le Managed Opioid Program (MOP).</p>	<p>Hydromorphone 10 mg par ml.</p> <p>Traitement oral longue-action pour éviter les symptômes de sevrage.</p> <p>L'infirmière ouvre les fioles quand le patient arrive et prépare les doses pour les deux prochains patients en attente.</p> <p>Les médecins ne donnent pas de prescriptions de benzodiazépines.</p> <p>Les seringues préparées et la médication des patients sont livrées par la pharmacie au centre d'hébergement une fois par jour.</p> <p>Les seringues préparées sont gardées dans des coffres sécurisés.</p>	<p>Admissibilité : Plus de 18 ans. Consommation d'opioïdes depuis au moins deux ans.</p> <p>Traitement de 3e ligne.</p> <p>Si le patient manque son injection pendant 24hrs : redosage + traitement oral longue-action pour une durée allant jusqu'à 72hrs</p>	<p>Jusqu'à 7 injections par jour.</p> <p>Deux patients à la fois dans la salle d'injection sous la supervision d'une infirmière.</p> <p>Les infirmières peuvent identifier une veine et pousser le piston de la seringue si le patient a besoin d'assistance. Si le patient préfère, il peut être assisté d'un autre patient pour l'identification de la veine à condition qu'il signe un formulaire de consentement.</p> <p>Les patients ont 15-20 minutes pour s'injecter eux-mêmes.</p> <p>Si sédation : éviter de refuser la dose si possible. Opter plutôt pour retarder la dose.</p>	<p>L'absence de codes-barres sur les seringues rend le décompte plus long et laborieux.</p>	<p>Un médecin, 4 infirmières praticiennes.</p> <p>Un psychologue visite le centre d'hébergement à tous les mois.</p> <p>Chaque patient a un travailleur social assigné.</p> <p>Différents niveaux d'implication de pairs aidants selon la stabilité des patients.</p> <p>La salle MOP est ouverte 24h par jour sauf pour les décomptes de seringues et les changements de quart.</p>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
<p>Ottawa</p> <p>Centre d'hébergement avec une salle d'injection pour le Managed Opioid Program (MOP).</p>	<p>Hydromorphone 10 mg par ml.</p> <p>Traitement oral longue-action pour éviter les symptômes de sevrage.</p> <p>L'infirmière ouvre les fioles quand le patient arrive et prépare les doses pour les deux prochains patients en attente.</p> <p>Les médecins ne donnent pas de prescriptions de benzodiazépines.</p> <p>Les seringues préparées et la médication des patients sont livrées par la pharmacie au centre d'hébergement une fois par jour.</p> <p>Les seringues préparées sont gardées dans des coffres sécurisés.</p>	<p>Admissibilité : Plus de 18 ans. Consommation d'opioïdes depuis au moins deux ans.</p> <p>Traitement de 3e ligne.</p> <p>Si le patient manque son injection pendant 24hrs : redosage + traitement oral longue-action pour une durée allant jusqu'à 72hrs</p>	<p>Jusqu'à 7 injections par jour.</p> <p>Deux patients à la fois dans la salle d'injection sous la supervision d'une infirmière.</p> <p>Les infirmières peuvent identifier une veine et pousser le piston de la seringue si le patient a besoin d'assistance. Si le patient préfère, il peut être assisté d'un autre patient pour l'identification de la veine à condition qu'il signe un formulaire de consentement.</p> <p>Les patients ont 15-20 minutes pour s'injecter eux-mêmes.</p> <p>Si sédation : éviter de refuser la dose si possible. Opter plutôt pour retarder la dose.</p>	<p>L'absence de codes-barres sur les seringues rend le décompte plus long et laborieux.</p>	<p>Un médecin, 4 infirmières praticiennes.</p> <p>Un psychologue visite le centre d'hébergement à tous les mois.</p> <p>Chaque patient a un travailleur social assigné.</p> <p>Différents niveaux d'implication de pairs aidants selon la stabilité des patients.</p> <p>La salle MOP est ouverte 24h par jour sauf pour les décomptes de seringues et les changements de quart.</p>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
Vancouver (Crosstown)	Pharmacie sur place. Médication distribuée à partir de la salle adjacente, séparée par une vitre.	La diacéylmorphine et l'hydromorphone sont disponibles.	Counseling sur les compétences pratiques essentielles, références d'hébergement et orientation pour des services légaux. Entrée par cohortes, caméra à l'extérieur. Courtes plages horaires pour chaque cohortes.	Salle d'injection : Environ 10 postes d'injection. Longs comptoirs en inox avec miroir au mur. Deux issues pour entrer et sortir de la salle d'injection.	140 places de traitement L'équipe traitante est composée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de conseillers en dépendances. Les patients gèrent leur expérience de soin à travers le comité consultatif des patients et les activités de groupe.

Information colligée durant la visite d'observation et complétée à l'aide du site web du programme : <http://www.providencehealthcare.org/hospitals-residences/providence-crosstown-clinic>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
Vancouver (DCHC)	<p>Les patients peuvent prendre leur TAO en pharmacies communautaires ou à la session d'injection qu'ils désirent.</p> <p>La majorité des patients prennent de la morphine orale à libération lente comme traitement oral.</p> <p>La pharmacie sur place prépare les doses pour l'induction et la pharmacie de Crosstown prépare les doses de maintenance et les livre.</p> <p>La destruction de la molécule se fait avec témoin à l'aide de billes absorbantes.</p>	<p>Critère d'admission : pas d'historique de violence.</p> <p>Les références pour le traitement viennent de la clinique, d'autres cliniciens et de l'hôpital.</p>	<p>Injections deux fois par jour, tous les jours, avec un délai de 3 heures entre les doses.</p> <p>Le programme de traitement est fermé de 13h à 14h.</p> <p>Maximum de 4 clients à la fois (deux en injection et deux en attente d'un poste d'injection).</p> <p>Flexibilité dans l'horaire en fonction de l'achalandage.</p>	<p>Deux postes d'injection.</p> <p>Sécurité: coffre, réfrigérateur barré avec une boîte barrée à l'intérieur, 2 gardiens de sécurité et bâtiment avec surveillance par caméra.</p> <p>Pharmacie: espace aseptique pour la préparation des seringues, tablette pour les produits et fenêtre givrée pour le passage des médicaments.</p> <p>Les informations sont informatisées et gardées imprimées.</p>	<p>2 infirmières, 2 médecins prescripteurs, une infirmière praticienne et 2 agents de liaison clinique.</p> <p>Rotation avec plusieurs autres cliniques.</p> <p>Fin de semaine : 2 cliniciens présents (infirmière praticienne ou médecin).</p>

	Prescription et pharmacie	Cheminement dans le programme	Cheminement au quotidien	Lieux physiques et matériel	Personnel et organisation du travail
<p>Surrey</p> <p>Clinique indépendante</p>	<p>L'hydromorphe est livrée par l'Hôpital Memorial.</p> <p>La diacétylmorphine n'est pas utilisée parce qu'elle est trop dispendieuse.</p> <p>Morphine orale à libération lente prise en pharmacie communautaire pour la nuit. (Parce que la dernière injection se fait à 14h ce qui est trop tôt pour recevoir la dose de nuit)</p> <p>Diphenhydramine pour les réactions allergiques.</p> <p>Les médecins peuvent initier méthadone, buprénorphine-naloxone ou morphine orale à libération lente, mais vont ensuite référer le patient à une autre clinique dédiée au TAO.</p>	<p>Critères basés sur les lignes directrices sur le TAO injectable de C-B.</p> <p>Screening par un médecin + évaluation initiale pour évaluer si le programme de traitement est approprié pour le patient + historique des tentatives de traitement avec méthadone et morphine orale à libération lente + brève introduction du programme</p>	<p>Deux sessions, neuf groupes par session et un patient peut venir deux fois dans la même session.</p> <p>Deux injections par jour.</p> <p>Les patients arrivent, leur état général est évalué et ils sont invités à recevoir leur dose si leur pré-évaluation est satisfaisante.</p>	<p>4 postes d'injections</p> <p>La confirmation d'entrée se fait par une sonnette avec caméra.</p>	<p>3 médecins prescripteurs.</p> <p>L'équipe intensive de gestion de cas offre un ensemble de ressources et services aux patients.</p> <p>Difficulté majeure rencontrée : faible achalandage.</p>

Annexe 2

Articles 27 à 29

du règlement relatif à la
santé des conducteurs

Section vii troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances

27. La prise de toute drogue, médicament ou substance reconnue médicalement pour causer des troubles psychomoteurs ou pour induire une perturbation de la vigilance pouvant constituer un danger pour la sécurité est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier. D. 511-2015, a. 27.

28. Un trouble léger lié à la consommation d'alcool ou à la prise de drogues, établi selon les critères de l'édition courante du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, à moins que la personne soit en rémission prolongée ou, si tel n'est pas le cas, qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé demandée par la Société en application de l'article 73 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2) que son rapport à l'alcool ou à la drogue ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule routier. D. 511-2015, a. 28.

29. Un trouble modéré ou sévère lié à la consommation d'alcool ou à la prise de drogues, établi selon les critères de l'édition courante du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, à moins que la personne soit en rémission prolongée ou, si tel n'est pas le cas, qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé demandée par la Société en application de l'article 73 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2), laquelle comprend un plan

*CODE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE – SANTÉ DES CONDUCTEURS À jour au 01 1^{er} 04 avril 2019 © Éditeur officiel du Québec
C-24.2, r. 40.1 / 5 sur 1*

Annexe 3

Protocoles pré et
post injection tirés
de l'icras et du chuv
de lausanne

Outil pré-injection tiré des lignes directrices de l'icras (2019)

Nom du patient/de la patiente : _____		
Date et heure de l'évaluation : _____		
Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forte anxiété ou agitation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyskinésie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sédation excessive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Élocution difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odeur d'alcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respire normalement: normally Si non, fréquence respiratoire : _____
		Pasero Opioid-induced Sedation Scale ¹⁵⁵ (POSS) level: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré de sédation selon l'Échelle de Pasero (Pasero Opioid-induced Sedation Scale, ou POSS150) : _____
Notes:		

Évaluation effectuée par : _____		

Outil post injection tiré des lignes directrices de l'icras (2019)

Nom du patient/de la patiente : _____	
Date et heure de l'évaluation : _____	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Forte anxiété ou agitation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dyskinésie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sédation excessive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Élocution difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Odeur d'alcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respire normalement: normally Si non, fréquence respiratoire : _____
	Pasero Opioid-induced Sedation Scale ¹⁵⁵ (POSS) level: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Degré de sédation selon l'Échelle de Pasero (Pasero Opioid-induced Sedation Scale, ou POSS150) : _____
Notes:	

Évaluation effectuée par : _____	

Outil post injection tiré des lignes directrices de l'icras (2019)

Nom du patient/de la patiente : _____	
Date et heure de l'évaluation : _____	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Forte anxiété ou agitation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dyskinésie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sédation excessive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Élocution difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Odeur d'alcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respire normalement: normally Si non, fréquence respiratoire : _____
	Pasero Opioid-induced Sedation Scale ¹⁵⁵ (POSS) level: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Degré de sédation selon l'Échelle de Pasero (Pasero Opioid-induced Sedation Scale, ou POSS150) : _____
Notes:	

Évaluation effectuée par : _____	

Échelle de pasero modifiée tirée des lignes directrices de l'icras (2019)

Degré de sédation	Mesure appropriée
1. Éveillé et alerte	<i>Acceptable; pas de mesure nécessaire; possible de continuer avec la dose d'opioïdes</i>
2. Parfois somnolent, éveil facile	<i>Acceptable; pas de mesure nécessaire; possible de continuer avec la dose d'opioïdes</i>
3. Somnolent, s'éveille mais s'endort pendant la conversation	<i>Inacceptable; surveiller de près l'état respiratoire et le degré de sédation jusqu'à ce que le degré de sédation soit stable et inférieur à 3 et jusqu'à ce que l'état respiratoire soit satisfaisant; informer le prescripteur pour avoir des instructions.</i>
4. Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation	<i>Inacceptable; ne pas donner d'opioïdes; envisager l'administration de naloxone; informer le prescripteur; surveiller de près l'état respiratoire et le degré de sédation jusqu'à ce que le niveau de sédation soit stable et inférieur à 3 et jusqu'à ce que l'état respiratoire soit satisfaisant.</i>

Outil pré-injection produit par le chuv de lausanne (2018)

LES YEUX	LES MOUVEMENTS	LA COMMUNICATION	SCORE	TRAITEMENT/ATTITUDES
Yeux ouverts	Posture normale	<ul style="list-style-type: none"> Réponse verbale cohérente Élocution normale Orienté 	1	Traitement tel que prescrit
Battements des paupières ralentis	Mouvements légèrement ralentis	Élocution ralentie	2	<ul style="list-style-type: none"> Traitement tel que prescrit En observation 30 min
Yeux fermés, ouvre sur stimulation	Mouvements clairement ralentis	Élocution ralentie	3	<ul style="list-style-type: none"> Directives particulières ? Sinon traitement alternatif prescrit pour la plage, ou diviser le traitement injectable en deux injections espacées de 20 min. Observation sur 30 min.
Yeux restent fermés après stimulation verbale ou ne s'ouvrent que moins de 10 sec.	<ul style="list-style-type: none"> Fléchissements importants des genoux Motricité fine clairement atteinte (ex renverse son verre) 	<ul style="list-style-type: none"> Élocution affaiblie Perturbation de l'orientation dans un des 3 modes (espaces, temps, personne) 	4	<ul style="list-style-type: none"> Directives particulières ? Sinon traitement alternatif prescrit pour la plage
Yeux restent fermés malgré les stimuli verbaux ++	Coordination de la motricité perturbée (se heurte contre le murs, tombe...)	<ul style="list-style-type: none"> Réponse verbale incohérente Élocution affaiblie Perturbation de l'orientation 	5	<ul style="list-style-type: none"> Appeler le 144 ! Commencer la réanimation⁽²⁾
Aucune réaction après stimuli verbaux +++	Aucune motricité spontanée	<ul style="list-style-type: none"> Aucune réponse Verbale Comateux 	6	<ul style="list-style-type: none"> Appeler le 144 ! Commencer la réanimation⁽²⁾

Mesures à prendre en cas d'intoxication

Traitement avec prescription de diacétylmorphine [héroïne pharmaceutique]

Guide d'évaluation et d'intervention en présence de symptômes d'intoxications

Policlinique d'addictologie

Traitement avec prescription de diacétylmorphine



SIGNES ET SYMPTÔMES CLINIQUES D'INTOXICATION

- Diminution de l'état de conscience, somnolence
- Dépression respiratoire (lèvres bleutées)
- Hypotension et diminution de la température corporelle
- Myosis
- Bradycardie
- Hallucinations et euphorie

ATTITUDE APRÈS DAM

A. En cas de perte de connaissance ou de coma

- Appel immédiat du 144 et sécuriser le local
- Stimulation vigoureuse, liberté des voies aériennes, installation en position latérale de sécurité
- Oxygénothérapie (9 l/min)
- Administration du Naloxone [sous-cutané ou intranasale : 0,4-0,8 mg]
- Si Arrêt cardiorespiratoire, débiter la réanimation cardio pulmonaire (cf. fiche ACR CHUV)
- Surveillance jusqu'à l'arrivée des secours

B. En cas de signes d'intoxication sans perte de conscience ou arrêt cardiorespiratoire

1. Installation :

- Stimulation vigoureuse de la personne. Personne en position latérale de sécurité ou en position assise, vérifier la liberté des voies aériennes.
- Oxygénation par masque, débit de 9 l/min, pendant 5 à 10 min.
- Installer à l'index du personne un oxymètre de pouls, vérifier la valeur indiquée.
- Noter les paramètres vitaux.

2. Si l'état du personne s'améliore :

- Même traitement encore 5 à 10 min, puis retirer l'oxygène et le garder encore 5 à 10 min. dans la salle d'attente.
- La personne est informée qu'il ne recevra pas de traitement diacétylmorphine IV pour les plages suivantes jusqu'aux prochaines décisions prise par ses référents lors d'un entretien médico-soignant.

3. Si l'état de la personne ne s'améliore pas :

- Appel du 144, et surveillance de la personne : neurologique (GCS, pupilles, motricité),
- Si hypoglycémie : donner un aliment sucré,
- Si hypothermie : couverture de survie.

4. Signaler dans le dossier l'incident et avvertir par mail les référents

ATTITUDE AVANT DAM

A. En salle d'attente

- Questionner les dernières consommations sur les 24h

Status :

- **Vigilance** : yeux ouverts / yeux fatigués ou fermés
- **Equilibre** : debout / chancelant, non assuré
- **Comportement psychomoteur** : calme et collaborant / agité et irritable, fatigué et ralenti
- **Langage** : cohérent / incohérent
- **Débit verbal** : normal / ralenti / accéléré
- **Signes d'une intoxication à l'alcool** : fœtor, démarche ébrieuse, etc.

B. En salle de traitement

Investigation :

- Etat de conscience
- Prise des paramètres vitaux : pouls, température, tension artérielle, glycémie, saturation en oxygène
- Alcootest si besoin pour vérification diagnostique
- Evaluation selon le score d'intoxication selon tableau et administrer le traitement adéquat

Annexe 4

Mesures de préventions et de contrôle des punaises de lit du cran

MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES PUNAISES DE LIT DU CRAN

Afin de prévenir la présence de punaises de lit dans nos locaux et une possible infestation :

- À son arrivée, demandez à l'utilisateur de placer son manteau et ses effets personnels dans un double sac de plastique neuf de couleur claire. Demandez-lui aussi de fermer le sac hermétiquement pour la durée de sa visite ;
- À son départ, demandez-lui de déposer les doubles sacs de plastique vides dans un sac à déchets propre et bien scellé et les mettre aux ordures à l'extérieur.
- En présence présumée ou confirmée de punaises de lit chez l'utilisateur, tenter d'éviter tout contact avec celui-ci ou ses vêtements.
- Maintenez votre bureau le moins encombré possible et n'utilisez pas de tapis.
- Après chaque rencontre, effectuez une inspection visuelle du plancher, du mobilier et du matériel qui a été en contact direct avec l'utilisateur (surtout les coutures, replis, fissures, meubles rembourrés, etc.).

Si des punaises de lit sont repérées :

- Si possible, recueillez un spécimen, mort ou vivant, placez-le dans un contenant fermé hermétiquement et photographiez-le.
- Inspectez les locaux adjacents et le parcours de l'utilisateur en cause.
- Avisez le supérieur immédiat et son agente administrative et transmettez-leur la photo du spécimen. L'une d'elles avisera le service d'hygiène et salubrité. Ces derniers procéderont à l'identification du spécimen ;
- À l'aide d'une machine à vapeur à pression continue et à température constante, traitez minutieusement les recoins et les surfaces de votre bureau : les plinthes, les fissures, le mobilier et l'intérieur des armoires.
- Si le nettoyage à la vapeur ne peut être effectué immédiatement, scellez le bas des portes ou tout autre accès potentiel aux locaux.
- N'utilisez plus ce bureau jusqu'à ce que le service de salubrité ait procédé au nettoyage et à la désinfection.

Annexe 5

Exemple d'organisation
des plages horaires de
traitement (Clinique
Crosstown – Vancouver)

Exemple d'organisation des plages horaires de traitement (Clinique Crosstown – Vancouver)

Session 1

Group	Door opens	Door closes
1	7:30	7:35
2	8:00	8:05
3	8:30	8:35
4	9:00	9:05
5	9:30	9:35
6	10:00	10:05
7	10:30	10:35
8	11:00	11:05
Lunch	11:35-12:35	Clinic Closed

Session 2

Group	Door opens	Door closes
1	12:40	12:45
2	1:10	1:15
3	1:40	1:45
4	2:10	2:15
Shift Change	2:40-3:20	Clinic Closed
5	3:25	3:30
6	3:55	4:00
7	4:25	4:30
8	4:55	5:00

Session 3

Group	Door opens	Door closes
1	5:25	5:30
2	5:55	6:00
3	6:25	6:30
Dinner break	7:00-8:00	Clinic Closed
4	8:05	8:10
5	8:35	8:40
6	9:05	9:10
7	9:35	9:40
8	10:05	10:10
Clinic Closed	10:40	Clinic Closed

Annexe 6

Matériel supplémentaire pour l'évaluation d'un programme de tao injectable

Cette annexe regroupe trois sections destinées à bonifier l'information sur l'évaluation de programme présentée au chapitre 4. Elle contient : 1) un exemple de modèle logique appliqué au TAO injectable; 2) des renseignements sur les différents outils d'évaluation proposés; et 3) des informations sur différentes méthodes pour évaluer la perspective des usagers.

1. Exemple de modèle logique d'évaluation

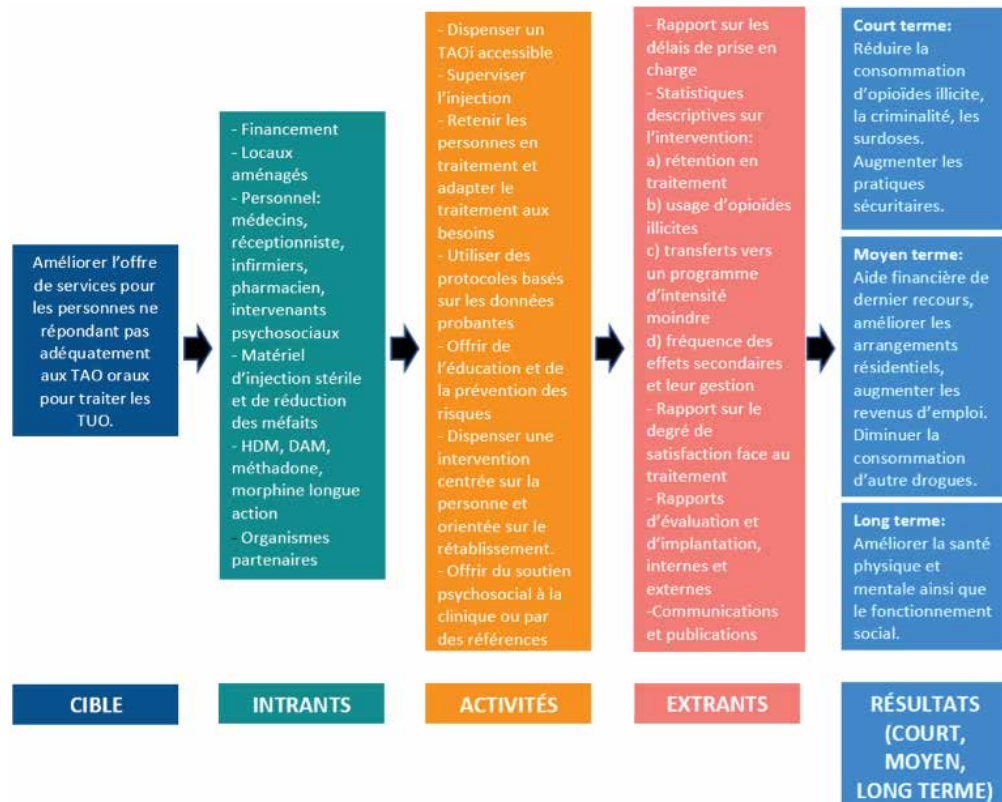
Les modèles logiques sont utiles pour clarifier les activités d'un programme et les résultats attendus. Ce ne sont pas des documents statiques, ils doivent être révisés périodiquement pour tenir compte des nouvelles données probantes, des leçons apprises, des changements contextuels et des modifications au niveau des ressources, des activités et des attentes.

Les étapes suivantes sont inspirées de celles proposées par le Centers for Disease Control and Prevention (2001), par Mercier et Perreault (2001) ainsi que par Desrosiers et al. (1998). Ces étapes sont suggérées lors du développement d'un modèle logique.

- Déterminer l'utilité du modèle logique. Qui l'utilisera et pour quels motifs? Le modèle logique peut servir, par exemple, à développer un plan de travail, à parler aux diverses parties prenantes par rapport au programme ou à l'intervention ou à développer un plan pour l'évaluation du programme.
- Convoquer les diverses parties prenantes lors de l'élaboration du modèle logique. Les planificateurs du programme et les gestionnaires, les épidémiologistes et les divers groupes qui ont un intérêt envers les résultats du programme devraient participer au processus.
- Déterminer le focus particulier du modèle logique. Le modèle logique décrit-il une simple intervention, une intervention qui s'échelonne sur plusieurs années ou un programme complet? Le niveau de détail est nécessaire pour développer un outil utile.
- Bien comprendre la situation. S'appuyer sur les objectifs et les buts du programme. Définir les priorités et clarifier les attentes.
- Explorer les résultats de recherche, les connaissances sur le sujet et chercher ce que les autres ont fait par le passé ou ce qu'ils font présentement. Il est nécessaire de compiler les résultats de recherche, les leçons apprises dans le domaine, la théorie sur les programmes applicables et les diverses ressources disponibles. Identifier et discuter les hypothèses faites et les divers facteurs pertinents liés au contexte.
- Élaborer une série d'activités connexes et des résultats ou affirmations en utilisant une approche de « gauche à droite ». Puis connecter les activités avec des flèches pour mettre en évidence les liens.

Le modèle logique ci-dessous présente un exemple de programme de TAO injectable. Ce modèle logique est centré sur l'évaluation de processus ou l'évaluation d'implantation. C'est-à-dire l'étape qui précède l'étude d'efficacité. Il est à noter que l'évaluation d'implantation peut être utile afin d'interpréter les résultats d'efficacité. De plus, suite aux résultats d'efficacité, le modèle logique peut être utilisé afin les problèmes avec le modèle en place.

EXEMPLE D'UN MODÈLE LOGIQUE POUR LE SUIVI D'UN PROGRAMME DE TAO INJECTABLE



Sommairement, la cible du programme est d'élargir l'offre de service pour les personnes qui ne répondent pas au TAO oral. Les intrants sont composés de ressources financières, humaines, et matérielles et incluent aussi tous les organismes partenaires qui contribuent à une offre de service complète. Les activités sont essentiellement basées sur les principes présentés dans ce guide. Les extrants décrivent aussi les éléments se situant avant la prise en charge des personnes dans le programme, comme les différences entre les personnes acceptées et refusées au programme, ainsi que les délais pour l'évaluation/admission. Des statistiques descriptives sont présentées, telle la rétention, l'usage d'opioïdes illicites qui peut être mesurée grâce à un questionnaire de type IGT, la fréquence des transferts vers un programme d'intensité moindre et les effets secondaires identifiés et qui sont liés au traitement. Les extrants incluent aussi des rapports issus d'évaluations et diverses communications et publications. Les résultats à long terme (soit l'amélioration de la santé physique et mentale, ainsi que du fonctionnement social) sont en lien avec des raisons qui sont susceptibles de justifier l'admission à un tel programme, tel que présenté précédemment.

L'exemple est basé sur l'hypothèse que le programme, comme démontré dans les études cliniques randomisées sur le TAO injectable, favorisera la rétention en traitement des personnes qui ne sont pas retenues par les programmes d'intensité moindre. Un objectif secondaire est aussi d'offrir des services aux personnes qui sont désaffiliées des services de santé parce qu'elles ne sont pas intéressées par l'offre de service en place.

Il est aussi important, dans le développement et la présentation d'un modèle logique, de tenir compte des données contextuelles en place qui pourraient influencer les succès du programme. Le contexte dans lequel évolue le programme peut changer au cours de l'implantation.

2. Renseignements sur différents outils d'évaluation proposés

Le MINI et l'AUDADIS-5 peuvent servir à mesurer le degré de gravité du TLUO. Ces deux questionnaires sont remplis dans le cadre d'entrevues. Le MINI est plus bref que l'AUDADIS-5, mais moins fiable que d'autres questionnaires basés sur une entrevue clinique structurée effectuée par un clinicien expérimenté (CIDI et SCID).

L'HOORAT permet d'identifier le risque de rechute d'une personne. Cet outil est auto-administré.

L'IGT est un instrument multidimensionnel qui nécessite une entrevue. Le temps requis est d'environ deux heures, ce qui peut être exigeant pour la population ciblée. Toutefois, au Québec, l'IGT est utilisé quasi-universellement dans les centres de réadaptation en dépendance. Cet outil est généralement utilisé à l'étape de l'évaluation, avant que le plan d'intervention avec la personne qui présente un TLUS ne soit déterminé. Si l'IGT est administré à la pré-évaluation il est possible de faire ultérieurement une deuxième administration, généralement plus courte (45 minutes). Quatre options sont possibles pour l'administration :

- Utiliser l'IGT en entier : Ceci est rarement utilisé pour la clientèle ciblée en raison de la faisabilité (longueur et acceptabilité auprès de la clientèle ciblée).
- Scinder l'IGT en plusieurs séances : Ceci permet d'obtenir toute l'information que peut générer l'IGT. Ceci peut être utile pour l'analyse d'efficacité si une deuxième administration (qui peut être abrégée) est effectuée à un autre moment.
- Abréger certaines sous-échelles : Il est possible de conserver la sous-échelle sur l'alcool et les drogues, sans la modifier, mais d'abréger les autres sous-échelles. Le principal inconvénient est qu'il ne sera plus possible de calculer les scores dérivés pour les échelles qui ont été abrégées.
- Ne retenir que certaines sections et/ou compléter avec des questionnaires plus simples mesurant des dimensions semblables. À cet égard, il peut être opportun de considérer les propriétés métriques des sous-échelles retenues. Par exemple celles des échelles relations familiales / interpersonnelles, situation judiciaire et état psychologique sont à la limite de l'acceptable (Cacciola et al., 2011). Cependant, il est tout de même important d'utiliser la sous-échelle sur la situation judiciaire. Cette sous-échelle couvre une dimension importante et l'IGT, même avec des propriétés psychométriques faibles, demeure une option pertinente pour décrire

l'implication des usagers avec le système de justice. En effet, les autres moyens pour accéder à ce type de données administratives sont susceptibles d'engendrer des coûts substantiels. Bien qu'il existe des échelles équivalentes comme l'OTI (*Opiate Treatment Index*) et MAP (*Maudsley Addiction profile*), leurs propriétés psychométriques sont inférieures à celles de l'IGT, de telle sorte qu'il est difficile de conclure que l'OTI et le MAP représentent de meilleurs choix.

En outre, la population cible d'un programme de traitement de TAO injectable est susceptible de présenter des comorbidités psychiatriques. L'IGT a été validé chez une telle population, où l'on a rapporté des propriétés psychométriques équivalentes à celles obtenues chez les personnes ne présentant pas de comorbidités psychiatriques (Hodgins et al., 1992). Par ailleurs, les caractéristiques psychométriques de l'IGT, en particulier pour l'échelle sur la situation judiciaire, se sont avérées assez faibles pour les jeunes adultes impliqués dans de multiples activités criminelles puisque ceux-ci ont tendance à minimiser les activités criminelles dans lesquelles ils sont impliqués. Ils tendent aussi à ne pas rapporter les problèmes judiciaires qui découlent de leurs activités illicites (Hodgins et al., 1992; McLellan et al., 1988). Il importe de tenir compte de ce type de biais dans l'interprétation des résultats de l'IGT.

Le sf-36 est un questionnaire auto-administré. Certaines des sous-échelles dérivées peuvent compléter les informations obtenues avec l'IGT, dans des domaines tels que la santé physique, la santé mentale et le fonctionnement social. La passation du questionnaire prend une dizaine de minutes.

Le sf-36 est le questionnaire sur la qualité de vie le plus utilisé chez cette population (TAO injectable et TAO oral) (De Maeyer et al., 2010). De plus, les résultats sont sensibles aux améliorations qui peuvent découler d'un traitement de TAO oral ou par injection (Perneger et al., 1998).

3. Différentes méthodes pour évaluer la perspective des usagers - satisfaction à l'égard des services

Le questionnaire de satisfaction globale en trois items (CSQ-3)

Le questionnaire de satisfaction globale en trois items (CSQ-3) (Larsen et al., 1979) bonifié de questions ouvertes pourrait être utilisé (il s'agit de la version abrégée du CSQ-8, qui est l'échelle de satisfaction la plus fréquemment utilisée pour évaluer des services dans le domaine de la santé mentale).

Les items du CSQ-3 sont les suivants :

- Jusqu'à quel point les traitements reçus répondent-ils à vos besoins ?
- Êtes-vous satisfait de la qualité des traitements que vous recevez ?
- Si vous aviez encore besoin d'aide, reviendriez-vous consulter à ce programme ?

Les questions ouvertes suivantes peuvent être greffées au questionnaire:

- Qu'est que vous aimez le plus à la clinique?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans les services de la clinique?

Il existe plusieurs justifications pour bonifier le CSQ-3 de questions ouvertes. Par exemple, l'administration de questions ouvertes, en comparaison avec une entrevue est considérée comme étant utile dans des environnements ayant des limitations au niveau des ressources (Perreault et al., 2006). De plus, en comparaison avec une entrevue structurée, les questions ouvertes peuvent être plus propices pour mettre en évidence les sources d'insatisfaction (Perreault et al., 1993) et donc de permettre d'identifier les améliorations à intégrer dans les services (Perreault et al., 2006; Levine et al., 1997).

L'AMÉLIORATION PERÇUE

L'amélioration perçue par les usagers représente une dimension importante dans l'évaluation du traitement. En ce sens le PIQ (Perceived Improvement Questionnaire) a été développé et ses caractéristiques psychométriques ont été évaluées chez des personnes maintenues à l'aide d'un traitement utilisant de la méthadone (Perreault et al., 2010a). Le PIQ comporte 23 items associés à une échelle de type Likert allant de « pire qu'avant » jusqu'à « beaucoup mieux qu'avant ». Les scores au PIQ sont généralement corrélés aux taux de satisfaction (corrélation avec le QOSE dans l'étude qui évaluait ses propriétés psychométriques). L'analyse factorielle a mis en évidence la validité de construit de trois sous-échelles, soit la santé émotionnelle, les relations sociales et la santé physique.

L'utilisation du PIQ peut s'avérer utile puisque l'appréciation de l'amélioration perçue par les clients et leurs intervenants n'est en effet pas toujours unanime. La satisfaction des usagers pour différents aspects des services de santé est mesurée depuis plus de 30 ans, mais peu d'études se sont penchées sur la dimension particulière que représente l'amélioration perçue par les patients (Perreault et al., 2010a).

UN PANEL D'USAGERS

Le recours à un panel d'usagers (« standing panel » ou panel permanent) permet d'associer une approche qualitative qui peut s'avérer complémentaire aux enquêtes de satisfaction classiques. Toutefois, dans le contexte d'évaluations internes, cette démarche évaluative fournit un accès direct et rapide à la perspective des personnes qui utilisent des services. Ceci représente un atout important dans un contexte d'évaluation formative, spécialement si les responsables de programme participent activement à ces démarches. Ils ont alors une occasion unique pour consulter les usagers par rapport à des sujets comme la satisfaction à l'égard de l'organisation et de la qualité des services, de même que la satisfaction des personnes qui les utilisent. Il convient d'ajouter qu'un panel des usagers peut être avantageusement utilisé de concert avec les autres méthodes d'évaluation (Perreault et al., 2010b).

Le panel des usagers peut devenir une occasion unique pour permettre aux utilisateurs de services, aux gestionnaires et à l'équipe de recherche de se rencontrer dans un environnement structuré et convivial. De plus, le panel des usagers permet d'identifier les sources de satisfaction et d'insatisfaction des usagers et permet aux usagers et aux gestionnaires de travailler de concert pour améliorer ces conditions (Perreault et al., 2010b).

RÉFÉRENCES DE L'ANNEXE 6

- Cacciola JS, Alterman AI, Habing B, McLellan AT. Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*. 2011;106(9):1588-602.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Program Operations Guidelines for STD Prevention: Program Evaluation. 2001. En ligne. <http://www.cdc.gov/std/program/progevaluation.pdf>.
- De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *The International journal on drug policy*. 2010;21(5):364-80.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., Perreault, N. 1998. Cadre pratique pour l'évaluation de programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie. Gouvernement du Québec.
- Hodgins DC, el-Guebaly N. More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(3):197-201.
- Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*. 1979;2(3):197-207.
- Levine AS, Plume SK, Nelson EC. Transforming patient feedback into strategic action plans. *Quality management in health care*. 1997;5(3):28-40.
- McLellan A. Addiction Severity Index. Dans: Hersen M, Bellack AS, éditeurs. *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: New York Pergamon Press; 1988.
- Mercier C, Perreault M. L'évaluation de programme. Notions de base. Dans: Dorvil H, Mayer R, éditeurs. *Problèmes Sociaux Tome 1: Presses de l'Université du Québec*; 2001. p. 414-30.
- Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ (Clinical research ed)*. 1998;317(7150):13-8.
- Perreault M, Pawliuk N, Veilleux R, Rousseau M. Qualitative assessment of mental health service satisfaction: strengths and limitations of a self-administered procedure. *Community mental health journal*. 2006;42(3):233-42.
- Perreault M, Leichner P, Sabourin S, Gendreau P. Patient satisfaction with outpatient psychiatric services: Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and program planning*. 1993;16(2):109-18.
- Perreault M, White ND, Fabres E, Landry M, Anestin AS, Rabouin D. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and program planning*. 2010a;33(4):410-7.
- Perreault M, Renaud J, Bourassa F, Beauchesne L, Mpiana A, Bernier S, et al. Implementation of a panel of service users for the evaluation of mental health outpatient services. *Evaluation & the health professions*. 2010b;33(4):480-96.

UNE INITIATIVE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES (IUD), AVEC LA PRÉCIEUSE COLLABORATION DE :



Santé Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Centre de recherche de l'hôpital Douglas

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
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 