

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
UNITÉ DE TRAVAIL SOCIAL

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PAR
FATOUMATA DIADIOU

LE PROGRAMME DE SUBSTITUTION
AUX OPIACÉS DU CENTRE DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE DE JONQUIÈRE (SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN) : EFFETS ET DÉFIS

Janvier 2020

RÉSUMÉ

Le trouble lié à l'usage d'opioïdes est un problème de santé publique préoccupant du fait du nombre grandissant des personnes qui y sont confrontées et des conséquences sociétales négatives qu'il engendre. Face aux limites du sevrage comme solution à ce problème, l'approche de la réduction des méfaits représente une alternative importante du fait qu'elle ne vise pas nécessairement l'arrêt de la consommation d'opioïdes, mais plutôt la réduction des impacts liés à la consommation d'opioïdes. Concrètement, cette approche se traduit par les traitements ou thérapies de substitution aux opiacés (TSO) qui ont la fonction de réduire les symptômes de sevrage et l'envie de consommer ces produits et par l'effet même, de réduire les méfaits de la consommation d'opioïdes. Plusieurs travaux de recherche ont montré l'efficacité de ces traitements alors que d'autres ont ressorti des difficultés à pérenniser les résultats qu'ils produisent chez les patients. Cependant, peu de publications abordent les facteurs qui contribuent à l'efficacité du traitement et ceux qui atténuent ou qui compromettent le maintien de ces résultats. Il apparaît alors nécessaire de s'intéresser à l'efficacité des programmes de substitution aux opiacés, mais également sur les facteurs qui la renforcent et ceux qui l'affaiblissent.

Ce mémoire se propose d'évaluer l'efficacité d'un programme de substitution aux opiacés (PSO), implanté en 2001 au Centre de réadaptation en dépendance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), situé dans l'arrondissement de Jonquière de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Spécifiquement, l'étude vise à : 1) décrire le profil des usagers du programme; 2) analyser les services offerts par le programme; 3) relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs spécifiques du programme; 4) faire ressortir les points forts et les points faibles des interventions du programme selon ces effets relevés en les comparant avec d'autres pratiques au plan mondial; 5) formuler des recommandations afin de bonifier le programme.

Cette étude utilise une méthode mixte qui s'appuie principalement sur une approche évaluative de l'efficacité de programme soutenue par deux modèles théoriques. Le « modèle cube » qui préconise une combinaison de données subjectives et objectives pour évaluer l'efficacité d'un programme et le modèle « les dimensions de l'évaluation de

l’efficacité d’un programme » qui propose cinq dimensions à prendre en compte lors de l’évaluation d’un programme. Les données sont collectées à l’aide de questionnaires, répondus par 47 participants et d’entrevues individuelles menées auprès de 17 participants. La consultation de documents internes au programme a été également menée. Les données qualitatives ont été soumises à une analyse inductive tandis que les données quantitatives ont fait l’objet d’analyses statistiques descriptives et différentielles. De plus, une revue rapide de littérature comportant 42 études a été réalisée afin de répertorier les meilleures pratiques en matière de TSO.

Les résultats indiquent une portion d’usagers dépendante aux opioïdes illicites et une autre dépendante aux médicaments opioïdes. Les services du programme englobent principalement un traitement de gestion du sevrage et un traitement de maintien par la méthadone ou la suboxone. D’une façon générale, aussi bien les usagers que les professionnels du programme ont rapporté des effets psychosociaux et sanitaires positifs sur les usagers, attribués aux interventions du programme. De plus, le programme a favorisé une baisse de la consommation d’opiacés et des comportements à risque des participants. Ces résultats positifs sont favorisés par une bonne organisation des services, une équipe de professionnels très engagée et des responsables soucieux d’améliorer le programme par le biais de solutions novatrices. Cependant, l’application restreinte de la réduction des méfaits, l’insuffisance des ressources et des services psychosociaux offerts ne favorisent pas une prévention efficace des rechutes et contribuent à fragiliser la rétention et l’assiduité des usagers.

Finalement, afin de concourir à l’amélioration du programme, une revue rapide de littérature a permis de repérer les pratiques qui favorisent l’efficacité des traitements et des programmes de substitution aux opiacés. Bien que moins d’études soient portées sur les interventions et les thérapies psychosociales, les écrits soutiennent que les meilleures pratiques en matière de TSO résident dans la combinaison de traitements pharmaceutiques et d’interventions et de thérapies psychosociales. Pour clore cette étude, des recommandations, soutenues par cette revue de la littérature et les suggestions ressorties lors des entrevues, sont formulées. Principalement, elles se résument à la nécessité d’offrir un continuum de services centrés sur les besoins de l’usager.

REMERCIEMENTS

Combiner les études, le travail et la famille est un défi de taille. Ce travail a été facilité par des directions de recherche qui ont su apporter la bonne dose de soutien professionnel et social au bon moment. C'est pourquoi j'aimerais remercier madame Louise Carignan pour son professionnalisme, son écoute et sa générosité tout au long de ce parcours. Elle a été d'un soutien social et financier important et d'une patience sans égale. Trouve ici ma reconnaissance pour cet encadrement. Je ne saurais taire le soutien professionnel que monsieur Jean-Pierre-Béland a apporté dans la réalisation de ce mémoire. Vos éclairages ont grandement contribué à la qualité de cette étude.

Je remercie spécialement les responsables du programme qui m'ont permis de réaliser cette étude et d'avoir grandement participé à sa conception. Je tiens également à remercier les employés du programme de substitution aux opiacés de Jonquière qui ont contribué au recrutement des participants. Je remercie également tous les usagers et les professionnels qui ont bien voulu participer à l'étude. Par ailleurs, à travers ce mémoire, j'aimerais également souligner l'engagement et l'ouverture des intervenants, ainsi que le courage des usagers qui se battent fort pour s'en sortir.

Je remercie mon conjoint Éric (Ibrahima Moustapha) Bergeron pour la patience dont il a fait preuve au cours de ce processus. Il m'a accompagnée, encouragée et soutenue dans l'aboutissement de ce travail. À ma fille Aminata à qui j'ai privé des fins de semaine de loisirs et de plaisir pour me consacrer à ce travail, merci pour tout le bonheur que tu me donnes. J'espère avoir semé en toi la détermination de réaliser tes rêves. Je n'oublie pas mon ange AIB qui veille sur nous! Merci, je vous aime!

Je rends un hommage pleinement mérité à mon père Doudou Diadiou et ma mère Moussou Dié Diao qui se sont largement investis pour que je puisse commencer et continuer l'école dans une époque où la scolarisation des filles n'était pas une grande priorité pour beaucoup. Vous avez très tôt compris l'importance de l'éducation et vous avez tout fait pour que toute la famille soit scolarisée. Là-haut, vous pouvez être fiers de votre engagement en tant que parents. Je rends également un hommage spécial à mon frère Alpha Diadiou, parti très tôt. Tu as contribué activement à mes études. Je suis sûre que tu aurais été fier de ta sœur. Reposez en paix!

Le masculin sera utilisé afin d'alléger le texte, mais les propos peuvent s'adresser aussi au genre féminin.

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

ONUDC : Office des Nations unies contre la drogue et le crime

TMM : Traitement de maintien à la méthadone

TCC : Thérapie cognitivo comportementale

CRD : Centre de réadaptation en dépendance

CRAN : Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

PSO : Programme de substitution aux opiacés

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Synthèse de la phase après du modèle intégrateur cube.....	53
Tableau 2 : Échantillon des participants pour les questionnaires.....	61
Tableau 3 : Échantillon des participants pour les entrevues individuelles.....	61
Tableau 4 : Profil sociodémographique des usagers-participants.....	69
Tableau 5 : Santé, comportements et habitudes de consommation des usagers.....	73
Tableau 6 : Caractéristiques des professionnels.....	76
Tableau 7 : Effets sociosanitaires perçus par les usagers.....	77
Tableau 8 : Effets sociosanitaires perçus par les professionnels.....	79
Tableau 9 : Effets sur la consommation de drogues et les comportements à risque selon les usagers.....	80
Tableau 10 : Effets sur la consommation de drogues et les comportements à risque selon les professionnels.....	81
Tableau 11 : Atteinte des objectifs personnels des usagers.....	83
Tableau 12 : Niveau de satisfaction des usagers envers le programme.....	83
Tableau 13 : Rechute et interruption du traitement.....	84
Tableau 14 : Dimension structurelle selon les usagers.....	86
Tableau 15 : Dimension structurelle selon les professionnels.....	87
Tableau 16 : Dimension opérationnelle selon les usagers.....	94
Tableau 17 : Dimension opérationnelle selon les professionnels.....	95
Tableau 18 : Dimension stratégique selon les usagers.....	99
Tableau 19 : Dimension stratégique selon les professionnels.....	100
Tableau 20 : Dimension systémique selon les usagers.....	108
Tableau 21 : Dimension systémique selon les professionnels.....	109

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle intégrateur cube	50
Figure 3. Modèle intégrateur cube : la phase « pendant »	52
Figure 4. Modèle intégrateur cube : la phase « après »	53
Figure 5. Forces et faiblesses du programme selon le modèle de Gervais et al. (2009) ..	115
Figure 6. Études incluses et exclues selon le diagramme PRISMA	118

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Certification éthique	168
Annexe 2 : Formulaires de consentement	170
Annexe 3 : Guide d’entrevue destiné aux usagers	175
Annexe 4 : Guide d’entrevue destiné aux professionnels	178
Annexe 5 : Questionnaire destiné aux usagers	182
Annexe 6 : Questionnaire destiné aux professionnels	192
Annexe 7 : Études retenues dans la revue rapide	199

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Remerciements.....	iv
Liste des sigles, abréviations et acronymes	vi
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des Annexes.....	viii
Table des matières	1
Introduction	4
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	8
1.1 Contexte de l'étude.....	9
1.1.1 Le trouble lié à l'usage d'opioïdes	9
1.1.2 Prévalence et répercussions du trouble lié à l'usage d'opiacés	11
1.1.3 Les stratégies de prise en charge : du sevrage à la réduction des méfaits.....	13
1.1.4 Le programme de substitution aux opiacés du CRD de Jonquière	14
1.2 État de la situation	17
1.2.1 Les effets positifs des programmes de substitution aux opiacés	17
1.2.2 Les limites des programmes de substitution aux opiacés.....	18
1.3 But et pertinence de l'étude.....	20
CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS.....	23
2.1 Les concepts de dépendance et d'addiction	24
2.1.1 Les effets des opioïdes sur le système nerveux	27
2.1.2 Les stratégies de prise en charge de la dépendance aux opioïdes	29
2.2 L'approche de la réduction des méfaits.....	30
2.2.1 Les modèles de la réduction des méfaits	32
2.2.2 Les seuils d'exigence.....	33
2.3 Les facteurs liés à l'efficacité des programmes de substitution aux opiacés ...	38
2.3.1 Les facteurs individuels, biologiques et environnementaux	38
2.3.2 Les facteurs structurels liés aux programmes	39
2.4 Les stratégies d'amélioration continue des pratiques.....	39
2.5 Limites des recherches actuelles et but de l'étude	42

CHAPITRE 3: CADRE CONCEPTUEL.....	45
3.1 L'évaluation des programmes	46
3.1.1 Définitions et modèles d'évaluation de programme	46
3.1.2 Apport de l'évaluation de l'efficacité des programmes.....	48
3.2 Le modèle intégrateur cube	50
3.3 Les indicateurs de l'évaluation de l'efficacité d'un programme	53
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE.....	55
4.1 Modèle implicite d'évaluation	56
4.2 Méthode de recherche mixte et participative	57
4.3 Collecte de données.....	58
4.3.1 Stratégies de collecte de données.....	58
4.3.2 Méthodes de collectes de données.....	60
4.4 Le recrutement des participants.....	64
4.4.1 Les usagers participants	64
4.4.2 Les professionnels participants	64
4.5 L'analyse des données.....	65
4.6 Quelques considérations éthiques	66
CHAPITRE 5: RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	67
5.1 Caractéristiques des usagers participants	68
5.1.1 Profil sociodémographique.....	68
5.1.2 Profil sanitaire, comportements à risque et habitudes de consommation	70
5.1.3 Motivations et attentes des usagers envers le programme	73
5.2 Caractéristiques des professionnels du programme	75
5.3 La dimension spécifique : les effets du programme.....	76
5.3.1 Les effets psychosociaux et sanitaires.....	77
5.3.2 Les effets sur la consommation d'opioïdes et les comportements à risque	80
5.3.3 Les besoins à combler	83
5.3.4 Les rechutes et la rétention	84
5.4 Les forces et les faiblesses du programme	85
5.4.1 La dimension structurelle du programme	85
5.4.2 La dimension opérationnelle du programme.....	93
5.4.3 La dimension stratégique du programme	99
5.4.4 La dimension systémique du programme	107

CHAPITRE 6: LES MEILLEURES PRATIQUES	116
6.1 Sélection des études	117
6.2 Résultats de la revue rapide de la littérature	119
6.2.1 Les produits de substitution.....	119
6.2.2 Les traitements pharmaceutiques et les interventions psychosociales	125
6.2.3 Pratiques exemplaires en matière d'organisation des services	127
CHAPITRE 7: DISCUSSION DES RÉSULTATS	130
7.1 Des caractéristiques d'usagers majoritairement similaires	131
7.2 L'efficacité du programme	132
7.3 Les facteurs facilitants.....	136
7.4 Les facteurs limitants	137
7.5 Les meilleures pratiques.....	142
7.6 Les limites de l'étude	144
7.7 Implications pour le travail social et les futures recherches.....	145
CHAPITRE 8: RECOMMANDATIONS.....	147
Conclusion.....	153
Références	156
Annexes	168

INTRODUCTION

Selon l’Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2017), 35 millions de personnes dans le monde ont consommé des opioïdes en 2015, soit 2 millions de plus qu’en 2014. Le Canada, à l’instar des pays industrialisés, connaît une crise sans précédent des opioïdes. De récentes estimations soulignent qu’environ 30 % des Canadiens âgés de 18 ans ou plus ont déclaré avoir consommé des opioïdes au cours des cinq dernières années (Statistique Canada, 2017). Parmi eux, 82 000 en ont consommé à des fins non médicales (Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2017). Toujours en 2017, l’ONUDC estimait à 190 000 le nombre de décès prématurés dans le monde causés par la consommation d’opioïdes. En 2017, le nombre de décès apparemment causé par la consommation d’opioïdes au Canada était estimé à 4 037, ce qui représente 11 décès par jour et un taux de mortalité de 11.1 par 100 000 habitants (Gouvernement du Canada, 2018). Même si le Québec semble moins touché par cette crise des opioïdes, la province a enregistré environ 181 cas de décès liés à la consommation d’opioïdes en 2017 (Gouvernement du Canada, 2018).

Auparavant, la majorité des personnes dépendantes aux opioïdes consommaient des opioïdes illicites. Cependant, il convient de signaler que la crise des opioïdes qui s’est amorcée au cours des dernières années découle en grande partie de la hausse de la consommation d’opioïdes d’ordonnance (Young et Jesseman, 2014). Les opioïdes représentent 70 % des impacts négatifs sur la santé causés par la consommation de drogues dans le monde (Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2017). Au Québec, selon des estimations, entre 10 et 20 % des consommateurs d’opiacés développeront une dépendance sévère à laquelle ils ne pourront se sortir seuls (Paquin, Perreault, Milton et Savard, 2011). Même avec l’aide d’un traitement, la dépendance aux opioïdes est difficile à endiguer chez les personnes qui en ont développé une dépendance sévère. D’ailleurs, c’est pour cette raison que la dépendance aux opioïdes est perçue comme une maladie chronique à laquelle une stratégie de réduction des méfaits est plus adaptée.

L’approche de la réduction, qui mise sur la gestion de la dépendance aux opioïdes, s’est imposée comme la méthode de prise en charge des personnes aux prises avec le

trouble lié à l'usage d'opioïdes la plus appropriée. En effet, sans nécessairement viser l'abstinence, elle s'attèle à gérer cette dépendance afin de limiter les conséquences économiques, sociales et sanitaires qui en découlent. La réduction des méfaits se matérialise à travers les traitements de substitution aux opiacés (TSO), également appelés thérapie de substitution aux opiacés. Les TSO consistent à remplacer la consommation des opioïdes par un médicament prescrit comme la méthadone, la suboxone, la buprénorphine, etc.; généralement administré par voie orale et dans un milieu supervisé afin d'atténuer les symptômes de sevrage et l'envie de consommer des opioïdes.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des TSO. La grande majorité de ces études ont ressorti une diminution ou un arrêt de la consommation d'opioïdes et d'autres drogues, une réduction des comportements à risque liés à l'usage de drogues ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des personnes qui suivent ces programmes. D'autres études ont montré que les programmes de substitution aux opiacés rencontrent des difficultés pour maintenir ces améliorations des usagers. En effet, ces programmes doivent souvent faire face, entre autres, aux rechutes et à la rétention des usagers ainsi qu'aux contraintes liées à l'accès aux traitements. Cependant, il existe actuellement peu de connaissances sur les facteurs qui renforcent ou qui affaiblissent l'efficacité de ces programmes ainsi que le maintien des acquis chez les usagers. C'est pourquoi le but de l'étude consiste à évaluer l'efficacité du programme de substitution aux opiacés (PSO), implanté en 2001 au Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière, situé dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean tout en ressortant les facteurs qui soutiennent ou qui affaiblissent cette efficacité.

Cette étude, utilisant une méthode de recherche mixte, s'appuie sur une approche évaluative soutenue par deux modèles théoriques à savoir le *modèle cube* et les *dimensions de l'évaluation de l'efficacité* d'un programme. Les données collectées auprès des participants ont été analysées à l'aide des logiciels de traitement de données quantitatives (SPSS) et de données qualitatives (NVIVO11). Les résultats ont été comparés par la suite avec d'autres études consacrées aux PSO. De plus, une revue rapide de la littérature, qui recense les pratiques développées dans des programmes similaires et qui ont engendré de bons résultats, a été entreprise afin de renforcer l'efficacité du programme.

Dans cette perspective, le premier chapitre introduira la problématique de l'étude. Il abordera le trouble lié à l'usage d'opioïdes, sa prévalence, ses impacts ainsi que les principales stratégies mises en œuvre pour résoudre ce problème. Une description du programme qui fait l'objet de la présente étude et les motivations de son évaluation y seront détaillées. Les effets et les faiblesses observés lors de l'évaluation des PSO seront exposés également. Pour clore ce chapitre, le but poursuivi ainsi que la pertinence de l'étude seront expliqués. Le deuxième chapitre présentera la recension des écrits portant sur les concepts pertinents à la compréhension du phénomène de la dépendance aux opioïdes et les approches développées pour contrer le problème. Il traitera également les principaux aspects abordés dans les études consacrées aux effets des programmes de substitution aux opiacés. Ce chapitre se terminera par une discussion sur la pertinence de cette revue de littérature par rapport à la présente étude visant l'évaluation du PSO du CRD de Jonquière.

Le troisième chapitre se concentrera sur la clarification conceptuelle des notions d'évaluation et d'efficacité de programme. Ensuite, une description des composantes de l'évaluation d'un programme selon le *modèle cube* (Alain et Dessureault, 2009) introduira les dimensions qui seront considérées par l'étude. De plus, la description des *indicateurs de l'évaluation de l'efficacité d'un programme* (Gervais, Plante et Jeanrie, 2009) informera sur les principaux indicateurs qui serviront à évaluer le programme. Au chapitre quatre, la démarche méthodologique qui sous-tendra cette étude sera développée. Il s'agira d'exposer la méthode mixte qui soutient la présente étude. Les méthodes, qui sont utilisées pour collecter et analyser les données dans le but de mesurer l'efficacité du programme à l'étude ainsi que ses forces et faiblesses, y sont déclinées. Le chapitre se terminera par un résumé des règles éthiques suivies tout au long de l'étude.

Le cinquième chapitre détaillera les résultats en répondant aux quatre premiers objectifs de recherche élaborés et examinés dans le cadre de cette étude. Une description des usagers et des intervenants ainsi que les effets, les forces et les faiblesses du programme y seront développés. Le chapitre six, répondant à un besoin exprimé par les responsables du PSO qui fait l'objet de la présente évaluation, présentera une revue rapide de la littérature consacrée aux meilleures pratiques en matière de substitution afin de fournir au programme les récentes données probantes sur ce sujet. Les traitements

pharmacologiques, les combinaisons d'interventions gagnantes et les services à offrir seront présentés. Le chapitre sept discutera les résultats de l'étude en faisant ressortir les éléments qui soutiennent l'efficacité du programme, les aspects convergents et ceux qui sont discordants à d'autres études ainsi que les forces et limites de l'étude. Les implications pour le travail social et les futures recherches seront résumées à la fin du chapitre. Finalement, des recommandations qui pourraient contribuer à améliorer le programme seront formulées.

CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre débute par une présentation du trouble lié à l'usage des opioïdes, de ses conséquences, des stratégies retenues pour y faire face et du programme étudié. Ensuite, s'appuyant sur les études pertinentes, les effets et les limites des programmes de substitution aux opiacés sont exposés. Le chapitre se termine par la délimitation de l'objet, la détermination des objectifs et de la pertinence de l'étude.

1.1 Contexte de l'étude

L'usage de substances psychoactives remonte à plusieurs millénaires et transcende toutes les cultures et sociétés (Chavagneux, 2003). La consommation raisonnable de certaines de ces substances est tolérée souvent quand elle satisfait des compulsions fonctionnelles et reste sans grave conséquence. Par contre, l'abus de ces substances peut développer une dépendance et engendrer des comportements pathologiques (Pharo, 2010), mal acceptés par la société. Selon Goodman (1990), la dépendance est un processus dans lequel un comportement répétitif, dont l'effet recherché est le plaisir ou le soulagement d'un malaise, échappe au contrôle de la personne. L'auteur explique que chez les personnes dépendantes d'une substance psychoactive, la recherche et la consommation de cette dernière occupent toutes les sphères de leur vie. De plus, ces personnes ne peuvent se départir de cette emprise malgré les effets négatifs que cette dépendance peut engendrer (Goodman, 1990). Cette section du chapitre a pour but de mieux comprendre le phénomène et les stratégies déployées pour y faire face. Spécifiquement, elle a) décrit le trouble lié à l'usage d'opioïdes, b) présente un aperçu des conséquences engendrées par cette dépendance, c) retrace les stratégies de prise en charge du problème et d) déroule un bref portrait du programme qui fait l'objet de la présente étude.

1.1.1 Le trouble lié à l'usage d'opioïdes

Les opioïdes et les opiacés sont des substances tirées d'une plante appelée pavot à opium. L'opium possède de fortes propriétés analgésiques et anesthésiques (Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011). Ces caractéristiques se retrouvent dans ses dérivés naturels et synthétiques. Les opiacés sont des substances produites à partir de matières naturelles tirées directement de l'opium. La poudre d'opium, la morphine et la codéine sont des opiacés. Les opioïdes quant à eux, englobent les opiacés et leurs dérivés

synthétiques (méthadone, mécétoprone, etc.) et semi synthétiques (buprénorphine, hydromorphone, oxycodone, héroïne, naloxone, etc.). Ces deux produits sont souvent nommés sous le vocable d’opioïdes. Les opioïdes pharmaceutiques sont prescrits pour traiter certaines maladies et affections aigües ou chroniques.

Les opioïdes sont des substances qui, une fois ingérées, déclenchent des effets qui vont inhiber la douleur. Dans l’organisme, elles provoquent alors les mêmes effets que ceux de l’opium (Centre de recherche et d’aide pour Narcomanes, 2011; Pepin et Cheze, 2003). Ses composantes analgésiques et anesthésiques lui confèrent le statut de drogue parfaite puisqu’ils calment toutes les sensations intérieures et extérieures incluant les douleurs et les souffrances physiques, physiologiques et psychiques (Maté, 2009). La dépendance aux opioïdes est particulière à cause de sa rapidité et de sa grande tolérance, favorisée par les fortes composantes physiques que possèdent ces produits. La tolérance aux opioïdes constraint les personnes qui en sont dépendantes à prendre continuellement des doses de plus en plus grandes pour ressentir le même effet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5, communément appelé DSM-5, publié en 2013, servant à classer les troubles mentaux est l’outil le plus utilisé par les psychiatres et les psychologues en Amérique du Nord. Une des modifications de cette dernière édition propose la combinaison des termes « abus » et « dépendance » à une substance sous le vocable « trouble lié à l’usage de substances ». Le trouble lié à l’usage d’opioïdes y est décliné en onze critères :

- Une consommation d’opioïdes prolongée et plus importante que prévu;
- Un désir infructueux de diminuer ou de contrôler la consommation d’opioïdes;
- Une chronophagie (beaucoup de temps passé à la recherche, à l’utilisation ou à la récupération des effets causés par les opioïdes);
- Un craving ou un grand besoin de consommer des opioïdes;
- Une consommation d’opioïdes qui occasionne une incapacité de respecter les obligations professionnelles, scolaires, familiales, etc.;
- Une consommation continue d’opioïdes malgré la persistance ou la récurrence des problèmes interpersonnels ou sociaux qu’elle provoque;

- Une réduction ou une suppression d'activités sociales ou récréatives à cause de l'usage d'opioïdes;
- Une utilisation d'opioïdes dans une situation qui expose la personne à des dangers physiques;
- Un usage d'opioïdes malgré le fait que la personne est consciente d'avoir des problèmes physiques ou psychologiques récurrents ou persistants causés par ces substances;
- Une tolérance face à la substance;
- Des tentatives de sevrage qui se soldent par des échecs (American Psychiatric Association, 2013).

La sévérité du trouble de l'usage des opioïdes se subdivise en trois étapes. Elle est légère si la personne présente deux à trois de ces manifestations. Elle est modérée si le consommateur répond à quatre ou cinq de ces symptômes. Au-delà de cinq critères, la consommation est qualifiée de sévère.

1.1.2 Prévalence et répercussions du trouble lié à l'usage d'opiacés

Au cours des dernières années, les études sur la consommation d'opioïdes ont montré une augmentation constante et substantielle du phénomène. L'accroissement du nombre de consommateurs d'opioïdes est attribuable en partie à une hausse de l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance (Young et Jesseman, 2014). Des données récentes montrent que le Canada est le pays où on prescrit le plus de doses d'opioïdes par habitant. De plus, le Canada est le deuxième consommateur mondial d'opiacés d'ordonnance (Gomes, Mamdani, Paterson, Dhalla et Juurlink, 2011).

D'autres explications sont évoquées pour justifier cette hausse de la consommation d'opioïdes sur ordonnance comme le Fentanyl, le Dilaudid et l'Oxyneo (Oxycodone). Puisque l'héroïne est dispendieuse et difficile à trouver au Canada, les opiacés destinés au traitement de la douleur sont très prisés par les consommateurs d'héroïne du fait qu'une fois injectés, ils procurent les mêmes effets que ce dernier (Gomes et al., 2011). Entre 2003 et 2007, les consommateurs de drogues qui utilisaient les programmes d'échange de seringues, et qui s'injectaient du Dilaudid sont passés de 36.2 % à 55.4 %. Quant à l'Oxyneo sa consommation est passée de 1.7 % à 36.8 % pendant la même période. La

hausse de la consommation d'opioïdes d'ordonnance s'expliquerait également par le fait que certains consommateurs de cocaïne se tournent de plus en plus vers ces médicaments, car non seulement coutent-ils moins cher, ils procurent des effets plus durables. De plus, il convient de souligner que ces médicaments sont devenus plus accessibles à cause de leur présence plus marquée sur le marché noir (Gomes et al., 2011).

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Agence de la santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean n'a pas manqué de signaler sa préoccupation face à l'augmentation de la consommation d'opiacés. En effet, les résultats d'une étude menée en 2013 dans la région par le Réseau québécois de surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues injectables montraient que sur les 324, des 241 répondants qui s'injectaient de la drogue, consommaient des opiacés également. Parmi eux, 26 % s'étaient injectés du Dilaudid, 19 % de la morphine et 12 % de l'oxycodone (Agence de la santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2013). Toujours dans la région, près de 31 % des personnes séropositives et/ou atteintes d'autres infections transmises sexuellement ou par le sang ont reconnu s'être injecté de l'héroïne en 2009 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Entre 2010 et 2015, pour une population totale de 277 406 habitants en 2018, environ trois à cinq cas de décès liés à la consommation d'opioïdes par an ont été dénombrés. Ce nombre pourrait atteindre huit décès par an entre 2015 et 2020 (Tremblay, 2019).

La consommation d'opioïdes occasionne plusieurs problèmes sanitaires, économiques, sociaux, judiciaires, de sécurité, etc. pour le consommateur et pour la société (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2014). Au Canada, la consommation d'opioïdes occupe le deuxième rang, après l'alcool, des problèmes qui ont des incidences sur la hausse des ressources hospitalières (Young et Jesseman, 2014). Young et Jesseman (2014) soulignent qu'entre 2006 et 2011, les hospitalisations à la suite de problèmes liés aux opioïdes ont augmenté de 48 % chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 145 % chez les ainés âgés de 65 ans et plus. En 2017, environ 16 hospitalisations par jour sont dues à la consommation accidentelle, délibérée ou inconnue d'opioïdes. Entre 2007-2008 et 2016-2017, le taux d'hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes a augmenté de 53 %. Ce taux était de 9.4 % au Québec en 2016-2017 (Gouvernement du Canada, 2018).

La hausse de la consommation d'opiacés se reflète également sur les couts liés aux hospitalisations. Ces dépenses ont d'ailleurs subi un accroissement de 61 %, faisant passer leurs couts de neuf à 15 millions de dollars en 2011 (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014). Les dépenses publiques (en traitement de substitution, prévention du VIH, de l'hépatite, etc.) occasionnées par les comportements à risque qui accompagnent la consommation d'opioïdes constituent une charge aussi bien pour les gouvernements que pour les populations.

Sur le plan social, la consommation d'opioïdes détériore la santé mentale des utilisateurs et engendre des relations conflictuelles avec leur entourage, des problèmes conjugaux et une instabilité d'emploi (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Elle expose ces personnes à des problèmes judiciaires qui pourraient constituer un danger pour la société. Tous ces inconvénients évoqués ont des couts sociaux et sanitaires auxquels les systèmes de santé et de services sociaux doivent faire face (Beirness, Jesseman, Notarandrea et Perron, 2008).

1.1.3 Les stratégies de prise en charge : du sevrage à la réduction des méfaits

Fort de ces préoccupations, des mesures législatives, règlementaires, éducatives, etc. ont été mises en place pour faire face à la dépendance aux opioïdes. Elles englobent des interventions aussi bien préventives que curatives de cette dépendance. Jusque dans les années 1950, les stratégies de sevrage aux opioïdes développées consistaient à incarcérer ou à hospitaliser les personnes qui en étaient dépendantes (Delile, 2004; Grégoire, 2013). Cependant, ces méthodes de sevrage « à froid » ont rapidement montré leurs limites du fait, entre autres, du pourcentage très élevé de rechutes (Delile, 2004). Ensuite, dans les années 1980, des protocoles médicaux sont mis en place pour faciliter et rendre le sevrage plus efficace (Delile, 2004). Ces dernières mesures n'ont pas donné plus de résultats satisfaisants pour les mêmes raisons que dans le cas du sevrage « à froid ».

Au cours des dernières décennies, un changement de paradigme passant du sevrage à la gestion de la consommation d'opiacés s'est progressivement imposé. Dans cette foulée, l'approche de la réduction des méfaits a été développée afin d'améliorer la prise en charge des personnes aux prises avec une dépendance aux opioïdes. La réduction des méfaits est développée pour accompagner les personnes dépendantes pour qui une

abstinence est difficile. L'approche promeut la réduction des répercussions de la consommation d'opioïdes sur les personnes et sur la société plutôt que l'abstinence. Au début des années 1970, les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits pour réduire les méfaits causés par la consommation d'opioïdes.

Les traitements de substitution sont soutenus par des opiacés de synthèse comme la méthadone, la suboxone, la buprénorphine, la subutex, etc. Ces médicaments une fois consommés remplacent l'action des opioïdes dans le cerveau, d'où leur nom de traitements de substitution aux opiacés (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Les traitements de substitution aux opiacés permettent aux personnes dépendantes d'arrêter ou de diminuer l'usage des opioïdes sans souffrir des effets du sevrage tout en inhibant l'envie d'en consommer. De plus, ce traitement renferme l'intérêt de supprimer la sensation d'euphorie provoquée par la consommation des opioïdes (Beirness et al., 2008; Brisson et Morissette, 2003; Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011; Cousineau et Gariépy, 2000; Kastelic, Pont et Stöver, 2007; Landry et Lecavalier, 2003; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Ces effets positifs ont favorisé la mise en œuvre de traitements de substitution aux opiacés dans les Centres de traitement de la toxicomanie (Delile, 2004). Au Québec, des programmes de substitution aux opiacés sont implantés à l'échelle de la province.

1.1.4 Le programme de substitution aux opiacés du CRD de Jonquière

Mis en place en 2001, le programme de substitution s'employait à assurer le maintien des usagers référés par le Service d'appui à la méthadone. Le PSO est implanté au CRD de Jonquière, une entité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le programme trouve son ancrage dans l'approche de la réduction des méfaits, sous-tendue par une vision pragmatique et humaniste (Beirness et al., 2008; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).

Le programme cible toute personne ayant une dépendance aux opiacés de la région. Il demeure ouvert à d'autres personnes qui viennent d'autres localités au sein desquelles ce type de services n'est pas offert. Il prenait en charge 80 usagers en 2011, 40 en 2007 et 20 en 2004. L'accroissement du nombre de usagers a nécessité une augmentation du nombre de pharmacies qui délivraient les médicaments de substitution aux usagers du

programme passant de deux en 2007 à 27 en 2011 (Centre de réadaptation en dépendance, 2014). Le PSO offre une gamme de services spécifiques afin de mettre l'usager au centre des interventions. Ses objectifs sont :

- Faciliter et adapter l'accès aux consommateurs d'opiacés à un réseau interdisciplinaire de professionnels de la santé et d'intervenants sociaux;
- Réduire les méfaits : même si l'abstinence est une finalité visée, il est nécessaire de commencer par un contrôle de la consommation;
- Regrouper les services dans un même endroit pour permettre à l'usager de bénéficier de tous les services dont il a besoin (dépistage, examen et suivi);
- Établir un partenariat et favoriser une « intervention réseau ». De plus, le programme s'engage dans des réseaux provinciaux et fédéraux pour faciliter l'accès au traitement à plus de patients et pour permettre aux intervenants d'échanger leurs expériences avec d'autres acteurs.

Spécifiquement, le programme vise à :

- Diminuer la consommation illicite des opiacés;
- Diminuer la propagation des maladies infectieuses;
- Permettre à l'usager d'améliorer son état de santé;
- Diminuer les couts engendrés par les hospitalisations et/ou incarcérations;
- Diminuer la morbidité et la mortalité associée à l'utilisation de ces drogues;
- Réduire la criminalité associée;
- Soulager le syndrome de sevrage aux opiacés;
- Permettre à l'usager d'être en contact avec le réseau des services de santé et sociaux;
- Favoriser le développement de l'estime de soi et du sens positif de la vie;
- Offrir des services le plus près possible du milieu de vie des usagers;
- Permettre à l'usager de modifier son style de vie;
- Améliorer la qualité des relations sociales, familiales et interpersonnelles;
- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle;
- Protéger la santé publique (Centre de réadaptation en dépendance, 2014).

Pour être admis au programme, les candidats doivent remplir certaines conditions : 1) signifier un consentement libre et éclairé au traitement; 2) être âgé de plus de 14 ans; 3) avoir reçu un diagnostic de dépendance aux opiacés; 4) avoir préférablement essayé un sevrage sans produit de substitution; 4) être un consommateur d'opiacés actif; 5) s'abstenir de consommer des benzodiazépines et 6) démontrer un engagement formel à respecter les règles du programme par la signature d'un contrat d'engagement (Centre de réadaptation en dépendance, 2014).

Le programme offre plusieurs types d'intervention soutenus par une équipe multidisciplinaire. La composante des soins infirmiers a pour tâche de coordonner les interventions des différents professionnels qui interviennent autour du patient. Le personnel infirmier participe à l'évaluation initiale et à une partie du suivi médical du patient. Les intervenants psychosociaux contribuent à l'évaluation initiale et fournissent des accompagnements ponctuels ou des suivis psychothérapeutiques aux usagers. La composante pharmaceutique assure la distribution de médicaments de substitution qui sont la méthadone et la suboxone ainsi que la supervision de la prise de ces médicaments. Les usagers doivent se rendre tous les jours à la pharmacie pour prendre leur traitement. Quant à la composante médicale, elle est assurée par les médecins autorisés à prescrire des produits de substitution. Les médecins du programme évaluent l'état de santé des usagers, confirment leur diagnostic de dépendance et leur admissibilité au programme, assurent leur suivi médical, traitent leurs problèmes psychiatriques, les réfèrent à d'autres professionnels, leur prescrivent des examens de dépistage et fournissent un suivi obstétrical aux femmes enceintes.

Concernant les modalités de traitement, le programme s'arrime aux modalités de traitement promulguées par l'Organisation mondiale de la santé (1989) et recommandées par le MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Six options de traitements sont disponibles au sein du programme. Le sevrage volontaire à court ou moyen terme, le maintien à bas seuil d'exigences, le maintien pour une période indéterminée et le sevrage involontaire. Le « sevrage volontaire » quant à lui, intervient à la fin du traitement (Centre de réadaptation en dépendance, 2014).

En ce qui concerne le partenariat, l'équipe travaille avec les proches des usagers et

certains organismes qui interviennent auprès des mêmes cibles comme le Service intégré de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (SIDEP-ITSS), le service de travail de rue, le service des sans-abris, les centres correctionnels et les agents de probation, la Clinique de la douleur, d'autres entités du CIUSSS, etc.

Le programme a établi un certain nombre de règles. Par exemple, une série de mesures est entreprise en cas de non-respect du contrat d'engagement. D'abord, une rencontre avec la travailleuse sociale est organisée pour résoudre le problème. Comme conséquence au non-respect des règles, le patient peut perdre des priviléges. Les priviléges consistent à permettre au patient d'apporter chez lui un traitement quotidien de cinq jours sans supervision. Une diminution de la dose prescrite peut être envisagée également. Ultimement, une expulsion du programme est envisagée si les premières tentatives de résolution des problèmes n'ont pas eu les effets escomptés ou lorsque des comportements graves sont posés par le patient. Les services sont arrêtés pendant trois mois et un sevrage progressif d'une durée indéterminée est enclenché.

1.2 État de la situation

Les programmes et traitements de substitution aux opiacés destinés à la prise en charge des personnes aux prises avec une dépendance aux opioïdes ont fait l'objet de plusieurs études. Alors que certaines de ces études évaluent l'efficacité des produits de substitution, d'autres ressortent leurs faiblesses.

1.2.1 Les effets positifs des programmes de substitution aux opiacés

Les études orientées sur les traitements et les programmes de substitution sont considérables. Plusieurs de ces recherches se sont concentrées sur les effets des traitements. Il existe une quasi-unanimité sur les impacts positifs des traitements sur la santé des clients. Selon plusieurs études, les thérapies de substitution permettent d'améliorer la santé physique des usagers, et ce, souvent dès le premier trimestre des traitements. De plus, la substitution aux opiacés, du fait qu'elle diminue les symptômes de sevrage, aide à réduire la consommation et les injections d'autres drogues. Conséquemment, elle contribue à la baisse de la transmission du VIH, de l'hépatite C et des surdoses de drogues (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002; Perreault et al., 2007). Une diminution de la fréquence des rechutes et de la mortalité au

cours des traitements de substitution chez les toxicomanes sont également recensées (Delile, 2004; Kastelic et al., 2007). De plus, l'administration des traitements de substitution engendrerait une réduction des décès par overdose ainsi qu'une meilleure stabilité sociale des usagers (Delile, 2004; Kastelic et al., 2007; Ksouda et al., 2013; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002; Paquin et al., 2011; Perreault et al., 2007).

Sur le plan psychosocial, ces traitements permettent aux usagers de trouver et de conserver un emploi (Delile, 2004). La diminution des comportements sexuels à risque est aussi citée comme un des effets du traitement (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002; Perreault et al., 2007). Une baisse des actes criminels, auparavant dus à la consommation d'opiacés, a été répertoriée (Kastelic et al., 2007). De plus, la substitution aide les parents à éviter de perdre la garde de leurs enfants (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002). En somme, la substitution contribue à améliorer la qualité de vie (Delile, 2004) et le fonctionnement social des usagers (Fletcher et Battjes, 1999). Dole, Nyswander et Kreek, cité dans Santé Canada, 2002, soulignent que le traitement à la méthadone contribue à la stabilisation de l'humeur et de l'état fonctionnel des patients (Santé Canada, 2002).

Sur un autre registre, ces programmes participent à la réduction des couts sociaux et économiques liés à la consommation de drogues (Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011; Santé Canada, 2002). Stoller et Bigelow (1999) affirmaient que des économies estimées de 1.32 milliard de dollars à 1.75 milliard de dollars américains pourraient être réalisées si toutes les personnes dépendantes aux opioïdes suivaient un traitement de substitution aux opiacés (Stoller et Bigelow, 1999). De plus, de 55 000 à 70 000 nouvelles infections à VIH pourraient être évitées chaque année (Santé Canada, 2002).

1.2.2 Les limites des programmes de substitution aux opiacés

Si plusieurs études ont montré les effets positifs des TSO sur les personnes ayant un trouble d'usage des opioïdes, d'autres ont souligné les problèmes que rencontrent les programmes de substitution aux opiacés, entre autres la fréquence des rechutes, les difficultés de rétention des usagers et l'accessibilité des traitements. D'une façon

générale, plusieurs études montrent que les effets positifs reportés s’effritent sur le moyen et long terme.

Les rechutes représentent un enjeu de taille pour ces programmes. Des études longitudinales menées auprès de consommateurs d’héroïne ont montré que 86 % des usagers rechutaient dans les cinq ans suivant l’abstinence à la méthadone. *Le taux d’échec, considérant la reprise de consommation de drogues illicites comme critère, peut s’élèver au-delà de 90 % même quelques mois après la fin du sevrage* (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999). Récemment, une étude auprès de 466 patients indiquait que le taux de rechute après la désintoxication aux opioïdes variait de 72 à 88 % après 12 à 36 mois. Bien qu’une étude contrôlée de six mois ait montré un taux de rechute plus faible (32 à 70 %) (Chalana, Kundal, Gupta et Malhari, 2016), le problème demeure quand même.

Les études consacrées aux programmes de prise en charge des dépendances aux psychostimulants et aux opioïdes montrent des taux élevés d’abandons des traitements ou d’inassiduité des usagers aux séances de suivi (Mercier, Landry, Corbière et Perreault, 2004). Perreault et al. (2003) ont étudié le programme « Relais-Méthadone » à Montréal et ont pu montrer qu’avec 88 % de rétention de sa clientèle dans les 30 premiers jours du traitement, ce programme démontrait un pourcentage de rétention des usagers particulièrement élevé (Perreault et al., 2003). Hser, Joshi, Maglione, Chou et Anglin (2001) rapportent, dans une étude comprenant 26 047 patients provenant de 87 programmes, un taux de rétention de 13.6 % dans la première année de traitement. Perreault et ses collègues recommandent d’autres recherches afin trouver des stratégies favorisant la rétention de la clientèle (Perreault et al., 2003).

De plus, l’accès aux traitements de substitution est limité, selon le Centre de recherche et d’aide pour Narcomanes (CRAN) (2011). Rehm et ses collègues (2006) affirmaient qu’au Québec, les consommateurs d’opioïdes qui recevaient un traitement de substitution se situaient à 21.9 % des 10 000 qui en ont besoin. Cette proportion est de 26.4 % au Canada, de 30.3 % en Ontario et de 40 % en Colombie-Britannique (Rehm et al., 2006). Le coût élevé de ces traitements serait une des contraintes de leur accessibilité (Perreault et al., 2003). L’accessibilité aux traitements se heurte également à des

problèmes de pénurie de médecins spécialisés dans le suivi des usages. En 2006, alors qu'en Colombie-Britannique, 312 médecins assuraient les services à 20 000 personnes consommant des opioïdes contre 229 médecins en Ontario (pour 30 000 personnes) alors qu'au Québec, 170 médecins avaient l'autorisation de prescrire de la méthadone à tous les usagers déjà stabilisés par un traitement (Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011).

1.3 But et pertinence de l'étude

À la lumière des précédents paragraphes, il apparaît que des études en matière d'efficacité des programmes de substitution aux opiacés constituent un besoin. C'est sans doute la raison pour laquelle le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011) a mentionné dans ses recommandations la nécessité d'alimenter les programmes de substitution à partir de données médicales et psychosociales objectivées qui proviennent de recherches scientifiques. Pour ce faire, il met l'accent sur l'intérêt de promouvoir une actualisation régulière du traitement à la méthadone à partir de recherches évaluatives, entre autres. Plus spécifiquement, il recommande de mener des recherches évaluatives sur des stratégies concernant : la connaissance et la surveillance, les besoins, l'implantation des programmes de substitution, la prise en compte de la perspective des usagers, l'évaluation de l'efficacité des programmes, etc.

En dépit de l'existence de preuves sur les effets positifs engendrés par les traitements de substitution aux opiacés, de nombreuses difficultés qui affaiblissent l'efficacité des PSO se sont posées avec acuité au cours des dernières décennies. Bell (1998) affirmait que l'organisation des programmes de traitement est incontestablement un facteur déterminant de l'efficacité. L'auteur reconnaît cependant que cet aspect n'est pas suffisamment pris en compte dans les recherches (Bell, 1998). Ces problèmes mettent en évidence le besoin de documenter l'efficacité des PSO, mais également les facteurs qui la renforcent ou qui l'affaiblissent afin d'améliorer la performance de ces programmes.

En effet, plusieurs facteurs liés à l'efficacité peuvent être attribués aux programmes. En effet, même si des balises sont définies par des organismes étatiques afin d'encadrer les PSO, les responsables chargés de les implanter ont une certaine marge de manœuvre dans l'orientation qu'ils souhaitent leur donner. De plus, les interventions des PSO sont

adaptées en fonction de plusieurs autres éléments contextuels. Ces paramètres favorisent en conséquence l'existence de nombreux modèles de programmes (Paquin et al., 2011). Ainsi, d'un programme à l'autre, des différences contextuelles peuvent être notées. Il apparaît alors judicieux de comprendre de quelle manière ces facteurs influencent l'efficacité des PSO.

Par ailleurs, la Loi fédérale sur la responsabilité de 2006 exige que les programmes de subventions et de contributions soient évalués tous les cinq ans (Bureau du vérificateur général du Canada, 2009). Les responsables du PSO de Jonquière ont souhaité se prêter à cet exercice. De plus, un programme est évaluable si : 1) les objectifs et les informations du programme sont bien identifiés et définis, 2) les objectifs du programme sont réalisables, 3) les couts pour accéder aux données pertinentes sur le programme sont raisonnables et 4) l'utilisation des résultats générés par l'évaluation est clarifiée (Alain et Dessureault, 2009). La présente étude remplit toutes ces conditions. En effet, depuis sa mise sur pied du PSO de Jonquière 2001, les effets du programme n'ont pas encore été mesurés, ce qui a amené les responsables du programme à solliciter une évaluation de leur programme.

Ainsi, cette étude donne suite à une demande formulée par les responsables du PSO de Jonquière qui souhaitaient connaître l'efficacité de ce dernier. C'est ainsi que plusieurs rencontres avec les responsables du programme ont eu lieu afin de discuter de plusieurs difficultés, notamment la rétention, les abandons, la gestion des priviléges accordés à leur clientèle, etc. Pour améliorer leur programme, les attentes formulées par les responsables englobaient plus que l'efficacité du programme. Plusieurs attentes spécifiques envers cette étude ont été évoquées, particulièrement une connaissance plus fine des profils de la clientèle, les forces, les faiblesses ainsi que les meilleures pratiques développées dans des programmes similaires. En somme, ils ont souhaité mieux comprendre les problèmes auxquels ils sont confrontés afin de mieux améliorer leurs interventions.

Face à la teneur de ces enjeux, cette étude avait pour but d'évaluer l'efficacité du PSO de Jonquière tout en identifiant la manière dont les facteurs organisationnels interagissent pour soutenir ou entraver cette efficacité. Puisque plusieurs rencontres avec l'équipe du programme ont eu lieu afin d'adapter les objectifs et la méthodologie de

l'étude en fonction des besoins du programme, les résultats de cette étude pourraient donc contribuer à renforcer l'efficacité du programme. Précisément, cette étude permettra au programme d'affiner ses interventions en renforçant ses forces tout en agissant sur ses faiblesses pour les amoindrir.

La consommation d'opiacés engendre des problèmes sanitaires, économiques, sociaux, judiciaires et de sécurité publique qu'une meilleure efficacité des PSO pourrait amoindrir. De plus, l'étude permettra de bonifier la perspective sociale des connaissances relatives aux programmes de substitution aux opiacés puisqu'une grande majorité des études menées sur ce sujet provient d'autres disciplines comme la médecine, les sciences infirmières et la psychologie. De plus, les résultats pourraient contribuer à affiner les interventions psychosociales destinées aux personnes ayant des problèmes de dépendance aux opioïdes. Enfin, ils pourraient permettre de mieux outiller les intervenants sociaux à participer plus activement aux équipes multidisciplinaires mises en place dans le cadre du suivi des personnes dépendantes aux opiacés.

CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre a pour but de revisiter les concepts qui sont souvent associés à la consommation d'opiacés. Il aborde également les principales stratégies déployées afin de résoudre ce problème. De plus, les modèles qui ont soutenu les interventions en matière de substitution aux opioïdes ainsi que les pratiques sur lesquelles une meilleure efficacité est observée y sont exposés. Les limites de la littérature feront également l'objet d'une discussion.

2.1 Les concepts de dépendance et d'addiction

Cette section retrace les différents concepts associés au trouble d'utilisation des opioïdes. Les concepts qui définissent la dépendance ont été largement abordés dans la littérature. Ils méritent d'être repris dans la présente étude dans la mesure où ils sont constamment renouvelés. De plus, les critères qui servent à diagnostiquer la dépendance ne cessent d'être révisés. De plus, il sera bordé les facteurs qui expliquent la dépendance ainsi que la faiblesse des personnes dépendantes face à des substances puissantes auxquelles il est difficile de se départir. La section souligne également les influences que les différentes conceptions de la dépendance ont empruntées à travers les années qui ont jalonné la prise en charge des personnes aux prises avec ce problème. Elle est importante pour l'étude du fait qu'elle soutient l'argumentation pragmatique et humaniste qui a légitimé l'implantation de l'approche de la réduction des méfaits un peu partout dans le monde.

Selon Chauvet (2004), l'addiction est une quête éperdue d'un produit, d'une situation ou d'un objet, consommé avec avidité (Chauvet, 2004). Pharo (2010) apporte une perspective anthropologique du phénomène pour expliquer cette quête perpétuelle du plaisir par l'humain (Pharo, 2010) en affirmant que l'addiction résulterait de la recherche de récompense neurophysiologique. Cette notion de bien-être, se retrouve également dans la conception de l'addiction du psychiatre Aviel Goodman en 1990 qui la décrit comme un processus par lequel, un comportement s'établit pour produire à la fois du plaisir et pour soulager un malaise intérieur (Goodman, 1990). Un des aspects souvent associés à l'addiction est le caractère persistant de l'assouvissement du besoin de consommer un produit malgré les conséquences négatives qu'il provoque.

La dépendance quant à elle, est considérée comme un état pathologique dans lequel

l'organisme, mis en état de sevrage, se retrouve dans l'incapacité de fonctionner physiologiquement (Brusset, 2004; Chauvet, 2004; Maté, 2009). Plusieurs auteurs ont contribué à la clarification du concept de dépendance. Une dépendance est un comportement répété auquel une personne ne peut résister, peu importe l'impact qu'il a sur sa vie et sur celles de ses proches (Maté, 2009).

La distinction entre les deux concepts n'est pas toujours étanche. En effet, certains auteurs distinguent globalement deux formes de dépendance : la dépendance physiologique et la dépendance psychique. La dépendance physiologique est un état dans lequel l'organisme adapte son fonctionnement en présence d'un produit, ce qui cause des troubles physiques en cas de sevrage. La dépendance psychique, quant à elle, peut se manifester de deux manières différentes. La dépendance psychologique est caractérisée par une envie persistante et insistant de consommer une substance psychoactive alors que la dépendance comportementale est une addiction sans drogue qui se manifeste par une focalisation sur un objet ou une activité, devenue un véritable besoin, malgré les conséquences qu'il engendre (exemple : le jeu, les achats, la nourriture, le travail, etc.).

Christian Lüscher résume cette distinction des deux concepts. Selon lui, la dépendance fait référence à l'apparition du syndrome de sevrage après un arrêt soudain de la consommation d'une substance. L'addiction, quant à elle, indique une consommation excessive d'une substance, malgré les impacts négatifs que cette dernière engendre (Lüscher, 2017). Les nouvelles formes de consommation nourrissent cette perspective centrée sur l'objet de la dépendance en question. Ainsi, la dépendance ferait référence à la consommation abusive d'une substance (comme l'alcool, les drogues, etc.) alors que l'addiction définit le rapport excessif développé envers une activité. Le trouble lié aux jeux vidéo, la dépendance sexuelle, la dépendance au travail seraient des addictions. Lüscher souligne que les opioïdes provoquent la dépendance et l'addiction à la fois (Lüscher, 2017).

Le DSM-5 combine ces deux problèmes sous le vocable « trouble de l'usage de substances ». L'étiologie du trouble d'usage d'une substance intéresse plusieurs champs. La perspective neurobiologique évoque une déréglementation du cerveau qui découlerait d'une insuffisance ou d'un dépassement de la régulation d'endorphines (une hormone qui

procure le bien-être) internes et externes (Venisson et Grall-Bronnec, 2013). Dernièrement, les recherches de Christian Lüscher ont pu démontrer que la consommation d'opiacés stimule fortement le circuit neuronal de la récompense et augmentait la concentration du neurotransmetteur de la dopamine (Lüscher, 2017) apportant ainsi un grand confort aux personnes dépendantes à cette substance.

Une revue de la littérature menée par Mistry et ses collègues fournit un aperçu sur l'étiologie de la dépendance aux opioïdes, notamment sur le plan de l'épidémiologie et de la susceptibilité génétique. Les preuves relatives aux gènes les plus couramment associés à la dépendance aux opioïdes sont liées aux récepteurs de la dopamine et ceux des opioïdes, ainsi qu'à des facteurs neurotrophiques (Mistry, Bawor, Desai, Marsh et Samaan, 2014). Ces facteurs englobent les protéines responsables de la croissance, de la survie et de l'entretien des neurones. Les études examinées dans cette revue de Mistry et ses collègues fournissent des preuves de la contribution génétique aux troubles de la toxicomanie. Ces résultats pourraient contribuer à identifier les personnes qui risquent de développer une dépendance aux opioïdes et à améliorer le traitement des personnes déjà atteintes de la maladie (Mistry et al., 2014).

Comme pour les autres dépendances, d'autres facteurs peuvent favoriser le risque de développer un trouble lié à l'usage des opioïdes. D'une façon générale, l'apport de la génétique à la dépendance à des substances psychoactives est estimé entre 40 % et 60 %, l'autre partie provient de facteurs environnementaux, sociaux et culturels, tels que « l'exposition à la pression des pairs, aux capacités d'adaptation individuelles, à la douleur chronique, à la dépression, aux propriétés des médicaments eux-mêmes, etc. » (Fiore, 2016) Par exemple, l'accès aux opioïdes sur ordonnance et à l'héroïne a significativement contribué à la crise actuelle des opioïdes (Fiore, 2016). Certains facteurs liés à l'emploi, tels que les exigences de travail élevées, l'insécurité de l'emploi et le manque de contrôle des tâches ont également été liés à la hausse de la consommation d'opioïdes (Kowalski-McGraw, Green-McKenzie, Pandalai et Schulte, 2017). Des taux élevés de décès par surdose d'opioïdes sont survenus dans des secteurs tels que la construction, les mines ou la pêche; où les taux de blessures étaient élevés et les conditions de travail étaient physiquement plus difficiles.

En somme, si ces causes sont identifiées, il peut être ardu de distinguer clairement si les cas sont d'ordre individuel, environnemental ou s'ils découlent des systèmes plus globaux ou encore d'une combinaison de plusieurs facteurs (Minary et al., 2011). L'abus des opioïdes fait ainsi partie des affections chroniques et multifactorielles répandues qui ont des effets néfastes sur l'individu et la société. Les personnes présentant une dépendance aux opioïdes ont besoin de stratégies d'intervention à plusieurs niveaux pour s'attaquer aux éléments biologiques, sociaux et psychologiques de ce trouble. Comprendre les mécanismes de base de ces troubles complexes et multifactoriels aiderait à identifier les meilleures stratégies de prise en charge permettant de prévenir et de gérer efficacement le trouble lié aux opioïdes.

2.1.1 Les effets des opioïdes sur le système nerveux

En fonction de ses composantes, les produits opioïdes peuvent prendre différents aspects et modes de consommation. Les opioïdes peuvent se présenter sous forme de morceau, de poudre, de pâte, de boulette, de capsule, de comprimé, de sirop, de suppositoire ou de timbre transdermique. Plusieurs manières de les consommer sont répertoriées : ils peuvent être avalés, fumés, reniflés ou injectés. Une fois consommés, les opioïdes procurent dans un premier temps du confort aux personnes, car ils activent la partie du cerveau qui diminue l'activité du système nerveux central. Pendant cette phase, les préoccupations disparaissent provoquant un sentiment d'euphorie et de béatitude. Dans certains cas, la consommation de petites doses d'opioïdes peut provoquer de l'agitation de la nausée et des vomissements. Une dose moyenne crée un sentiment d'euphorie, d'exaltation et une sensation de bien-être. Plus la dose consommée est grande, plus la respiration est lente. Une utilisation de doses plus fortes provoque une léthargie permanente.

Parallèlement, un mécanisme d'adaptation consistant à augmenter la quantité des prises d'opioïdes pour ressentir le même effet, appelé la tolérance, se développe. Certains symptômes physiques peuvent être des indices de consommation d'opiacés : un rétrécissement des pupilles, une peau froide, humide et bleuâtre (Centre communautaire d'intervention en dépendance, 1997). Ces signes témoignent d'un engourdissement ou d'une détresse respiratoire pouvant mener au coma ou à la mort. Une consommation prolongée dans le temps provoque l'amaigrissement, le regard fixe, la fatigue, l'insomnie,

l’affaiblissement et le développement de maladies cardiaques et pulmonaires (Centre communautaire d’intervention en dépendance, 1997).

Bien que le trouble lié à l’usage d’opioïdes soit semblable à d’autres troubles de la toxicomanie à de nombreux égards, il présente plusieurs caractéristiques uniques. Les opioïdes peuvent entraîner une dépendance physique en très peu de temps, entre quatre et huit semaines (Saxon, 2018). Le mécanisme de la dépendance aux opioïdes fait intervenir plusieurs éléments du système nerveux. En effet, les opioïdes régulent un large éventail de fonctions à travers trois récepteurs opioïdes endogènes : mu, kappa et delta. Le récepteur *mu* déclenche l’analgésie et l’euphorie tout en renforçant le système de récompense. Le récepteur *kappa* a une fonction de sédation, de dysphorie et d’anesthésie. Finalement, les opioïdes interviennent sur le récepteur *delta* qui déclenche la fonction analgésique. Ces récepteurs sont impliqués dans le système de récompense et de renforcement, dans le contrôle du stress et de la douleur entre autres (Hyman et Malenka, 2001; Kolb et Whishaw, 2008; Lejoyeux, 2013).

Le corps humain possède des neurotransmetteurs (les endorphines, les enképhalines et la dynorpine) semblables aux opioïdes qui régulent certaines fonctions vitales et interviennent dans le contrôle de l’humeur, par exemple (Hyman et Malenka, 2001; Kolb et Whishaw, 2008; Lejoyeux, 2013). La puissance des opioïdes (exogènes) est due au fait qu’ils se fixent sur ces récepteurs endogènes. Ce phénomène bloque le message qui permet au cerveau de libérer ses opioïdes naturels, ce qui arrête l’excitation des neurones et créer l’effet euphorisant des opioïdes. Aussi, il amplifie la production de dopamine et du sentiment de plaisir. Une prise continue d’opioïdes inhibe les signaux entre les neurotransmetteurs et développe des phénomènes compensatoires qui arrêtent la production naturelle d’opioïdes par les neurones. Le cerveau est alors contraint de modifier ses réseaux et son équilibre (Beck et al., 2014; Lejoyeux, 2013; Maté, 2009).

L’arrêt de la consommation d’opioïdes provoque des troubles physiques, appelé syndromes du sevrage. Cet état occasionne la production accrue de signaux créant ainsi l’hyperactivité des neurones et la sensation de manque (Lejoyeux, 2013; Maté, 2009). Concrètement, l’état de manque provoque des signes comme de l’agitation, de la fébrilité, du larmoiement, des bâillements, des écoulements nasaux, des vomissements, de la

transpiration, de l'horripilation (chair de poule), de tachycardie, de l'hypertension, etc. (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012). L'arrêt de la consommation d'opioïdes provoque une grande souffrance physique et physiologique (Lejoyeux, 2013; Maté, 2009). La gestion de ces symptômes afin de rendre le sevrage moins douloureux s'inscrit dans une perspective plus humaniste et pragmatique qui est au cœur des enjeux et défis des différentes stratégies développées au cours des dernières décennies dans la recherche de solutions à la dépendance aux opioïdes.

2.1.2 Les stratégies de prise en charge de la dépendance aux opioïdes

La prise en charge de la dépendance aux opioïdes est marquée par deux grandes approches : le sevrage et la réduction des risques ou des méfaits. Ces approches qui se sont succédées dans le temps ont jadis alimenté des oppositions et aujourd'hui, elles cherchent à renforcer leur complémentarité pour mieux s'adapter aux particularités des personnes aux prises avec un trouble d'usage lié aux opioïdes.

Auparavant, l'idée selon laquelle la personne guérissait dès qu'elle arrêtait de consommer était très répandue (Delile, 2004). Cette perception avait influencé les stratégies de prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés. Trois méthodes ont été testées pour parvenir au sevrage : la méthode brusque (sevrage immédiat et total), la méthode demi-lente ou rapide (technique intermédiaire par cure dégressive rapide) et la méthode lente ou progressive (cure « substitutive » dégressive s'étalant sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois) (Pepin et Cheze, 2003). Cependant, les cures de sevrage étaient souvent suivies de rechutes, peu importe la méthode utilisée (Delile, 2004). En réponse à ces revers, d'autres recherches furent entamées pour trouver des alternatives au sevrage.

Dans les années 40, dans un contexte de pénurie d'opioïdes pour traiter certains patients (surtout des soldats qui combattaient pendant la Seconde Guerre mondiale), il a été découvert que la méthadone pouvait remplacer les analgésiques opioïdes. Par la suite, dans les années 60, une autre fonction de la méthadone, celle d'atténuer les symptômes de sevrage de la dépendance aux opioïdes (Hautefeuille, 2013; Pepin et Cheze, 2003) a été trouvée. Ces découvertes sur la substitution des opioïdes par la méthadone prirent du temps à s'imposer dans les centres de traitement de la toxicomanie en Europe. En effet, la

méthadone était considérée comme une drogue utilisée pour traiter la dépendance à une autre drogue (Pepin et Cheze, 2003).

Parallèlement, le développement de certaines théories, soutenant que la dépendance aux opiacés et les rechutes découleraient d'un déficit biochimique dont les traitements les plus efficaces se trouvent être d'autres opioïdes, amenait une certaine ouverture à l'alternative que proposait la substitution par les opioïdes (Ksouda et al., 2013). De plus, avec la propagation du VIH, la substitution aux opioïdes a été propulsée au rang de moyen de prévention de cette maladie. Dès lors, son utilisation acquiert une plus grande acceptation (Pepin et Cheze, 2003). L'apport du traitement de substitution dans la prévention de certaines conséquences négatives favorisées par la consommation d'opioïdes est au cœur de l'approche de la réduction des méfaits.

2.2 L'approche de la réduction des méfaits

Après la prohibition et d'autres types de stratégies de lutte pour contrer la dépendance, l'approche de la réduction des méfaits occupe une place de plus en plus importante. Ses différentes facettes et applications constituent l'essentiel de cette partie. La réduction des méfaits, apparue en Europe dans les années 1980, fait référence à tout programme, politique ou intervention visant à réduire ou à minimiser les effets néfastes de la consommation de substances psychoactives sur la santé et sur la société (Beirness et al., 2008). Cette définition plus large dépasse la gestion de la dépendance; elle englobe aussi la répression des trafiquants et certains consommateurs de drogues. La notion de réduction des méfaits fait référence à la prévention des dommages, dégâts, préjudices et problèmes causés par l'usage de ces drogues. Elle prône ainsi une meilleure prévention des risques liés à l'usage de substances psychoactives plutôt que l'arrêt de leur consommation (Beirness et al., 2008; Brisson et Morissette, 2003; Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011; Cousineau et Gariépy, 2000; Dassieu, 2013; Pepin et Cheze, 2003).

C'est pourquoi Manghi, Soulignac et Zullino (2013) soutiennent que la réduction des méfaits est un moyen et non une fin en soi. Brisson (1997) l'explique : *L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective qui ne vise pas nécessairement l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou*

« *addictifs* ») (Brisson, 1997)(p.9), mais cherche à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements. Cette conception restreinte de la réduction des méfaits se concentre particulièrement sur l'accompagnement des personnes ayant des problèmes de dépendance (Brisson, 1997).

Cette approche qui se veut pragmatique et humaniste soutient :

1. La tolérance de comportements blâmables par la société;
2. La réduction des couts par la prévention des risques comparée aux conséquences de la consommation de drogues;
3. La prévention des risques liés à l'usage de drogues d'abord plutôt que l'arrêt de la consommation de substances psychoactives;
4. La rencontre des usagers dans leurs milieux de vie;
5. L'adaptation des services aux réalités des usagers;
6. L'accompagnement des usagers dans leurs processus de rétablissement et la défense de leurs droits (Brisson, 2010).

Au Québec, la réduction des méfaits s'inscrit dans la prévention primaire en amont ainsi qu'à la prévention secondaire ou tertiaire. Selon Brisson (1997), les interventions de la réduction des méfaits se concentraient sur une prévention secondaire, actuellement, elle s'est élargie vers un continuum de services englobant des interventions préventives de types primaires, secondaires et tertiaires (Brisson, 1997). Cet élargissement du domaine d'action de la réduction des méfaits intègre les champs de la réadaptation. C'est pourquoi les centres de réadaptation en dépendance ont été le cadre d'implantation des PSO. La plupart des programmes de réduction des méfaits en plus de donner des traitements d'entretien à l'aide d'un produit de substitution fournissent des services de distribution de condoms, de seringues dans les centres d'injection supervisés, des services dans les rues, etc. (Beirness et al., 2008).

Landry et Lecavalier (2003) ont évalué l'impact d'un programme de réduction des méfaits dans une clinique qui prend en charge des personnes présentant des troubles mentaux graves et une dépendance à des substances psychoactives. Les auteurs relèvent une adhésion des intervenants à cette approche pour son respect des objectifs de l'usager, sa flexibilité, son accessibilité et ses exigences moins élevées envers ces derniers (Landry

et Lecavalier, 2003). Elle apporte plus d'effets positifs que d'inconvénients (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). L'application de l'approche de la réduction des méfaits est souvent influencée par plusieurs facteurs qui peuvent constituer des enjeux en matière d'efficacité des PSO.

2.2.1 Les modèles de la réduction des méfaits

Au plan mondial, plusieurs modèles de réduction des méfaits et de PSO sont implantés. En 2003, Paquin soulignait avec pertinence les paramètres qui ont influencé les modèles de l'approche québécoise de la réduction des méfaits (Paquin, 2003). Le modèle québécois se situerait à cheval entre une approche européenne soutenue par une réduction des méfaits axée sur la médicalisation des problèmes sociaux et une approche américaine plus rigide et plus restrictive. Selon l'auteure, les interventions auprès des personnes aux prises avec la consommation d'opioïdes poursuivent des objectifs de santé publique plutôt que de réadaptation (insertion sociale, professionnelle, psychothérapie). En d'autres termes, les enjeux posés par l'infection au VIH ont orienté les traitements vers une prévention du SIDA plutôt que sur les soins à la dépendance aux opioïdes. Par conséquent, ces programmes développent davantage les aspects médicaux du TSO (Paquin, 2003).

La conception de la dépendance à des substances psychoactives occupe une place centrale dans la manière dont la réduction des méfaits est traduite en interventions. La conception de la dépendance est souvent influencée par l'appartenance professionnelle des intervenants. La vision des professionnels psychosociaux de la dépendance met en évidence un problème d'adaptation et investit les contours des symptômes afin de cibler les interventions les plus pertinentes pour le client. La perspective des intervenants médicaux soutient l'éthologie neurobiologique d'une maladie chronique et récidivante. Cette perception de la dépendance permet d'orienter leur intervention vers une finalité d'éradication des symptômes causés par la consommation d'opioïdes. Cette différence dans la compréhension de la dépendance peut constituer un enjeu dans le type de services offerts aux usagers (Paquin, 2003).

De plus, le modèle médicalisé de la réduction des risques se reflète dans la constitution des équipes des PSO. Souvent, les équipes ont plus de personnel médical que

psychosocial. Pourtant, selon Paquin (2003), l'orientation des interventions est la résultante des rapports entretenus au sein des équipes multidisciplinaires constituées par les idéologies des différents professionnels. Ainsi, dans un contexte dominé par le côté médical de l'intervention, l'essentiel du panier des services offerts tourne au tour de la prescription du médicament, qui est perçu parfois comme une fin en soi. De ce fait, on assiste en général à une médicalisation des interventions utilisées dans le TSO. Le médicament à lui seul ne peut résoudre les causes de la dépendance aux opioïdes qui sont souvent sociales (Paquin, 2003). La méthadone serait efficace pour un petit nombre de patients; ce sont les interventions psychosociales qui contribueraient à renforcer les résultats positifs et leurs pérennités (Paquin, 2003). Une autre conception défend l'idée selon laquelle les traitements de substitution permettraient de renforcer les bénéfices des interventions psychosociales. Dans cette perspective, ces interventions deviennent une partie intégrante du traitement.

Sans mettre l'accent sur un volet plutôt que sur l'autre, la majorité des recherches montre la complémentarité des interventions médicales et psychosociales. Paquin (2003) souligne que si au début des traitements, l'accent est mis sur les aspects médicaux, la stabilisation des patients doit être axée sur les besoins sociaux qui surgissent. Toujours selon l'auteure, les impacts des TSO sont supérieurs et plus durables lorsqu'ils sont associés à des interventions psychosociales. Précisément, les traitements les plus efficaces sont ceux qui combinent plusieurs paramètres, notamment : un volet psychosocial doit être présent et offert sur le même site que le volet médical, une philosophie de traitement à long terme est proposée et des doses de méthadone adéquates ainsi que des équipes de professionnels stables et chaleureuses sont indispensables (Paquin, 2003). C'est dans cette optique que l'auteure démontre les bienfaits qui résultent de la combinaison des interventions inscrites dans un continuum de services diversifiés.

2.2.2 Les seuils d'exigence

Lorsque l'acceptation de la substitution aux opiacés a été mieux assise, le débat s'est transposé sur la durée et les approches des traitements de substitution. Les arguments soutenant le *bas seuil d'exigence* et le *haut seuil d'exigence* (sous le diminutif respectif de bas seuil et haut seuil), des pans importants de la réduction des méfaits, continuent de faire couler beaucoup d'encre. Différents arguments sont évoqués par les acteurs pour

soutenir leur perception sur la durée et les objectifs des traitements de substitution. Ces perceptions qui se sont succédées, ou entrecroisées dans le temps, s'intègrent de plus en plus. Il apparaît pertinent de les mettre en exergue, car elles influencent les orientations données aux interventions et l'efficacité des programmes.

Le haut seuil a été instauré dans les années 1980. La philosophie qui sous-tend le haut seuil entretient le non-assujettissement des usagers à des traitements qui peuvent durer à vie. Le haut seuil cible les usagers qui visent l'abstinence dans des délais plus ou moins courts. Il constitue le traitement adéquat pour les usagers qui ont atteint un niveau avancé dans leur processus de TSO. Il a pour but ultime d'instaurer le sevrage tout en palliant d'éventuelles rechutes (Dassieu, 2013). Au début, les institutions de haut seuil établissaient une liste de conditions pour mesurer la sincérité des usagers en leur faisant passer des tests, des entretiens que ces personnes devraient réussir pour être admises, sans compter les longues listes d'attente qui limitaient leur accès. Son application répond à certains paramètres à savoir : une dose individualisée, une délivrance et une prise du médicament contrôlée ainsi que des analyses d'urine servent à contrôler la présence de produits toxiques dont la combinaison avec le traitement pourrait provoquer une surdose (Paquin, 2003). L'infection par le VIH et le taux de mortalité élevé chez certaines personnes qui ne pouvaient pas se soumettre à ces conditions ont amené les acteurs à revoir à la baisse ces exigences et à soutenir la mise sur pied de programmes de bas seuil (Jacques et Figiel, 2006).

Quant au bas seuil, sa popularité ne fait plus l'ombre d'un doute dans les milieux touchant le traitement de la dépendance aux opiacés (Association des centres de réadaptation en dépendance; Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011; Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006; Pepin et Cheze, 2003). Cette stratégie est entretenue par les partisans de la substitution qui prônent des exigences moindres dans les critères d'admissibilité des usagers aux PSO. En s'aidant de l'étiologie neurobiologique qui assimile la dépendance à une maladie chronique, les adeptes du bas seuil soutiennent que les traitements de substitution doivent s'étendre le plus longtemps possible afin d'éviter les rechutes des usagers (Grégoire, 2013). En effet, le bas seuil, instauré dans les années 1990, représente une réponse adaptée pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter de

consommer des opiacés. La mise en œuvre d'une intervention de bas seuil se fait par une standardisation de la dose de la prescription, un contrôle de la délivrance et de la prise du médicament, une adaptation du traitement aux besoins des usagers et finalement par un contrôle urinaire pour mettre en évidence la prise d'autres produits (Paquin, 2003).

Le fait que les traitements soient inscrits dans une durée indéterminée : *une voie sans issue*, continue d'agacer certains acteurs qui fustigent l'aspect chronique des traitements de substitution (Jacques et Figiel, 2006; Manghi et al., 2013). D'autres critiques adressées au bas seuil lui reprochent de priver de liberté les usagers dans la mesure où un oubli ou un déplacement plus ou moins long génère un impact sur la consommation de substances de l'usager et favorise les rechutes (Manghi et al., 2013). Également, cette approche favoriserait la ghettoïsation des personnes qui en bénéficient (Jacques et Figiel, 2006; Manghi et al., 2013). Enfin, certains dénoncent le fait que le traitement possède également des fonctions de neuroleptique, d'antidépresseur ou d'anxiolytique qui rendent le sevrage encore plus difficile (Hautefeuille, 2013).

Sur un autre plan, le bas seuil serait un moyen de rendre le traitement de substitution plus accessible pour la clientèle marginalisée comme les itinérants, les prostituées, etc. (Mercier et al., 2004). Des résultats de recherches démontrent une amélioration de l'état de santé et une bonne insertion sociale des usagers qui en bénéficient (Delile, 2004). Malgré ces résultats positifs, l'insuffisance de données qui définiraient les bonnes pratiques qui favorisent ces résultats est déplorée (Delile, 2004). Cette situation est due à l'indisponibilité des praticiens du bas seuil à faire de la recherche et à l'instabilité des usagers qui sont difficiles à suivre et à étudier. De plus, les stéréotypes développés envers ces pratiques considérées comme *une tolérance coupable face à la drogue* contribuent au manque d'intérêts de certains chercheurs (Delile, 2004).

Malgré les différences des deux options, certains centres de traitement de la dépendance utilisent un traitement de bas seuil comme une stratégie pour assoir un engagement durable du patient, qui pourrait mener vers le haut seuil. Ainsi, les seuils évolutifs pourraient servir de tremplin vers un processus de sevrage plus global et durable. De plus, une collaboration thérapeutique flexible avec les patients est facilitée par le fait que les deux options leur sont présentées au début du traitement (Delile, 2004).

Cette stratégie est encouragée, même si le processus global exige plus de temps aux usagers pour arriver au sevrage.

Toutefois, l'étude réalisée par Landry et Lecavalier (2003) soulevait une difficile conciliation entre les méthodes d'intervention et les objectifs de faire cohabiter le bas seuil et le haut seuil. En effet, selon les auteurs, la juxtaposition entre le haut seuil et le bas seuil fait parfois l'objet de remise en question dans le choix d'abstinence ou de réduction des méfaits de la part des usagers, même si ces programmes sont construits de sorte que les candidats à l'abstinence puissent changer leur objectif vers le bas seuil et vice et versa (Landry et Lecavalier, 2003). C'est probablement pour ces raisons que les auteurs invitent à respecter la volonté des personnes inscrites dans un programme de bas seuil tout en surveillant les possibilités d'envisager leur abstinence (Landry et Lecavalier, 2003).

Sur une autre avenue, la question de l'arrêt du traitement se pose de plus en plus avec acuité (Hautefeuille, 2013). Dassieu (2013) soulignait la pertinence de considérer la fin du traitement en comparant la progression avec laquelle les besoins en traitement de substitution se sont exprimés dans le temps. L'auteure explique que dans les années 1990, les demandeurs de traitement de substitutions aux opiacés mettaient en branle leur droit à y accéder alors que de plus en plus, les demandes exprimées par les usagers démontrent une grande volonté de sevrage. Les partisans du sevrage progressif soutiennent l'idée selon laquelle, après un certain moment de substitution aux opiacés, la nécessité de penser à un arrêt du traitement s'impose (Hautefeuille, 2013; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002).

Guillou, Rozaire, Vigneau Victorri et Grall-Bronnec (2013) percevaient la fin des traitements comme une option dont il faut considérer la possibilité (...) *après une réadaptation psychosociale et une amélioration des conduites addictives, souvent obtenues après plusieurs années, est-il possible d'envisager l'arrêt de ce traitement?* (p.24), se demandent-ils. La substitution aurait pour finalité de permettre aux usagers de reprendre en main leur vie. Une fois cette étape franchie, il faudrait penser à un sevrage progressif, souligne l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2002) : *le traitement de la toxicomanie vise à aider les usagers à reprendre le contrôle de leur*

existence. Les travailleurs sur le terrain doivent évaluer en permanence si les patients auxquels sont prescrites des substances de substitution sont prêts à accepter le sevrage en se prêtant à un processus de désintoxication (p.2).

Dans une étude menée en France sur les représentations que les patients et les médecins se faisaient des traitements avec la méthadone, 60 % des patients interrogés envisageaient de terminer leur traitement de substitution (Venisson et Grall-Bronnec, 2013). Cependant, certains auteurs attirent l'attention sur la différence entre l'abstinence et les effets de ces traitements. Selon eux, ce n'est pas parce que les conditions de vie de l'usager se sont améliorées que celui-ci est guéri. D'ailleurs, la réflexion sur les critères de guérison est au cœur des enjeux actuels (Hautefeuille, 2013; Jacques et Figiel, 2006).

De plus, l'idée d'un sevrage graduel devrait être perçue par les intervenants comme un processus vers l'arrêt de la prise de méthadone et non comme la fin du traitement, dans la mesure où souvent la décision qui pousse les usagers à vouloir arrêter le traitement pourrait avoir des origines diverses (Hautefeuille, 2013). Cette volonté peut venir de l'usager lui-même qui, du fait des préjugés et des contraintes que crée la prise de produits de substitution, décide de diminuer graduellement les doses. Aussi, souvent, ce sont les pressions provenant de l'entourage de ces personnes qui sont à la base de cette décision de sevrage (Hautefeuille, 2013). Il appartient aux intervenants d'être vigilants dans la mise sur pied d'un programme psychosocial adapté qui tient compte des rapports entre l'usager et son environnement (Hautefeuille, 2013).

Ces enjeux soutenus par des intervenants ou des chercheurs sont certes édifiants, mais ne livrent pas la perception des usagers. Guillou et ses collègues (2013) posent l'impératif de considérer tous les acteurs intéressés par ces questions Guillou et al. (2013). Dans l'étude de Hautefeuille (2013), la manière dont ces représentations peuvent influencer l'arrêt des traitements est exposée. Ainsi, l'auteure recommande : *d'explorer par la réalisation d'une étude en trois volets : les représentations des patients vis-à-vis de leur MSO [Médicaments de Substitution Opiacée], les représentations des médecins envers les MSO, et enfin la question de l'arrêt des MSO chez les patients (p.7).* Cette dimension du TSO montre l'importance de considérer les opinions des différentes parties prenantes impliquées dans ces programmes.

En somme, les seuils d'exigence introduisent les différentes options de traitements dont disposent les usagers qui demandent de l'aide pour surmonter leurs problèmes. Il convient de signaler que l'époque où on refusait des traitements à des personnes parce qu'elles ne remplissaient pas les conditions non médicales est généralement révolue. Les défis d'accéder à des TSO se situent dans la manière dont des services accessibles et répondant aux particularités de la clientèle vulnérable sont offerts afin de rendre les PSO plus efficaces. De plus, en fonction des modèles de réduction des méfaits adoptés, plusieurs autres facteurs interagissent entre eux et influencent les effets des interventions.

2.3 Les facteurs liés à l'efficacité des programmes de substitution aux opiacés

En dépit de l'absence d'un modèle unique de programmes de substitution aux opiacés, les études qui leur sont consacrées font ressortir des aspects similaires en matière de preuves confirmant une amélioration globale de la situation des usagers ainsi que des faiblesses qui pour l'essentiel, fragilisent ces acquis. Pourtant, un consensus semble être établi sur le fait que les effets d'une intervention ne sont toutefois bénéfiques que s'ils sont maintenus dans le temps. Les effets d'un programme résultent d'une série de facteurs interagissant à différents niveaux (patients, professionnels, interactions, contexte organisationnel, etc.). Pour déterminer un niveau maximal d'atteinte des résultats d'une intervention, il est nécessaire d'identifier et de décrire les facteurs essentiels impliqués afin de mieux comprendre leur influence unique ou combinée sur le résultat.

2.3.1 Les facteurs individuels, biologiques et environnementaux

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques de l'usager en tant que facteurs d'influence des résultats du TSO. Certains éléments sociodémographiques comme l'âge, la situation matrimoniale, le soutien social, l'occupation d'un emploi, l'absence d'antécédents criminels et la volonté de changer favorisent de meilleurs résultats du traitement. De plus, les patients les plus motivés et engagés dans leur traitement, qui ont de bons rapports avec les intervenants, un sentiment de contrôle de leurs objectifs de traitement, un rythme de progression adapté, sont plus enclins à rester dans les TSO (Santé Canada, 2002, 2006).

Cependant, la pauvreté, la présence de problèmes de santé psychologiques ou psychiatriques, le niveau de dépendance à des produits psychoactifs, des antécédents avec

la justice, la consommation de drogues pendant les premières semaines du traitement, le peu de réceptivité au traitement sont des caractéristiques individuelles limitant les effets du traitement (Santé Canada, 2002, 2006).

2.3.2 Les facteurs structurels liés aux programmes

Delile (2004) et Santé Canada (2006) soutenaient que l'efficacité d'un programme de traitement aux opiacés réside dans sa capacité à retenir le plus longtemps ses usagers. La durée des traitements et la capacité de rétention des usagers influencent non seulement les résultats, mais aussi l'efficacité des programmes (Santé Canada, 2006). Par ailleurs, selon le guide des bonnes pratiques, les programmes qui ont une plus grande capacité de rétention favorisent une meilleure qualité de vie de ses usagers. D'une façon générale, la rétention, les rechutes et l'accessibilité des services sont les principaux critères de mesure de l'efficacité d'un programme.

L'accès aux services est reconnu comme étant un paramètre important qui favorise une plus grande efficacité des PSO. L'accessibilité et la continuité des traitements ainsi que leur souplesse sont de mise. L'implication de groupes de médecins et la poursuite des traitements de stabilisation dans la communauté favorisent l'accès aux traitements (Santé Canada, 2006). L'accès à des services complets et intégrés est un facteur facilitant la rétention des usagers. Une approche de traitement de maintien avec une médication de substitution plutôt que l'abstinence facilite la rétention des usagers (Santé Canada, 2006).

L'accès des usagers aux informations qui répertorient les ressources publiques et communautaires disponibles et la circulation de l'information entre les intervenants dans le respect de leur confidentialité favorisent une meilleure qualité et continuité des services (Santé Canada, 2006). Les informations d'admission, les règles du traitement; les prescriptions et le dosage, la gestion des effets indésirables et de l'usage d'autres substances; la durée et l'arrêt du traitement et les modalités du traitement doivent être expliqués aux usagers (Santé Canada, 2006).

2.4 Les stratégies d'amélioration continue des pratiques

La dépendance aux opioïdes est considérée comme une maladie chronique. Plusieurs études ont montré la complexité des maladies chroniques et de leur prise en charge. Cette

complication suscite une adaptation des services et des soins mis en place pour répondre aux besoins des patients. Afin de mieux cadrer les traitements et programmes de substitution aux opiacés, plusieurs mesures gouvernementales ont été prises. C'est dans cette optique qu'un guide sur les bonnes pratiques en matière de substitution aux opiacés a été élaboré en 2006 afin de favoriser la cohérence et la rigueur dans les pratiques et de maximiser les effets des traitements sur l'usager. Spécifiquement, ce guide visait un standard des pratiques, des modalités de traitements, des services complémentaires, la formation professionnelle et l'évaluation et la recherche basées sur les PSO (Santé Canada, 2002, 2006; Taha, 2018).

Les études recensant les bonnes pratiques en matière de traitements de substitution aux opiacés démontrent qu'un bon choix de la molécule et des médicaments non injectables qui ont une longue durée de demi-vie, qui donnent le moins d'euphorie possible et qui bloquent l'action de l'héroïne favorisent la rétention des usagers (Santé Canada, 2006). De plus, un cadre de traitement sécuritaire, un dosage optimal adéquat et qui procure des effets confortables et une prise quotidienne d'une dose de méthadone adaptée aux caractéristiques de l'usager favorisent un bon niveau de rétention au traitement. Une alliance thérapeutique entre le patient et les intervenants, la fréquence, l'intensité et la durée du traitement et la possibilité de reprendre le traitement; contribuent également à une meilleure rétention (Santé Canada, 2002, 2006).

D'autres études suggèrent également d'examiner plus attentivement l'exhaustivité des services offerts aux usagers. Des relations substantielles entre certains aspects organisationnels et les services disponibles pour un traitement ou un programme donné sont établies (Santé Canada, 2002, 2006; Taha, 2018). Selon certains auteurs, la fourniture d'un ensemble complet de services est susceptible d'avoir des effets démontrables sur les résultats des usagers. C'est dans cette optique que plusieurs études soulignent la nécessité d'adapter les services qui leur sont destinés à ces caractéristiques. Une meilleure connaissance de leurs caractéristiques et de leur vécu est capitale dans la détermination des services et des soins (Santé Canada, 2002, 2006; Taha, 2018).

Le traitement à la méthadone devrait comporter les éléments de base suivants : une évaluation médicale de l'usager; une évaluation des dimensions physique, psychologique

et sociale. Une telle évaluation requiert une collaboration d'intervenants de différentes disciplines; un médicament de substitution offert par un pharmacien, un suivi médical, infirmier et pharmaceutique régulier et un soutien psychosocial offert systématiquement. Les différents traitements avec les seuils d'exigence (haut seuil et bas seuil), un traitement de désintoxication en intervention brève, le traitement de première ligne sont expliqués aux patients pour éclairer son choix. Les rôles des différents intervenants (médecin, infirmier, pharmacien, intervenants sociaux, agents communautaires et professionnels spécialisés) y sont exposés (Santé Canada, 2002, 2006; Taha, 2018). Quant aux attitudes et aptitudes qu'exige le travail, les professionnels qui travaillent auprès des usagers doivent faire valoir d'un jugement clinique solide ainsi qu'une mise en œuvre optimale du plan de traitement. Ils doivent être aux aguets quant aux règles et mesures de contrôle en vigueur. Pour ce faire, une formation de base pertinente ainsi qu'une formation continue sont nécessaires (Santé Canada, 2002, 2006; Taha, 2018).

La collaboration avec les partenaires y compris ceux du milieu communautaire contribue à renforcer et à diversifier les services offerts aux usages et à faciliter leur rétablissement (Santé Canada, 2002, 2006). Le partenariat avec les milieux judiciaires et les médecins habilités à prescrire les produits de substitution à l'échelle provinciale est crucial pour favoriser la continuité du traitement (Santé Canada, 2002, 2006). Les usagers qui doivent voyager fréquemment doivent accéder facilement aux informations relatives aux services locaux de prescription et de distribution des médicaments de substitution. Le transfert des usagers entre les régions doit être facilité pour favoriser la rétention (Santé Canada, 2002, 2006).

Les recommandations pour la prise en charge de certains groupes de personnes sont présentées. Ainsi, pour les personnes dépendantes aux opioïdes, la finalité est centrée sur la réduction des méfaits, plutôt que sur le sevrage des opioïdes ou des autres drogues. Les usagers présentant des cas de comorbidité psychiatriques, des traitements en santé mentale ou en psychiatrie en collaboration avec d'autres professionnels sont recommandés. La prise en charge des femmes enceintes nécessite des services spécifiques de prévention et de soutien en plus des services habituellement offerts. Un traitement spécifique doit leur être offert dès le premier trimestre de grossesse afin de prévenir les risques pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement (Santé

Canada, 2002, 2006). Les usagers du traitement en situation d'incarcération constituent une clientèle particulière à laquelle des mesures adaptées doivent être prises. Leur suivi doit être poursuivi après la libération.

En somme, la manière dont les services sont organisés peut influencer les résultats d'un programme. En effet, les résultats générés par les programmes sont le produit de plusieurs interactions qui impliquent plusieurs facteurs organisationnels. Connaitre les pratiques exemplaires apparaît d'une grande importance dans la détermination de l'efficacité à long terme des interventions, dans l'affectation efficace des ressources et dans l'implantation de l'intervention dans d'autres contextes (Santé Canada, 2002, 2006).

2.5 Limites des recherches actuelles et but de l'étude

À la lumière de la littérature, l'importance de comprendre les principaux paramètres qui entourent les PSO afin de mieux assurer la prise en charge des personnes dépendantes des opioïdes a été soulignée. Même s'il existe plusieurs types d'interventions qui fournissent des soins spécifiques aux personnes dépendantes des opioïdes, l'essentiel des études qui évaluent les PSO s'intéresse davantage aux effets du TSO sur les usagers en mettant l'accent sur des données quantitatives du traitement. Ces informations cherchent à vérifier le taux de mortalité, la réduction des méfaits, les acquis du traitement, les coûts en matière de santé, etc. La mesure de l'efficacité, basée sur des données statistiques, fournit des informations qui permettent de prendre des décisions, mais elle ne permet pas d'approfondir les aspects spécifiques sur lesquels des actions doivent être posées. Les évaluations qui prennent en compte les données qualitatives et quantitatives permettent de dresser un tableau complet de ces programmes et constituent des leviers efficaces pour soutenir la prise de décisions pertinentes afin de résoudre les problèmes décelés (Burbridge, 2012).

De plus, les études de prédiction des caractéristiques des usagers qui engendrent de meilleurs résultats sont très florissantes. Cependant, peu d'études s'intéressent aux facteurs organisationnels qui contribuent ou qui affaiblissent l'efficacité des PSO. En d'autres termes, le contexte dans lequel les programmes sont déployés, et qui, pour certains auteurs, influence les impacts est moins exploré par les études consacrées à l'efficacité des PSO. Pourtant, la connaissance des facteurs qui contribuent aux résultats

des programmes permet d'améliorer la qualité des services et l'efficacité des PSO (Grol et Grimshaw, 2003).

Dans une autre avenue, le guide sur les bonnes pratiques élaborées par Santé Canada et le Cadre de référence du MSSS ont été d'un apport important dans la définition des pratiques qui influencent positivement l'efficacité des PSO. Cependant, ils ont été conçus respectivement en 2002 et 2006 dans un contexte qui a beaucoup évolué au cours des 10 dernières années. Depuis lors, une grande variété de produits de substitution dont l'efficacité est soutenue par des données probantes est disponible. De plus, le nombre de personnes dépendantes aux opioïdes a augmenté et capté l'attention tandis que d'autres formes de réduction des méfaits avec la naloxone par exemple ont fait leur apparition. Grol et Grimshaw (2003) indiquent qu'une approche théorique de l'évaluation des résultats et des meilleures pratiques pouvait être utilisée efficacement pour élaborer des stratégies adaptées visant à soutenir la mise en œuvre efficace de pratiques fondées sur des données probantes.

Les revues systématiques offrent un moyen de synthétiser un large éventail de facteurs qui fournissent une compréhension plus large des traitements fondés sur des preuves. Les conclusions de ces revues de la littérature peuvent également être utilisées pour orienter l'élaboration d'interventions efficaces visant à mettre en œuvre des soins fondés sur des données probantes en milieu clinique (Grol et Grimshaw, 2003). Dans le domaine des programmes de substitution aux opiacés, des revues de la littérature ont été menées dans le but d'identifier les meilleurs traitements et interventions. Beaucoup de données incluses dans ces revues reposaient essentiellement sur des essais randomisés dédiés à l'efficacité des produits de substitution ou sur des recommandations de professionnels basées sur leurs expériences cliniques. Les obstacles ou les facteurs favorables sont moins explorés (Grol et Grimshaw, 2003).

Cette étude avait donc pour but d'évaluer l'efficacité du PSO de Jonquière tout en déterminant la manière dont les facteurs organisationnels interagissent pour soutenir ou entraver cette efficacité. Spécifiquement, l'étude poursuivait les objectifs suivants:

1. Décrire les usagers du programme en ressortant leur profil, leurs besoins et leurs attentes envers le programme;

2. Analyser les services offerts par le programme;
3. Relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs spécifiques du programme en décrivant l'impact des services perçus sur les besoins notés et faire un lien entre ceux-ci;
4. Faire ressortir les points forts et les points faibles des interventions du programme selon ces effets relevés en les comparant avec d'autres pratiques au plan mondial;
5. Formuler des recommandations qui permettront d'améliorer l'efficacité du programme.

CHAPITRE 3: CADRE CONCEPTUEL

Cette partie du mémoire vise à circonscrire les cadres conceptuels servant à l'évaluation de l'efficacité du programme de Jonquière. Il s'agira d'abord de procéder à une brève clarification de quelques concepts pour introduire le thème de l'évaluation de programme. Ensuite, les cadres conceptuels de l'étude, le modèle intégrateur cube et les cinq dimensions de l'efficacité d'un programme seront introduits. Enfin, les indicateurs qui serviront à mesurer l'efficacité du programme feront l'objet d'une présentation.

3.1 L'évaluation des programmes

Cette première section se concentre sur le concept d'évaluation de programme ainsi que son apport dans l'amélioration des interventions sociosanitaires.

3.1.1 Définitions et modèles d'évaluation de programme

Le dictionnaire le Larousse définit l'évaluation comme l'action de mesurer la valeur de quelque chose. L'évaluation est un ensemble de connaissances et de pratiques; englobant plusieurs aspects qui a pour but d'attribuer une valeur à une intervention (Alain et Dessureault, 2009). Elle constitue également un outil, un soutien et un pan de l'intervention (Alain et Dessureault, 2009). Un programme est défini comme un ensemble d'objectifs, d'activités et de ressources mis en place pour répondre à des besoins ciblés d'une population donnée. Selon Leblanc-Constant et Bard (2013), un programme est un ensemble cohérent et structuré d'objectifs, d'activités et de ressources (humaines, financières, matérielles et informationnelles), réuni pour offrir des biens et des services particuliers qui répondent à un ou des besoins précis d'une population ciblée (Leblanc-Constant et Bard, 2013).

Quant à l'évaluation de programme, ses débuts remonteraient à la révolution industrielle (Alain et Dessureault, 2009). Le concept d'évaluation de programme fait l'objet de multiples définitions qui témoignent à la fois de l'intérêt qu'il suscite et de sa complexité. L'évaluation de programme est une démarche rigoureuse et systématique de collecte et d'analyse de données probantes sur les programmes, qui permet de porter un jugement sur leur valeur ou de proposer des pistes d'amélioration. De plus, elle sert parfois de levier dans le soutien au processus de prise de décision :

L'évaluation de programme est définie comme un champ de connaissances et de pratiques qui cherche à montrer la plus-value d'un programme dans le but de justifier son existence. Elle peut également être considérée comme une démarche scientifique de collecte et d'analyse de données probantes dont le but est de fournir des informations qui vont orienter la prise de décisions (Leblanc-Constant et Bard, 2013).

Depuis l'avènement de l'évaluation de programme, plusieurs approches, stratégies et méthodologies n'ont cessé d'alimenter le champ de cette discipline (Alain et Dessureault, 2009; Brousseau, Contandriopoulos et Hartze, 2011). Un survol historique met en lumière les générations d'évaluation de programme qui se sont succédées ainsi que la manière dont elles ont été influencées par le modèle de gestion administrative aux États-Unis, selon Rossi, Lipsey et Freeman (2004). Ces auteurs proposent une analyse séquentielle des quatre grandes phases du développement de l'évaluation de programme à savoir : de la révolution industrielle jusqu'à la fin des années 1920; du krach de 1929 aux travaux du New Deal; la décennie 1960-1970 qui coïncide avec la mise en place de l'État moderne et la période qui s'amorce dans les années 1980 au cours de laquelle un éclatement des modèles d'évaluation est observé. À partir de ce moment, l'évaluation de programme est reconnue comme une discipline scientifique.

Une classification de l'évaluation, basée sur les méthodes, est développée dans les travaux de Stufflebeam (2001). Vingt-deux modèles d'évaluation y sont répartis en quatre catégories : 1) les pseudo évaluations dont les limites méthodologiques impactaient la validité des résultats; 2) les méthodes plus rigoureuses qui marquent véritablement le début de l'évaluation des programmes; 3) la reddition de compte et l'atteinte des performances des programmes publics et 4) l'évaluation des programmes soutenue par des normes objectives et subjectives.

L'arbre des théories de Christie classe les modèles d'évaluation à l'image d'un tronc d'arbre donnant naissance à trois branches : 1) les valeurs de l'évaluation, 2) l'étude des processus et des résultats de l'évaluation et 3) les méthodes de l'évaluation. La première représente les valeurs collaboratives et montre l'importance de prendre en compte les parties prenantes greffées à l'environnement du programme à évaluer. La deuxième considère l'analyse du processus et des résultats de l'évaluation comme des interventions qui font partie des programmes. La dernière met l'accent sur les méthodes et techniques

qui sous-tendent l'évaluation (Alkin et Christie, 2005).

La dernière génération des modèles d'évaluation, établie sur un angle constructiviste, est propulsée par Guba et Lincoln (1989). Selon ces auteurs, les trois modèles cités précédemment présentent plusieurs limites. Souvent, seuls les objets et les résultats de l'intervention étaient évalués. L'évaluation des programmes d'intervention était exécutée par les gestionnaires qui s'intéressaient davantage aux aspects administratifs et financiers des programmes. Une séparation entre l'évaluation de l'implantation et l'évaluation des résultats était fréquente (Alain et Dessureault, 2009). Le recours à des évaluateurs externes intervenait quand des problèmes internes étaient décelés. De plus, la dimension objective des programmes (rentabilité) occupait une place centrale au détriment de la perception des parties prenantes (dimension subjective).

Ce pan méthodologique de l'évaluation des programmes qui met l'accent sur l'implication des parties prenantes dans le processus d'évaluation est déterminant, selon Guba et Lincoln (1989). Les auteurs soutiennent que les protocoles d'évaluation de programme devraient être conçus dans une dynamique d'empowerment soutenue par une concertation, une participation et un consensus avec les parties prenantes. Cependant, malgré les avancées théoriques soulignées, Alain et Dessureault (2009) notent des limites dans leur mise en œuvre. Ils relèvent une certaine prédominance des protocoles d'évaluation bâties autour de démarches quasi expérimentales et sur des données probantes. Également, ils soulignent la discordance qui règne autour du rôle de l'évaluateur. En effet, alors que les trois premières générations suggèrent qu'une distance entre l'évaluateur et l'objet évalué confère une objectivité à la démarche d'évaluation, la quatrième génération valorise la fonction collaborative de toutes les parties prenantes. C'est pourquoi Alain et Dessureault (2009) ont proposé le modèle intégrateur cube pour combler les lacunes soulevées précédemment. Ce modèle développé dans la section 3.2 présente l'intérêt de prendre en compte tous les aspects des programmes au moment de les évaluer.

3.1.2 Apport de l'évaluation de l'efficacité des programmes

L'efficacité est une notion souvent utilisée dans le contexte de l'évaluation. L'efficacité demeure un concept ambigu auquel plusieurs définitions sont associées en

fonction des approches évaluatives adoptées, des acteurs en jeu et des caractéristiques du contexte dans lequel le programme est implanté (Gervais et al., 2009). Gervais et ses collègues soulignent la diversité des approches utilisées pour mesurer l'efficacité d'un programme.

L'efficacité est un critère d'appréciation des résultats d'une action, d'une intervention ou d'un service. Spécifiquement, l'évaluation de l'efficacité est une démarche d'appréciation de la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les résultats obtenus (imputables à cette intervention) aux résultats attendus (Dagenais et Ridde, 2009). Le niveau d'atteinte des objectifs s'établit par une comparaison entre les résultats attendus et les résultats obtenus (Alain et Dessureault, 2009; Gouvernement du Québec, 2013; Leblanc-Constant et Bard, 2013). Les résultats étant les écarts entre la situation de départ des usagers et leur situation pendant ou après l'intervention (Alain et Dessureault, 2009).

Gervais et al. (2009) défendent l'importance de considérer les opinions des parties prenantes et de tenir compte des systèmes en place tout en intégrant à la fois les aspects politiques et techniques de l'évaluation dans la mesure de l'efficacité d'une intervention ou d'un programme. Puisque l'efficacité est une notion abstraite, ses indicateurs de mesure doivent être construits (Gervais et al., 2009). Cette opérationnalisation constitue en elle-même une difficulté. En effet, la conception multidimensionnelle de l'efficacité prend en considération un certain nombre d'aspects. D'abord, le caractère subjectif de l'efficacité fait que son évaluation constitue une représentation que chaque acteur en fait (Gervais et al., 2009). Ensuite, l'efficacité est changeante pour des raisons internes ou externes, d'où la nécessité de l'ajuster au contexte du programme à évaluer (Gervais et al., 2009).

Plusieurs éléments d'un programme peuvent faire l'objet d'une évaluation. Les motivations qui soutiennent la demande d'évaluation peuvent être multiples et provenir de plusieurs acteurs.

Selon les préoccupations de son demandeur, l'évaluation pourra aborder la question de la pertinence de l'intervention et des moyens d'intervention choisis, de la mise en œuvre de l'intervention, de ses résultats ou de l'efficacité avec laquelle ses objectifs sont poursuivis ou de l'efficience de l'action. L'évaluation

de programme : document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes (Leblanc-Constant et Bard, 2013).

3.2 Le modèle intégrateur cube

Pour évaluer l'efficacité du PSO de Jonquière, le modèle intégrateur cube, développé par Alain et Dessureault (2009) a été choisi. Ce choix s'explique du fait qu'il intègre les points forts des différentes approches d'évaluation présentées précédemment tout en comblant des lacunes décelées dans le domaine de l'évaluation de programme. De plus, il tente de pallier les contradictions nommées par les théoriciens de l'évaluation dite classique tout en maximisant les avantages de la 4^e génération de l'évaluation (Alain et Dessureault, 2009). Également, le modèle intégrateur cube propose de considérer l'évaluation dans toutes ses dimensions : objective, subjective, formative et sommative. Cette démarche ouvre une perspective sur l'ensemble de facteurs pertinent à la mise en œuvre d'un programme, de leur enchainement logique dans le temps et de leurs interactions. Une synthèse des dimensions : formative, sommative, objective et subjective ainsi que des phases avant, pendant et après l'implantation de programmes du modèle intégrateur cube sont présentées dans les prochains paragraphes.

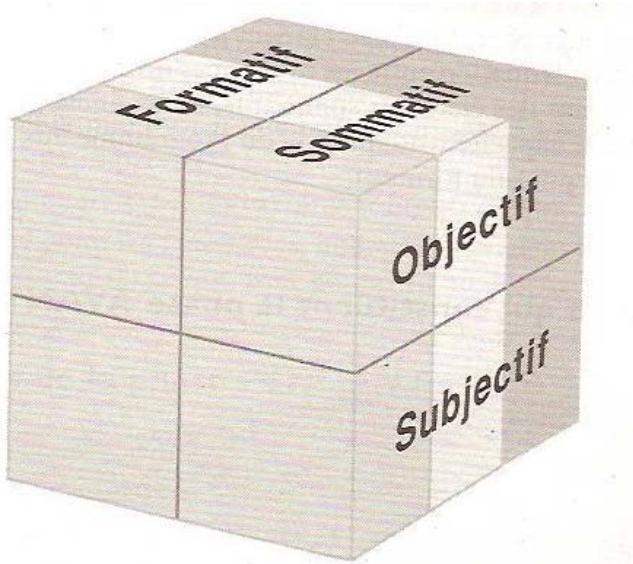


Figure 1. Modèle intégrateur cube

Les dimensions objective, subjective et les phases formative et sommative

La dimension objective s'intéresse à des éléments mesurables et surtout chiffrables des réalisations et des échecs des programmes. La dimension subjective collecte et analyse les perceptions des parties prenantes d'un programme. L'évaluation de la dimension formative intervient souvent pendant la phase de l'implantation du programme, mais peut s'étaler même dans la phase « *après* » (la fin du programme ou de l'intervention) pour s'assurer de la continuité des services destinés aux clients. Quant à la dimension sommative, elle s'intéresse à la mesure des résultats et effets des programmes ou interventions. Elle consiste à faire le bilan d'un programme ou d'une intervention. Il convient de noter que les domaines d'application de ces dimensions ne sont pas forcément étanches, car des chevauchements entre des aspects sommatifs et formatifs peuvent survenir dans le cas de certaines évaluations.

Les phases avant, pendant et après

Puisque le modèle intégrateur cube prend en compte les différentes étapes d'implantation d'un programme, il peut servir à évaluer la phase « *avant* », la phase « *pendant* » et la phase « *après* » d'un programme.

L'évaluation de la phase « *avant* » d'un programme consiste à documenter l'état des lieux, les modalités de départ et celles de la préparation de son implantation. Au cours de cette phase, l'évaluation s'intéresse aux questions relatives aux besoins; aux ressources; aux couts du programme, comparés aux programmes similaires existants; à la pertinence du programme; à la capacité de mobilisation des parties prenantes; etc.



Figure 2. Modèle intégrateur cube : la phase « *avant* »

L'évaluation de la phase « *pendant* » permet d'apprécier l'implantation du programme en mesurant la cohérence entre les ressources mises en place pour réaliser le programme et les besoins exprimés. Elle examine les ressources, le matériel technique, le niveau de mobilisation des parties prenantes, l'administration du programme, les extrants prévus, l'adéquation entre les ressources humaines et financières et les prévisions. C'est également au cours de cette phase que l'on mesure si les ressources et processus mis en place permettront de réaliser les résultats attendus.

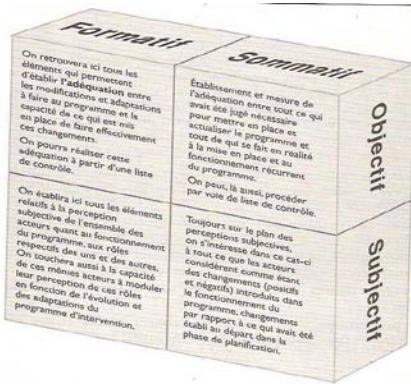


Figure 2. Modèle intégrateur cube : la phase « *pendant* »

La phase « *après* », qui correspond habituellement à la dimension sommative, évalue l'atteinte des résultats et des buts qui ont été retenus au début du programme. Elle cherche aussi à déceler l'amélioration des conditions telle qu'exprimée au début du programme. L'évaluation pendant la phase « *après* » d'un programme ne signifie pas que le programme doit être terminé pour qu'on puisse mesurer ses effets. Cette phase d'évaluation peut être entreprise une fois que le programme est implanté et qu'il remplit un certain niveau de maturité et de stabilité acceptable (Alain et Dessureault, 2009). Plusieurs critères peuvent être mesurés pendant cette phase. L'efficience et l'efficacité d'un programme qui informe sur les résultats atteints surviennent pendant cette étape.

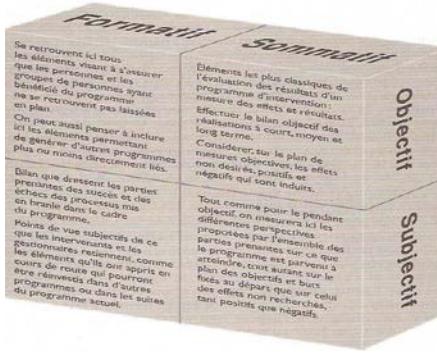


Figure 3. Modèle intégrateur cube : la phase « après »

Le Tableau 1 synthétise les dimensions qui s'appliqueront à l'évaluation du programme à l'étude.

Tableau 1
Synthèse de la phase après du modèle intégrateur cube

Dimension	Formative	Summative	Questions posées
Objective	Faire un suivi des usagers et de la pérennité du programme.	Mesurer les résultats, effets et impacts désirés ou non désirés, positifs ou négatifs.	Quels sont les effets à court, moyen et long terme? À quel point les personnes cibles ont-elles vu leurs conditions modifiées positivement par le programme?
Subjective	Examiner les succès et échecs des processus du programme, les points de vue des intervenants et des gestionnaires par rapport à ce qu'ils ont appris et qui pourrait servir à d'autres programmes.	Ressortir les perceptions des parties prenantes sur les résultats par rapport aux objectifs et buts du programme, tout en abordant les effets désirés et non désirés, positifs ou négatifs.	Le programme a-t-il produit des conséquences et des effets non recherchés?

3.3 Les indicateurs de l'évaluation de l'efficacité d'un programme

Les indicateurs qui servent à mesurer l'efficacité du PSO de Jonquière découlent d'une étude qui avait pour objectif de déceler la perception de l'efficacité selon le point de vue de 73 acteurs associés à un même programme. L'étude mesurait également sur une échelle d'un à quatre l'influence que peuvent avoir certains facteurs sur cette perception mesurée (Gervais et al., 2009). À partir de ces résultats, Gervais et ses collègues ont élaboré un outil avec lequel ils ont mesuré l'efficacité de plusieurs programmes. En fin de compte, ils ont identifié cinq thématiques essentielles à

l'évaluation de l'efficacité d'un programme.

- 1) La dimension structurelle (ressources et structure);
- 2) La dimension opérationnelle (processus, activités et comportements);
- 3) La dimension systémique (environnement externe du programme);
- 4) La dimension stratégique (les politiques et les pratiques de gestion);
- 5) La dimension spécifique (résultats et impacts).

Ce chapitre a permis de mettre l'emphase sur les modèles d'évaluation qui détermineront les dimensions qui seront mesurées. En somme, afin de renforcer les outils de mesure, le modèle intégrateur cube et le modèle conceptuel de Gervais et al. (2009) ont été combinés. En somme, chacun des cinq indicateurs de Gervais et de ses collègues sera relié à la phase « *après* » du modèle intégrateur cube. Ainsi, ces cinq dimensions seront entrecroisées avec les dimensions objectives à l'aide d'entrevues individuelles. Elles seront alimentées par la dimension subjective des questionnaires. Quant à la dimension formative, elle sera alimentée par les aspects structurels, opérationnels, systémiques et stratégiques du programme. La dimension sommative correspondra aux effets du programme (dimension spécifique) et sera soutenue par les dimensions subjectives et objectives. Cette combinaison permettra de faire ressortir les thèmes qui doivent être pris en compte dans la confection des guides d'entrevues et des questionnaires. Elle servira également à structurer l'analyse des données.

CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour but d'exposer les méthodes utilisées afin d'atteindre les objectifs de l'étude. Le devis de recherche ainsi que les raisons qui ont motivé son choix y sont relatés. Par la suite, la méthode mixte ainsi que son adéquation pour atteindre les objectifs de l'étude sont expliquées. Les stratégies de collecte de données, les méthodes d'analyse de ces dernières ainsi que le recrutement des participants sont présentés dans les trois sections suivantes. Les aspects éthiques, dont l'essentiel couvre le respect de la confidentialité des participants et des informations, sont finalement abordés.

4.1 Modèle implicite d'évaluation

Le devis de cette étude n'est ni expérimental, ni quasi expérimental. Il rentre dans la lignée des modèles implicites. De tels modèles d'évaluation permettent de mesurer l'effet d'un programme sur les usagers sans avoir à comparer un groupe expérimental avec un groupe témoin (Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2010). Même si ces modèles sont jugés moins rigoureux, ils demeurent une alternative dans les cas où les effets observés découlent de l'intervention d'un programme, comme souligné par le Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux (2010) « *par contre, ils [les modèles implicites] peuvent s'imposer dans les cas où l'on peut soutenir logiquement qu'un résultat est attribuable au programme* »(p.54).

L'utilisation de ce genre de modèle, d'ailleurs très répandue, s'explique aussi par l'absence de mesures de la situation des usagers avant leur entrée au programme. De plus, les contraintes de temps et de ressources ont complexifié la constitution d'un groupe témoin pour cette étude. Il faut souligner que ces difficultés expliquent la légitimité de l'utilisation de ce type de devis pour évaluer l'efficacité, comme l'explique le Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux (2010) : *Il arrive parfois que ce modèle soit le seul utilisable, lorsqu'il n'existe pas de mesures antérieures au programme ni de groupe témoin* (p.54). De plus, une étude expérimentale était irréaliste à cause du manque de ressources et des contraintes de temps. Sur un autre plan, les modèles implicites sont plus souples, plus polyvalents et plus faciles à réaliser (Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2010).

Plus spécifiquement, le modèle implicite avec des mesures antérieures rétrospectives a été appliqué à la présente. Les mesures qui ont servi à évaluer l'efficacité d'un

programme peuvent être prises après ou pendant l'intervention destinée aux usagers. Compte tenu des effets immédiats du TSO ainsi que des taux d'abandon et de rétention non négligeables dans ces programmes, il a été décidé, avec l'accord des responsables, d'inclure les participants qui sont dans le programme depuis au moins six mois. L'écart entre les situations des usagers avant et six mois après le début des interventions permettra de déterminer le niveau d'efficacité du programme (Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2010).

4.2 Méthode de recherche mixte et participative

L'étude s'inscrivait dans une méthode d'évaluation mixte. Selon Pluye (2012) une évaluation mixte est un type d'évaluation dans lequel un expert ou une équipe d'experts combine les méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation (approches et [ou] devis et [ou] techniques de collecte et d'analyse de données) dans le but d'approfondir la compréhension et la corroboration des résultats d'évaluation des programmes. En pratique, une méthodologie mixte combine des aspects qualitatifs et quantitatifs tout au long de la démarche de l'évaluation. Trois conditions doivent être remplies dans le cadre d'une étude mixte.

La première consiste à combiner des données qualitatives et des données quantitatives. D'ailleurs, une des forces de cette étude s'appuyant sur une méthode mixte demeure dans le fait qu'elle offre la possibilité de combiner ces deux types de données pour mieux comprendre un phénomène. C'est une approche qui est fréquemment utilisée en évaluation de programme dans la mesure où elle fournit des explications approfondies qui permettent de mieux comprendre certains phénomènes, comme le suggèrent (Pluye, 2012). Ainsi, des données qualitatives et des données quantitatives ont été collectées afin d'intégrer les principales informations.

Ensuite, la dimension qualitative doit permettre d'alimenter la dimension subjective et vice et versa. *La partie qualitative d'une évaluation mixte peut fournir une meilleure compréhension du développement des programmes complexes (planification, implantation et pérennisation), et une compréhension approfondie des raisons pour lesquelles ces programmes fonctionnent bien dans certains contextes (ou ne fonctionnent pas dans d'autres situations)* (Pluye, 2012). Alors que les données qualitatives ont

favorisé une meilleure compréhension des phénomènes à l'étude, les données quantitatives quant à elles, ont fourni des informations objectives sur le programme et sur les usagers. Les évaluations quantitatives examinent habituellement des associations de facteurs (par exemple, des causes et leurs effets) pouvant être généralisées à toute une population (Pluye, 2012). La combinaison concomitante des méthodes qualitatives et quantitatives s'est poursuivie dans la confection des outils de collecte de données, pendant la phase de la collecte et celle de l'analyse des données.

L'étude a également opté pour une évaluation participative ayant impliqué les responsables et les intervenants du programme dans le but de mieux cadrer les attentes respectives. Ainsi, une première rencontre avait été organisée avec les responsables du programme dans le but de recueillir leurs attentes, les aspects à étudier, les objectifs, etc. par rapport à l'évaluation. Ensuite, dans une autre réunion, les objectifs ainsi que les démarches de l'évaluation ont été proposés. À la suite de cette rencontre, l'étude a été restructurée pour que les objectifs d'évaluation correspondent aux souhaits du programme. Aussi, avec les responsables du programme, un certain nombre d'interrogations sur quelques aspects éthiques et sur les modalités de collecte de données ont été soulevées. Ces discussions ont favorisé une vision commune de la démarche éthique, comme recommandé par le Comité éthique de la recherche du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (voir résumé au 4.6 du chapitre).

4.3 Collecte de données

Les stratégies et les méthodes sur lesquelles est appuyée la collecte des données de l'étude sont exposées dans les prochains paragraphes.

4.3.1 Stratégies de collecte de données

Cette section de l'étude déroule les stratégies de collecte des données utilisées pour réaliser nos objectifs de recherche. Le premier objectif qui consistait à dresser le profil des usagers, leurs besoins et leurs attentes a été documenté à l'aide des questionnaires et des guides d'entrevue adressés aux usagers et aux professionnelles. Ils ont servi à collecter des données quantitatives et qualitatives.

La réalisation du deuxième objectif qui consistait à analyser les services offerts par

le programme dans le but de faire ressortir leur cohérence avec les besoins et attentes des patients nécessitait l'utilisation de plusieurs outils de collecte de données. Une analyse de documents internes tels que la programmation du programme, l'organisation des ressources, etc. a été menée pour documenter les dimensions structurelle, opérationnelle et stratégique. Les entrevues individuelles et les questionnaires ont permis de fournir des informations complémentaires ou de renforcer celles collectées lors de l'analyse documentaire.

Pour atteindre le troisième objectif qui consiste à relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs spécifiques de départ, le « modèle intégrateur cube » et « des cinq dimensions de l'évaluation de l'efficacité d'un programme » ont été combiné. La dimension spécifique de Gervais et de ses collègues (2009), les indicateurs de la phase après ainsi que les aspects sommatifs subjectifs et objectifs (Alain et Dessureault, 2009) ont permis de bâtir les questionnaires et les guides d'entrevue. Les questions ont porté sur les effets recherchés et non recherchés produits par le programme. Une série d'entrevues semi-dirigées individuelles a été organisée afin de collecter les perceptions des effets du programme de toutes les parties prenantes ciblées par l'évaluation. Des questionnaires leur ont été également soumis dans le but de mesurer quantitativement ces effets.

Pour atteindre le quatrième objectif qui cherche à faire ressortir les points forts et les points faibles du programme, afin de proposer des recommandations selon les effets relevés, des entrevues individuelles ont été menées avec toutes les parties prenantes. Elles ont permis de collecter des données qui ont informé sur la dynamique interne ainsi que des forces et faiblesses du programme. Également, les questionnaires destinés aux usagers et aux intervenants ont servi à mesurer quantitativement les points forts et les points faibles du programme.

À l'aide de la revue rapide de la littérature sur les meilleures pratiques des programmes de substitution aux opiacés au plan international, les pratiques qui produisent des effets positifs sur les usagers ont été identifiées. Une revue rapide de la littérature est adoptée étant donné que c'est une méthode appropriée pour réaliser une revue de la littérature lorsque le temps, les moyens financiers et l'accès au soutien

externe sont limités. Une revue rapide est aussi adoptée dans les cas où des décideurs, des parties prenantes, etc. ont besoin d'un accès rapide aux connaissances qui traitent de manière succincte et méthodique une grande portée de preuves scientifiques. Une étude menée en 2008 par Khangura et ses collègues révélait que, malgré les différences évidentes entre les revues rapides et les revues complètes, les conclusions essentielles des revues rapides et des revues de littérature plus complètes ne montrent pas de grandes différences (Khangura, Konnyu, Cushman, Grimshaw et Moher, 2012).

Le cinquième objectif qui consiste à formuler des recommandations afin d'améliorer l'efficacité du programme a été documenté à partir de l'analyse des résultats découlant des entrevues individuelles, des questionnaires, de l'analyse de documents internes ainsi que de la revue rapide de la littérature.

4.3.2 Méthodes de collectes de données

Pour rappel, cette étude s'inscrit dans une évaluation qui intègre les principales parties prenantes du programme dans la stratégie de collectes des données. Les participants dans le cadre de cette étude étaient constitués des usagers, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des responsables du programme.

L'échantillonnage

Pour les besoins du volet quantitatif de l'étude, un échantillon de convenance constitué de 39 usagers (sur les 130 usagers que compte le programme) a été considéré. Les professionnels qui ont participé à l'étude étaient constitués de deux infirmières, un travailleur social, de la responsable du programme et de la coordonnatrice clinique du programme. Pour ce qui est des pharmaciens et des médecins, compte tenu de leur homogénéité, un échantillon de volontaires constitué de deux médecins et d'un pharmacien pour répondre au questionnaire a été choisi.

Tableau 2

Échantillon des participants pour les questionnaires

Parties prenantes	N
Usagers	39
Intervenants sociaux	01
Personnel de direction du programme	02
Médecins	02
Pharmaciens	01
Infirmières	02
Total	47

Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de huit usagers et de neuf professionnels. Les usagers ont été choisis sur une base volontaire. Toutes les personnes qui ont participé à une entrevue individuelle ont également répondre au questionnaire.

Tableau 3

Échantillon des participants pour les entrevues individuelles

Parties prenantes	N
Usagers	08
Intervenants sociaux	02
Personnel de direction du programme	02
Médecins	02
Pharmaciens	01
Infirmières	02
Total	17

Les outils de collecte de données

Les questionnaires, basés sur le modèle intégrateur cube et sur les cinq dimensions de l'efficacité d'un programme, ont été adressés à 39 usagers et à neuf professionnels du programme et un pharmacien. Les questionnaires autoadministrés ont fourni des données quantitatives sur les caractéristiques, les besoins des usagers, les points forts et les points faibles ainsi que sur l'efficacité du programme. Des questionnaires, confectionnés à l'aide de l'échelle de Likert pour collecter des informations sur les situations sociosanitaires des usagers, ont été utilisés. L'échelle de Likert est un outil psychométrique qui mesure une attitude. Elle peut contenir cinq à sept degrés qui permettent aux participants d'exprimer leur niveau d'accord ou de désaccord par rapport à une affirmation ou à une question. Dans le cadre de cette étude, l'échelle de Likert à cinq points a été choisie. Les participants devaient coter leur réponse de 1 à 5 (1 = mauvaise; 2 = moyenne; 3 = bonne; 4 = très bonne et 5 = excellente). En matière de consommation de drogues et de

comportement à risque, les réponses pouvaient être évaluées de 1 à 5 (1 = presque tous les jours; 2 = fréquemment; 3 = assez souvent; 4 = rarement et 5 = jamais). Lors de la collecte de données, ces échelles ont été expliquées aux participants.

- Presque tous les jours : 6 à 7 jours par semaine, fréquemment : 4 à 5 jours par semaine,
- Assez souvent : 2 à 3 jours par semaine,
- Rarement : 1 jour par semaine
- Jamais : aucun

Afin de comparer les réponses fournies par les usagers et les professionnels sur l'efficacité du programme, les mêmes questions sur les situations avant et après des usagers leur ont été posées.

Les entrevues individuelles ont permis de collecter des données qualitatives auprès de toutes les parties prenantes du programme. Ces entrevues individuelles ont été menées à l'aide de guides d'entrevue. Les guides d'entrevues ont été confectionnés à partir du modèle intégrateur cube qui a servi à dresser une liste de questions en fonction des dimensions objective, subjective, sommative et formative. Les questions des guides d'entrevue ont été choisies à l'aide des cinq dimensions de l'évaluation de l'efficacité du programme. Spécifiquement, les guides d'entrevue ont permis aux participants de livrer leurs perceptions sur le programme, ses effets et leur pérennité.

Les entrevues individuelles ont eu lieu dans les locaux du CRD ou dans une salle à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elles ont duré environ 90 minutes et ont été enregistrées sur un support audio. Pour leur analyse, elles ont été retranscrites sous forme de verbatim.

L'analyse documentaire a été réalisée à partir des documents internes au programme. Elle a fourni des données qualitatives et quantitatives qui ont permis de mieux comprendre les aspects organisationnels du programme et d'en déceler les points forts et les points faibles. L'objectif était de proposer des améliorations dans l'organisation et le fonctionnement du programme.

Finalement, une revue rapide des écrits basée sur des rapports et des articles de

recherche informant sur les meilleures pratiques au sein des programmes de substitution aux opiacés ont permis d'une part de documenter les pratiques exemplaires en matière de prise en charge des usagers des PSO et d'autre part d'alimenter les recommandations qui ont été formulées.

La revue rapide de la littérature a été limitée aux pratiques qui démontrent l'efficacité des produits de substitution et des interventions ou des thérapies psychosociales en recueillant uniquement des revues systématiques ou simples consacrées au TSO. Cette stratégie permet d'avoir un plus grand nombre d'études sur le sujet. La revue rapide sur des articles publiés dans des revues scientifiques et publiés en anglais ou en français. Les dissertations, les lettres, les éditoriaux, les critiques de livres et les chapitres de livres, les protocoles de recherche et les études qui ne sont pas des revues de la littérature sont exclus.

Une première recherche bibliographique complète en aout 2017, actualisée en février 2018 a été effectuée. Pour des enjeux de ressources, une autre mise à jour des études sur le sujet en 2019 n'a pu être réalisée. Quatre bases de données électroniques couvrant des recherches publiées dans le domaine de la santé et des interventions sociales ont été considérées : MEDLINE, PsycINFO, CINAHL et Cochrane. Une combinaison de vedettes-matières médicales et de termes de recherche textuels pour les bases de données a été utilisée. La recherche a été menée avec l'aide d'un spécialiste de l'information de la bibliothèque de l'Université du Québec à Chicoutimi. Les bases de données électroniques utilisées, les termes de recherche sont : substitution treatment, opiate, impact, effects, outcomes, effectiveness, retention, access, accessibility, evidence, practice, best practice, methadone, naloxone, therapy, mental health, mental illness, mental disorder et health. L'équivalent de ces mêmes mots en français a également été utilisé dans la recherche. Pour des références supplémentaires, nous avons consulté la bibliographie des études incluses. Des revues systématiques pertinentes ont été trouvées à l'aide de recherches électroniques afin d'éviter le chevauchement avec les études précédentes.

4.4 Le recrutement des participants

4.4.1 Les usagers participants

Pour participer à l'étude, les participants devaient remplir les critères suivants :

- Être âgé de 18 ans ou plus (pour tous les participants);
- Être apte à consentir (pour tous les participants);
- Recevoir les services du PSO du CRD de Jonquière depuis au moins six mois (pour les usagers);

En ce qui concerne le recrutement des usagers, le premier contact a été fait par une des infirmières ou un des travailleurs sociaux du programme par un contact direct ou par contact téléphonique. La personne leur présentait sommairement le projet et leur demandait leur accord pour transmettre leurs coordonnées à la personne chargée de faire le recrutement. Ainsi, les usagers qui ont souhaité participer à l'étude ont laissé leur contact téléphonique aux infirmières ou aux intervenants sociaux qui les ont transmis par la suite à la personne qui recrutait les participants. Ensuite, cette dernière a pris contact par téléphone avec les participants référencés par ces professionnels. Elle a convenu avec ceux qui voulaient toujours participer à l'étude d'une rencontre pour faire signer un formulaire de consentement avant de répondre au questionnaire et aux questions du guide d'entrevue.

4.4.2 Les professionnels participants

Pour participer à l'étude, les professionnels devaient répondre aux critères suivants :

- Être professionnel de la santé intervenant auprès des usagers du PSO du CRD de Jonquière (médecins ou infirmières ou pharmaciens);
- Être travailleur social du programme auprès des usagers dans le cadre du PSO du CRD de Jonquière;
- Être responsable du PSO du CRD de Jonquière et être informé des aspects organisationnels et du fonctionnement du programme (la coordonnatrice clinique et la responsable du programme).

Quant aux professionnels, plusieurs d'entre eux avaient déjà assisté aux rencontres de préparation de l'évaluation pour en déterminer les objectifs et autres modalités. Ils ont

par la suite confirmé leur volonté de répondre aux questions. Ils ont été contactés directement par téléphone pour convenir de la date de l'entrevue et du remplissage du questionnaire. Avant de procéder à la passation du guide d'entrevue ou du questionnaire, ces personnes ont également signé un formulaire de consentement.

4.5 L'analyse des données

Pour les besoins de l'analyse des données, rappelons que des informations qualitatives et quantitatives ont été collectées. Les données qualitatives, souvent utilisées dans l'étude de phénomènes complexes (Dagenais et Ridde, 2009), comme la dépendance, ont permis de décrire le vécu des participants. L'analyse qualitative reposait sur la perception des participants et s'est intéressée à la description des services reçus, à la satisfaction ainsi qu'aux effets perçus du programme.

Une démarche inductive pour conduire cette analyse a été retenue. Selon Blais et Martineau (2006), l'analyse inductive est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche (Blais et Martineau, 2006). Selon l'auteur, l'analyse inductive comprend trois phases. La retranscription textuelle sous forme de verbatim des entrevues enregistrées constitue l'étape initiale. Le codage des informations contenues dans ces verbatims constitue la deuxième étape. Elle a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO 10. Cette phase comprenait la lecture des verbatims dans le but de les comprendre, de les synthétiser, d'en extraire les idées et de les classer en thèmes. Une fois cette phase analytique terminée, les données ont fait l'objet d'une interprétation.

Quant aux données quantitatives, elles ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse de données quantitatives SPSS28. Certaines des données quantitatives ont servi à dresser le profil des usagers des services du PSO du CRD de Jonquière afin de mieux adapter les interventions à leurs besoins (Simmat-Durand et al., 2013). D'autres données quantitatives ont servi à évaluer les services du programme et à mesurer l'efficacité du programme. Des analyses statistiques descriptives présentées sous forme de fréquence, de pourcentage et de moyenne ont été réalisées afin de dresser le profil des usagers. Le test de Wilcoxon a été utilisé pour effectuer des comparaisons entre les situations pré et post

intervention des usagers dans le but de mesurer l’efficacité du programme. Les rangs du test découlent des données collectées par les questionnaires basés essentiellement sur l’échelle de Likert. La présentation des résultats s’est faite selon l’approche complémentaire qui suggère que les résultats qualitatifs et quantitatifs sur un même thème soient présentés d’une façon juxtaposée.

4.6 Quelques considérations éthiques

Cette étude a obtenu l’approbation du Comité éthique de la recherche du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Comité d’éthique de la recherche de l’Université du Québec à Chicoutimi. Tout au long du processus, des efforts considérables ont été déployés pour se conformer aux exigences éthiques de l’organisme. Comme mentionné auparavant, les potentiels participants ont été informés de leur droit d’accepter ou de refuser de participer à la recherche, ainsi que leur liberté de retirer leur participation de la recherche en tout temps sans préjudice. Avant la collecte des données, un formulaire de consentement expliquant le projet de recherche ainsi que les modalités de participation a été remis à chaque participant. C’est seulement après cette démarche que l’entrevue ou le questionnaire a commencé. Toutes les informations collectées ont été anonymisées et tenues confidentielles. Chaque entrevue complétée s’est vu attribuer un code accessible aux responsables du projet de recherche uniquement.

Ce chapitre a permis d’exposer les différentes méthodes qui ont servi à identifier les participants, à déterminer la manière de les recruter, de collecter et d’analyser les données afin de produire les résultats. Le prochain chapitre exposera les informations qui permettront d’émettre un jugement sur l’efficacité du programme ainsi que ses forces et ses faiblesses.

CHAPITRE 5: RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation du PSO de Jonquière. Les données rapportées ont été collectées par le biais d'entrevues individuelles et de questionnaires de février 2016 à février 2017. Au total, 17 entrevues individuelles ont été réalisées auprès de huit patients, huit employés du programme et un pharmacien. Les questionnaires ont été soumis aux 47 participants constitués de 39 usagers, de sept professionnels du programme et d'un pharmacien externe au programme. La présentation des résultats est structurée de sorte que les données quantitatives et qualitatives sont présentées séparément, mais regroupées sous les mêmes thèmes. D'abord, les résultats quantitatifs sont exposés et les perceptions viennent approfondir la compréhension ou les nuances de ces informations. Dans ce chapitre sont présentées les caractéristiques des participants en premier. Les effets engendrés par le programme sont ensuite exposés. Pour terminer ce chapitre, les forces et les faiblesses du programme sont déclinées autour des dimensions structurelle, opérationnelle, systémique et stratégique.

5.1 Caractéristiques des usagers participants

Cette section présente les caractéristiques des usagers qui ont participé aux entrevues et aux questionnaires. Ces informations sont consignées dans les Tableaux 4 et 5. Les motivations qui ont amené les usagers à s'inscrire aux activités du programme et les attentes qu'ils avaient envers le programme seront exposées par la suite.

5.1.1 Profil sociodémographique

Selon les résultats, plus de la moitié des usagers-participants sont des hommes (64.1 %). Une grande proportion (66.6 %) appartient à la catégorie d'âge de 18-29 ans. Les plus hautes études pour plus de la moitié des usagers-participants (52.6 %) sont des études secondaires. La majorité des usagers (83.3 %) gagne un revenu annuel de moins de 11 000 \$. Les célibataires représentent 76.9 %. Les usagers-participants qui occupent un emploi régulier ou occasionnel représentent 55.3 %. Toujours selon les données recueillies, 87.2 % des usagers- participants vivent dans des appartements. En ce qui concerne le moyen de transport utilisé par les usagers pour se rendre aux différents services liés au programme, 61.1 % des usagers- participants utilisent leur voiture personnelle. Les données révèlent également que 22.9 % des participants sont en instance de jugement ou de sentence liée à des activités criminelles.

Tableau 4

Profil sociodémographique des usagers-participants

Caractéristiques	N	%
Sexe		
Homme	25	64.1
Femme	14	35.9
Âge		
18-29	26	66.6
30-39	9	23.1
40-59	2	5.1
60-69	2	5.1
Plus haut niveau d'éducation		
Secondaire	20	52.6
Cégep	6	15.8
Université	3	7.8
DEP	11	21.05
Situation matrimoniale		
Célibataire	30	76.9
Marié	1	2.6
Conjoint de fait	7	17.9
Veuf-Veuve	1	2.6
Revenu annuel		
-5 000 \$	22	61.1
5 000-10 999 \$	8	22.2
11 000- 19 999 \$	4	11.1
40 000-49 999 \$	1	2.8
50 000 \$ et +	1	2.8
Source de revenus		
Revenu/assurance-emploi	18	36.8
Travail régulier ou occasionnel	21	55.3
Autre	6	15.8
Lieu pour dormir		
Appartement	34	87.2
Parents	4	10.3
Autres	1	2.6
Moyen de transport		
Voiture personnelle	22	61.1
Taxi	4	11.1
Transport en Commun	13	36.1
À pied	6	16.7
Autres (parents, amis, sur le pouce, etc.)	4	11.1
Problèmes avec la justice		
Mandat d'arrêt	3	8.6
Instance de jugement-sentence	8	22.9
Probation ou libération conditionnelle	5	14.3
Non applicable	24	68.6

5.1.2 Profil sanitaire, comportements à risque et habitudes de consommation

Plus de la moitié des usagers-participants a déclaré souffrir de douleurs chroniques. L'étude révèle deux sources de dépendances aux opiacés. En effet, les données qualitatives indiquent que certains usagers-participants ont développé la dépendance aux opiacés à la suite de consommation de médicaments analgésiques pour apaiser des douleurs dues à une maladie. D'autres usagers-participants ont développé une dépendance aux opioïdes en consommant des opioïdes illicites. Les informations fournies par les usagers-participants et les professionnels viennent confirmer ces informations.

[...] au moins, la moitié de ma clientèle qui a entre 35 et 65 ans est constituée de gens qui sont devenus dépendants en soignant des douleurs chroniques. Donc, ce sont des gens qui souvent ont eu des problèmes de lombalgie, des problèmes au dos [...]. À la suite de chirurgies, des maux ou des difficultés, ils ont eu des opiacés prescrits par le médecin et donnés par le pharmacien [...]. Ent. P1¹

J'avais des douleurs chroniques. J'ai eu une opération [...]. Et puis cela faisait six ans que j'attendais d'avoir un rendez-vous à la Clinique de la douleur. Et en attendant, les médecins m'avaient donné de la morphine. Vu que ça faisait six ans, le corps s'habitue tout le temps, on veut vraiment une dose plus forte. Ent. U1²

(...) j'ai eu des problèmes de drogue toute ma vie. Ça a commencé très tôt, j'ai commencé à consommer à 13 ou 14 ans. Ent. U2

Ils ont des rapports différents avec le programme.

Douleur chronique, bien moi je pense que les clients qui sont devenus dépendants par consommation suite à une chirurgie, un accident ou des choses comme ça, ont moins de délinquance, de profil de délinquance. De justice aussi, c'est des clients qui vont être plus stables dans leur vie quand même. Soit ils vont avoir un travail, ils vont avoir une famille, ils vont avoir des enfants, des choses comme ça. Leurs vies sont plus stables. Donc on est capable de les ramener sur le programme plus facilement. Ça demande... ils reviennent... c'est ça, ils viennent sur le programme et ils embarquent plus facilement que les gens qui consomment pour consommer, qui ont vraiment le profil de consommateur, de délinquance. Ent. P5

Les résultats ont également montré que plusieurs usagers rencontrent des problèmes de santé mentale ou psychiatriques concomitants à la consommation d'opioïdes. Au total, 66 % des participants ont déclaré avoir eu un diagnostic de problème de santé mentale.

¹ Les verbatims suivis par Ent. P ont été fournis par les professionnels du programme

² Les verbatims suivis par Ent. U ont été fournis par les usagers

Plus de la moitié des usagers-participants souffrent de dépression, de trouble d'anxiété ou des deux simultanément.

[...] c'est beaucoup, mais beaucoup de problèmes de santé mentale ou de traits de santé mentale. Beaucoup de troubles anxieux, beaucoup de troubles concomitants.
Ent. P5

Il y a des gens dont le profil de consommation est plus important et souvent lié à des comorbidités comme des maladies psychiatriques, maladies bipolaires, troubles dépressifs, schizophrénie parfois. Ent. P5

Je suis un gars qui est trop anxieux. J'ai fait beaucoup d'anxiété très tôt. Je ne peux pas le cacher depuis mon enfance, mais j'ai trop vécu avec cette anxiété. Ent. U7

Plusieurs usagers-participants expliquent les conséquences générées par leur dépendance aux opioïdes et déplorent la stigmatisation dont ils font l'objet ainsi que la manière dont celle-ci contribue à renforcer leur isolement.

Je ne pensais pas qu'il y'a encore autant de stigmatisation et de préjugés, c'est fou, c'est dans tous les milieux. Ent. U6

À l'urgence de [nom de la localité], ils nous traitent, nous les toxicomanes, comme les pires espèces, c'est terrible! Ent. U3

C'est parce que je me suis beaucoup isolé à cause de ma condition. Ent. U2

[...] des toxicomanes qui en sont parfois en situation d'itinérance ou en tout cas vraiment désaffiliés socialement, avec un réseau social très faible [...]. Ent. P6

De plus, certains usagers-participants ont affirmé vivre dans une précarité financière due en partie par le fait que leurs conditions ne leur permettent pas d'occuper un emploi, ce qui les expose à une certaine marginalité.

Je suis pris avec mon petit chèque, parfois je reste deux semaines sans manger, il faut que j'aille à la Soupe populaire. Ent. U2

Je ne peux plus travailler, je ne serais pas honnête de passer une entrevue et dire que je suis capable de travailler. Je ne suis plus capable de travailler, je fais une demi-heure et j'ai mal au dos. Ent. U3

C'est des gens souvent qui ont de faibles revenus [...]. Mais majoritairement, c'est plus des gens qui sont très marginaux, qui, à cause de cette consommation, n'ont pas pu garder un emploi. Ent. P8

En matière de consommation de drogues, le cannabis est la drogue la plus consommée par les participants. L'endroit le plus utilisé pour consommer de la drogue se

trouve être au domicile des participants. Parmi les usagers-participants qui s'injectent de la drogue, ceux qui utilisent les seringues neuves représentent 45.9 %. En ce qui a trait aux comportements à risque liés au sexe, 32.3 % des usagers-participants ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés au cours des trois derniers mois. Sept usagers-participants ont affirmé avoir été des travailleurs du sexe. Parmi eux, cinq ont déclaré utiliser systématiquement un préservatif lors des relations sexuelles alors les deux autres n'en utilisaient jamais. Il convient de signaler que pour une de ces deux personnes, ce sont des relations sexuelles entretenues avec des connaissances et que celles-ci constituaient un échange avec d'autres faveurs non pécuniaires, comme de la nourriture.

L'analyse des données qualitatives informe sur une clientèle présentant différents profils, mais vivant des situations sociosanitaires complexes. Certains ont mentionné avoir commencé à consommer une drogue illégale dès le bas âge. Le parcours de consommation de substances illicites des usagers est influencé par plusieurs facteurs sociaux, familiaux et environnementaux, notamment la tentative de gérer des problèmes familiaux ou à l'école ou encore la fréquentation de personnes usant de substances illicites. De plus, souvent, la consommation de drogues commence par l'usage de substances plus douces pour graduellement s'amplifier avec des drogues plus puissantes.

C'est des clients qui ont des historiques à l'enfance très difficile, avec les Centres jeunesse, qui ont eu beaucoup d'intervenants toute leur vie autour d'eux et à l'âge adulte, ils veulent plus ou moins embarquer dans ce genre de système. Ent. P6

Il s'agit d'une clientèle d'abord assez jeune, moins de trente ans en général, qui ont commencé à consommer vers l'âge de 10-12 ans. Ils ont commencé à consommer des produits plus « légers » comme le cannabis, l'alcool et puis, qui tranquillement continuent d'évoluer en fait dans le réseau social des consommateurs où on essaie progressivement toutes sortes de produits. Puis ils deviennent un moment donné dépendants aux opiacés. Ent. P7

[...] je n'ai jamais eu l'impression d'être comme tout le monde. Et le monde ils riaient tout le temps de moi et je me faisais écœurer souvent. Jusqu'à ce que je commence à prendre de la drogue, et là ils ne m'écœuraient plus, ils ne m'approchaient plus. Ent. U2

En somme, les résultats révèlent des profils de patients diversifiés impliquant l'existence de besoins aussi différents. Les détails sur les caractéristiques des usagers-participants informent sur le type de services qui pourraient leur être fournis.

Tableau 5

Santé, comportements et habitudes de consommation des usagers

Caractéristiques	N	%
Douleurs chroniques		
Oui	20	51.3
Non	19	48.7
Problème santé mentale		
Trouble anxieux	18	62.1
Dépression	18	62.1
Trouble bipolaire	1	3.4
Autres	3	10.3
Drogue consommée au cours des 12 derniers mois		
Héroïne	7	9.80
Cocaïne intraveineuse	6	13.73
Injection d'autres drogues	7	15.69
Médicaments sans prescription	16	25.49
Marijuana	10	29.41
Aucune	4	10.5
Endroits pour prendre la drogue		
Domicile	26	40.3
Toilettes publiques	4	10.8
Rue, piquerie, etc.	3	8.1
Non applicable	11	29.7
Matériel		
Seringues neuves	17	45.9
Seringues usagées	1	2.7
Non applicable	20	54.1
Utilisation de condom pour les travailleurs de sexe		
Jamais	2	5.4
Toujours	5	13.5
Non applicable	30	81.1
Utilisation de condoms		
Jamais	10	32.3
Toujours	15	48.4
Quelquefois	6	19.4

5.1.3 Motivations et attentes des usagers envers le programme

Certains des usagers-participants ont déclaré qu'ils n'avaient pas d'attentes clairement identifiées lors de leur entrée au programme en dehors de celle d'arrêter de consommer des opioïdes. Quelques-uns avaient déjà essayé sans succès de cesser la consommation d'opioïdes sans aide. Pour certains usagers-participants, le programme pouvait les aider à cesser de consommer des drogues gratuitement et sans ressentir des symptômes de sevrage. La plupart voulaient accéder à des services variés et de qualité.

Pour d'autres usagers-participants, les attentes envers le programme étaient de bénéficier des résultats positifs que leurs pairs leur avaient rapportés. Des motivations plus spécifiques ont été abordées notamment, reprendre le contrôle de leur vie, avoir une vie normale, reprendre le travail, se rapprocher de leur famille ou réintégrer la société.

[...] parce qu'on veut un jour aussi réintégrer la société, on veut arrêter de courir après la drogue tout le temps. Ent. U6

Moi, c'était d'arrêter de consommer de la morphine en ayant le moins de douleurs possible et d'effets secondaires et de sevrage. Pour m'aider au niveau du sevrage. Ent. U4

Oui, je voulais améliorer ma vie. J'ai eu un cancer, j'ai eu peur de mourir et je n'avais pas envie de mourir, je suis trop curieux pour mourir [...]. Ent. U2

« J'avais un bon travail, il fallait que je retourne au travail, j'étais endetté. Et puis je me disais que je ne serais pas capable de recommencer à travailler tout en m'injectant [...]. J'ai pris la décision de chercher par internet pour voir les meilleures solutions pour pouvoir arrêter. Ent. U7

Parfois, c'est des raisons plus dramatiques comme des accidents au niveau de la consommation, des accidents au niveau du sevrage qui font en sorte que les gens se présentent désorganisés dans des urgences et puis c'est les médecins des urgences qui nous réfèrent ces individus. Ent. P7

Certains usagers participants ont demandé à suivre le programme de leur propre initiative tandis que d'autres l'ont intégré à la suite d'une recommandation de leur médecin de famille, d'un organisme (Clinique de douleur, par exemple) ou de celle de leur propre famille.

Je pense qu'au début je faisais plus ça pour ma mère et mon père [...]. Ils ne savaient pas que je consommais et quand ils l'ont appris, ils n'aimaient pas ça. Ent. U2

Donc pour aller à la clinique de la douleur à Jonquière, il fallait que je passe par la désintoxication. Ent. U1

Bien un moment donné, ils sont référés par leur médecin de famille qui dit... là ça n'a plus de bon sens. Ent. P5

En résumé, les usagers-participants présentent des profils sociosanitaires et démographiques diversifiés avec des attentes et des motivations à entrer dans le programme variées. Les facteurs environnementaux et leurs conditions de santé ont été les causes les plus citées pour expliquer leur dépendance. Les comportements à risque

sont clairement indiqués. Ces informations sont importantes dans la mise en œuvre d'une intervention adaptée.

5.2 Caractéristiques des professionnels du programme

Huit des dix questionnaires envoyés aux professionnels ont été répondus. Un pharmacien et un autre employé qui a quitté le programme peu après avoir reçu le questionnaire n'ont pas retourné ce dernier. Les professionnels étaient âgés de 30 à 69 ans. La grande majorité était des femmes. Les plus hauts de niveaux d'études se trouvaient entre le cégep et le doctorat. Les professionnels ayant répondu au questionnaire étaient constitués de médecins, de gestionnaire, de coordonnatrice, d'infirmières et de travailleurs sociaux. Le plus grand nombre d'années d'expérience dans leur fonction respective se situait à 20 ans. Le Tableau 6 décrit en détail leurs caractéristiques.

Tableau 6
Caractéristiques des professionnels

Caractéristiques	N	%
Âge		
30 à 34 ans	3	37.5
35 à 39 ans	1	12.5
40 à 44 ans	1	12.5
45 à 49 ans	1	12.5
65 à 69 ans	2	25
Sexe		
Femme	7	87.5
Homme	1	12.5
Plus haut niveau d'éducation		
Cégep	1	12.5
Baccalauréat	3	37.5
Maitrise	2	25
Doctorat	2	25
Fonction occupée dans le PSO		
Coordonnatrice	1	12.5
Gestionnaire	1	12.5
Infirmière	1	12.5
Infirmière chargée du suivi nursing	1	12.5
Médecin	2	25
Pharmacien	1	12.5
Travailleur social	1	12.5
Statut professionnel actuel		
Médecin	2	25
Infirmière	3	37.5
Pharmacien	1	12.5
Travailleur social	2	25
Nombre d'années d'expérience dans cette fonction		
0-5 ans	3	37.5
6-10 ans	2	25
11-15 ans	1	12.5
15-20 ans	2	25

5.3 La dimension spécifique : les effets du programme

Pour mesurer les effets du programme, le test de Wilcoxon a été utilisé pour mesurer l'efficacité du programme. Le test de Wilcoxon sert à comparer la distribution de deux échantillons indépendants. Dans le cadre de cette étude, il a permis de comparer différentes situations de départ des usagers et six mois (au moins) après leur entrée au programme. Les résultats de la comparaison des situations de départ et celles constatées

six mois après l'entrée au programme des usagers sont statistiquement significatifs quand l'intervalle de confiance (valeur P) est inférieur à .05. En d'autres termes, si la valeur P est inférieure à .05, la situation des usagers s'est améliorée au niveau de l'indicateur qui a été évalué. Les réponses qui ont soutenu ces résultats ont été bâties à l'aide de l'échelle de Likert pour collecter des informations sur les situations sociosanitaires des usagers. Par exemple, à la question suivante : Utilisez-vous des condoms dans le cadre du travail de sexe? Les participants devaient faire un choix entre les réponses proposées à savoir : jamais, quelques fois, toujours ou non applicable. De plus, ils devaient coter leur situation avant le programme et au moment de la collecte des données. Afin de comparer les réponses fournies par les usagers et les professionnels sur l'efficacité du programme, les mêmes questions sur les situations avant et après des usagers leur ont été posées.

5.3.1 Les effets psychosociaux et sanitaires

L'analyse quantitative révèle qu'au moins, au bout de six mois de traitement et de suivi, une amélioration statistiquement significative de la situation des usagers a été rapportée par les participants. C'est à dire, aussi bien les usagers participants que les professionnels ont témoigné de la manière dont le programme a contribué à améliorer la qualité de vie des usagers. Le Tableau 7 présente les résultats du Test de Wilcoxon pour les scores sur l'échelle de Likert avant et au moins six mois après l'entrée au programme, selon les usagers.

Tableau 7

Effets sociosanitaires du programme perçus par les usagers

Dimension mesurée	Positive ^a	Neutre ^b	Négative ^c	Test	P
Situation générale	29	8	0	-4.776	.000
État de santé physique	10	28	0	-4.707	.000
État santé mentale	27	6	3	-4.288	.000
Qualité de vie	26	7	1	-4.476	.000
Style de vie	29	5	0	-4.782	.000
Réinsertion sociale et familiale	24	11	2	-4.324	.000
Vie en société	23	10	1	-4.227	.000
Estime de soi	31	4	2	-4.878	.000
Sens positif de la vie	25	7	4	-4.270	.000
Contacts avec le réseau de la santé	27	11	1	-4.191	.000
Insertion professionnelle	19	12	6	-3.142	.002

Note : L'échelle de Likert de 5 points a été utilisée pour cette recherche.

a. Position positive, amélioration des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

- b. Neutre, pas de changement avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.*
c. Différence négative, diminution des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

De prime à bord, tous les aspects des usagers participants évalués montrent une amélioration statistiquement significative, selon les usagers ($p = 0.00$). L'estime de soi, la situation générale, la santé physique et le changement de style de vie constituent les variables qui ont connu le plus de changements positifs, tandis que l'insertion professionnelle, les contacts avec le réseau de la santé, la vie en société, le sens positif de la vie et l'état de santé mentale ont subi moins de changements positifs. L'analyse des données qualitatives fournies par les usagers-participants confirme ces effets mentionnés par les données quantitatives à savoir : conserver un emploi, avoir une vie de couple plus harmonieuse et une meilleure santé mentale et physique.

C'est sûr que si je n'avais pas eu ce programme d'après moi, j'aurais perdu mon emploi. C'est officiel. Si j'avais continué comme avant, j'aurais perdu ma femme, j'aurais tout perdu. Ent. U7

Au début, je n'avais pas une grande estime de moi. Mais avec le temps cela a changé beaucoup et même, je me sens mieux mentalement, comparativement au moment où je prenais des opiacés. C'est officiel. J'ai gagné beaucoup là-dessus. Ent. U6

C'est sûr que je fais plus d'activités, je suis plus actif que je l'étais avant, puis j'ai plus de projets... oui cela a changé ma perspective de la vie. Ent. U4

Ma femme a trouvé que j'ai beaucoup changé [...]. Elle dit souvent : je suis contente de revoir l'homme que j'ai marié dans le temps. C'est vraiment positif. Puis mes enfants me disent aussi que j'ai changé d'approche, puis ils sont bien heureux... et moi je suis content aussi de voir qu'ils s'en aperçoivent. Ent. U7

Le Tableau 8 représente les résultats des Tests Wilcoxon pour les scores de l'échelle de Likert avant et au moins six mois après l'entrée au programme, selon les professionnels.

Tableau 8

Effets sociosanitaires perçus par les professionnels

Dimension mesurée	Positive ^a	Neutre ^b	Négative ^c	Test	P
Situation générale	8	0	0	-2.598	.009
État de santé physique	7	1	0	-2.460	.014
État santé mentale	8	0	0	-2.565	.010
Qualité de vie	8	0	0	-2.598	.009
Style de vie	8	0	0	-2.598	.009
Réinsertion sociale et familiale	7	1	0	-2.456	.014
Vie en société	6	2	0	-2.232	.025
Estime de soi	6	2	0	-2.251	.024
Sens positif de la vie	8	0	0	-2.585	.010
Contacts avec le réseau de la santé	8	0	0	-2.588	.010
Insertion professionnelle	6	2	0	-2.271	.023

Note : L'échelle de Likert de 5 points a été utilisée pour cette recherche.

a. Position positive, amélioration des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

b. Neutre, pas de changement avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

c. Différence négative, diminution des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

Selon les professionnels du programme, tous les aspects évalués ont connu des améliorations positives. Les variables qui ont récolté les scores les plus élevés sont l'insertion professionnelle, l'estime de soi et la vie en société. Les contacts avec le réseau de la santé, la qualité de vie, le style de vie, le sens positif de la vie et la situation générale ont récolté les scores les moins élevés. Les passages suivants illustrent les améliorations telles que perçues par les professionnels qui travaillent avec les usagers du programme :

Je te dirais qu'au niveau médical, il y a de l'amélioration [...], quand ils arrivent, souvent ils ont des plaies, ils ont des infections, ils ont une cellulite ou des choses comme ça [...]. Alors juste au niveau des infections, de ce côté-là il y a une bonne amélioration aussi. Ent. P5

Quand ils rentrent dans le programme, on voit qu'il y a une reprise un peu de contrôle sur leur vie. Quand ça va bien, on le voit. Alors tout vient avec les interventions. La santé va mieux parce qu'ils mangent mieux, parce qu'ils ne consomment plus. Ent. P9

Elle était jeune et mieux présentée, elle avait les cheveux plus propres, moins de cernes... Ça a fait toute la différence du monde. Ent. P2

Les gens qui vont tomber sur le programme vont hausser leur estime, leur confiance; combien de gens est-ce qu'on voit être capables de retourner vers la Direction de la protection de la jeunesse pour redemander la garde de leur enfant parce qu'ils sont maintenant considérés comme stables aux yeux de la loi. C'est incroyable! Ent. P1

Si les usagers-participants ont fourni des scores plus élevés que ceux des professionnels pour apprécier les gains engendrés par les interventions du programme, il n'en demeure pas moins que tous les aspects évalués quantitativement ont connu des améliorations statistiquement significatives. L'analyse des données qualitatives montre qu'aussi bien les usagers-participants que les professionnels ont souligné que le programme a contribué à l'amélioration de la santé physique et mentale des usagers, ce qui a eu pour effet de renforcer leurs rapports avec leur famille et le contrôle sur leur vie.

5.3.2 Les effets sur la consommation d'opioïdes et les comportements à risque

En plus des améliorations notées sur le plan sociosanitaire des usagers-participants, les résultats indiquent également une diminution ou un arrêt de l'usage d'opioïdes et de drogues ainsi qu'une diminution des comportements à risque qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur vie.

Le Tableau 9 représente les effets du programme perçus par les usagers-participants en matière de consommation de drogues et de comportements à risque. Les résultats sont obtenus à l'aide du Test de Wilcoxon en utilisant les scores sur l'échelle de Likert avant et au moins six mois après l'entrée au programme.

Tableau 9

Effets sur la consommation de drogues et les comportements à risque selon les usagers

Indicateur mesuré	Positive ^a	Neutre ^b	Négative ^c	Test	P
Consommation d'opiacés	35	1	2	-5.467	.000
Utilisation d'autres substances	26	7	6	-3.790	.000
Injections intraveineuses	25	5	2	-4.586	.000
Injection de drogues	17	13	2	-3.485	.000
Fréquence des activités illicites	22	13	1	-4.102	.000
Temps consacré à l'usage des narcotiques	33	6	0	-5.148	.000

Note : L'échelle de Likert de 5 points a été utilisée pour cette recherche.

a. Position positive, amélioration des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

b. Neutre, pas de changement avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

c. Différence négative, diminution des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

En ce qui concerne la consommation de substances, tous les aspects évalués par les usagers ont connu des améliorations statistiquement significatives ($p = 0.00$). La consommation d'opiacés, le temps consacré à l'usage quotidien des substances

psychoactives et la fréquence des activités illicites ont été les points qui ont récolté les scores les plus positifs chez les usagers participants du programme. Même si l'utilisation d'autres substances ainsi que les comportements à risque liés à l'injection de drogues sont les indicateurs qui ont reçu moins de scores positifs, il n'en demeure pas moins que des améliorations importantes ont été observées à leur niveau. De plus, selon les usagers, le programme leur a permis de réduire leurs activités criminelles, leur envie de consommer des opioïdes, leur consommation d'autres drogues, etc.

[...] c'était de la drogue en grosse quantité. En grande quantité, quand je te dis de grandes quantités, c'était gros. Je recevais des sentences de trois ans, trois ans et demi. Cela fait 12 ans. Je n'en ai plus... Ent. U3

Je sais que je n'ai pas du tout envie de consommer depuis que j'ai commencé le programme, depuis que j'ai eu la dose maximale, ça va bien, je n'ai jamais été en manque depuis ce temps. Ent. U8

[...] je disais au pharmacien ce matin que si je n'avais pas intégré sur la méthadone et que je n'étais pas venu ici, je serais sûrement mort dans un fossé quelque part. Alors il y a une petite amélioration entre les deux et je suis en vie. Ent. U2

[...] parce que je ne consommais pas que de la morphine, il y'avait d'autres problèmes de consommation d'alcool, de la cocaïne, mais maintenant j'ai tout arrêté. Ent. U4

Les professionnels du programme ont également évalué la consommation d'opiacés et de drogues ainsi que les comportements à risque des usagers. Le Tableau 10 représente les effets du programme sur la consommation de drogues et les comportements à risque des usagers mesurés à l'aide du Test de Wilcoxon pour les scores sur l'échelle de Likert avant et au moins six mois après l'entrée au programme, selon les professionnels.

Tableau 10

Effets perçus sur la consommation de drogues et les comportements à risque selon les professionnels

Indicateur mesuré	Positive ^a	Neutre ^b	Négative ^c	Test	P
Consommation d'opiacés	8	0	0	-2.565	.010
Utilisation d'autres substances	6	2	0	-2.271	.023
Injections intraveineuses	8	0	0	-2.565	.010
Injection de drogues	8	0	0	-2.585	.010
Fréquence des activités illicites	8	0	0	-2.588	.010
Temps consacré à l'usage des narcotiques	6	1	0	-2.251	.024

Note : L'échelle de Likert de 5 points a été utilisée pour cette recherche.

a. Position positive, amélioration des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

- b. Neutre, pas de changement avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.*
c. Différence négative, diminution des scores d'échelle avant l'entrée au programme et au moment de la collecte des données.

Une diminution statistiquement significative de la consommation de substances psychoactives a été observée chez les usagers-participants au moins six mois après leur entrée au programme ($p = 0.02$). La consommation d'opiacés, les comportements à risque liés à l'injection de drogues, les injections intraveineuses et la fréquence des activités illicites ont été les points qui ont récolté les meilleurs scores. Même si l'utilisation d'autres substances ainsi que le temps consacré à l'usage quotidien des narcotiques sont les éléments qui ont reçu moins de scores positifs, les professionnels ont observé une diminution de leur consommation de drogues et de leurs comportements à risque.

[...] le fait d'être sur le programme et que la consommation est nulle ou diminuée pour certains, je pense qu'indirectement cela peut prévenir certains gestes criminels. Ent. P9

Si on parle par exemple de drogues intraveineuses, des drogues dures, juste pour la transmission des maladies qui se transmettent par des injections, je suis sûr que cela a diminué. Et même d'autres maladies en concomitance avec les maladies transmises sexuellement par le sang vont diminuer. Et je pense que cela les aide à ne pas trop trainer non plus dans certains endroits. Ent. P2

En comparant les scores d'évaluation des usagers participants et ceux des professionnels, il apparaît d'une façon générale que les différences avant et après l'entrée aux programmes étaient toutes statistiquement significatives, mais les professionnels ont perçu une moins grande efficacité face à la consommation de drogues et à la situation générale des usagers. Sur le plan qualitatif, les résultats montrent que les professionnels perçoivent les améliorations en matière de diminution, d'arrêt de consommation de drogues et de baisse des comportements à risque alors que pour les usagers, en plus de la diminution de drogues consommées, leurs activités criminelles ont diminué également.

Sur un autre plan, les usagers ont évalué le niveau d'atteinte de leurs objectifs. Ainsi, ceux d'entre eux qui estimaient le niveau d'atteinte de leurs objectifs très élevé représentent 10.3 %, tandis que 48.7 % le trouvent élevé. Ceux qui pensent avoir atteint moyennement et faiblement leurs objectifs sont respectivement 38.5 % et 2.6 %. Quant au degré d'atteinte des objectifs de leur plan de traitement, 12.8 % le trouvent très élevé alors que 51.3 % l'estiment élevé.

Tableau 11

Atteinte des objectifs personnels des usagers

	N	%
Très élevé	4	10.3
Élevé	19	48.7
Moyen	15	38.5
Faible	1	2.6
Très faible	0	0

En matière de satisfaction envers le programme, 33.3 % des usagers ont une satisfaction très élevée, 43.6 % la trouvaient élevée, 15.4 % en étaient moyennement satisfaits et 7.7 % trouvaient leur satisfaction faible.

Tableau 12

Niveau de satisfaction des usagers envers le programme

	N	%
Très élevé	13	33.3
Élevé	17	43.6
Moyen	6	15.4
Faible	3	7.7
Très faible	0	0

5.3.3 Les besoins à combler

Si le programme a eu des effets positifs, certains aspects pour lesquels les usagers auraient aimé avoir plus d'effets positifs viennent contraster l'efficacité du programme. En effet, plusieurs de leurs besoins n'ont pas été pris en charge par le programme. Ces besoins englobent le travail (37.5 %), le soutien social (18.8 %), l'alimentation, l'éducation, la formation et le logement (9.4 %). Les autres éléments cités relèvent des besoins en santé et sur le plan affectif.

[...] il me manque des solutions face à toutes mes questions sur le plan de la santé. Au niveau social, comme je dis, quand je rentre chez nous, j'ai encore les mêmes problèmes que j'avais avant et je me sens encore toute seule et je me sens avec mes douleurs et mes autres problèmes. Dans le fond, j'ai l'impression qu'il n'y a rien d'avancé pour moi, à part le fait de ne plus consommer. Ent. U8

[...] c'est au niveau des infections transmises sexuellement et par le sang qu'il y a une augmentation dans les derniers temps. Alors c'est sûr qu'il y a davantage de travail à faire en matière de promotion-prévention. Ent. P6

Et souvent s'ils ne consomment pas d'opiacés, ils vont quand même consommer d'autres choses : du cannabis, des amphétamines, de la cocaïne. C'est sûr que c'est

Les entrevues individuelles indiquent ainsi un programme dont l'efficacité est mitigée. En effet, en dépit de l'amélioration de certains aspects, plusieurs problèmes demeurent entiers selon les participants. Ainsi, même si les participants ont observé une diminution de leur consommation d'opioïdes et de drogues ainsi qu'une amélioration de leurs conditions psychologiques et physiques, les données qualitatives montrent que plusieurs besoins socioéconomiques des usagers ne sont pas comblés. Spécifiquement, alors que les usagers soulignent que leur santé et leurs besoins sociaux ne sont pas comblés, pour les professionnels, les aspects à améliorer sont l'insertion socioprofessionnelle, la consommation d'autres drogues et la prévention de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang.

5.3.4 Les rechutes et la rétention

Malgré les résultats positifs du programme, plus de la moitié des usagers (67.6 %) ont affirmé avoir déjà vécu des épisodes de rechutes tandis que moins de la moitié (43.8 %) ont déjà eu à interrompre leur traitement (voir Tableau 13).

Tableau 13

Rechute et interruption du traitement

Rechutes	N	%
Oui	25	67.6
Non	12	32.4
Interruption traitement		
Oui	14	43.8
Non	18	56.3

Le traitement de la dépendance aux opioïdes est souvent jalonné de périodes de rechute plus ou moins longues qui peuvent parfois mener les usagers à interrompre involontairement leur traitement. Certains usagers peuvent connaître de longues périodes de sobriété et ensuite sombrer dans la consommation d'opioïdes. Cependant, certains professionnels ont estimé que le programme ne pouvait pas être totalement efficace, car les rechutes se produisaient souvent et qu'elles étaient presque normales.

Bien en fait, la rechute, ça fait partie de la game. Je ne pense pas qu'on peut la contrer malheureusement. Et quand on parle de rechute, on n'est plus sur le programme carrément et on n'est plus là et on est parti [...]. Ça fait partie de la réalité d'un programme comme ça. Et comme je vous disais, ce n'est pas

l'abstinence qui est visée non plus, alors ça fait partie de cette réalité-là. Ent. P8

Des gens qui sont vraiment en arrêt total d'opiacés, c'est plutôt rare. Ils ont tout le temps une petite rechute. Je ne connais pas le nombre de rechutes qu'on a, je ne pourrais pas dire les chiffres, mais ils font des petites rechutes souvent. Ent. P4

En résumé, le programme a permis à ses usagers d'améliorer leur qualité de vie, leur santé physique et mentale tout en diminuant leur consommation de drogues et parfois leur arrêt et les comportements à risque. Cependant, plusieurs besoins sociaux et financiers n'ont pas été pris en compte par exemple, les problèmes d'insertion professionnelle, de soutien social, de logement, etc. ne sont pas toujours résolus. Les grandes préoccupations signalées se trouvent être les rechutes et les abandons. Si ces aspects peuvent venir de situations liées aux usagers, elles découlent également des failles notées dans l'organisation des services qui sont offerts aux usagers. L'analyse des dimensions structurelle, opérationnelle, systémique et stratégique informe sur les forces du programme qui ont soutenu les effets positifs des interventions ainsi que sur les failles qui restreignent une meilleure efficacité. La section suivante examine ces différents aspects.

5.4 Les forces et les faiblesses du programme

Pour mieux comprendre les facteurs qui ont influencé positivement ou négativement les résultats du programme, les quatre dimensions qui ont servi à collecter et à analyser les données seront présentées. Les données sur les dimensions du programme ont été recueillies à l'aide de questionnaires et d'entrevues. Les usagers et les professionnels étaient invités à indiquer leur réponse sur plusieurs situations au sujet du programme sur une échelle de Likert à 5 points : 1 = fortement en désaccord; 2 = en désaccord; 3 = plus ou moins d'accord; 4 = en accord et 5 = fortement en accord. Plusieurs des questions posées dans les questionnaires ont été reprises dans les entrevues dans le but de mieux comprendre les données quantitatives.

5.4.1 La dimension structurelle du programme

L'analyse des données quantitatives indique qu'une grande proportion des usagers ayant participé à l'étude ont trouvé que les ressources humaines (69.2%) et l'utilisation des services (80%) étaient satisfaisantes. Une autre question a été posée sur la façon dont les usagers se rendent aux différents services du programme. Sur les 39 usagers qui ont

répondu à cette question, 56.3 % ont estimé que leurs difficultés sont faibles, très faibles ou inexistantes en ce qui a trait à leur déplacement pour se rendre aux locaux du programme. Lorsqu'on leur demande des informations sur les heures d'accès aux services du programme, 27 % étaient fortement en accord ou en accord sur le fait que les heures d'ouverture sont contraignantes (voir Tableau 14).

Tableau 14

Dimension structurelle selon les usagers

Dimension évaluée	N	%
Le programme dispose de suffisamment de ressources humaines et matérielles pour répondre adéquatement à mes besoins		
Fortement d'accord	8	20.5
En accord	19	48.7
Plus ou moins d'accord	8	20.5
En désaccord	4	10.3
L'utilisation des services du programme est facile		
Fortement d'accord	7	17.9
En accord	25	64.1
Plus ou moins d'accord	4	10.3
Fortement en désaccord	3	7.7
Le niveau de difficulté de transport pour me rendre à mes rendez-vous est		
Très élevé	1	2.6
Élevé	2	5.1
Plus ou moins	14	35.9
Faible	7	17.9
Très faible	7	17.9
Inexistant	8	20.5
Les heures d'ouverture et de fermeture des services du Centre sont contraignantes		
Fortement d'accord	8	21.6
D'accord	2	5.4
Plus ou moins d'accord	11	29.7
En désaccord	12	32.4
Fortement en désaccord	4	10.8

Au niveau des professionnels, la majorité (87.5 %) était en accord sur le fait que la structuration et l'organisation du programme permettaient d'atteindre les objectifs du programme. En général, les trois quarts des professionnels ont trouvé que les ressources humaines et matérielles disponibles au sein du programme permettaient plus ou moins de répondre adéquatement aux besoins des usagers. La moitié des intervenants étaient fortement d'accord ou d'accord pour dire que l'équipe disposait des compétences nécessaires pour réaliser les objectifs du programme alors que l'autre moitié étaient plus

ou moins d'accord avec cette affirmation.

Tableau 15

Dimension structurelle selon les professionnels

Indicateur mesuré	N	%
La structuration et l'organisation du programme permettent d'atteindre les objectifs du programme		
En accord	7	87.5
Plus ou moins d'accord	1	12.5
Les ressources humaines et matérielles du programme permettent de répondre adéquatement aux besoins des usagers		
En accord	2	25
Plus ou moins d'accord	6	75
L'équipe regroupe les compétences nécessaires à la réalisation des objectifs du programme		
Fortement d'accord	2	25
En accord	2	25
Plus ou moins d'accord	4	50

Les forces structurelles du programme

Le programme est caractérisé par une structure bien définie et des normes qui favorisent la réalisation des interventions, mais l'accès aux services pour les usagers vivant dans les zones éloignées étaient limité et les ressources humaines insuffisantes.

L'organisation des services

L'analyse des résultats montre un programme soutenu par une équipe multidisciplinaire structurée en fonction des différents domaines d'intervention indispensables à la réduction des méfaits. Les médecins évaluent l'état de santé des usagers, déterminent le traitement et effectuent le suivi médical et psychosocial. Les infirmières effectuent le suivi sanitaire des usagers et assurent parfois des fonctions d'accompagnement psychosocial. Le travailleur social fournit un accompagnement ponctuel ou un suivi psychosocial des usagers. Les pharmaciens distribuent et supervisent la prise de médicaments sécuritaire des médicaments : la méthadone et la suboxone. Le programme a une équipe de gestion qui s'assure que les finances, les ressources, les services administratifs et cliniques s'organisent dans les meilleures conditions et selon les normes qui encadrent les PSO et les pratiques des professionnels.

L'organisation interne du travail est conçue de sorte que chaque membre de l'équipe multidisciplinaire apporte une contribution spécifique à l'intervention et par conséquent à

l’atteinte des objectifs du programme. La répartition, la clarté et la compréhension du travail de chaque intervenant ainsi que l’organisation de la manière dont chaque tâche s’insère dans l’ensemble de l’intervention contribuent à une bonne fluidité des processus et une facilité d’utilisation des services par les usagers.

C'est un travail qui est extrêmement multidisciplinaire et on n'a pas le choix de se parler très régulièrement. Ent. P8

Donc l'équipe des intervenants la coordonnatrice et l'éducatrice sont présentes, alors on essaie d'avoir des visions communes et de parler de situations difficiles avec des clients et de prendre des décisions d'équipe. Ent. P5

Les mécanismes de communication et les réseaux d'information

L’organisation du programme, en raison d’un mécanisme de communication directe, favorise un climat de travail collaboratif. Selon les résultats, les réseaux et leurs systèmes de communication ont été identifiés comme des éléments centraux pour expliquer la bonne marche des interventions. Les participants ont fait référence à des systèmes spécifiques de communication utilisés par le programme, y compris des visites régulières sur plusieurs sites et l’organisation de vidéoconférences pour soutenir et renforcer les services donnés par les équipes locales implantées dans les zones éloignées.

Les systèmes d’information ont apporté des changements positifs au niveau des interactions entre les professionnels et ont vraisemblablement favorisé le partage des informations, la collaboration interne ainsi que l’amélioration des interventions du programme. Par exemple, le programme utilise un système d’information clinique, un outil électronique qui permet aux intervenants d’avoir un dispositif qui abrite entre autres les décisions prises ainsi que des informations sur le suivi des usagers du programme. Ce dispositif facilite un accès rapide et facile au dossier des usagers, comme le soulignent ces participants :

Depuis environ un mois et demi, on a un système, on a changé de système informatique pour le centre de rendez-vous et c'est wow! C'est formidable, on a tous la même information en temps réel, les médecins l'ont, tout le monde l'a [...]. On la prend notre décision d'équipe, on l'inscrit dans le système informatique. Ent. P5

Donc, que ce soit le contrat, que ce soit les notes évolutives, on lit chacun l'apport des autres. Ent. P1

L'accessibilité des services

Le programme couvrant un vaste territoire a développé des stratégies pour faciliter aux usagers résidant dans les zones éloignées l'accès aux services à distance. De plus, en fonction de la disponibilité des ressources, une équipe locale est mise sur pied afin de prendre en charge les besoins de suivis médicaux et psychosociaux des usagers qui résident dans certaines localités éloignées. Comme mentionné précédemment, des outils de communication sont mis à la disposition de ces équipes pour faciliter les interactions entre les usagers, les intervenants de ces territoires et les professionnels du programme basés à Jonquière.

Les clients de la Côte-Nord, maintenant on ne les fait plus voyager systématiquement pour leur suivi, on fait cela par visioconférence avec le support d'une infirmière du CRD de la Côte-Nord. C'est des partenariats qu'on a mis sur pied justement pour faciliter l'accessibilité. Ent. P6

En général, c'est l'infirmière qui fait le suivi par vidéoconférence. La plupart du temps, c'est l'infirmière pivot qui communique avec le médecin. Ent. U1

Consommateurs de drogues, et même si on en fait beaucoup plus, malheureusement c'est dans ce type de clientèle là qu'il y a le plus d'abandons je dirais du programme. Des fois c'est par une non-compliance, des fois on va le voir, il y a des problèmes de transport, d'éloignement, de motivation. Des fois les gens veulent cesser trop rapidement leur programme avant d'être confortables et d'avoir une situation de vie où ils vont avoir consolidé leurs acquis. Trop souvent les gens vont abandonner aussi le programme pour des problèmes de libido, des problèmes érectiles chez les hommes. Alors ça, c'est une réalité qu'on voit beaucoup beaucoup beaucoup là. Ent. P3

De plus, plusieurs autres facilités notamment la rapidité d'accéder à la première intervention, les systèmes de rappels téléphoniques et les références contribuent à rendre plus facile l'accès aux services offerts par le programme, mais aussi à ceux qui sont disponibles au sein du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires. Certains professionnels ont mentionné que l'accessibilité des services favorise une plus grande satisfaction des usagers, une amélioration de l'assiduité aux traitements et une réduction des abandons.

Les faiblesses structurelles du programme

Des ressources insuffisantes

D'entrée de jeu, il convient de souligner que le programme est une entité du système de santé et des services de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui est aux prises avec diverses contraintes financières ayant exigé des coupes budgétaires au cours des dernières années. Bien que les ressources humaines soutiennent la bonne marche du programme, leur contribution a parfois été insuffisante pour relever certains défis auxquels le programme fait face. Le manque de ressources a d'ailleurs été un thème récurrent dans les entrevues.

[...] c'est sûr que c'est des réalités dont on est conscient dans l'équipe. Je ne suis pas le seul qui a vu ça, je n'ai rien inventé moi là. Ce sont des réalités que l'équipe a à cœur, mais par manque de sous, de moyens, de ressources, d'individus, je pense qu'on fait un travail qui est très important, mais il y a beaucoup encore à faire. Ent. P1

Les problèmes de ressources engendrent une hausse de la charge de travail des professionnels qui à son tour contribue à limiter les capacités du programme à répondre à la demande des usagers. Par exemple, le manque de personnel et l'insuffisance des lits disponibles limitent les admissions et retardent le premier traitement. De plus, les problèmes d'insuffisance des ressources occasionnent l'espacement des rendez-vous de suivi, le manque de suivi psychosocial des patients, etc.

[...] le reste de la semaine quand il y a des clients de méthadone et le médecin lui il faut qu'il fasse deux rôles, un petit peu comme moi. Pendant le reste de la semaine, il faut qu'il fasse deux rôles : le suivi de la clientèle de l'interne sur l'unité de désintoxication et la clientèle-méthadone. Parfois... je sais que ça fait attendre des clients aussi beaucoup de l'autre côté, et venir ici attendre deux heures, c'est un peu épouvantable. Ent. P9

Sur un autre registre, même si les rôles des professionnels sont bien délimités, les données montrent que l'insuffisance du personnel amène certains professionnels à offrir des soins qui ne relèvent pas spécifiquement de leur fonction. Par exemple, une infirmière peut être amenée à donner des services psychosociaux pour pallier l'absence du travailleur social, qui d'ailleurs n'est pas présent à temps plein pour le programme.

On a environ trois clients par matinée toute la semaine. Quand un client est en situation de crise, on va essayer de trouver [nom de la travailleuse sociale] sur le département, parfois elle est en rencontre, en formation... On va lui demander de

rencontrer des clients. Si elle n'est pas disponible, c'est l'infirmière qui va s'organiser du mieux qu'elle peut. Ent. P5

Un accès aux services difficile pour certains usagers

Les difficultés liées à l'accessibilité aux services et aux traitements du programme des usagers qui vivent dans des localités éloignés ont été souvent mentionnées aussi bien par les usagers que par les professionnels. De plus, certains membres du personnel qui sont dans ces territoires manquaient d'expérience clinique et ont perçu qu'ils ne disposaient pas de suffisamment de ressources pour apporter tout le soutien nécessaire aux usagers. Alors que les professionnels ont identifié des problèmes organisationnels, un usager déplore les coûts associés aux traitements.

Mais c'est trop cher de payer trois jours d'hôtel au cours de l'hospitalisation pour la phase d'induction. Ent. U1

On sait qu'à [nom de la localité], on a un problème d'accessibilité parce qu'ils n'auront plus accès à une pharmacie pour prendre leur dose sur place, il va falloir qu'ils se rendent à [nom de la localité]. C'est épouvantable. Ent. P6

Si je regarde [...] [nom de la localité], on a quelques clients, mais pour une problématique de sécurité là-bas au niveau de manque de formation du personnel, on a interrompu les services, on a gardé les quatre clients qui sont sur le programme [...] . Ent. P5

L'accessibilité aux services est particulièrement cruciale pour les patients du programme ayant de grands besoins, comme ceux qui ont plusieurs maladies chroniques, qui ont connu plusieurs épisodes de rechutes ou d'abandons, etc. Les résultats indiquent que cette clientèle rencontre beaucoup de difficultés à accéder aux traitements et reçoit moins de services à cause de l'insuffisance de médecins accrédités pour prescrire des produits de substitution.

[...] il devrait y avoir plus de médecins qui disposent d'une licence pour la méthadone. Dans certains endroits du Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord, etc. il n'y a pas beaucoup de médecins qui ont une licence de prescription de produits de substitution. Alors, ces clients viennent ici à Jonquière. Certains d'entre eux ont des difficultés de transport, ils n'ont pas les moyens. Souvent, ils ne viennent pas à leurs rendez-vous et quand ils ne viennent pas à leurs rendez-vous, leur dose est coupée [...] . Ent. P7

Selon certains participants, un des aspects contraignants du programme réside dans le fait qu'une grande majorité des usagers est obligée de se rendre tous les jours à la

pharmacie pour se procurer leur dose de traitement. Les visites journalières à la pharmacie ont occasionné des difficultés pour les patients qui avaient des problèmes de transport ou qui habitaient dans des territoires dépourvus de services de pharmacie de proximité. De plus, les usagers qui voyagent ou qui veulent occuper un emploi rencontrent des difficultés à accéder aux médicaments. La difficulté d'accéder au traitement est un enjeu pour l'insertion professionnelle de certains usagers.

À un moment, j'ai accepté un contrat ailleurs [...]. Et puis pour me défaire de l'héroïne là-bas, c'était la méthadone [...], alors qu'avec la méthadone au bout d'un mois j'ai la diarrhée et des vomissements. Ent. U6

Est-ce que c'est une question de réalité de vie où la personne qui va bien, va commencer à travailler, comment consolider le travail si je dois me présenter à la pharmacie tous les jours. Ent. P1

Des failles dans le système de communication et d'information

Les mécanismes de communication et d'information inter organisationnels, en dehors de ceux qui existent à l'intérieur du système de santé et des services sociaux étaient insuffisants. Par exemple, les échanges d'information avec les pharmaciens qui fournissent les traitements aux usagers sont minimes. En dehors de quelques rares rencontres de formation ou d'interactions entre les acteurs du programme, la communication et les échanges d'informations étaient un facteur limitant la bonne marche de certaines interventions, comme les référencements, la gestion des prescriptions, l'intégration des différents services offerts aux usagers, etc.

Il y a des mécanismes de communication qui existent, mais qui ne sont pas peut-être efficaces à 100 %... Ent. P5

Bien honnêtement, je pense que le pharmacien est délaissé un petit peu, parce que c'est vraiment une équipe multidisciplinaire et je sais que l'infirmière et le médecin se rencontrent, ils voient les patients, tout ça, mais nous en fait, on est au courant de presque rien. Ent. P2

En résumé, cette section a montré qu'une des grandes forces du programme réside dans sa structure qui s'insère dans un système plus grand et qui est soutenue par des ressources humaines ayant les compétences nécessaires pour la prise en charge de la clientèle. Par contre, les systèmes d'information et de communication exigent d'être adaptés afin qu'ils cadrent mieux avec les réalités des autres intervenants du programme est aux besoins des usagers. En dépit des efforts déployés par le programme pour rendre

ses services plus accessibles aux usagers des zones éloignées, certains usagers rencontrent encore des difficultés pour accéder aux services du programme et aux traitements.

5.4.2 La dimension opérationnelle du programme

En ce qui concerne la dimension opérationnelle, les réponses des usagers aux questions à l'échelle de Likert ont été très positives. Presque tous les usagers (94.6) étaient « fortement d'accord » ou « d'accord » sur l'adéquation du référencement. La question qui a reçu la note moyenne la plus faible était liée à la durée du processus pour recevoir le premier traitement avec 62.9 % des usagers qui sont fortement ou en accord qu'elle est appropriée. À la question de savoir si le premier contact encourage le client à poursuivre le traitement, 86.8 % des usagers étaient fortement en accord ou en accord. En ce qui concerne les objectifs et les plans de traitement, la grande majorité des usagers (92.3 %) soutenaient être fortement d'accord ou d'accord sur le fait que leurs plans et objectifs de traitement sont discutés avec les professionnels. En ce qui concerne la réponse aux besoins des usagers par le programme, 79.5% estimaient être fortement d'accord ou d'accord que le programme répondait à leurs besoins. La majorité des usagers (78.9 %) était d'accord ou fortement d'accord avec l'énoncé « Toutes les options de traitement (méthadone, suboxone) me sont expliquées et me sont offertes au début de mon traitement ». Pour la réintégration du programme après un abandon ou une rechute, 55.5% des usagers estimaient rencontrer peu ou pas de difficultés sur ce plan.

Tableau 16

Dimension opérationnelle selon les usagers

Indicateur mesuré	N	%
Mon référencement au programme de substitution aux opiacés s'est fait de façon appropriée		
Fortement d'accord	9	24.3
En accord	26	70.3
Plus ou moins en accord	1	2.7
Fortement en désaccord	1	2.7
La durée du processus pour recevoir le premier traitement est adéquate		
Fortement d'accord	8	22.9
En accord	14	40.0
Plus ou moins en accord	8	22.9
En désaccord	2	5.7
Fortement en désaccord	3	8.6
Le premier contact avec un intervenant du Centre se fait de sorte à m'encourager à poursuivre mon traitement		
Fortement d'accord	11	28.9
En accord	22	57.9
Plus ou moins en accord	4	10.5
En désaccord	1	2.6
Les objectifs de mon plan de traitement sont discutés avec moi		
Fortement d'accord	17	43.6
En accord	19	48.7
Plus ou moins en accord	1	2.6
En désaccord	1	2.6
Fortement en désaccord	1	2.6
Les services du programme sont suffisants et couvrent de façon satisfaisante mes besoins		
Fortement d'accord	15	38.5
En accord	16	41.0
Plus ou moins en accord	6	15.4
En désaccord	1	2.6
Fortement en désaccord	1	2.6
Toutes les options de traitement (méthadone, suboxone) me sont expliquées et me sont offertes au début de mon traitement		
Fortement d'accord	17	44.7
D'accord	13	34.2
Plus ou moins d'accord	2	5.2
En désaccord	5	13.2
Fortement en désaccord	1	2.6
J'ai eu de la difficulté à réintégrer le programme après une rechute ou une interruption du traitement		
Beaucoup	3	8.3
Moyennement	9	25.0
Peu	4	11.1
Pas du tout	12	33.3
Non applicable	8	22.2

La plupart des professionnels ont répondu « fortement d'accord » ou « d'accord » à l'adéquation du référencement (62.5%). À la question de savoir si le premier contact encourage le client à poursuivre le traitement, 75 % des intervenants étaient fortement en accord ou en accord. En ce qui concerne les objectifs et les plans de traitement, la moitié des professionnels soutiennent être fortement d'accord ou d'accord sur le fait que le plan de traitement est discuté avec les usagers.

Tableau 17

Dimension opérationnelle selon les professionnels

Indicateur mesuré	N	%
Le référencement des usagers au programme de substitution aux opiacés se fait de façon adéquate		
Fortement d'accord	1	12.5
En accord	4	50
Plus ou moins en accord	3	37.5
Les modalités qui constituent le contact initial avec les usagers se font de sorte à les encourager à poursuivre leur traitement		
Fortement d'accord	2	25
En accord	4	50
Plus ou moins en accord	2	25
Les objectifs de traitement et le plan de traitement sont discutés avec les usagers		
Fortement d'accord	1	12.5
En accord	3	37.5
Plus ou moins en accord	3	37.5
En désaccord	1	12.5

Forces de la dimension opérationnelle

Le programme dispose d'un ensemble de procédures, soutenues par des outils, qui encadrent la prise en charge des usagers. L'accueil et l'évaluation de l'usager, la rencontre de l'équipe pour discuter de l'admissibilité des demandeurs, la détermination du médicament de substitution et les modalités de l'administration du médicament, la lecture et la signature du contrat sont orchestrés de sorte à permettre aux usagers de recevoir les services dont ils ont besoin dans les meilleurs délais.

Une programmation qui répond à plusieurs besoins

La livraison des services est cohérente avec la planification, les processus et les procédures que le programme a adoptés pour atteindre ses objectifs. Le processus des soins et des services est déclenché dès que le programme est contacté par un organisme

pour référer un client. L'usager peut contacter le programme de son propre chef. Une série d'interventions est alors mise en branle pour expliquer le programme aux usagers, évaluer leur situation et leurs besoins et les accepter et voir s'ils remplissent les critères. Le programme utilise le *Global Appraisal of Individual Needs* (GAIN) pour évaluer les comportements associés à la consommation de substances. L'évaluation systématique permet aux professionnels de mieux connaître les usagers et leurs problèmes, d'étoffer leur dossier et d'élaborer leur plan de traitement.

Une fois l'admission au programme confirmée, le type de traitement approprié est fourni aux usagers. Le traitement proprement dit est enclenché dès que ces étapes sont franchies. Plusieurs options de traitements sont disponibles au niveau du programme. Le choix de traitement est tributaire du profil sociosanitaire de chaque usager. Le sevrage volontaire à court ou moyen terme qui consiste à encourager l'usager à essayer d'arrêter sa consommation d'opiacés sans produit de substitution est proposé aux usagers qui ont une moins grande dépendance aux opioïdes. Même s'il est offert par le programme, aucun usager de l'étude n'en a bénéficié. Le maintien à bas seuil d'exigences est destiné aux usagers qui présentent une certaine instabilité dans leur style de vie et qui présentent certaines marginalités. Il existe une portion minime d'usagers qui en bénéficient à cause des besoins spécifiques en matière de ressources et d'infrastructures qu'il exige. Enfin, le maintien pour une période indéterminée qui peut s'étaler souvent sur plusieurs années est plus fréquent, car il est plus adapté aux profils de la majorité des usagers.

Plusieurs étapes sont répertoriées dans le processus du traitement le plus fréquemment donné aux usagers. Le traitement médical comprend différentes étapes à savoir l'induction ou l'introduction, la stabilisation et la maintenance. Au cours de chacune de ces phases, une dose de médicament adaptée est fournie aux patients. Ces produits sont essentiellement la méthadone ou la suboxone. De plus, un soutien intensif est déployé auprès des usagers dans le but d'améliorer leur état de santé physique et psychologique ainsi que leur situation sociale. Un professionnel résume l'essentiel des services offerts aux usagers.

Au début, c'est ce qu'on appelle l'induction. C'est l'introduction de la méthadone, du suboxone, qui va se faire assez régulièrement en interne. Donc, c'est un service qu'on offre aussi, alors ils vont être hospitalisés à l'unité de désintoxication pour

l'introduction; avant qu'ils retournent dans la communauté. Ils peuvent aller prendre leur dose de méthadone à la pharmacie puis venir faire des suivis réguliers pour qu'on contrôle leur urine, des prises de sang, même des examens au niveau du rythme cardiaque pour s'assurer que justement quand on a un patient qui consomme toutes sortes de choses, s'assurer qu'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses dangereuses, parce qu'il y a des risques d'arrêt cardiorespiratoire dans certaines situations. Il y a un travailleur social qui est à l'unité à la clinique, qui va faire des interventions ponctuelles, qui va faire des évaluations aussi des situations et qui va faire le lien avec les services communautaires. Ent. P6

La complémentarité des principales composantes internes constitue une des grandes forces du programme. En effet, un des facteurs qui a favorisé les effets du programme découle de la capacité des professionnels à relier les différentes situations des usagers avec les soins et les services qui leur sont livrés et les résultats attendus. Les améliorations constantes dans la prise en charge des usagers du programme découlent essentiellement des pratiques centrées sur la réduction ou l'arrêt de la consommation d'opioïdes. La mise en œuvre d'activités de prévention des comportements à risque et la distribution de matériels pour prévenir les infections transmises par le sang ou par les relations sexuelles ont été également citées parmi les facteurs ayant contribué aux résultats positifs.

Mais dans un état de fragilité, dans un état de consommation, ces gens-là vont s'adonner davantage autant à des pratiques sexuelles non protégées, qu'à des pratiques au niveau du partage de matériels souillés, qui font en sorte qu'ils risquent d'augmenter pour ne pas dire contracter l'hépatite C et on vient de le vivre là. On donne des condoms ici, on fait de la sensibilisation. Ent.1

Faiblesses de la dimension opérationnelle

Une intervention centrée sur les soins médicaux

Le programme réalise les grandes lignes des actions qui sont prévues dans le cadre de référence et guide de bonnes pratiques. Par contre, l'analyse du fonctionnement du programme montre des interventions essentiellement centrées sur la composante médicale de la réduction des méfaits plutôt qu'à une combinaison d'interventions plus susceptibles de prendre en charge les besoins des usagers dans leur entièreté. En effet, une des plus grandes faiblesses du programme repose sur une volonté de passer à un ensemble d'interventions médicales pour gérer la consommation d'opiacés au lieu de considérer des interventions intégrées adaptées à la situation globale des usagers.

[...] je te dirais qu'ils n'ont pas vraiment tout le suivi qu'il faut. À part l'infirmière

et le médecin, ils n'ont pas d'atelier, ils n'ont pas de thérapie, ils n'ont pas... et c'est un manque. Du soutien pour cette clientèle, il n'y en a pas. On fait des groupes pour les autres [clients des autres programmes de dépendance à d'autres substances], mais eux autres, ils n'ont rien. Ent. P9

[...] parce que notre travailleur social fait des évaluations, de la liaison avec des partenaires et de la gestion de situations de crise ponctuelle. Mais s'il pouvait faire des suivis, le client vient chercher sa méthadone, rencontre le médecin, rencontre l'infirmière et fait un suivi individuel en réadaptation, je pense que ça serait gagnant. Mais pour l'instant, on n'a pas cette ressource à temps plein, rattachée à la clinique malheureusement. Alors oui, si je pense que j'ai toutes les ressources, non. Puis ma ressource principale manquante, je crois que c'est vraiment au niveau du travail social. Ent. P6

Bien que les effets du traitement soient positifs, le programme semble négliger le volet d'accompagnement psychosocial. Les résultats permettent d'établir un lien entre ces manquements dans le suivi des clients et certains problèmes sociaux qu'ils vivent et qui ont des conséquences sur certains aspects de leur vie et du traitement. Par exemple, les résultats montrent que le programme ne prenait pas suffisamment en charge les besoins de services en santé mentale. Ceci peut fragiliser la consolidation des acquis des usagers qui vivent avec ces problèmes, notamment la prévention de certains problèmes qui favorisent les rechutes, les abandons et la désaffiliation sociale.

Mais il y a peut-être encore des manques du point de vue psychosocial, il y a peut-être quelque chose à faire pour les prendre en charge quand il y a des crises, de l'instabilité dans les sphères de vie, dans leur environnement [...] alors on pourrait faire plus au plan psychosocial pour répondre aux besoins et pour prévenir la rechute. Ent. P9

Roulement du personnel

Les participants ont fréquemment fait référence à des changements de professionnels dans certaines interventions du programme. Les professionnels ont également mentionné les répercussions que ce roulement de personnel engendre sur la capacité du programme à offrir adéquatement ses services et à retenir les usagers.

Moi je pense tant et aussi longtemps qu'on va avoir six médecins qui vont tourner la roue comme ça, régulièrement c'est ce qui va arriver. Mais le jour où ils vont peut-être avoir leurs patients fixes et se faire remplacer pendant les vacances, ça va peut-être régler bien des problèmes aussi. Ent. P5

[...] je pense que le fait qu'on n'ait pas nécessairement un suivi régulier avec le même docteur, ce qui peut contribuer au fait que les gens vont moins demeurer dans le programme, parce que ça fait un suivi qui est moins personnalisé. Ent. P7

Un des problèmes que je vois aussi, c'est le problème de la stabilité des intervenants [...]. Alors, cela fait en sorte que parfois notre intervention est un petit peu fragilisé par ce mouvement-là d'intervenants. Ent. P7

En résumé, cette section présente les différents processus qui sont au cœur du programme. Les services offerts sont arrimés avec les recommandations de Santé Canada et du MSSS en matière de TSO. Les interventions, soutenues par des collaborations entre les professionnels, sont agencées de sorte que les usagers puissent recevoir les services médicaux. Cependant, les insuffisances notées au niveau de l'offre de services psychosociaux et la rotation des professionnels contribuent à fragiliser la capacité de rétention du programme.

5.4.3 La dimension stratégique du programme

À l'assertion les intervenants impliquent les usagers dans les décisions qui concernent le traitement de ces derniers, 89.8 % des usagers étaient fortement en accord ou en accord. Concernant le traitement, 45.9% des usagers trouvaient que sa durée est extrêmement longue ou très longue. Pour ce qui est de la satisfaction de la communication entre les intervenants du programme, 82% des usagers étaient fortement d'accord ou d'accord.

Tableau 18

Dimension stratégique selon les usagers

Indicateur mesuré	N	%
Je suis impliqué dans les décisions qui concernent mon plan de traitement		
Fortement d'accord	20	51.3
En accord	15	38.5
Plus ou moins en accord	1	2.6
En désaccord	2	5.1
Fortement en désaccord	1	2.6
La durée des traitements est		
Extrêmement longue	10	27.0
Très longue	7	18.9
Assez longue	6	16.2
Peu longue	7	18.9
Pas du tout longue	7	18.9
Je suis satisfait de la communication entre les intervenants sur mon traitement		
Fortement d'accord	13	33.3
En accord	19	48.7
Plus ou moins d'accord	5	12.8
Fortement en désaccord	2	5.1

Concernant l’implication des usagers dans le processus de prise de décision, 62.5% des professionnels étaient fortement d’accord ou d’accord. À l’assertion selon laquelle la concertation et les échanges d’informations entre les différents professionnels du programme sont menés de façon adéquate, les trois quarts des professionnels étaient plus ou moins en accord. En ce qui a trait à l’efficacité des mécanismes de communication du programme, les trois quarts des professionnels étaient plus ou moins d’accord.

Tableau 19

Dimension stratégique selon les professionnels

Indicateur mesuré	N	%
Les intervenants impliquent les usagers dans les décisions qui sont en rapport avec le traitement de ces derniers		
En accord	3	37.5
Plus ou moins en accord	2	25
En désaccord	3	37.5
La concertation et les échanges d’informations entre les différents professionnels du programme sont menés de façon adéquate		
En accord	2	25
Plus ou moins en accord	6	75
Les mécanismes de communication mis en place par le programme sont efficaces		
En accord	2	25
Plus ou moins en accord	6	75

Les points forts de la dimension stratégique

Le programme repose sur l’approche de la réduction des méfaits reliés à la dépendance aux opioïdes. Les interventions des professionnels sont cohérentes avec cette philosophie qui soutient l’hypothèse selon laquelle une abstinence complète des personnes vivant avec une forte dépendance aux opioïdes est difficile. Ainsi, plutôt que de viser l’abstinence, les interventions vont chercher d’abord à réduire ou arrêter la consommation d’opioïdes pour diminuer les conséquences négatives qui peuvent en découler. L’appropriation de cette philosophie par les intervenants instaure des postures et des pratiques qui favorisent une compréhension claire de la finalité de l’intervention et par conséquent une prise en charge des usagers généralement adaptée.

Alors l’idée c’est qu’on veut qu’ils consomment le moins possible et de façon plus sécuritaire possible. On peut fournir des seringues, faire de l’enseignement, suivre de façon médicale le patient avec des tests urinaires, des tests sanguins pour s’assurer que les interactions de ses consommations ne mettent pas sa vie à risque, donc... Parce que la réduction des méfaits c’est qu’on n’est pas dans l’arrêt complet de toutes les substances, il y en a que oui, mais il y a en d’autres qui vont continuer

de consommer d'autres types de drogues, d'autres types de substances qu'on va surveiller pour éviter que les interactions soient dangereuses. Ent. P6

Motivation et engagement des professionnels à l'égard d'un programme

Une des forces du programme réside dans une équipe très dynamique et motivée qui ne ménage aucun effort pour aider les usagers. En effet, l'implication du personnel a favorisé le développement de stratégies afin de mieux s'adapter aux contraintes liées aux ressources humaines et financières que vit le programme. Par exemple, en cas d'absence de professionnels psychosociaux, les infirmières trouvent des solutions de remplacement pour répondre à certains problèmes sociaux des usagers. De plus, malgré la charge de travail considérable et complexe, les participants ont mentionné leur investissement dans le programme et un fort engagement envers leurs patients. En effet, les professionnels du programme attachent beaucoup d'importance à l'utilité de leur travail et à son impact sur les utilisateurs. Répondre aux besoins de cette clientèle entretient une fierté et une satisfaction personnelle, selon certains intervenants.

[...] travailler en dépendance en général, peu importe le secteur dans lequel tu es comme gestionnaire, il faut que tu croies au potentiel de rétablissement de ta clientèle et il faut que tu croies que ton programme, tes services, tes intervenants font un changement dans la vie des gens si tu veux continuer à faire avancer les choses. Alors moi je ne suis pas en contact avec la clientèle, je sais qu'il faut que j'ait une préoccupation particulière pour mes intervenants parce que c'est une clientèle qui est très exigeante, qui est très vulnérable, qui va beaucoup influencer le bien-être de mes intervenants. Parce que mes intervenants, c'est des gens qui ont un côté sauveur, ils travaillent en relation d'aide, ce n'est pas pour rien, ils veulent prendre soin des gens [...]. Ent. P6

La conviction des professionnels demeure un facteur sous-jacent des bons rapports qu'ils entretiennent en général avec les usagers. Les relations d'écoute et de soutien que les professionnels ont développées à l'égard des usagers dès la première rencontre ont été une source de motivation pour les usagers. D'ailleurs, le personnel du programme est en général bien perçu par les usagers participants.

Concernant la motivation des usagers, elle est continuellement entretenue par des stratégies qui visent une meilleure rétention. Par exemple, dans certaines circonstances, l'équipe peut décider de commun accord d'accorder des priviléges aux patients. Il s'agit de mettre à la disposition des usagers plusieurs doses de méthadone (une semaine au maximum) que ces derniers peuvent prendre à domicile. Ces situations arrivent souvent

quand le patient atteint une certaine stabilité clinique, sociale, cognitive et affective pour gérer de façon responsable et sécuritaire le médicament. Les usagers qui bénéficient des doses à emporter à la maison ont souligné la manière dont cette stratégie a amélioré leur qualité de vie. En effet, dès l'instant que les usagers ne sont plus contraints d'aller chercher quotidiennement leur traitement à la pharmacie, ils sentent leurs efforts reconnus et valorisés.

J'ai été là pendant un bon trois mois à aller à la pharmacie tous les jours. J'ai trouvé que c'était lourd. C'était difficile parce que... aller se présenter à la pharmacie tous les jours ce n'est pas évident, puis on a toutes sortes de choses à faire là, mais c'est sûr qu'en ce moment-là, je ne travaillais pas, ce n'était quand même pas si pire. J'ai trouvé que c'est dur là. C'est dur pour le style parce que tu es devant eux autres, puis tu prends la méthadone devant tout le temps, puis..., mais là avec le temps j'ai réussi à avoir mes priviléges. J'ai six priviléges. De ce fait, je peux y aller juste une fois par semaine. Une fois qu'on est rendu à cette étape, le reste se fait quand même assez bien. Ent. U7

Stratégies de communication interne bien ancrées

Selon certains professionnels, le système de communication interne du programme offre un cadre de travail dans lequel ils peuvent exprimer leurs propres compétences, leur contribution en tant que membres d'une équipe. Cette forme de communication nourrit le sentiment d'appartenance et la bonne marche des différents processus du programme. Par exemple, l'équipe a systématisé des rencontres hebdomadaires au cours desquelles les buts, les défis et les réussites du programme sont partagés et certains enjeux discutés. La communication interne est favorisée par leur fréquence et par la proximité des intervenants. Non seulement la proximité des intervenants améliore-t-elle la communication et la qualité des services, mais elle facilite également une prise de décisions concertée et une réduction des déplacements des patients, car la gamme de services de base est regroupée dans un seul endroit.

On a des réunions hebdomadaires, on discute des cas, on travaille ensemble durant toute la journée, on en discute avec les infirmières, avec les travailleurs sociaux, les travailleuses sociales ou les intervenants sociaux. Ent. P7

Tout est interrelié, parce que la plupart des clients passent dans mon bureau. Souvent, il va y avoir l'ouverture de dossier qui est faite à l'accueil. Après, tout passe souvent soit dans mes mains, dans les mains du travailleur social [...]. Ent. P3

Une planification et une gestion du programme adaptées aux contraintes

La programmation et la planification des activités du programme facilitent la prise en charge des patients dans un contexte de réduction des ressources. La réduction du personnel a entraîné des modifications dans les flux de travail et des tâches des membres du personnel et a donc nécessité une communication et une coordination accrues entre un large éventail de prestataires de soins de santé et les responsables. Les responsables ont ainsi tenté tant bien que mal de pallier les problèmes de ressources pour que le programme puisse fonctionner efficacement. Par exemple, le soutien actif de la part des responsables, qui devaient souvent intervenir pour combler les lacunes en matière de soutien logistique et de gestion des suivis avec les équipes éloignées, permet de relever certains défis financiers.

Il faut vraiment gérer de façon très serrée nos budgets et on est vraiment depuis quelques années, là-dedans continuellement. [...] on a encore dans la région, 15 millions à couper dans nos services, dont une partie va être coupée en santé mentale/dépendance. Je pense qu'on est au bout de ce qu'on pouvait faire sur le plan administratif. C'est sûr que c'est malheureux, mais on essaie de ne pas couper dans les services [...]. Ent. P6

Un processus de prise de décision inclusif des professionnels

D'une façon générale, quand les décisions étaient d'ordre clinique, il revenait aux professionnels d'en décider l'issue. Ce style de gestion concerté permet de s'assurer que la résolution du problème qui se fait au niveau de l'équipe aboutit à des solutions partagées et réalisables. L'autonomisation du personnel au niveau de la prise de certaines décisions et la liberté des intervenants d'organiser l'intervention contribuent à offrir des services adéquats. En ce qui a trait à l'implication des usagers dans les décisions, la majorité des participants confirme être consultée sur des décisions concernant leurs soins. D'autres participants font confiance aux intervenants et ne sentent pas l'importance d'être impliqués dans la prise de décisions qui concernent leurs soins.

Les points faibles de la dimension stratégique

La gestion des contraintes du programme

Bien que la planification et la mise en œuvre de l'intervention soient basées sur le modèle inscrit dans le cadre de référence et le guide de bonnes pratiques du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006; Santé Canada, 2006), certains besoins des usagers ne sont pas toujours pris en compte. En effet, la composante

psychosociale n'est pas adéquatement insérée dans l'offre de services afin de maximiser les effets des interventions et les résultats des patients. Certains usagers éprouvent des difficultés à accéder à certains soins de santé. Par exemple : l'espacement des rendez-vous, l'inaccessibilité à certains services de nuit, l'attente avant le premier traitement, etc. sont autant de situations qui limitent la prise en charge appropriée des usagers qui sont confrontés à des problèmes de dépendance aux opioïdes.

[...] pour les urgences, bien il faut que tu attendes au lundi matin avant de voir la personne ressource du TDO. J'ai trouvé cela un petit peu dur. Ent. U8

C'est vrai que les heures d'ouverture ne sont pas adaptées à cette clientèle. Si c'était ouvert plus tard... comme les weekends, souvent les gens vont appeler en interne pour nous dire « j'ai manqué mon rendez-vous vendredi, je n'ai plus ma dose ». Le pharmacien va appeler le médecin de garde. Ent. P4

L'accessibilité est difficile, le processus est trop long. On pourrait en accrocher plus, c'est sûr et certain. Je pense qu'on pourrait raccourcir au niveau de l'évaluation. Ça dure une heure et demie une fois qu'ils ont leur rendez-vous. Bien souvent leur rendez-vous, ce n'est pas instantané, c'est deux semaines, trois semaines après la demande. Je pense que les délais d'attente, ce n'est pas pire si on se compare à d'autres régions, on est dans les meilleures, mais l'évaluation est beaucoup trop longue. C'est un point vraiment faible [...]. Répondre à des questions quand tu es intoxiqué ou que tu viens de t'injecter et que tu vas t'assoir une heure et demie devant deux personnes, ce n'est pas facile. Ça fait reculer beaucoup de gens. Ent. P3

Sur un autre registre, le manque de cohérence dans certaines décisions prises par les médecins et les infirmières, l'insuffisance de la coordination entre les médecins et les autres professionnels ont été les principales sources de confusions. Au début de la mise en œuvre des interventions, les frictions entre médecins et infirmières à propos des protocoles de traitement ont créé chez les usagers des frustrations pour lesquelles des solutions n'ont pas été envisagées par les responsables.

Oui, toujours. Parce que c'est sûr, on est plusieurs membres dans l'équipe, on n'a pas toujours la même philosophie par rapport au programme. On a plusieurs médecins différents. Le médecin c'est lui qui prend la dernière décision. Des fois, on peut avoir une décision d'un médecin une semaine, on revient avec le même dossier et la décision ne sera pas pareille à la fin. Ent. P1

Une faiblesse de la stratégie de rétention

Les données montrent que les responsables du programme n'ont pas encore trouvé les solutions qui leur permettront de prendre à bras le corps la rétention des clients et la

prévention des rechutes. Bien que les risques de rechutes soient élevés à cause du fort ancrage des opioïdes sur le système nerveux des usagers, les participants semblent être d'accord sur le fait que des stratégies devraient être posées afin de mieux les prévenir.

On essaie de les recadrer, mais en essayant de trouver des solutions. On va essayer de trouver des stratégies. Ça peut être des alarmes sur leur cellulaire, ça peut-être un soutien de la pharmacie qui dit... écoute, demain c'est ton rendez-vous... On essaie de trouver des stratégies avec eux autres pour les amener, mais ça ne fonctionne pas tout le temps. Ent. P5

Quand ça fait douze fois qu'il vient en désintoxication [...]. Il faut analyser, aller en profondeur, évaluer la situation et essayer de comprendre les facteurs qui le poussent à la rechute et la manière dont on peut mettre à sa disposition des services pour faire différent cette fois-ci. Parce qu'à un moment donné, ce n'est pas juste un manque de volonté du patient qui est toujours en rechute. Quand ça ne fonctionne pas, il se démotive. Son estime de soi et son sentiment de pouvoir se reprendre en main s'affaiblissent. Ent. P6

L'accessibilité des services et des médicaments est un facteur important dans la prise en charge des usagers. Selon certains professionnels, les rechutes sont causées par certaines situations pour lesquelles des solutions peuvent être envisagées.

Si on parle d'un client qui est à Chicoutimi, qui doit se présenter à Jonquière, c'est la même chose. Quoiqu'il y en ait que ça représente quand même son lot de difficultés. Mais quand on parle des gens de Fermont, de Baie-Comeau, de la Baie-James, de Dolbeau, de Roberval, l'éloignement est un facteur de rechute. Ent. P1

Alors la rétention, on essaie de notre mieux de retenir ces individus-là, de les encourager, de les supporter avec les intervenants, bon... tout ce qu'on a dit tantôt. Mais malgré tout ça, puisque c'est des individus qui sont dans des conditions psychosociales précaires, très souvent des problèmes de transport, financiers, relations sociales, familiales, etc. Alors les individus un moment donné se découragent, arrêtent le programme pour toutes sortes de raisons ou arrêtent le programme aussi comme on disait tantôt pour des raisons de rechute parce qu'ils préfèrent vivre encore un petit bout avec les avantages de la consommation qui sont non négligeables. Ent. P7

Quelqu'un qui ne se présente pas, qui est en rechute pourquoi? Parce que l'aide sociale l'a coupé, donc il n'a plus de moyen de... il ne payait pas son loyer déjà, donc il n'a plus de moyens pour sa subsistance pour être capable de continuer à s'injecter ou à prendre des opiacés. Je parle souvent d'injection, mais il faut comprendre qu'il y a toutes sortes de moyens de consommer aussi. Mais je pense qu'il y a cette réalité-là, où la rechute, peu importe la raison qui amène la rechute, va avoir une incidence importante, autant sur le client, que sur nous. Ent. P6

Des prises de décisions parfois cloisonnées

Même si certaines décisions cliniques nécessitent une connaissance des

professionnels, elles requièrent une participation du patient qui n'est pas toujours systématique. Quand les patients sont invités à donner leur opinion sur des aspects qui les concernent et pour lesquels une décision doit être prise, la plupart des usagers n'ont pas manifesté le besoin d'être impliquée dans ce processus. D'ailleurs, certains usagers ont estimé que la majorité des professionnels était à l'écoute de leur point de vue.

Cependant, certains professionnels étaient perçus comme plus inflexibles sur certaines décisions alors que d'autres ne tenaient pas compte correctement de la complexité de la situation des usagers dans certaines situations. C'est le cas de l'abolition des fax des ordonnances, la gestion des priviléges, les demandes de changement de produit de substitution, etc. Les difficultés liées au manque de prise en compte des points de vue des usagers constituaient une source plus importante de frustration de ces derniers. Même si celles-ci ne semblaient pas affecter de manière considérable la mise en œuvre des services, elles contribuaient à renforcer les contraintes liées à l'accès aux soins et aux médicaments par exemple.

De plus, si le fait d'accorder des priviléges aux usagers contribue à encourager les patients à poursuivre leur traitement, les règles entourant cette pratique ne sont pas appliquées de la même façon d'un professionnel à l'autre. Les décisions qui sont prises au sujet de l'octroi ou le retrait de priviléges ne sont pas suffisamment claires pour permettre une application uniforme.

[...] je pense qu'on n'est pas toujours d'accord par rapport à une décision de couper ou d'accorder des priviléges. D'un médecin à l'autre, on n'a pas le même principe en ce qui concerne les priviléges. Alors c'est une problématique. Mais on est toujours à la recherche de la meilleure façon. Ent. P3

Aller à la pharmacie tous les jours, ce n'est pas facile pour tout le monde. Il y en a qui n'ont pas de voiture, pas de permis de conduire. Ce n'est pas évident, ça demande beaucoup d'assiduité et ce n'est pas tout le monde qui peut le faire. Ça prend une bonne compliance. Ent. P5

La gestion des priviléges est une source de conflit et de frustration chez les usagers. Les arguments des restrictions de permettre aux usagers de disposer d'une dose de médicaments pour une semaine basés sur la sécurité ne sont pas pertinents, selon certains participants. Les entrevues ont montré que le système de privilège, en plus de mettre la vie des usagers en danger, ébranle parfois la confiance entre les professionnels et les

usagers. De plus, certains usagers trouvent les restrictions qui accompagnent les priviléges impertinents, car selon eux, les pharmacies n'ont pas l'exclusivité de l'accès aux opioïdes.

Mon test va être positif. Il ne l'analyse plus étant donné que je suis honnête avec eux. Sauf qu'il y a tellement de personnes qui ne le sont pas. Puisqu'ils se mettent l'urine de quelqu'un d'autre dans un pot sous leur aisselle, ça augmente sa température. À la toilette, ils glissent leur pot, puis eux autres ils ont leur négatif. Ils ont tous les priviléges [...]. C'est de ça qu'ils doivent avoir peur. Parce que quelqu'un peut mourir en ayant tous ses priviléges. Ent. U6

J'ai déjà vu des médicaments en circulation et qu'il y en a qui donnaient une partie de leur consommation à d'autres personnes. On m'a déjà donné de la méthadone et j'avais de la médication. C'est un de mes amis qui me l'avait donné. J'aurais pu en mourir, tu sais! Alors... je trouve que oui c'est bon, sauf que c'est sûr qu'on ne peut pas empêcher que quelqu'un qui va avoir plusieurs priviléges, d'aller en redonner à d'autres. Ent. U8

Au terme de cette section, il appert que les forces du programme découlent de stratégies de coordination, de communication, de prise de décisions concertées qui renforcent l'engagement et la motivation des intervenants. Cependant, les stratégies spécifiquement dédiées à la prévention des rechutes et à la promotion de la rétention restent insuffisantes.

5.4.4 La dimension systémique du programme

En général, les données quantitatives dévoilent l'existence de bons liens de collaboration et de partenariat entre le programme et les autres organismes qui offrent des services à la même clientèle. Sur le plan partenarial, 40.5 % des usagers étaient fortement en accord ou en accord avec l'énoncé selon lequel il existe des liens de partenariat entre les organismes de la région qui donnent des services aux usagers et le PSO. De plus, plus de la moitié (53.9 %) des usagers étaient fortement en désaccord ou en accord avec la question demandant si l'intégration des services se fait de façon à favoriser une transition maximale entre les différents organismes qui offrent des services aux usagers. À l'assertion, il existe une cohérence entre les interventions qui me sont données par les différents professionnels du programme, 77.8 % des usagers étaient fortement d'accord ou en accord. En matière de complémentarité des services, les trois quarts des usagers participants ont indiqué être fortement d'accord ou en accord à l'affirmation : les différents services du programme (sanitaires, sociaux, communautaires, etc.) sont

complémentaires.

Tableau 20

Dimension systémique selon les usagers

Indicateur mesuré	N	%
J'ai remarqué qu'il y avait des liens de partenariat entre les organismes de la région qui me donnent des services et le programme de substitution aux opiacés		
Fortement d'accord	3	8.1
En accord	12	32.4
Plus ou moins en accord	13	33.1
En désaccord	4	10.8
Fortement en désaccord	5	13.5
L'intégration des services se fait de façon à favoriser une transition maximale entre les différents organismes qui m'offrent ces services		
Fortement d'accord	4	10.3
En accord	17	43.6
Plus ou moins en accord	9	23.1
En désaccord	4	10.3
Fortement en désaccord	5	12.8
Il existe une cohérence entre les interventions qui me sont données par les différents professionnels du programme		
Fortement d'accord	8	22.2
En accord	20	55.6
Plus ou moins en accord	6	16.7
En désaccord	2	5.6
Les différents services du programme (santé, sociaux, communautaires, etc.) sont complémentaires		
Fortement d'accord	8	22.2
En accord	20	52.8
Plus ou moins en accord	6	16.7
En désaccord	2	5.6

À la question de savoir s'il existe des liens partenariaux avec d'autres services de la région qui interviennent auprès de la même clientèle, les trois quarts des professionnels étaient en accord ou en désaccord. Selon les résultats, 87.5% des professionnels étaient fortement en accord ou en accord avec l'assertion : il existe une coordination des intervenants qui facilite l'intégration des services destinés aux usagers. Les professionnels étaient fortement d'accord ou d'accord à 75% sur le fait qu'ils collaboraient avec d'autres personnes qui interviennent dans des programmes similaires. À la question « Le fait de collaborer (échanger) avec d'autres intervenants qui sont dans des programmes similaires influence ma façon d'intervenir », 62.5% étaient en accord.

Tableau 21

Dimension systémique selon les professionnels

Indicateur mesuré	N	%
Des liens partenariaux sont établis avec d'autres services de la région qui interviennent auprès de la même clientèle		
En accord	4	50
Plus ou moins en accord	2	25
En désaccord	1	12.5
Fortement en désaccord	1	12.5
Il existe une coordination des interventions qui facilite l'intégration des services destinés aux usagers		
En accord	4	50
Plus ou moins en accord	3	37.5
En désaccord	1	12.5
Collaborent avec d'autres personnes qui interviennent dans des programmes similaires		
En accord	2	25
Plus ou moins en accord	4	50
En désaccord	1	12.5
Fortement en désaccord	1	12.5
Le fait de collaborer (échanger) avec d'autres intervenants qui sont dans des programmes similaires influence ma façon d'intervenir		
En accord	5	62.5
Plus ou moins en accord	3	37.5

Les forces de la dimension systémique

Légitimité du programme et position à l'égard des ressources de la région

Le programme porte une mission régionale en matière de prise en charge de la dépendance aux opiacés. Il est le seul de son genre à desservir le vaste territoire de clients du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord et de ses environs ayant des besoins diversifiés qui nécessitent une collaboration active ainsi qu'une intégration efficace des services dans toutes les étapes de l'intervention. Les données collectées semblent indiquer que l'éloignement et la dispersion géographique des patients du programme constituent un facteur contextuel favorable au programme en matière de disponibilité de services dans des zones isolées.

Le programme demeure une référence régionale compte tenu de sa position centrale dans l'offre de services aux personnes qui cherchent à se départir d'une dépendance aux opioïdes. Cette visibilité du programme le positionne positivement au moment de

développer des stratégies provinciales à propos de la substitution aux opiacés. Du coup, il porte la vision et la spécificité de la région en matière de développement et d'adaptation des services et de porte d'entrée pour la mise en œuvre de nouvelles orientations, de politiques et de pratiques. Ainsi, il détient le privilège de pouvoir bénéficier des expériences et stratégies porteuses développées ailleurs dans la province.

Les résultats indiquent que le partenariat entre l'équipe et certains organismes qui interviennent auprès des mêmes cibles, comme le service intégré de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang, le service de travail de rue, les services pour sans-abris, les centres correctionnels et les agents de probation, la Clinique de la douleur, certaines installations du CIUSSS, etc., permet d'élargir l'accessibilité du programme à certaines clientèles. Il contribue également à élargir la gamme de services de santé et psychosociaux dont les usagers peuvent bénéficier pour avoir des solutions à d'autres besoins qui ne sont pas couverts par le programme.

Il y a une collaboration qui est un petit peu en train de se placer avec la Clinique de la douleur, quelque chose qu'on ne voyait pas avant. Ils ont commencé à faire des rencontres justement pour aider la clientèle qui a des douleurs chroniques (...). Ent. P3

Un partenariat bénéfique pour le programme

Le réseautage élaboré entre le programme et ses partenaires est avantageux pour le programme et pour les patients. La disponibilité des services connexes permet d'élargir la gamme de ressources nécessaires pour répondre aux besoins des patients que le programme ne pouvait pas satisfaire. Par exemple, les services en psychiatrie n'étaient pas disponibles, par contre, les patients pouvaient en bénéficier grâce à l'organisation transversale du système de santé. Également, les responsables ont été en mesure d'élargir l'éventail des ressources, telles que des équipes locales afin de mieux décentraliser les soins et les services destinés à leur clientèle. Pour faciliter les échanges avec les équipes locales, l'équipe clinique est déployée sur une base ad hoc.

D'autres stratégies de collaboration sont également établies avec les pharmacies qui acceptent de servir les médicaments aux patients. De plus, les services d'urgence, les médecins de famille, certains organismes communautaires, etc. sont au courant de l'existence du programme ainsi que des services qu'il offre. Ils orientent les personnes

aux prises avec une dépendance aux opiacés vers le programme.

Un soutien clinique enrichissant

Il existe également une communauté de pratique qui permet aux intervenants de partager avec leurs collègues provinciaux certains défis, enjeux, stratégies et pratiques par rapport au traitement de dépendance aux opiacés. De plus, chaque année se tient une réunion des intervenants provinciaux au cours de laquelle les meilleures pratiques et les bons coups sont partagés. Puis, le programme est impliqué au niveau du service d'aide provincial qui gère la pratique des traitements de dépendance aux opiacés au niveau de la province et qui chapeaute les transferts des patients d'une région à l'autre quand un usager change de lieux de résidence, par exemple.

Parce que c'est sûr que notre région est petite puis on n'a pas des centres de recherche comme le CRAN; c'est un peu dans les balbutiements, je pense qu'à l'avenir ça pourrait se renforcer. Mais les réalités du milieu sont propres au Saguenay, parce qu'on a des affaires qui sont différentes de Montréal, mais échanger avec d'autres personnes qui ont d'autres réalités différentes peut nous rapporter des rajustements positifs, mais qu'on doit adapter à.... Peut-être que dans la région finalement, un jour il va y avoir quelque chose pour cela. Ent. P8

De plus, l'intervention comprenait plusieurs formes de soutien clinique dont le but est d'assurer la qualité des soins et de développer la confiance clinique des professionnels. Sur ce plan, le CRAN offre un soutien aux professionnels en leur apportant des réponses à certaines questions et en leur fournissant des informations sur certains cas spécifiques.

Les faiblesses de la dimension systémique

Alors que les partenariats étaient positivement perçus dans le succès du programme en raison de ses contributions dans les connaissances, la qualité des soins et des services offerts, les résultats montrent également la manière dont les difficultés partenariales et collaboratives affectaient le programme.

La communication avec les partenaires

Lorsque les participants ont été interrogés sur le partenariat entre le programme et les autres organismes ou autres services, ils ont ressorti les obstacles qui ralentissaient certaines interventions. La difficulté la plus courante, perçue par les participants, était la communication. En effet, même si le programme implique une équipe multidisciplinaire

et que les stratégies de communication interne sont assez bien menées, les acteurs qui ne sont pas directement rattachés à l'équipe interne se sentent délaissés. Par exemple, les interrelations entre le programme et ses principaux partenaires qui se trouvent être les pharmaciens sont affaiblies par un manque de communication.

Parfois, je suis obligée d'appeler pour le patient, j'ai de la difficulté à parler à quelqu'un, il faut que je laisse un message, c'est long avant qu'ils me rappellent. Parfois, ils ne me rappellent pas. Moi je pense que j'aimerais mieux avoir plus d'informations sur mon dossier et j'aimerais être concertée parfois aussi dans les prises de décisions. Ent. P2

En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, certains patients ont également perçu un manque de communication entre les professionnels. Ils ont rendu visite à plusieurs professionnels au cours de leur parcours de soins, mais ont dû raconter leur histoire plusieurs fois. Ils pensent que les échanges d'informations pourraient aider aussi bien les patients que les professionnels.

Je passe mon temps à être obligé de recompter mon histoire à tout le monde. J'ai l'impression que toute la ville de Chicoutimi sait tout sur mon cas, parce que j'ai tellement raconté ma vie à tellement de travailleurs sociaux et Tel-Aide et 8-1-1, ils ne communiquent pas... Tu as bien beau dire n'importe quoi à un, l'autre ne le saura pas... ils ne se parlent de rien. Je vais arriver à l'hôpital de Chicoutimi et je vais leur dire mon nom et je vais être un inconnu et c'est tout. Pourtant j'ai un épais dossier. Ent. U2

Le programme n'a pas su instaurer un leadership organisationnel auprès des autres acteurs externes afin d'aider les usagers à mieux naviguer dans le système quand leurs besoins de services ne sont pas offerts au sein du programme (médecins de famille, spécialistes, personnel des services d'urgence, etc.). Le manque de promotion du programme et de sa vision de la substitution fait que ce dernier reste inconnu de certains acteurs de la santé et des services sociaux. Cette situation réduit les interactions dont les impacts pourraient profiter aux usagers en cas d'admission aux services d'urgence par exemple.

De plus, ils ne sont même pas au courant qu'on existe bien souvent là ou très peu, donc c'est souvent par les médecins de famille ou par quelqu'un d'autre. Mais le reste, je te dirais que ça passe par le communautaire, travailleurs de rue, par d'autres clients, des choses comme ça. Ent. P5

[...], C'est-à-dire de rayonner, de démythifier le problème de dépendance aux opioïdes, de partager plus cette information-là auprès des GMF, des urgentistes. Combien d'urgences comprennent mal la réalité de la méthadone et de la suboxone.

Donc le fait de faire rayonner ce programme-là sur l'ensemble des intervenants psychosociaux, de la clientèle, de la population. Ent. P1

Intégration des services

Les participants ont indiqué les obstacles liés à l'intégration avec les services de santé mentale, les médecins de famille, les services d'urgence, les services d'aide à l'emploi, etc. Ces difficultés sont liées à un manque de vision globale de la prise en charge des personnes dépendantes aux opioïdes. En effet, les résultats ont montré que l'usager est pris en charge pour sa dépendance aux opioïdes et non comme un individu confronté à d'autres problèmes qui sont pour la plupart la cause ou la conséquence à ses problèmes de dépendance.

Et d'autre part, la prise en compte de l'accès aux services ainsi qu'aux corridors de services connexes dont les usagers ont besoin constitue une faiblesse pour le programme. L'analyse des données révèle une défaillance au niveau du continuum de soins qui met l'usager au centre d'une intervention concertée entre les intervenants qui peuvent améliorer la situation globale de ces derniers.

Et c'est difficile, ça fait que les soins ne sont pas continus, parfois il y a des dédoublements, ce n'est pas efficace quand chacun travaille de son bord, c'est moins efficace... Bien quand tu essayes de faire appel à tous en même temps, c'est compliqué... L'aide sociale ils m'ont coupé et mon psychiatre il a décidé que j'étais apte au travail et va travailler. Ent. U2

Alors, il y avait ça aussi [...] qu'on a d'autres problèmes de drogues et d'autres problèmes en santé mentale, tous ensemble, bien au moins qu'ils discutent de tous ensemble, pas juste d'une chose, parce que le reste est mis de côté... Ent. U8

Les influences extérieures

Les responsables du programme sont conscients que l'organisation du programme éloigne les potentiels usagers qui présentent des situations plus difficiles. Même si le programme est tributaire des changements dans l'organisation des services et s'adapte aux problèmes de ressources, les responsables ont signalé que la configuration actuelle du programme ne permettait pas de prendre en charge les personnes dépendantes aux opioïdes qui ne sont pas en mesure d'aller vers le programme ou d'être référés par un organisme. La plupart des professionnels participants ont convenu qu'ils devaient résoudre ce problème en offrant des services de bas seuil d'exigence sur le terrain malgré

les problèmes.

On réfléchit tous à trouver des stratégies pour aller chercher de nouveaux clients en fait. Ces jeunes-là, ces adultes-là qui s'injectent dans la communauté, qui sont connus des travailleurs de rue, qui sont connus des intervenants communautaires parfois, mais qui ne veulent pas venir dans nos bureaux, il faudra voir comment on pourrait aller les chercher [...]. Il faut aller dans la réduction des méfaits de sa plus pure expression. C'est sûr que dans le meilleur des mondes, on ajoute des ressources. Est-ce qu'on a un moyen de transport [...]. Ent. P6

L'ouverture vers l'extérieur

Les responsables du programme ne semblent pas avoir suffisamment mis à profit l'importance de faire participer d'autres forces qui pourraient contribuer à une meilleure réussite du programme. Pourtant, les familles, les partenaires, les services psychosociaux, etc., pourraient apporter une contribution significative au traitement des usagers. Le programme pourrait également exploiter davantage le partenariat avec les réseaux de recherche et de formation de la région afin de mieux renforcer les compétences de ses intervenants, mais aussi pour une actualisation des connaissances et des pratiques qui découlent des données probantes de recherches scientifiques.

En somme, le programme a développé et entretenu un réseau de partenaires cliniques à l'échelle de la province afin de renforcer les compétences de ses intervenants et d'être au courant de pratiques qui se font dans d'autres programmes similaires. Cependant, le partenariat régional, même s'il contribue à l'atteinte des objectifs du programme, il demeure moins exploré et sous sa forme actuelle, il limite la visibilité régionale du programme. L'analyse des données a révélé un manque d'approche qui soutient une prise en charge globale des usagers aux prises avec un trouble d'utilisation des opiacés. Un continuum de soins qui met l'usager au centre d'une équipe multidisciplinaire d'intervenants est un levier important qui renforcera la prise en charge des multiples besoins des usagers.

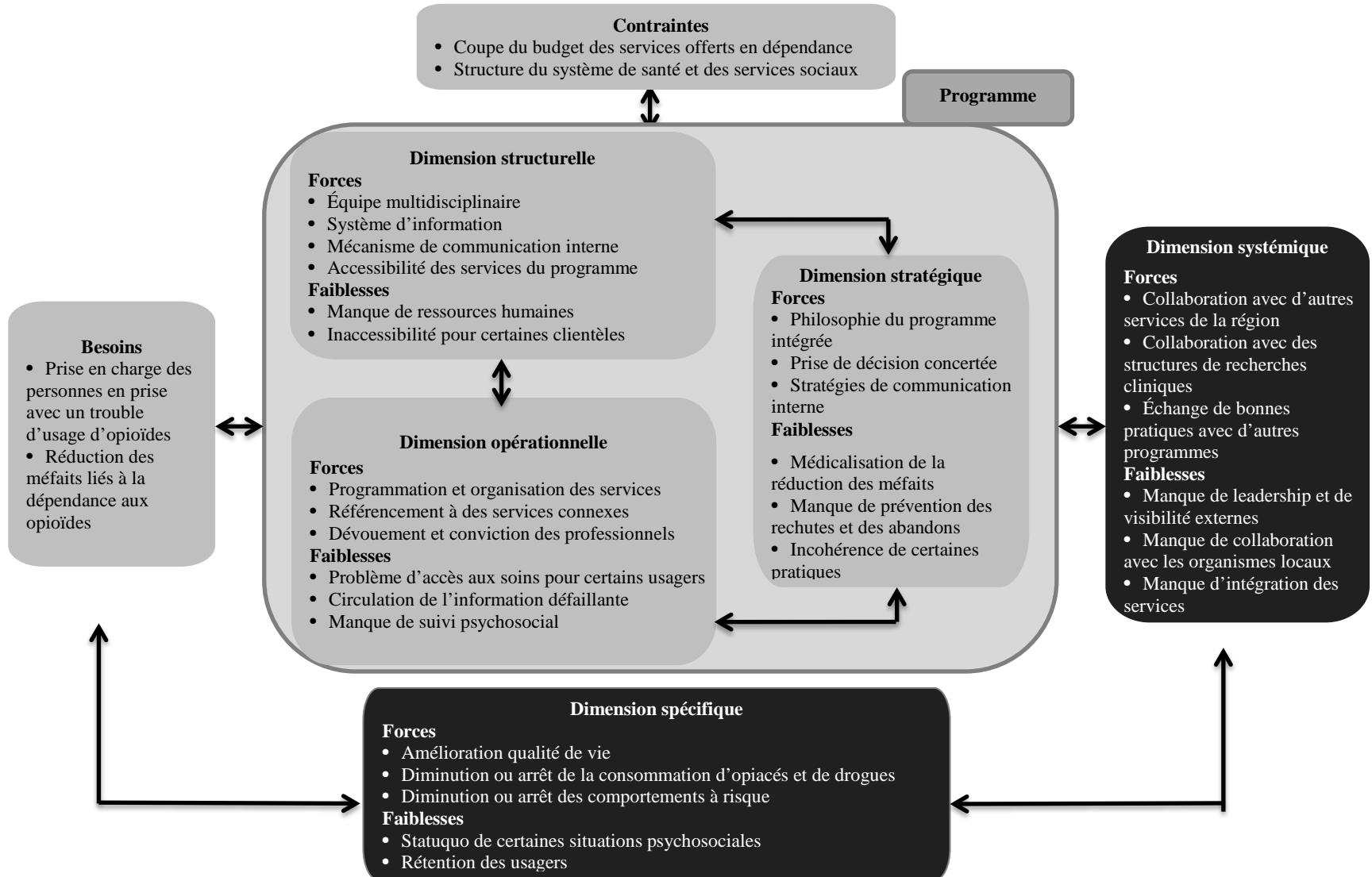


Figure 4. Forces et faiblesses du programme selon le modèle de Gervais et al. (2009)

Note : Figure adaptée de Gervais et ses collègues (Gervais et al., 2009).

CHAPITRE 6: LES MEILLEURES PRATIQUES

Ce chapitre avait pour but de répondre au 4^e objectif de la présente étude en identifiant les meilleures pratiques aux regards des TSO. Par le biais d'une revue rapide de la littérature existante à ce sujet, les meilleures pratiques en matière de substitution aux opiacés seront explorées afin d'outiller le PSO de Jonquière et de permettre aux intervenants d'améliorer leurs interventions et par l'effet même, l'efficacité du programme. Les meilleures pratiques ciblées serviront ainsi à soutenir les recommandations qui seront formulées. Dans cette section, le processus qui a mené à la sélection des 42 études incluses est exposé. Ensuite, les résultats de la revue rapide sont présentés autour de trois grands thèmes : l'efficacité des différents produits de substitution, la complémentarité des traitements pharmaceutiques et des interventions psychosociales et les pratiques exemplaires répertoriées.

6.1 Sélection des études

Les documents générés à l'aide des recherches des concepts clés de cette revue ont été soumis à plusieurs tris afin de déterminer au final les études pertinentes pour la présente revue rapide. Lors des différents processus qui ont mené au choix des études, plusieurs étapes ont été suivies. D'abord tous les titres des études générés par les mots-clés ont été considérés afin d'éliminer d'emblée ceux qui n'étaient pas pertinents pour la revue. Puis, les résumés des documents des titres retenus ont été examinés pour déterminer leur admissibilité à l'étude. Ceux d'entre eux qui ne correspondaient pas aux critères ont été éliminés. Ensuite, les documents complets des résumés retenus ont été examinés afin de sélectionner la liste finale d'études qui remplissaient les critères. Cet exercice a permis d'inclure les 42 études de cette revue rapide de la littérature. Ces études ont été incluses dans la synthèse narrative consignée dans le Tableau 11 et plus tard dans la méta analyse. La liste de vérification PRISMA (Tricco et al., 2018) a été utilisée afin de relever les processus et les critères d'inclusion et d'exclusion des études pour la présente revue rapide de la littérature (figure 6).

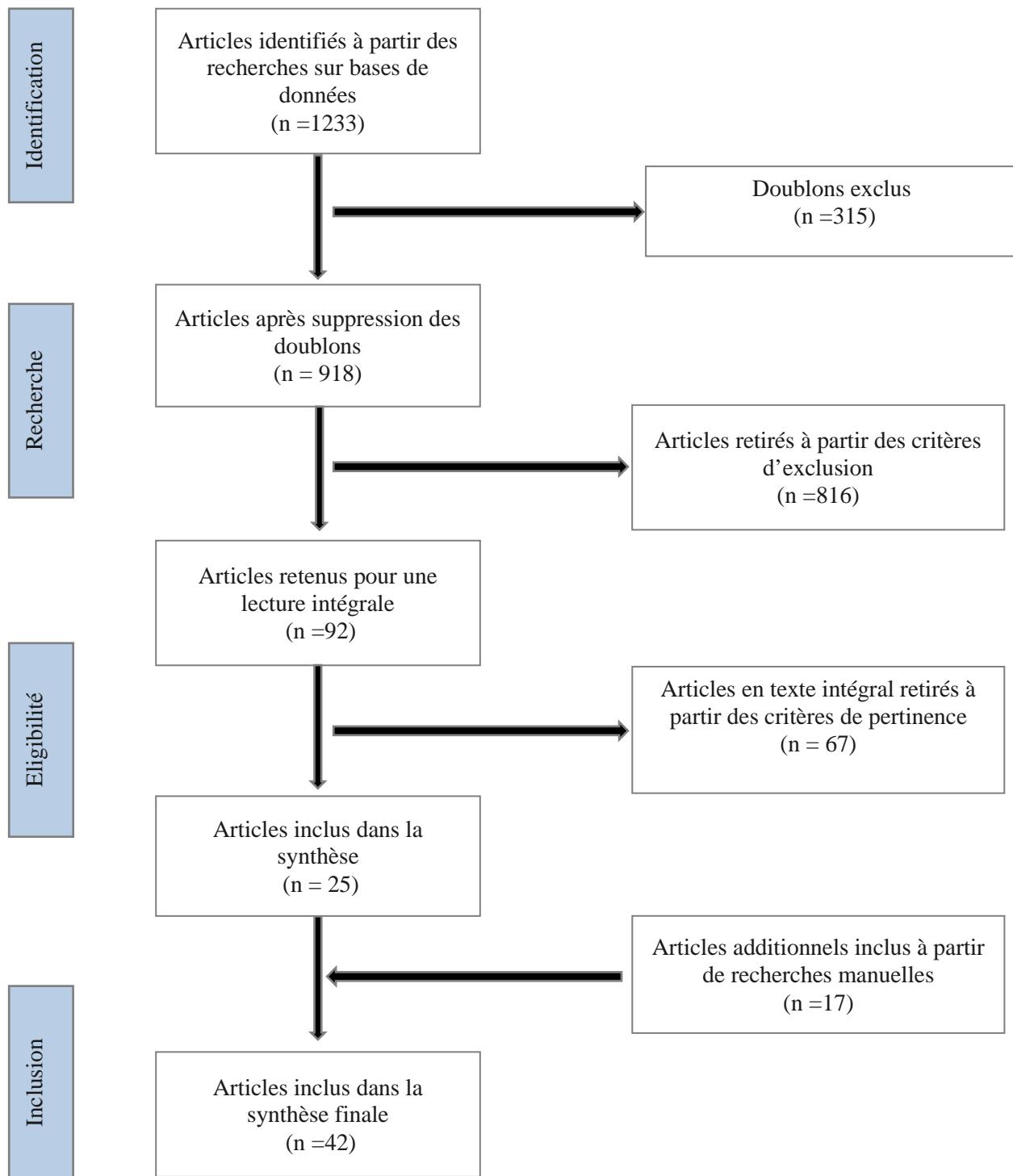


Figure 5. Études incluses et exclues selon le diagramme PRISMA

6.2 Résultats de la revue rapide de la littérature

Les caractéristiques des études incluses sont résumées dans l'annexe 7. Des revues systématiques rapportant l'efficacité des produits de substitution ou décrivant des interventions supplémentaires à des traitements pharmacologiques et des études d'efficacité de programmes ont alimenté le contenu de la revue rapide. Les revues de la littérature retenues ($n = 40$) regroupent des essais contrôlés quasi expérimentaux ou randomisés et des interventions publiées dans des revues scientifiques. Cette revue s'appuie sur des articles dont le premier auteur provient des États-Unis (12), du Royaume-Uni (8), d'Italie (7), d'Australie (6), du Canada (4), du Portugal (1), d'Allemagne (1), de Belgique (1), de Norvège (1) ou d'Inde (1).

Les données probantes ressorties dans les études sont synthétisées afin de ressortir l'efficacité des produits de substitution. La combinaison de ces derniers avec des traitements non pharmacologiques ou avec des interventions ou thérapies psychosociales qui ont induit des effets bénéfiques dans le traitement des patients sont exposés en deuxième lieu. Les pratiques exemplaires sont reportées pour clore ce chapitre.

6.2.1 Les produits de substitution

Les traitements de substitution aux opiacés ont toujours été dominés par l'utilisation de la méthadone et de buprénorphine. Ces produits ont montré une grande efficacité en matière de traitement des personnes aux prises avec un trouble d'usage des opioïdes. Dernièrement, plusieurs autres médicaments de substitution ont été testés afin de répondre à des clientèles spécifiques. Les prochains paragraphes présentent les forces des produits ressortis dans la littérature au cours de la dernière décennie.

Les agonistes : la buprénorphine et la méthadone

Un agoniste est une molécule qui se lie au même récepteur que lui. Le traitement à la méthadone et le traitement à la buprénorphine sont tous deux efficaces et efficaces, comparés à l'absence de traitement (Connock et al., 2007; Nielsen et al., 2016). La buprénorphine et la méthadone ont une efficacité similaire en matière de sevrage des opioïdes et d'effets indésirables (Gowing, L, Ali et White, 2017). Des doses plus élevées de méthadone et de buprénorphine sont associées à de meilleurs résultats thérapeutiques (Simoens, Matheson, Bond, Inkster et Ludbrook, 2005). Utilisés en première ligne, leurs

effets sont comparables à ceux observés chez les patients traités au sein des programmes de maintien à la méthadone (Kraus et al., 2011).

De plus, la buprénorphine et la méthadone permettent aux patients d'arrêter ou de réduire la consommation d'opiacés illicites (Mattick, Breen, Kimber et Davoli, 2014), de la consommation de drogues par injection et du partage de matériel d'injection (Gowing, Linda, Ali, White et Mbewe, 2017). En matière de prévention des comportements à risque et des infections par le VIH, il est noté une réduction de la proportion de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels ou échanger des rapports sexuels contre de la drogue ou de l'argent (Gowing, L., Farrell, Bornemann, Sullivan et Ali, 2011). Cependant, certaines études ont montré que la méthadone à faible dose (20 mg par jour) est moins efficace que la buprénorphine (deux à huit mg par jour) (Simoens et al., 2005). Même si le maintien à la buprénorphine et le maintien à la méthadone sont efficaces en matière de réduction de l'utilisation d'opioïdes illicites, la buprénorphine présente moins d'effets indésirables (Thomas et al., 2014).

Malgré tout, le maintien par la méthadone demeurant la norme de référence en matière de TSO (Connery, 2015), même si elle est de moins en moins utilisée au Canada. Fullerton et ses collègues ont démontré que la méthadone à des doses supérieures à 60 mg favorise la rétention et diminue l'utilisation d'opioïdes illicites. Ce traitement a des effets positifs sur les comportements à risque liés au VIH, la mortalité et la criminalité (Fullerton et al., 2014). La méthadone engendre moins de symptômes physiques de sevrage (Taha, 2018). Le traitement de maintien à la méthadone (TMM) pendant la grossesse favorise une amélioration des résultats des mères et des fœtus. En matière de dosage, les nouveaux nés de mères qui prenaient différentes doses de méthadone présentaient les mêmes taux de syndrome d'abstinence néonatale. Si une bonne gestion du retrait de la méthadone est utilisée, une diminution progressive de l'agoniste devrait apparaître lentement sur une période de temps supérieure à un mois. Le traitement avec la méthadone à petite dose avec une substitution temporaire des opioïdes à action prolongée peut réduire la gravité du sevrage (Fullerton et al., 2014).

Les preuves disponibles suggèrent une valeur ajoutée de l'héroïne prescrite avec des doses flexibles de méthadone pour le traitement à long terme des consommateurs qui ne

répondent pas aux traitements conventionnels. Les résultats montrent une diminution en matière de consommation de substances illicites, de participation à des activités criminelles et d'incarcération (Ferri, Davoli et Perucci, 2011). Selon une autre revue, les patients traités par la thérapie assistée par l'héroïne qui étaient réfractaires au traitement à la méthadone ont signalé des améliorations en matière de consommation d'héroïne illicite, de santé physique et mentale, de craving; comparés aux patients traités à la méthadone. Wells et Jones (2017) ont conclu que la thérapie assistée par l'héroïne était associée à une meilleure rétention que la méthadone (Wells et Jones, 2017).

Quant à la buprénorphine, considérée comme un antagoniste également, elle est utilisée en induction et en stabilisation. Cependant, le traitement d'entretien à la buprénorphine est plus efficace que la désintoxication par la buprénorphine en matière de rétention et de consommation d'opioïdes auto déclarée (Minozzi, Silvia, Amato, Bellisario et Davoli, 2014). La buprénorphine est efficace dans le traitement d'entretien de la dépendance à l'héroïne (Mattick et al., 2014). La buprénorphine offre une bonne rétention à une dose supérieure à 2 mg et permet un arrêt de la consommation d'opiacés illicites à des doses supérieures à 16 mg (Mattick et al., 2014). La buprénorphine engendre également moins de symptômes physiques de sevrage (Taha, 2018). Elle peut être utilisée chez certaines populations spécifiques. En effet, le produit a été associé à une amélioration des résultats pour la mère et le fœtus pendant la grossesse, comparée à une absence de traitement médicamenteux (Thomas et al., 2014). Le choix de la buprénorphine doit tenir compte de l'expérience des cliniciens à son égard, des risques de mortalité plus élevés que le TMM et des préférences individuelles des patients (Connock et al., 2007). Kraus et ses collègues (2011) rapportent que la première ligne pourrait être un cadre efficace pour fournir ce traitement (Kraus et al., 2011), mais ces preuves étaient moins nombreuses (Simoens et al., 2005). Le traitement d'entretien à la buprénorphine est apparu plus efficace que la désintoxication ou les traitements psychologiques (Nielsen et al., 2016).

La buprénorphine est indiquée pour les femmes enceintes et les nouveau-nés de mères dépendantes aux opioïdes. En effet, les patientes exposées à la buprénorphine in utero avaient tendance à avoir de meilleurs résultats à court terme que celles exposées à la méthadone (Grossman, Seashore et Holmes, 2017). Les taux de syndrome d'abstinence

néonatale étaient similaires pour les mères recevant de la buprénorphine que pour celles prenant de la méthadone, mais les symptômes étaient moins graves chez les bébés des mères traitées à la buprénorphine (Bagley, Wachman, Holland et Brogly, 2014; Thomas et al., 2014). On note une diminution de la consommation d'opioïdes illicites en fin de grossesse chez les femmes traitées par la buprénorphine, comparées à celles traitées à la méthadone, selon des résultats non rajustés (Bagley et al., 2014).

Concernant la transition de la méthadone vers la buprénorphine, le transfert de doses de méthadone faibles à modérées (jusqu'à 60-70 mg) vers la buprénorphine est réalisable. La conversion à des doses plus élevées de méthadone indique un inconfort du sevrage important et un besoin de médicaments auxiliaires et de traitement en milieu hospitalier. Réduire les doses élevées de méthadone avant le transfert à la buprénorphine n'est pas sans inconfort et risques de rechute. La transition buprénorphine-naltrexone a été explorée dans plusieurs études pilotes et un certain nombre de méthodes de traitement visant à réduire l'intensité du sevrage méritent d'être explorées davantage (Paolo, Kathleen, Tong, Kamal et Li-Tzy, 2012).

Les agonistes alpha2-adrénergiques (la clonidine et la lofexidine) ont été également testés. La clonidine et la lofexidine sont plus efficaces que le placebo pour la prise en charge du sevrage de l'héroïne ou de la méthadone (Gowing, Linda, Farrell, Ali et White, 2016). Même s'il y avait des preuves de qualité faible à modérée soutenant l'utilisation d'agonistes de maintenance pour la dépendance aux opioïdes pharmaceutiques (Nielsen et al., 2016), les données probantes appuient fortement l'utilisation de thérapies agonistes pour réduire l'utilisation d'opioïdes et retenir les patients sous traitement (Connery, 2015). La lofexidine avait un meilleur profil d'innocuité que la clonidine (Gowing, Linda et al., 2016).

Par contre, la buprénorphine est plus efficace que la clonidine ou la lofexidine dans la gestion du sevrage des opioïdes en matière de sévérité des symptômes de sevrage, de rétention et de probabilité d'achèvement du traitement (Gowing, L et al., 2017). Spécifiquement, la buprénorphine est supérieure à la clonidine au niveau de la réduction du taux d'abandons et de la rétention pour les adolescents. Par ailleurs, même si la clonidine engendre moins de symptômes physiques du sevrage (Taha, 2018), la

méthadone a été associée à moins d'effets indésirables. Les agonistes alpha2-adrénergiques se sont avérés plus efficaces que le placebo pour la gestion du sevrage. Cependant, l'hypotension était un effet indésirable fréquent avec la clonidine en particulier. De plus, au Canada, les lignes directrices recommandent l'utilisation de la buprénorphine et de la méthadone comme médicaments de première intention lorsqu'il est possible plutôt que l'utilisation de l'agoniste des récepteurs adrénnergiques alpha 2 (Jahagirdar et Campbell, 2018).

Quant à la morphine orale à libération lente, utilisée pour les personnes dépendantes aux opioïdes qui répondent mal aux autres traitements d'entretien, elle permet la réduction de l'utilisation d'opioïdes. De plus, l'utilisation de la morphine orale à libération lente a été associée à moins de symptômes dépressifs. Cependant, les effets indésirables étaient plus fréquents chez les personnes ayant reçu la morphine orale à libération lente (Ferri, Minozzi, Bo et Amato, 2013). Wells et Jones (2017) ont évalué l'efficacité et l'efficience de la morphine à libération lente et ont conclu qu'elle était plus efficace que la méthadone en matière d'abstinence de la consommation d'héroïne chez la femme enceinte. Elle aurait moins de sévérité des symptômes de sevrage aux opiacés que la méthadone. Elle semblait réduire le craving, les symptômes de dépression, les douleurs physiques et l'anxiété. Des taux de rétention assez bons, une satisfaction des usagers, une amélioration du sommeil et du bien-être sont notés. De plus, la diacétylmorphine était le traitement plus efficient que la méthadone, principalement en raison d'une réduction des couts liés aux activités criminelles (Wells et Jones, 2017).

Les antagonistes : la naltrexone et la suboxone

L'antagoniste d'une molécule se fixe sur le même récepteur de la molécule sans engendrer son effet. Selon le site internet Cerveau à tous les Niveaux, *comme une clé rentrée dans la mauvaise serrure, il bloque le récepteur en occupant son site actif et prévient par le fait même toute liaison avec le ligand naturel. C'est ainsi qu'agit la naloxone, l'antagoniste le plus connu des opiacés (Cerveau à tous les Niveaux)*. La naltrexone à libération prolongée présente moins de risques de mésusage, de détournement et de risques de surdose (Connery, 2015). Deux groupes de participants avec deux dosages d'injections de naltrexone (192 et 384 mg) ont été comparés à un placebo. Le nombre de jours de rétention avec la dose élevée a significativement

augmenté sur le plan statistique comparativement au placebo (48 contre 27). Le nombre de patients retenus dans le traitement après huit semaines n'a pas montré des différences substantielles entre les groupes ayant reçu le traitement. L'envie de consommer de l'héroïne était substantiellement moins fréquente dans les groupes de traitement avec la naltrexone qu'avec un placebo (Lobmaier, Kornor, Kunoe et Bjørndal, 2008).

Les seuls résultats positifs obtenus dans deux études retenues dans la revue de Minozzi (2011) sont en lien avec l'incarcération des participants. La naltrexone n'est pas supérieure aux benzodiazépines et à la buprénorphine pour la rétention, l'abstinence et la réduction des effets indésirables (Minozzi et al., 2011). Le sevrage découlant des antagonistes est plus intense, mais plus court que celui induit par des petites doses de méthadone. Des doses de naltrexone suffisantes pour bloquer les effets des opioïdes peuvent être établies plus rapidement avec un sevrage induit par les antagonistes que le sevrage induit par la clonidine. Le niveau de sédation n'affecte pas l'intensité et la durée du sevrage, alors que la durée de l'anesthésie peut influer sur la sévérité du sevrage. Il y'a beaucoup plus d'effets indésirables avec une sédation forte comparée à une sédation légère (Gowing, L., Ali et White, 2010).

La combinaison de la buprénorphine et de la naloxone, communément appelée suboxone est associée à une efficacité substantielle, une sécurité et une tolérance par plusieurs populations spécifiques dépendantes aux opioïdes comme les jeunes. La suboxone est de plus en plus utilisée puisqu'elle entraîne moins d'accoutumance et d'abus. La suboxone s'impose de plus en plus comme traitement d'assistance médicalisé de référence au Canada. Par contre moins d'études lui sont consacrées.

Les antagonistes des opiacés combinés aux agonistes alpha2-adrénergique peuvent être utilisés dans la gestion du sevrage aux opiacés. Mais il manque des données probantes qui démontrent la réduction de la durée du sevrage de cette combinaison ou la facilitation du passage au traitement à la naltrexone comme dans le sevrage à l'aide d'un agoniste adrénnergique (Platt et al., 2017). À cause des effets secondaires, une grande surveillance et un soutien accru sont recommandés pendant les heures qui précèdent l'administration d'antagonistes des opiacés. La recherche sur l'utilisation et la pratique clinique des antagonistes des opiacés pour induire et accélérer le sevrage aux opiacés ne

sont pas très développées. Ainsi, d'autres approches de transition vers des produits à libération lente devraient être promues (Platt et al., 2017).

6.2.2 Les traitements pharmaceutiques et les interventions psychosociales

À côté des traitements pharmaceutiques, les traitements et thérapies psychosociaux ont fait l'objet d'examens de la littérature. Certes moins nombreuses que les études sur les traitements de substitution, les recherches sur les interventions et thérapies psychosociales figurent dans les pratiques exemplaires recensées. Les interventions psychosociales en association avec un traitement médicamenteux sont efficaces dans la prise en charge des dépendances aux opioïdes. Les prochains paragraphes apporteront davantage d'éclairages.

Selon plusieurs études, les thérapies et les interventions psychosociales sont efficaces dans le traitement de maintenance à la buprénorphine et dans le traitement de maintenance à la méthadone. La gestion contingente et la thérapie familiale, combinée avec la naltrexone peuvent améliorer la compliance des patients et l'efficacité du traitement (Drummond D. Colin, 2007). Une autre revue de la littérature montre que la thérapie cognitive comportementale (TCC) réduit la consommation de drogues illicites et d'autres comportements à risque chez les participants (Jhanjee, 2014).

La gestion contingente rend les traitements de maintenance à la buprénorphine et ceux de maintenance à la méthadone plus efficaces (Drummond D. Colin, 2007). La gestion de contingence combinée à la naltrexone ou à la buprénorphine, comparée au placebo ou à d'autres médicaments, favorise une meilleure rétention. En ajoutant une intervention de gestion de contingence, il a été noté une meilleure rétention du traitement assisté par l'héroïne que la méthadone chez les patients réfractaires au traitement ((Timko, Schultz, Cucciare, Vittorio et Garrison-Diehn, 2015). L'adjonction de la gestion de contingence aux soins habituels est couteuse, mais engendre des effets positifs en matière d'abstinence (Ainscough, McNeill, Strang, Calder et Brose, 2017; Taha, 2018) et de compliance aux médicaments (Shearer, Tie et Byford, 2015). La gestion de contingence est considérée comme une bonne pratique (Drummond D. Colin, 2007).

Certaines études montrent des effets prometteurs en faveur de l'utilisation de l'intervention motivationnelle pour accroître l'enrôlement des personnes s'injectant de la

drogue dans les TSO (Roberts, Annett et Hickman, 2011). L'intervention motivationnelle augmente l'efficacité et la compliance au traitement (Drummond D. Colin, 2007). Concernant l'approche de la gestion de cas, Roberts et ses collègues (2011) soulignent des effets prometteurs en faveur de son utilisation puisqu'elle favorise l'enrôlement des personnes s'injectant de la drogue dans les TSO (Roberts et al., 2011).

Récemment, plusieurs autres pratiques sont rajoutées dans la gamme des interventions non pharmaceutiques afin de rendre les TSO plus efficaces. Ainsi, les exercices physiques combinés aux traitements pharmaceutiques permettent une amélioration de l'humeur, de la qualité de vie et une réduction de la consommation d'autres substances (Weinstock, Wadeson et VanHeest, 2012). La standardisation des protocoles traditionnels, les interventions non pharmacologiques (hospitalisation et allaitement) ou les approches thérapeutiques alternatives (la réduction rapide ou progressive des doses de produits de substitution) ont toutes été associées à de meilleurs résultats chez les nouveau-nés. Les durées de séjour étaient généralement les plus faibles dans les études d'interventions non pharmacologiques (Grossman et al., 2017). Concernant les nourrissons exposés aux opioïdes in utero, les interventions non pharmacologiques, en particulier l'allaitement maternel, peuvent diminuer la sévérité du syndrome d'abstinence néonatale (Bagley et al., 2014). L'intégration du protocole de l'acuponcture dans les traitements comme intervention adjuvante faciliterait le rétablissement. En effet, selon Baker et Chang (2016), l'acuponcture pourrait renforcer la rétention et l'achèvement du traitement et aurait un impact indirect sur la morbidité et la mortalité chez les personnes dépendantes aux opioïdes (Baker et Chang, 2016).

En somme, les interventions psychosociales et les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont combinés. Les traitements psychosociaux en complément à des traitements pharmacologiques sont efficaces en matière d'achèvement du traitement et d'abstinence des patients lors des visites de suivi en clinique (Amato, Minozzi, Davoli et Vecchi, 2011). L'efficacité supplémentaire de l'ajout d'interventions psychosociales au traitement médicalement assisté variait toutefois selon les résultats, selon les études et selon le type d'intervention psychosociale (Dugosh et al., 2016). La revue de Jhanjee (2014) conclut que les interventions psychosociales sont indispensables et doivent être intégrées dans tous les programmes de dépendance à des substances psychoactives.

6.2.3 Pratiques exemplaires en matière d'organisation des services

Une seule revue qui traite des meilleures pratiques en matière d'organisation des services dans les programmes de substitution aux opiacés a été trouvée. Elle avait pour but de répertorier les meilleures pratiques dans le continuum de soins pour le traitement des personnes dépendantes des opioïdes (Taha, 2018). Il convient de signaler que plusieurs des pratiques exemplaires ressorties ont été répertoriées dans d'autres études. Tout au long du processus de traitement, l'auteure met en exergue les principes fondamentaux et les pratiques exemplaires à prendre en considération lors des traitements de substitution aux opioïdes (Taha, 2018).

Le premier principe est associé au fait que la personne atteinte d'un trouble de l'usage d'opioïdes doit déterminer les objectifs de son traitement avec un professionnel expérimenté. Les autres principes incluent un plan de traitement personnalisé, une évaluation continue des progrès et des besoins évolutifs des usagers, des services sécuritaires et adaptés aux réalités des usagers, une réduction de la stigmatisation, une promotion de l'approche par les pairs aidants pour maintenir les acquis positifs, la mise en pratique du concept de rétablissement et un plan de traitement qui répond aux besoins et aux objectifs de la personne (Kraus et al., 2011; Taha, 2018).

Selon cet examen de la littérature, l'accès rapide aux services de traitement favorise une réduction des visites aux services d'urgence, des temps d'attente et de la stigmatisation, ainsi qu'une plus grande rétention des usagers au traitement (Taha, 2018). Au-delà des traitements, ces services doivent comprendre entre autres des interventions à visée préventive. Les résultats de la revue de Platt (2017) montrent que les interventions sur les comportements à risque favorisent une réduction du risque d'infection du VIH dans les études évaluant la combinaison de TSO et de programme d'échange de seringues. Une couverture élevée du programme d'échange de seringues a été associée à une réduction du risque d'infection du VIH (Platt et al., 2017). Les sites d'injection supervisés contribuent à une réduction de la mortalité et une augmentation de la rétention dans les PSO (Strang et al., 2015). Cependant, en raison du taux plus élevé d'événements indésirables graves, la prescription d'héroïne injectable devrait rester un traitement pour les personnes qui ont échoué dans le passé à un traitement d'entretien. Des paramètres cliniques et un suivi approprié doivent être assurés (Strang et al., 2015).

D'une façon générale, les programmes de sensibilisation à la toxicomanie permettent de gagner la confiance des consommateurs de drogues. Les meilleures pratiques suggèrent de favoriser la rencontre de ces personnes pour mener des activités de sensibilisation aux moments où le risque est plus présent : le soir et tôt le matin. De plus, l'utilisation de multiples moyens pour changer les comportements tout en prévenant les rechutes et d'autres problèmes de santé par le biais de formation, de supervision et de soutien des employés afin de prévenir l'épuisement professionnel sont autant de pratiques exemplaires (Taha, 2018).

L'élargissement des cadres des TSO et une plus grande souplesse constituent des stratégies qui pourraient améliorer l'accès au traitement. Une comparaison des milieux de traitement en phase de désintoxication montre que 70 % du groupe de patients en désintoxication hospitalisés n'avaient pas rechuté en phase post-désintoxication, comparé à 37 % patients du groupe ambulatoire. Cependant, le peu d'études qui répondaient aux critères de l'étude ne peut pas soutenir ni les résultats ni la rentabilité de la désintoxication en milieu hospitalier ou ambulatoire (Day, Ison et Strang, 2005).

La mise sur pied du traitement basée sur une approche communautaire révèle des améliorations de la santé mentale, de la qualité de vie et de la stabilité du logement (Taha, 2018). Des études ont montré que l'approche qui consiste à permettre aux patients de disposer de plusieurs doses de médicaments à domicile impose moins de restrictions aux clients et engendre des couts plus faibles. Les études n'ont pas pu démontrer les risques de mésusage ou de détournement des médicaments. La qualité des études ne permet pas de montrer les effets du dosage supervisé sur l'offre de médicaments sans supervision (Saulle, Vecchi et Gowing, 2017).

En matière de mésusages et détournement des produits de substitution, la supervision du dosage et les formulations dissuasives des produits favorisent la réduction des mésusages et détournements des produits de substitution. Les experts recommandent d'augmenter l'accès au traitement pour réduire l'usage illicite de médicaments de prescription ou d'autres opioïdes détournés (Wright et al., 2015). En ce qui a trait au contrôle de la consommation de drogues, l'étude de Sokya (2013) a conclu que la détection de l'abstinence par l'analyse des cheveux est meilleure que les tests de

dépistage d'urine (Soyka, 2013).

En définitive, les meilleures pratiques disponibles sont nombreuses et hétérogènes. Les études consacrées à l'efficacité des produits de substitution sont de loin plus nombreuses que celles qui étudient la contribution des interventions psychosociales dans les résultats positifs. À l'heure actuelle, si les traitements pharmacologiques et les traitements psychosociaux ont fait leurs preuves, les meilleurs résultats proviennent de leur combinaison. De plus, l'impact de l'organisation des services sur l'efficacité du traitement est sous exploré dans les études existantes.

CHAPITRE 7: DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette étude avait pour but d'évaluer l'efficacité du programme de substitution aux opiacés de Jonquière tout en ressortant les facteurs qui favorisent cette efficacité ainsi que ceux qui l'entraînent. Ce chapitre a pour but de discuter les résultats de l'étude. Il présentera les principales conclusions découlant des deux chapitres précédents. Plus particulièrement, il abordera les caractéristiques des usagers, l'efficacité du programme, les facteurs qui renforcent ou qui affaiblissent cette efficacité ainsi que les meilleures pratiques en matière de substitution aux opiacés. Ces principales conclusions seront discutées dans le contexte de la littérature existante. Pour clore ce chapitre, les forces et les limites de l'étude ainsi que ses implications pour le travail social seront exposées.

7.1 Des caractéristiques d'usagers majoritairement similaires

La présente étude a permis de décrire les caractéristiques des usagers-participants sur le plan démographique, clinique, psychosociale et comportementale. Ces informations constituent des intrants importants pour cibler les interventions destinées aux usagers du programme. Le profil des participants à la présente étude est similaire à plusieurs égards à celui d'autres recherches sur les usagers des PSO. Comme dans d'autres, la présente a répertorié plus d'hommes (64.1%) que de femmes. Burbridge (2012) et Fischer et ses collègues (2008) ont étudié des programmes de maintenance à la méthadone dans lesquels respectivement, 56% (n= 458) et 61.7 % (N=133) des participants étaient des hommes. Les résultats confirment exactement Back et ses collègues (2011) qui mentionnent que d'une façon générale, les taux de femmes dans les traitements du trouble lié aux opioïdes dépassent rarement 35%.

Dans l'ensemble, une grande proportion des participants de la présente étude (66.6 %) appartient à la catégorie d'âge de 18-29 ans. Ce résultat est similaire à ceux de Ghaddar (2017) qui a étudié les caractéristiques des usagers d'un programme de substitution aux opiacés (n=38) au Liban dans lequel 68.4% des participants étaient âgés de 18 à 30 ans (Ghaddar, Abbas et Haddad, 2017). Sur le plan des revenus, la majorité des usagers de la présente étude (83.3 %) gagne un revenu annuel de moins de 11 000 \$ alors que la plupart des personnes interrogées (71%) par Burbridge et ses collègues déclaraient un revenu inférieur ou égal à 10 000 \$ (Burbridge, 2012). De plus, les participants à la présente étude bénéficiant du revenu d'assurance emploi et de l'aide sociale constituent 47.62%,

comparativement à 57% des participants de l'étude de Burbridge (Burbridge, 2012).

Sur certains aspects étudiés, les caractéristiques des usagers participants de la présente étude sont différentes de celles d'autres recherches menées auprès de clientèles similaires. En effet, les plus hautes études pour plus de la moitié des participants (52.6 %) sont des études secondaires alors que 75% des participants de l'étude de Burbridge (2012) avaient un niveau d'études inférieur ou égale aux études secondaires. De plus, les participants qui occupent un emploi régulier ou occasionnel dans le PSO de Jonquière représentent 55.3%. Cependant, les taux des participants ayant des emplois réguliers ou occasionnels représentaient un peu plus du tiers dans l'étude de Burbridge (2012).

Cependant, les participants de la présente étude sont moins avantageux que ceux d'autres études. Sur le plan de la santé mentale, 66% des participants de la présente étude ont déclaré avoir eu un diagnostic de problèmes de santé mentale. Ce pourcentage est plus du double dans l'étude de Fischer et ses collègues dans laquelle environ 30% des personnes interrogées avaient des problèmes de santé mentale (Fischer, Cruz, Patra et Rehm, 2008). Comme la présente étude, les résultats de Fischer (2008) et de Burbridge (2012) ont montré que la clientèle des programmes de substitution aux opiacés avait une santé physique et mentale moins bonne en raison de leur consommation de drogues (Burbridge, 2012; Fischer et al., 2008). Des problèmes d'anxiété, de dépression, de mauvaise estime de soi sont souvent relevés et tous ces problèmes pouvaient influencer négativement les résultats des programmes (Burbridge, 2012).

7.2 L'efficacité du programme

Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité du PSO de Jonquière. La mesure de l'efficacité d'un programme, comme indiquée dans les chapitres précédents, consiste à comparer ses objectifs de départ et les résultats atteints. Selon les résultats de l'étude, le PSO de Jonquière est efficace. En effet, l'exercice qui a été mené tout au long de l'étude révèle que d'une façon générale, les principaux résultats ressortis par l'étude sont ceux qui étaient escomptés. D'une façon générale, la mise en œuvre du programme a entraîné des changements importants dans la santé et la qualité de vie des patients. Ces constats étaient ressortis aussi bien pour les patients que pour les professionnels du programme. Cependant, les moyennes des valeurs de P montrent que les professionnels ($p = 0.014$) ont

attribué des scores moins élevés que ceux des patients ($p = 0.000$). Les prochaines sections discuteront les résultats par rapport à chaque objectif du programme.

Objectif 1 du programme : Diminuer la consommation illicite des opiacés, la propagation des maladies infectieuses, les couts engendrés par les hospitalisations et les incarcérations, la morbidité et la mortalité associées à l'utilisation de ces drogues, la criminalité due à la consommation de drogues et le syndrome de sevrage aux opiacés. Les résultats ont montré une grande diminution de la consommation d'opioïdes des participants selon 92.1% des usagers et tous les intervenants participants. De plus, 78.1% des usagers participants et 75% professionnels ont constaté une grande réduction de la consommation d'autres drogues, comme la cocaïne, la marijuana, etc. La réduction importante des injections intraveineuses est soulignée par près de 64.1% des usagers et les professionnels. Plusieurs autres études confirment une réduction de la consommation d'opioïdes des usagers des PSO (Ghaddar et al., 2017). Cependant, il convient de souligner qu'il existe des résultats contradictoires dans la littérature au sujet de la réduction d'autres drogues consommées (Fischer, Rehm, Patra et Cruz, 2006). En effet, Teesson concluait que même si on pouvait observer une diminution ou l'arrêt de la consommation d'opioïdes, les usagers pourraient continuer à consommer d'autres drogues (Teesson et al., 2008). La présente étude démontre que l'injection d'autres drogues a moins diminué avec le programme avec seulement 53.1% de réponses positives des usagers. La réduction de la consommation d'opioïdes et de drogues a également favorisé la baisse du temps que les participants consacraient à la recherche et à l'usage de substances psychoactives, selon 84.6% des usagers et 75% des professionnels.

Ces résultats suggèrent par extrapolation que le programme pourrait contribuer à réduire la propagation des maladies infectieuses, les couts engendrés par les hospitalisations, la morbidité et la mortalité. En effet, certaines études ont établi une hypothèse de corrélation entre une baisse des injections de drogues et celle de la transmission du VIH, de l'hépatite C et de surdose de drogues (Burbridge, 2012; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002; Perreault et al., 2007). Une diminution de la fréquence des rechutes et de la mortalité chez les usagers est notée également au cours des traitements de substitution à la méthadone (Delile, 2004; Kastelic et al., 2007).

Une réduction statistiquement significative de la criminalité est également constatée par 61.1% des usagers et tous les professionnels participants. Comme dans la présente étude, une baisse des activités criminelles dues à la consommation d'opiacés a été répertoriée par Kastelic et ses collègues (Kastelic et al., 2007). Ces résultats corroborent ceux de Burbridge qui ont indiqué qu'après un an de traitement, une partie des activités criminelles des patients qui était causée par la consommation de drogues était réduite (Burbridge, 2012).

Objectif 2 du programme : D'une façon générale, les interventions du programme ont permis aux usagers d'améliorer leur situation (selon 78.3% des usagers et tous les professionnels), d'être en contact avec le réseau des services de santé et sociaux (selon 75% des usagers et tous les professionnels), de modifier leur style de vie (selon 74.3% usagers et tous les professionnels). Le seul indicateur qui n'a pas connu une grande amélioration est l'état de santé physique selon 25.6% des usagers. Cependant pour 87.5% des intervenants, ce paramètre s'est grandement amélioré. Malgré ces limites, cet objectif a été bien atteint. Comme cette étude, d'autres ont révélé des améliorations substantielles de la santé physique au cours de la première année de traitement (Burbridge, 2012). Bien que peu d'études aient établi une relation entre la réduction de la consommation d'opiacés et l'amélioration de l'état de santé physique, plusieurs études ont pu montrer que la consommation de drogues entraîne plusieurs problèmes de santé (Adlaf, Begin et Sawka, 2005; Burbridge, 2012; Fischer et al., 2006). Sur le plan psychosocial, les résultats ont montré une amélioration de la santé mentale des usagers (selon les trois quarts des usagers et tous les professionnels) corroborant des études antérieures qui ont démontré une amélioration de l'état de santé mentale des usagers après six mois de traitement de substitution (Mattick et al., 2003; McLellan, Arndt, Metzger, Woody et O'Brien, 1993; Schreiber et al., 2008).

Objectif 3 du programme : Le programme a permis de favoriser le développement de l'estime de soi, du sens positif de la vie selon respectivement 83.7% et 69.4% des usagers. Ces indicateurs ont connu une nette amélioration selon respectivement 75%, et 87.5% des professionnels qui ont répondu au questionnaire. La réinsertion professionnelle s'est moins bien améliorée selon 51.3% des usagers même si des modifications positives ont été notées. Pour les professionnels, les trois quarts des participants ont constaté de grandes

améliorations chez les usagers. Cependant, même si le programme a contribué à améliorer l'insertion professionnelle, l'étude ne peut pas affirmer comme celle de Delile (2004) que les patients qui suivent ces programmes ont plus de chance de trouver et de conserver un emploi.

Objectif 4 du programme : Offrir des services le plus près possible du milieu de vie des usagers. Concernant cet objectif, les résultats sont mitigés. Les usagers qui habitent dans les zones moins éloignées n'ont pas de difficultés pour accéder aux services du programme. Cependant, les usagers qui vivent dans des territoires plus reculés rencontrent des difficultés pour recevoir les services dont ils ont besoin. De plus, même si des stratégies ont été développées par la suite pour offrir des services de proximité à la clientèle marginalisée, cette dernière n'était pas prise en charge au moment de la collecte des données.

Objectif 5 du programme consistant à améliorer la qualité des relations sociales et familiales. Les données quantitatives ont montré que la majorité des usagers (64.8%) et tous les professionnels ont remarqué de très grandes améliorations. Les données qualitatives montrent que le traitement a favorisé de meilleures relations familiales d'usagers et a suscité des projets de renouement avec la famille. La qualité de vie, la vie en société, le style de vie et le sens positif de la vie ont également connu des améliorations selon les usagers (avec respectivement 76.4%, 67.6%, 85% et 69.4%). Tous les professionnels avaient bien évalué ces indicateurs, sauf la vie société cotée positivement par trois quarts d'entre eux.

Objectif 6 du programme : Tous les aspects positifs soulignés ci-dessus constituent des objectifs dont la réalisation permet de protéger la santé publique. Les résultats n'ont pas pu montrer une réduction des couts sociaux et économiques découlant de la consommation des opiacés (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014) puisqu'elle n'avait pas été mesurée. Malgré les bons résultats du programme en matière de changements de certains comportements, l'étude ne peut confirmer avec précision que la mise en œuvre du programme a été associée à une diminution de l'anxiété, de la prostitution et de la violence puisque certains indicateurs n'ont pas été mesurés spécifiquement. De plus, même si la situation des usagers s'est grandement améliorée, les

résultats ne peuvent pas non plus suggérer avec exactitude que le programme a amélioré l'autonomie et la reprise du contrôle de la vie des patients, comme l'a montré l'étude de Delile (Delile, 2004).

Beaucoup de publications ont évalué de manière robuste les effets des traitements, mais peu se sont intéressées à la mise en œuvre, aux pratiques et aux processus des programmes de substitution aux opioïdes. Dans la littérature, peu de recherches décrivent les facteurs facilitants et limitants rencontrés dans la mise en œuvre de programmes de substitution aux opioïdes. La présente étude a permis d'identifier les facteurs liés au programme et ceux liés aux usagers qui facilitent ou entravent de meilleurs résultats, l'accès, et la rétention des usagers.

7.3 Les facteurs facilitants

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les effets positifs du programme. En effet, le programme est lié au système de santé et de services sociaux qui fournit une gamme de prestations aux usagers. Puisque le programme s'insère dans la mission de l'organisation du système de soins et de santé, il offre des avantages sur le plan de la disponibilité et de la diversité des ressources humaines. Ainsi, même si le programme ne dispose pas de tous les services dont les usagers avaient besoin, il est greffé sur plusieurs autres services connexes du système qui ont contribué à bonifier l'offre de services et à l'amélioration de la santé et du bien-être des patients. De plus, l'intervention spécifique du programme est soutenue par une équipe de professionnels qui offre une diversité d'interventions coordonnées pour répondre aux besoins des usagers et améliorer leur situation. En termes de pratiques exemplaires, les organisations qui offrent des services centrés sur le patient sont plus susceptibles d'atteindre les résultats souhaités (Taha, 2018).

Les relations entre les usagers et les professionnels ont été perçues de manière positive par les participants. Les usagers sont d'une façon générale satisfaits de la qualité des services qu'ils reçoivent. En effet, plus de la moitié (76.9 %) des usagers avaient une satisfaction très élevée ou élevée envers le programme. De plus, 93.1% des usagers trouvent que les services offerts par le programme sont de qualité excellente ou de très bonne qualité. Certaines recherches ont montré que les clients qui évaluent positivement la qualité des services reçus sont plus susceptibles d'être retenus en traitement. La rétention

est un facteur incontournable dans l'efficacité des programmes de substitution aux opiacés. Plusieurs auteurs ont établi la relation entre l'assiduité au traitement et l'obtention de résultats positifs et la rétention à long terme (Santé Canada, 2006). Ainsi, l'assiduité aux traitements et la capacité de rétention des usagers influencent positivement les situations de ces derniers et renforcent l'efficacité des programmes (Delile, 2004). Les recherches qui se sont penchées sur les liens entre la qualité des services et la rétention des usagers considèrent qu'une formation supplémentaire en santé mentale des intervenants, un traitement individualisé et une communication efficace avec les partenaires tels que les pharmaciens et les médecins contribuaient à une meilleure rétention des usagers (Parkes et Reist, 2010). C'est pourquoi le programme devrait bonifier l'offre de services en santé mentale, mieux adapter les services aux besoins des usagers et renforcer la collaboration avec les autres acteurs.

Alors que les efforts pour une plus grande accessibilité des services du programme étaient déjà en cours, l'ajout de professionnels dans des zones reculées a permis à des patients habitants dans ces milieux de bénéficier des interventions et de poursuivre leur traitement sans devoir parcourir de longues distances, ce qui a permis d'améliorer la rétention des usagers. Des études ont montré que les programmes qui ont renforcé l'accessibilité du client, l'amélioration de la qualité du service et l'offre de traitements individualisés ont vu leur taux de rétention augmenté (Burbridge, 2012; Luce et Strike, 2011; Parkes et Reist, 2010).

7.4 Les facteurs limitants

Plusieurs facteurs contextuels liés à la mise en œuvre du programme ont été soulevés. Les participants ont identifié de nombreux obstacles liés au programme. Des problèmes d'accessibilité aux traitements et aux services psychosociaux et de santé mentale ainsi que des difficultés de communication et de circulation de l'information, de manque de ressources, de manque de coordination des pratiques, etc. viennent contribuer à impacter négativement les effets du programme.

Les données recueillies soulèvent des questions sur l'adéquation entre les services offerts et les besoins des usagers. Bien que le programme ait montré des résultats positifs en matière de consommation de drogue et de qualité de vie, d'autres besoins des usagers

ont été moins bien répondus. Par exemple, les problèmes de santé physique et mentale, d'emploi, de soutien financier, d'insertion sociale, etc. ne sont pas suffisamment considérés par le programme. Des résultats similaires ont été rapportés au plan international. Par exemple, des besoins en services non satisfaits ont été signalés chez les usagers, notamment dans les domaines de l'assistance juridique, du logement, des soins médicaux et de l'emploi (Madden, Lea, Bath et Winstock, 2008). Ces manquements peuvent être dus en partie au fait que le programme n'adapte pas les services aux besoins des clients. La prise de traitement de substitution, considérée isolément, quoiqu'associée à certains effets, ne peut à elle seule soutenir des améliorations substantielles et durables que lorsqu'il est renforcé par un soutien psychosocial (Madden et al., 2008). De plus, la recherche sur l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) à une population utilisant principalement des opioïdes d'ordonnance du Canada atlantique suggère de mettre sur pied plusieurs types d'interventions adaptés aux progrès des usagers (Taha, 2018).

Les recommandations fondées sur ces constatations étaient axées sur l'importance d'élaborer des phases d'intervention pour les participants qui débutent dans le TEM, ceux qui participent au programme depuis un certain temps et ceux qui sont en transition vers la méthadone et qui ont seulement besoin de rétablissement (Taha, 2018). De tels programmes d'intervention permettront aux clients de recevoir des services mieux adaptés à leur stade de rétablissement. En outre, des ressources supplémentaires sont nécessaires au cours de la première année de traitement, cette année ayant été la plus marquée en matière de changement, mais aussi de risque d'abandon du TEM. Le recours à des entretiens de motivation et à d'autres services favorisant la rétention peut être utile à intégrer dès les premières étapes du traitement (Taha, 2018).

L'accessibilité aux traitements figure sur la liste des problèmes que rencontrent la clientèle et les programmes de substitution aux opiacés, comme l'a montré la présente étude. Au Québec, l'accès aux traitements de substitution est limité malgré l'efficacité du traitement et les efforts fournis par les autorités pour rendre son offre plus facile (Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011). En effet, les consommateurs d'opioïdes qui recevaient un traitement de substitution se situaient à 21.9% des 10 000 Québécois qui en ont besoin. Cette proportion est de 26.4 % au Canada, 30.3 % en Ontario et de 40 % en Colombie-Britannique (Rehm et al., 2006). Pourtant, selon le Collège des médecins du

Québec et l'Ordre des pharmaciens (1999), un patient qui suit un traitement de substitution aux opioïdes coûte moins de 4 000 \$ par année, alors qu'il coûterait entre 40 000 \$ et 60 000 \$ sans traitement (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999).

Les résultats qualitatifs de l'étude ont montré également que l'accessibilité aux traitements se heurte souvent à des problèmes de pénurie de médecins détenant un permis pour prescrire des produits de substitution et qui sont spécialisés dans le suivi des usagers. Les usagers de toute la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et ses environs doivent se rendre à l'hôpital de Jonquière pour leur suivi médical. Cette situation suggère que les lacunes du suivi augmentent les probabilités de rechutes d'usagers déjà stabilisés. En 2006, alors qu'en Colombie-Britannique, 312 médecins assuraient les services à 20 000 personnes consommant des opioïdes contre 229 médecins en Ontario (pour 30 000 personnes), au Québec, 170 médecins avaient l'autorisation de prescrire de la méthadone aux usagers déjà stabilisés par un traitement (Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes, 2011). Le Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes (2011) explique ce phénomène par les nombreux préjugés et stigmatisations dont les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes sont victimes.

Les attentes avant de recevoir le premier traitement ont été ressorties dans cette étude comme un facteur limitant. La réglementation de l'accès imposée dans les programmes réguliers et l'insuffisance des places disponibles font de la clientèle marginale des laissés-pour-compte du traitement de substitution aux opiacés (Perreault et al., 2003; Santé Canada, 2006). Puisque l'accessibilité aux traitements est un facteur de réussite surtout pour les usagers les plus vulnérables (itinérants, femmes, etc.) (Perreault et al., 2003), la présente étude a ressorti les impacts du manque de ressources sur l'accès des patients résidant dans des zones éloignées, sur la rétention et sur l'efficacité du programme.

Malgré les résultats positifs du programme, les pourcentages de rechutes demeurent encore élevés. Plus de la moitié des usagers (67.6%) ont affirmé avoir déjà vécu des épisodes de rechutes tandis que près de la moitié (43.8%) ont déjà eu à interrompre leur traitement. Un taux élevé d'abandons est souvent noté dans les programmes de substitution aux opiacés (Mercier et al., 2004). Hser et al. (2001) rapportent un taux de

rétention de 13.6 % pour les programmes de maintien à la méthadone en Californie. Les résultats de la présente étude corroborent certains écrits qui stipulent que la reprise de consommation de drogues illicites peut s'élever au-delà de 90 % même quelques mois après la fin du sevrage (Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999). Ainsi, les rechutes répertoriées chez les personnes qui suivent ces traitements montrent que ces résultats sont parfois éphémères, d'où la pertinence de développer des stratégies de prévention de ce problème.

Les résultats de cette recherche confirment Hautefeuille (2013) qui soutient que la plupart des rechutes sont dues à un sevrage trop brutal. Dans la présente étude, les rechutes découlent parfois de failles dans la consolidation des améliorations de la situation des clients. Les résultats suggèrent que plusieurs problèmes sociaux conduisaient à la rechute et à l'abandon du traitement, comme l'isolement, les problèmes de santé mentale, etc. qui ne sont pas souvent pris en charge par le programme. Des services psychosociaux qui sont limités semblent donc être un besoin important. Il y a eu beaucoup de recherches qui indiquent que les résultats sont améliorés lorsque des services psychosociaux supplémentaires aux traitements sont proposés (par exemple, (Gossop, Stewart et Marsden, 2006) (McLellan et al., 1993). De plus, il a été constaté que l'accès à divers services augmentait la participation et l'engagement des clients envers le Programme (Burbridge, 2012).

De plus, des services intégrés et complets ont également été également associés à de meilleurs résultats thérapeutiques (Burbridge, 2012; Gossop et al., 2006). Alors que les meilleures pratiques recommandent l'ajout d'interventions psychosociales pour assurer et consolider le rétablissement des personnes dépendantes des opioïdes, le programme offrait les services de base qui permettent de diminuer les symptômes de sevrage et réduire la consommation de drogues. Le programme semble ainsi manquer de stratégie de consolidation des résultats à long terme de ses interventions. Pourtant, en plus de gérer les problèmes ponctuels, les PSO gagneraient à élargir leur perspective de soins dans le long terme. Delile (2004) abonde dans ce sens : (...) *le traitement de la dépendance a pour but non seulement d'obtenir un sevrage, mais aussi et surtout de prévenir durablement la rechute et donc de permettre au patient de s'inscrire dans un projet de soins au long cours* (p. 278s).

Même si les usagers pouvaient recevoir des services de santé mentale auprès des autres services du système, il ne semblait pas y avoir une collaboration suffisante pour mieux intégrer cet aspect dans leurs soins. Compte tenu de la multitude de corrélats psychosociaux avec la dépendance, Santé Canada (2002) a recommandé que les programmes d'entretien à la méthadone incluent des services intégrés et complets. Taha (2018) fait mention de pratiques exemplaires de programmes qui fournissent à la fois des interventions individuelles et de groupe auprès de leurs clients. Ces programmes, non seulement ciblaient des résultats spécifiques, tels que le rétablissement et la rétention, mais se sont également concentrés sur une grande variété de sujets qui découlent de la consommation de substances psychoactives, y compris les maladies infectieuses, l'anxiété et l'estime de soi.

Certaines questions sont soulevées à propos de la contribution des usagers à l'élaboration de leur plan de traitement. Seulement la moitié des participants a indiqué qu'il avait contribué à l'élaboration de leur plan de soins. Pourtant l' article 10 de la Loi sur la santé et les services sociaux stipule clairement le droit des usagers d'être impliqués aux décisions qui concernent leur santé et leur bien-être, notamment à l'élaboration des plans d'intervention ou des plans de services individualisés (Ezard et al., 1999). Bien que cette étude ne se concentre pas spécifiquement sur la question de la participation des consommateurs au traitement de la toxicomanie, d'autres études ont montré qu'il s'agissait d'un problème à considérer par les PSO (Fischer, Chin, Kuo, Kirst et Vlahov, 2002; Nick Ezard et al., 1999). Les usagers de la présente étude ont également mentionné certaines insatisfactions quant à la manière dont les services sont fournis. De nombreux participants ont souligné la nécessité d'une plus grande souplesse du programme, notamment en ce qui concerne les heures d'ouverture, les priviléges et autres règlements. Une étude a identifié des préoccupations similaires chez les usagers.

En outre, la majorité des participants de cette étude a déclaré avoir une bonne communication avec les professionnels. Bien que ces commentaires reflètent une volonté de communication, il existe des failles dans la qualité du contact et de la communication qui est entreprise ainsi qu'un manque de mécanismes formels qui soutient adéquatement les échanges entre les usagers et les autres intervenants. Bien que les soins de base soient fournis, les usagers pouvaient avoir des difficultés à rencontrer certains professionnels

plus fréquemment à cause du manque de ressources. Ces manquements du programme ont eu comme effet de réduire les résultats sur les patients, notamment les rendez-vous espacés, l'accès difficile à certains services spécialisés comme la psychiatrie.

Comme noté dans la présente étude, l'absence de stratégies d'aide des personnes inscrites dans des programmes de traitement de la toxicomanie à résoudre les problèmes d'emploi est également persistante dans la littérature. Bien que de nombreuses recherches aient été effectuées sur l'efficacité des services d'emplois pour les personnes dépendantes de substances psychoactives (Marshall et al., 2014), il n'existe toujours pas de programmes de formation professionnelle fondés sur des données probantes dans les établissements de traitement de la toxicomanie (Magura, Staines, Blankertz et Madison, 2004). Malgré ces constats, certains programmes offrent à leurs clients une gamme de services pour répondre à leurs besoins d'insertion professionnelle: programmes d'aide à l'emploi, services de travail temporaire, salons de l'emploi, etc. (Leukefeld, McDonald, Staton et Mateyoke-Scrivner, 2004).

Cette étude montre que la majorité des usagers (83.8%) envisage fortement ou probablement de terminer le traitement un jour. Une des lacunes du programme réside dans l'absence de stratégie claire du moment où l'arrêt du traitement pourrait être envisagé. Dans une étude menée en France sur les représentations que les patients et les médecins se faisaient des TSO, il est ressorti des résultats que 60% des patients interrogés projetaient de terminer leur traitement de substitution (Venisson et Grall-Bronnec, 2013). D'ailleurs, le concept de rétablissement est presque absent des stratégies du programme.

C'est sans doute dans le but d'améliorer ces problèmes que les responsables du programme tenaient à ce qu'une recension des meilleures pratiques en matière de TSO soit entreprise.

7.5 Les meilleures pratiques

La discussion sur les pratiques exemplaires est traitée en détail dans le chapitre 6. Cette étude s'est intéressée à la littérature sur l'efficacité du TSO destiné à une population

dépendante aux opioïdes. Plusieurs pratiques exemplaires fondées sur les produits de substitution, les interventions et leur organisation ont été relevées.

Sur le plan pharmaceutique, la recherche basée sur des tests d'efficacité de produits de substitution est en plein essor. Cependant, la méthadone et la buprénorphine occupent encore des places de choix, même si la suboxone fait son entrée progressive au Québec (Taha, 2018). Plusieurs recherches sur des traitements alternatifs (les agonistes alpha2-adrénergiques, la morphine à libération lente, etc.) ou sur des interventions qui peuvent être combinées aux produits de substitution (interventions ou thérapies psychosociales, acuponcture, l'allaitement maternel, etc.) sont en cours. Certaines de ces avenues, certes embryonnaires, prennent de l'ampleur puisque des essais sur ces méthodes ont engendré des effets prometteurs.

Les données probantes ont mis en exergue une grande variété de traitements pharmacologiques ainsi que leur efficacité en termes de rétention des usagers, de gestion des symptômes du sevrage, de diminution de l'envie de consommer des opioïdes et du temps consacré à la recherche et à l'usage de drogues. Il convient de signaler que les nouvelles données probantes, même si elles évaluent l'efficacité de nouveaux produits pharmaceutiques qui peuvent être plus adaptés à certains usagers, leur apport en tant que traitement unique à la dépendance aux opioïdes présente des limites en matière de rétention des usagers, de rechute, d'accès aux traitements et de prise en charge des problèmes connexes à la consommation d'opioïdes. C'est dans ce contexte que de plus en plus, des études sont menées afin de trouver des interventions adjuvantes aux traitements pharmaceutiques (Taha, 2018). La présente recension des écrits souligne les effets positifs qui peuvent découler de l'intégration d'autres stratégies pour améliorer l'accès au traitement, la rétention et prévenir les rechutes des usagers.

L'essentiel des meilleures pratiques était axé sur l'importance de mettre en place des types d'intervention adaptés aux besoins et caractéristiques des usagers ainsi qu'à la phase du traitement auquel ils sont rendus. L'accent a été particulièrement mis sur des interventions adaptées aux besoins évolutifs des usagers afin de mieux soutenir leur rétablissement. Des services intégrés et complets (par exemple, des services individuels, des thérapies de groupe, etc.) favorisent de meilleurs résultats thérapeutiques (Burbridge,

2012; Gossop et al., 2006). Des ressources suffisantes en qualité sont nécessaires afin de pallier les risques d'abandon du traitement, tout en renforçant la motivation et l'engagement des patients.

7.6 Les limites de l'étude

Comme dans toute étude, ce mémoire présente plusieurs limites. De prime à bord, un protocole expérimental ou quasi expérimental serait idéal pour mesurer les impacts d'un programme à partir de la comparaison d'un groupe témoin et d'un groupe contrôle. Par manque de temps et de moyens, les modèles implicites ont été adoptés pour mesurer les effets d'un programme. Les résultats pourraient ne pas être généralisés à d'autres régions de la province dans lesquelles les schémas d'utilisation de la drogue et la situation économique pourraient être très différents de ceux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Deuxièmement, la procédure de recrutement dans les locaux du programme a limité les possibilités de trouver les utilisateurs d'opiacés les plus difficiles à joindre et à identifier leurs perceptions (étant probablement en rechute). En outre, la majorité des données proviennent d'une autoévaluation du patient. Les données proviennent d'informations autodéclarées pouvant poser des enjeux de fiabilité et de validité des informations collectées. Toutefois, les instruments et procédures utilisés dans cette étude sont ceux qui sont les plus utilisés dans le domaine du traitement de la toxicomanie et qui ont été validés par des études similaires avec cette clientèle.

De plus, les usagers recrutés sont ceux qui étaient restés dans le programme depuis au moins six mois. De ce fait, il a été difficile de documenter la rétention des usagers dans le programme sur une durée plus longue. Ainsi, les résultats doivent être considérés avec prudence du fait que la conservation des acquis dans le moyen et le long terme ne sont pas démontrés. Malgré ces limites, les conclusions soulignent la nécessité cruciale de réduire les obstacles qui entravent la mise en œuvre du programme et suggèrent la nécessité de changements structurels, opérationnels, stratégiques et systémiques pour fournir un service plus efficace aux utilisateurs d'opiacés de la région. Les contraintes doivent être levées et des stratégies adaptées doivent être développées pour encourager et faciliter l'accès aux traitements et aux services et la rétention au traitement des usagers.

Les recherches décrites dans cette revue comportent un certain nombre de limites.

D'abord, il est possible que la revue rapide ait manqué des pratiques importantes. Ensuite, le jugement est inévitablement impliqué dans la décision d'impliquer des interventions et des catégories de pratiques. Enfin, même si les résultats découlant de la littérature proposée semblent être exhaustifs et utilisables, certains pourraient être difficiles à appliquer.

7.7 Implications pour le travail social et les futures recherches

Sur la base des résultats, il semble pertinent d'accorder une plus grande attention à une offre de services variés soutenue par une équipe multidisciplinaire. Les professionnels psychosociaux qui interviennent au sein des PSO, dominés par un personnel médical, peuvent facilement se sentir marginalisés. Les travailleurs sociaux doivent alors démontrer un leadership adapté et pour ce faire, une identité professionnelle bien enracinée semble être de mise. Ils seront appelés à définir clairement le rôle qu'ils doivent jouer dans ces équipes et la manière dont celui-ci doit être traduit en intervention. Ce rôle doit être bonifié et actualisé par le biais de pratiques exemplaires disponibles dans la littérature.

De plus, compte tenu de la complexité du trouble lié à l'usage d'opioïdes, les programmes en travail social pourraient mieux outiller leurs étudiants en leur fournissant des méthodes de travail découlant de données probantes à jour pour mieux assoir et adapter leurs interventions. Ce renforcement des connaissances doit être poursuivi dans les formations continues que l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec organise périodiquement. Une collaboration avec les ordres professionnels du secteur médicaux pourrait faciliter les formations et les pratiques partenariales.

Sur un autre plan, au cours des quelque dix dernières années, beaucoup de recherches se sont plus focalisées sur les aspects médicaux au profit d'une prise en compte globale du patient ainsi que sur le contexte dans lequel le programme est mis en œuvre. Les résultats de cette étude et les résultats de recherches d'autres chercheurs sur l'efficacité des PSO et sur les pratiques fondées sur des preuves montrent la place importante que devraient avoir les interventions et les thérapies psychosociales dans le maintien des acquis des usagers. Cette étude contribue à la littérature en décrivant les obstacles à partir des points de vue des parties prenantes. L'application d'une méthodologie qualitative dans cette étude nous a

permis de comprendre les mécanismes spécifiques qui influencent les soins et de détecter les obstacles aux soins non identifiés auparavant.

D'autres recherches sont nécessaires au Québec afin de comparer les impacts des PSO sur des usagers recevant uniquement des services de suivis médicaux et ceux ayant bénéficié d'une combinaison de services de suivis médicaux et psychosociaux. De plus, il serait intéressant de déterminer le type d'interventions psychosociales qui, combiné avec les produits pharmaceutiques, engendre plus d'effets positifs sur les usagers. D'autres recherches pourraient également être entreprises afin de tester et de développer de nouveaux outils d'intervention psychosociale.

CHAPITRE 8: RECOMMANDATIONS

Un des objectifs de l'étude était de formuler des recommandations que les responsables du programme pourraient mettre en œuvre afin d'améliorer l'efficacité du programme. L'amélioration de l'efficacité des PSO n'est pas une tâche aisée. Les meilleures pratiques peuvent favoriser leur réussite, mais ce succès dépend en grande partie de la manière dont elles sont implantées et autogérées. L'implication de pratiques exemplaires dans la mise en œuvre et la gestion des PSO doit faire l'objet d'une plus grande attention. Il faut reconnaître que le processus d'adaptation entre ces pratiques et la résolution de problèmes peut être difficile à mettre en œuvre, tout comme le résultat qui pourrait en découler.

Les prochaines recommandations s'appuient sur les résultats de la présente étude, sur les suggestions les plus pertinentes et les plus prometteuses exprimées par les différents participants à l'étude ainsi que sur les pratiques ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres programmes rapportés par la littérature consultée. Compte tenu du contexte budgétaire dans lequel le programme baigne, les recommandations proposées pourront être réalisées en mettant à profit les autres ressources disponibles au sein du système de santé et des services sociaux. L'ordre des recommandations ne reflète pas leur importance.

Chacune des recommandations présentées part du principe selon lequel les services destinés aux personnes qui ont une dépendance aux opioïdes devraient avoir pour finalité d'améliorer la vie de ces personnes. Le guide des meilleures pratiques recommande que les programmes de substitution aux opiacés couvrent les services au traitement du trouble de l'usage d'opioïdes, mais également des services connexes qui prennent en charge les autres problèmes que rencontre cette clientèle. Le point entre parenthèses renvoie à la partie du document qui soutient le mieux la recommandation.

Recommandation 1 : Renouveler la vision de la réduction des méfaits

Le constat qui s'est dégagé lors de l'analyse des données montre une mise en œuvre restreinte de l'approche de la réduction des méfaits. En plus de donner du traitement, de distribuer du matériel de protection et des suivis de santé, le programme pourrait apporter une meilleure adaptation des services en bonifiant les interventions médicales par une offre de services en santé mentale, des services et activités psychosociaux, des

interventions en réinsertion socioprofessionnelle, en soutien social, etc. Le but de cet élargissement de l'approche de la réduction des méfaits implique une vision à moyen et long termes vers le rétablissement et la réinsertion sociale et professionnelle des personnes pour les patients qui ont atteint un certain niveau de stabilité en matière de consommation d'opiacés. De plus, il est important de se rappeler que les membres du personnel chargés de mettre en œuvre le programme peuvent avoir des perspectives différentes de la réduction des méfaits, ce qui peut influencer la manière d'organiser les services et les résultats du programme. Une vision commune et évolutive pourrait être construite autour d'activités d'échanges ou de formations récurrentes impliquant tous les intervenants.

Recommandation 2 : Rendre l'accès aux traitements plus facile

L'accès aux médicaments et au programme est un problème pour certains patients. Un meilleur accès aux interventions pourrait renforcer la conformité des usagers aux traitements, améliorer leur rétention et éviter certains cas de rechutes. Pour ce faire, une plus grande flexibilité des exigences d'accès aux médicaments est ressortie comme une stratégie gagnante. Le programme pourrait bonifier le système qui permettrait aux clients d'accéder à leur médicament en cas de déplacement professionnel, de voyage ou autres activités qui exigent un changement de milieu. Pour les personnes plus difficiles à rejoindre du fait de leurs habitudes de vie ou de l'éloignement de leur lieu de résidence, un système de repérage et de traitement de proximité dans leurs milieux de vie serait plus approprié. De plus, les heures d'ouverture pourraient être élargies pour mieux accommoder certains clients qui ne sont pas disponibles aux heures habituelles du programme.

Recommandation 3 : Bonifier l'offre de services

Les résultats ont montré que la rétention des usagers est tributaire de plusieurs facteurs qui découlent des patients, mais aussi de l'organisation des services du programme. Des stratégies d'intervention efficaces doivent être identifiées et développées pour améliorer les éléments du programme qui sont fondamentaux à la rétention des usagers au traitement (services et accompagnements psychosociaux). La complexité et la gravité des problèmes médicaux, professionnels, familiaux et juridiques associés aux

usagers constituaient souvent un obstacle majeur à la réduction durable de la consommation de substances psychoactives. De plus, les résultats ont montré que les effets des interventions en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux opioïdes sont étroitement liés à la diversité et à la qualité des services offerts par les programmes de substitution aux opioïdes.

Recommandation 4 : Soutenir l'intégration des soins et services

La navigation entre les services est difficile pour certains patients qui doivent souvent raconter leur histoire ou risquer de recevoir un traitement qui est susceptible d'avoir des conséquences graves sur leur santé. En effet, selon les résultats, plusieurs professionnels du réseau ne connaissent pas assez le TSO, encore moins les contre-indications de traitements avec le PSO. Sur un autre pan, la complexité des situations des usagers exige que plusieurs services, souvent disponibles en dehors du programme, leur soient offerts. Cette gamme de services doit être interreliée afin de produire de meilleurs effets. La littérature récente montre une tendance vers la reconnaissance des avantages et des preuves de l'intégration de services de santé, sociaux et comportementaux sur le plan de la rétention, de la prévention des rechutes et du rétablissement des personnes aux prises avec des problèmes de consommation d'opiacés. La revue de littérature a permis de mettre en exergue les bénéfices de soins intégrés pour les patients, tant dans le contexte canadien, américain et européen. Il est possible d'intégrer les soins de santé, les interventions sociales ainsi que les thérapies comportementales en cas de nécessité.

Recommandation 5 : Développer des mécanismes de communication

Le besoin d'une bonne communication entre le programme et ses partenaires est bien ressorti et son rôle dans la gestion efficace du programme est central. Une amélioration de la communication pourrait se concrétiser par la mise sur pied de dispositifs permettant l'échange d'informations au moment opportun sur les problèmes rencontrés, notamment des changements spécifiques qui ont un impact sur le traitement des usagers ou d'autres événements imprévus. Outre les mécanismes visant à promouvoir la communication entre les intervenants régionaux, il est utile de systématiser les interactions entre les équipes cliniques et de recherches provinciales afin de continuer à mieux soutenir les jugements et les pratiques cliniques.

Recommandation 6 : Développer la formation continue des intervenants

Les besoins diversifiés des usagers nécessitent des habiletés spécifiques au niveau de la prestation des services et de la coordination des soins au sein de l'équipe. L'actualisation des connaissances est un élément fondamental dans la mise en œuvre d'un programme de substitution aux opiacés du fait de la floraison des données probantes dans le domaine. Les besoins en formation continue devraient être identifiés et intégrés dans les plans de formation des professionnels de l'équipe. Plusieurs pratiques ayant des impacts positifs, notamment la prise en charge de certaines clientèles spécifiques, la gestion de cas, la gestion de contingence, l'entretien motivationnel, etc. doivent être pris en compte dans ces plans de formation. En outre, de nombreux partenaires de soins primaires tels que les services d'urgence, les médecins de famille doivent être informés de l'existence du programme ainsi que des méthodes de traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes. De plus, les partenaires de traitement de la dépendance aux opioïdes doivent être sensibilisés sur l'importance des soins intégrés.

Recommandation 7 : Impliquer le patient dans les décisions

Selon les résultats de cette évaluation, certaines décisions qui concernent les patients ne sont pas toujours soumises à leur approbation. Les soins centrés sur le patient sont définis comme l'implication active des personnes qui reçoivent des soins et de leurs familles dans la conception et la prise de décision concernant les options de traitement et de services de l'individu. Les soins centrés sur le patient confient aux patients la responsabilité de contribuer à leurs soins personnels et à leur rétablissement. Ils lui permettent ainsi d'accéder à des outils et soutiens nécessaires à la réalisation de son plan de traitement. De nouvelles stratégies devraient fortement appuyer l'utilisation d'outils et d'approches décisionnelles partagés qui facilitent la participation des usagers à la prise de décision. Le concept de patient partenaire pourrait également aider à mieux adapter les services du programme aux besoins et réalités des usagers. De plus, l'implication des proches des patients pourrait être d'un apport important, comme certaines études l'ont soulevée.

Recommandation 8 : Renforcer la qualité grâce à l'évaluation périodique des soins et des services

La perception que les usagers ont de leur traitement est rarement collectée sous forme de procédés formels programmés dans les processus du programme. Pourtant, la prise en compte du point de vue du client est un élément essentiel dans la mise sur pied de plans de traitement et d'intervention. Sa finalité est l'amélioration des services et de la qualité de vie des usagers. Par exemple, la mesure continue de la réponse au traitement et aux autres interventions ainsi que leur rajustement en fonction des préférences de l'individu et du niveau d'atteinte des résultats prédefinis pourraient contribuer favorablement au rétablissement des usagers. Ainsi, des procédures et des normes qui visent à documenter la satisfaction, la participation et les progrès du patient sont nécessaires afin d'améliorer les processus du programme. Ces informations seront précieuses pour la prise de décisions stratégiques du programme.

Recommandation 9 : Poursuivre la recherche scientifique

Comme ce domaine d'intervention est peu documenté au Québec, il est recommandé de poursuivre la cueillette d'informations auprès des usagers pour ajuster les programmes de traitement par le biais de données probantes. Sur ce plan, il serait pertinent de continuer à développer des outils d'évaluation et de suivi des personnes aux prises avec un problème de dépendance aux opioïdes. Un partenariat avec le milieu de la recherche au niveau local pourrait contribuer à élaborer des outils plus adaptés aux réalités de la région.

CONCLUSION

Ce mémoire visait à évaluer l'efficacité du PSO du Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière. Plusieurs constats concernant l'application de l'approche de la réduction des méfaits au sein du programme ont permis de confirmer sa pertinence et son efficacité en matière d'amélioration de la qualité de vie des usagers. Plusieurs perspectives différentes sur plusieurs aspects du programme permettent ainsi de renforcer la validité des informations. Par rapport à la période antérieure à l'intervention, le programme a permis une diminution significative de la consommation d'opiacés, de l'utilisation d'autres substances, des injections intraveineuses. Il a également contribué à réduire les comportements à risque liés à la consommation de drogues, la fréquence des activités illicites, le temps consacré à l'usage quotidien des produits psychoactifs. Une réduction des activités criminelles a également été relevée. En somme, les indicateurs évalués indiquent que le programme de substitution aux opiacés de Jonquière est efficace puisque les objectifs attendus sont d'une façon générale atteints. Ce mémoire a permis également d'apprécier les facteurs qui ont soutenu les résultats tout en identifiant ceux qui affaiblissent les résultats du programme. Les résultats positifs ressortis dans cette étude sont soutenus par plusieurs aspects organisationnels du programme :

- Un mécanisme de communication bien ancré et soutenu par les professionnels facilite le partage des informations et la prise de décision concertée et par conséquent une efficacité de l'intervention;
- Un système d'information clinique bien assise soutient l'accès et la circulation de l'information;
- Un accès aux autres services qui desservent des services à la même clientèle permet une prise en charge des autres problèmes des usagers;
- Une accessibilité facilitée pour les usagers qui sont dans les zones isolées ou reculées a fortement contribué à une meilleure rétention et une prévention des rechutes.
- Une collaboration avec les autres acteurs qui interviennent dans le même domaine contribue à faciliter la transition des patients entre des services;
- Une intervention bien organisée avec des processus interdépendants et

complémentaires a favorisé l'offre adéquate de soins et de services;

- Une structure construite autour des compétences des professionnels et de l'approche de la réduction des méfaits confère une certaine flexibilité aux interventions du programme;

Cependant, plusieurs manquements impactent les services et les rapports entre les professionnels et les usagers et par conséquent effritent la bonne marche des interventions et la consolidation des acquis des usagers :

- Une inaccessibilité des services pour certaines personnes résidentes dans des zones éloignées témoigne des failles structurelles du programme;
- Un manque et un roulement du personnel qui affaiblissent les interventions contribuent à démotiver certains usagers;
- Des contraintes liées à l'accès aux services et aux médicaments favorisant l'abandon du programme ainsi que la rechute des patients;
- Un manque de stratégies de rétention et de prévention des rechutes qui favorise les abandons et les rechutes des usagers;
- Plusieurs autres facteurs, dont l'indisponibilité d'interventions et de thérapies psychosociales, le manque de réinsertion sociale, etc. favoriseraient les rechutes.

Certes, les limites méthodologiques ne permettent pas une généralisation des effets du programme sur les usagers, mais d'autres programmes de substitution aux opiacés pourraient se servir des facteurs qui affectent positivement ou négativement l'organisation du programme sur la base de ces constats et observations afin d'améliorer leur intervention. Toutefois, il peut être moins aisé d'intégrer les meilleures pratiques ressorties dans la littérature au sein du programme et dans la pratique courante des professionnels et des gestionnaires du programme. De plus, selon les conclusions de ces études, les pratiques répertoriées ont eu des effets positifs sur les principaux défis des programmes de substitution aux opiacés, notamment : l'accès au traitement et aux médicaments, la rétention, la prévention des rechutes et des abandons, etc. Ces effets sont soutenus par une motivation des usagers, une meilleure compréhension et un rajustement de certains éléments organisationnels et individuels des intervenants ainsi qu'une prise de conscience de l'utilité d'inscrire un processus de rétablissement dans l'approche de la

réduction des méfaits.

Des recommandations qui pourraient renforcer les impacts du programme sont formulées grâce aux données collectées et aux informations recueillies au cours de la recension des écrits. Les informations consignées dans ce document confèrent une base solide sur laquelle le programme peut s'appuyer afin de mettre en place une stratégie pour étoffer son offre de services tout en l'adaptant aux besoins et aux caractéristiques des usagers.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Begin, P., & Sawka, E. (2005). Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: Detailed report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Agence de la santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2013). Étude SurvUDI chez les utilisateurs de drogues injectables au Saguenay–Lac-Saint-Jean toujours en cours! (Vol. 1): Info-pic.
- Ainscough, T. S., McNeill, A., Strang, J., Calder, R., & Brose, L. S. (2017). Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 178 318-339. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.028
- Alain, M., & Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2005). *Theorists' models in action*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ferroni, E., Ali, R., & Ferri, M. (2013). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(2), CD003409. doi:10.1002/14651858.CD003409.pub4
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd005031.pub4
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*: Igroup Press Company, Limited.
- Association des centres de réadaptation en dépendance. Les Centres de réadaptation en dépendance. Repéré à <http://www.acrdq.qc.ca/les-centres/mission>
- Bagley, S. M., Wachman, E. M., Holland, E., & Brogly, S. B. (2014). Review of the assessment and management of neonatal abstinence syndrome. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 19-19. doi:10.1186/1940-0640-9-19
- Baker, T. E., & Chang, G. (2016). The use of auricular acupuncture in opioid use disorder: A systematic literature review. *The American Journal on Addictions*, 25(8), 592-602. doi:10.1111/ajad.12453
- Beck, T., Haasen, C., Verthein, U., Walcher, S., Schuler, C., Backmund, M., . . . Reimer, J. (2014). Maintenance treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine: a randomized cross-over, non-inferiority study versus methadone. *Addiction*, 109(4), 617-626. doi:10.1111/add.12440
- Beirness, D. j., Jesseman, R., Notarandrea, R., & Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits: un concept qui en dit long*. Ontario: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies Repéré à <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa0115312008f.pdf>
- Bell, J. (1998). Delivering effective methadone treatment. In Overseas Publishers

- Association (Ed.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies* (pp. 161-175). Amsterdam: Harwood Academic.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: Sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec: Comité de lutte à la toxicomanie.
- Brisson, P. (2010). Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques. Chapitre 4 : La réduction des méfaits : principes et pratiques. In (pp. 71-94). Montréal: PUM.
- Brisson, P., & Morissette, C. (2003). Réduction des risques et des méfaits. *Drogues, santé et société*, 2(1), 0-0. doi:10.7202/007180ar
- Brogly, S. B., Saia, K. A., Walley, A. Y., Du, H. M., & Sebastiani, P. (2014). Prenatal buprenorphine versus methadone exposure and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *American Journal Of Epidemiology*, 180(7), 673-686. doi:10.1093/aje/kwu190
- Brousselle, F.-C., Contandriopoulos, A.-P., & Hartze, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème édition ed.): Presse de l'Université de Montréal.
- Brusset, B. (2004). Dépendance addictive et dépendance affective. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-2-page-405.htm#>
- Burbridge, A. (2012). *Evaluating Methadone Maintenance Treatment Outcomes in an Atlantic Canadian Milieu*: University of New Brunswick, Department of Psychology.
- Bureau du vérificateur général du Canada. (2009). *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*. Ottawa: Repéré à http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200911_01_f_33202.html
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2013). *Mésusage d'opioïdes dans les villes canadiennes*. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-CCENDU-Opioid-Bulletin-2013-fr.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014). L'abus de substances coûte des centaines de millions par année aux hôpitaux canadiens. Ottawa.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2017). Sommaire canadien sur la drogue : opioïdes d'ordonnance. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2017-fr.pdf>
- Centre communautaire d'intervention en dépendance. (1997). Opioïdes, opiacés, opium. Repéré à <http://www.etape.qc.ca/drogues/opium.htm>
- Centre de réadaptation en dépendance. (2014). *Programmation du programme de substitution aux opiacées*.
- Centre de recherche et d'aide pour Narcomanes. (2011). La dépendance aux opioïdes: Portrait des traitements de substitution au Québec. 72. [http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/client/Portrait%20\(version%20all%C3%A9g](http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/client/Portrait%20(version%20all%C3%A9g)

%C3%A9%20affichage%20%C3%A9lectr.).pdf

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2012). Dépistage et gestion du sevrage aigu des opioïdes chez les patients, autres que les femmes enceintes, à qui l'on a prescrit des opioïdes pour les douleurs chroniques.

Centre québécois de lutte aux dépendances. (2011). *Portrait de l'environnement du Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*. Repéré à http://www.cqld.ca/files/FR_ScanEnvironnement_Que%CC%81bec2011.pdf

Cerveau à tous les Niveaux. Les molécules qui diminuent la douleur. Repéré à https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_m/a_03_m_dou/a_03_m_dou.html

Chalana, H., Kundal, T., Gupta, V., & Malhari, A. S. (2016). Predictors of Relapse after Inpatient Opioid Detoxification during 1-Year Follow-Up. *Journal of Addiction*, 2016 7. doi:10.1155/2016/7620860

Chauvet, É. (2004). L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 609. doi:10.3917/rfp.682.0609

Chavagneux, C. (2003). Une histoire mondiale des drogues. *Alternatives Economiques*. Repéré à http://www.alternatives-economiques.fr/une-histoire-mondiale-des-drogues_fr_art_166_17964.html

Collège des médecins du Québec, & Ordre des pharmaciens du Québec. (1999). Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

Connery, H. S. (2015). Medication-assisted treatment of opioid use disorder: Review of the evidence and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 63-75. doi:10.1097/HRP.0000000000000075

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., . . . Taylor, R. S. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 11(9), 1-"171, iii-iv". <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84891722881&partnerID=40&md5=f4898e0b6f7ede193d929bb25ca93e5b>

Cousineau, D. F., & Gariépy, M.-H. (2000). *Les drogues de substitution*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/1000dsubs.pdf>

Dagenais, C., & Ridde, V. (2009). Approches et pratiques en évaluation de programme / sous la direction de Valéry Ridde et Christian Dagenais. In (pp. 433-439). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Dassieu, L. (2013). Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes*, 19(3), 149. doi:10.3917/psych.193.0149

Day, E., Ison, J., & Strang, J. (2005). Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD004580.pub2

Delile, J.-M. (2004). Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de

bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés? *Alcoologie et Addictologie*, 26(8).

- Drummond D, Colin, P. K. (2007). *Psychosocial Interventions in Pharmacotherapy of Opioid Dependence: A Literature Review*. London, UK: Section of Addictive Behaviour, Division of Mental Health St George's University of London Repéré à https://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf
- Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of addiction medicine*, 10(2), 93-103. doi:10.1097/ADM.0000000000000193
- Ezard, N., Lintzeris, P., Odgers, G., Koutroulis, P., Muhleisen, A., & Lanagan, N. (1999). An evaluation of community methadone services in Victoria, Australia: results of a client survey. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 417-423. doi:10.1080/09595239996284
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-independent individuals. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(12), CD003410. doi:10.1002/14651858.CD003410.pub4
- Ferri, M., Minozzi, S., Bo, A., & Amato, L. (2013). Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(6), CD009879. doi:10.1002/14651858.CD009879.pub2
- Fiore, K. (2016). Opioids: Can a Genetic Test Identify an Addict in the Making? *MedPage Today*.
- Fischer, B., Chin, A. T., Kuo, I., Kirst, M., & Vlahov, D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use & Misuse*, 37(4), 495-522. doi:10.1081/JA-120002807
- Fischer, B., Cruz, M. F., Patra, J., & Rehm, J. (2008). Predictors of methadone maintenance treatment utilization in a multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(3), 340-346. doi:10.1016/j.jsat.2007.05.003
- Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., & Cruz, M. F. (2006). Changes in illicit opioid use across Canada. *Cmaj*, 175(11), 1385-1385.
- Fletcher, B. W., & Battjes, R. J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug Alcohol Depend*, 57(2), 81-87. doi:10.1016/s0376-8716(99)00089-7
- Fullerton, C. A., Kim, M., Thomas, C. P., Lyman, D. R., Montejano, L. B., Dougherty, R. H., . . . Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 146-157. doi:10.1176/appi.ps.201300235
- Gervais, M., Plante, J., & Jeanrie, C. (2009). Évaluer l'efficacité d'un programme: une question de référents? *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 14(2).
- Ghaddar, A., Abbas, Z., & Haddad, R. (2017). Opiate agonist treatment to improve health

- of individuals with opioid use disorder in Lebanon. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 78. doi:10.1186/s12954-017-0204-8
- Gomes, T., Mamdani, M. M., Paterson, M. J., Dhalla, I. A., & Juurlink, D. N. (2011). Trends in high-dose opioid prescribing in Canada. *Le Médecin de famille canadien*, 60.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and Implications. *British Journal of Addiction*, 85(11).
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2006). Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes. *Addiction*, 101(3), 404-412. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01362.x
- Gouvernement du Canada. (2018). *Aperçu des données nationales sur les méfaits et les décès liés aux opioïdes*. Repéré à <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html#faitsSaillants>
- Gouvernement du Québec. (2013). *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation Pour une gestion saine et performante*. Repéré à <https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/fr/glossaire-des-termes-usuels-en-mesure-de-performance-et-en-evaluation-pour-une-gestion-saine-et>
- Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2010). Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). doi:10.1002/14651858.CD002022.pub3
- Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2017). Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD002021.pub4
- Gowing, L., Ali, R., White, J. M., & Mbewe, D. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Gowing, L., Farrell, M., Ali, R., & White, J. M. (2016). Alpha₂-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(5), CD002024. doi:10.1002/14651858.CD002024.pub5
- Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E., & Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD004145.pub4
- Grégoire, M. (2013). Arrêt des traitements de substitution : point de vue clinique. *Psychotropes*, 19(2), 67. doi:10.3917/psyt.192.0067
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Grossman, M., Seashore, C., & Holmes, A. V. (2017). Neonatal abstinence syndrome management: A review of recent evidence. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 12(4), 226-232. doi:10.2174/1574887112666170816144818
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*: SAGE Publications.

- Guillou, L. M., Rozaire, C., Vigneau Victorri, C., & Grall-Bronnec, M. (2013). Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. *Psychotropes*, 19(2), 23. doi:10.3917/psyt.192.0023
- Hautefeuille, M. (2013). Arrêter la substitution. *Psychotropes*, 19(2), 5. doi:10.3917/psyt.192.0005
- Hser, Y.-I., Joshi, V., Maglione, M., Chou, C.-P., & Anglin, M. D. (2001). Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation and Program Planning*, 24(4), 331-341. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189\(01\)00027-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189(01)00027-1)
- Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: The neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Reviews Neuroscience*, 2 695. doi:10.1038/35094560
- Jacques, J.-P., & Figiel, C. (2006). *Drogues et substitution : traitements et prise en charge du sujet* (1re éd. ed.). Bruxelles: De Boeck.
- Jahagirdar, D., & Campbell, K. (2018). *lpha2 adrenergic Agonists for the Reduction or Discontinuation of Opioids or Opioid Substitution Therapy : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines*. The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112-118. doi:10.4103/0253-7176.130960
- Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2007). *Traitements de substitution dans les prisons d'Europe, un guide pratique*. Repéré à http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_07_frep_a1_fr.pdf
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J., & Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*, 1(1), 10. doi:10.1186/2046-4053-1-10
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2008). *Cerveau et comportement* (2 ed.): De Boeck Université.
- Kowalski-McGraw, M., Green-McKenzie, J., Pandalai, S. P., & Schulte, P. A. (2017). Characterizing the Interrelationships of Prescription Opioid and Benzodiazepine Drugs With Worker Health and Workplace Hazards. *Journal of occupational and environmental medicine*, 59(11), 1114-1126. doi:10.1097/JOM.0000000000001154
- Kraus, M. L., Alford, D. P., Kotz, M. M., Levounis, P., Mandell, T. W., Meyer, M., . . . Wyatt, S. A. (2011). Statement of the American Society of Addiction Medicine Consensus Panel on the Use of Buprenorphine in Office-Based Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 5(4), 254-263. doi:10.1097/adm.0b013e3182312983
- Ksouda, K., Bloch, V., Dugarin, J., Dupuy, G., Laqueille, X., Lépine, J.-P., & Vorspan, F. (2013). Stratégies d'arrêt du traitement de substitution par méthadone. *La Presse Médicale*, 42(1), e28-e36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.04.011>
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et*

société, 2(1), 0-0. doi:10.7202/007187ar

- Leblanc-Constant, M., & Bard, C. (2013). *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation Pour une gestion saine et performante*. Repéré à http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/glossaire_termes_usuels.pdf
- Lejoyeux, M. (2013). *Addictologie*. Paris: Collection médecine et psychothérapie.
- Leukefeld, C., McDonald, H. S., Staton, M., & Mateyoke-Scrivner, A. (2004). Employment, Employment-Related Problems, and Drug Use at Drug Court Entry. *Substance Use & Misuse*, 39(13-14), 2559-2579. doi:10.1081/JA-200034729
- Lobmaier, P., Kornor, H., Kunoe, N., & Bjørndal, A. (2008). Sustained-Release Naltrexone For Opioid Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD006140.pub2
- Luce, J., & Strike, C. A. (2011). *A cross-Canada scan of methadone maintenance treatment policy developments*. Toronto, ON: Canadian Executive Council on Addictions; Repéré à <https://www.cecact.ca/pdf/CECA%20MMT%20Policy%20Scan%20April%202011.pdf>
- Lüscher, C. (2017, 11 août 2018). L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes. Repéré à <https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-chose-differentes>
- Madden, A., Lea, T., Bath, N., & Winstock, A. R. (2008). Satisfaction guaranteed? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 671-678. doi:10.1080/09595230801935706
- Magura, S., Staines, G. L., Blankertz, L., & Madison, E. M. (2004). The Effectiveness of Vocational Services for Substance Users in Treatment. *Substance Use & Misuse*, 39(13-14), 2165-2213. doi:10.1081/JA-200034589
- Manghi, R., Soulignac, R., & Zullino, D. (2013). Substitution aux opiacés : programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie ? *Revue médicale suisse*, 398(31), 1669-1671. <http://rms.revmed.ch/numero-31-page-1669.htm>
- Marshall, M., Pagel, C., French, C., Utley, M., Allwood, D., Fulop, N., . . . Goldmann, A. (2014). Moving improvement research closer to practice: the Researcher-in-Residence model. *BMJ Quality & Safety*, 23(10), 801. doi:10.1136/bmjqqs-2013-002779
- Maté, G. (2009). *Dépendances, ces fantômes insatiables*. Montréal: Les éditions de l'Homme.
- Mattick, R. P., Ali, R., White, J. M., O'Brien, S., Wolk, S., & Danz, C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. *Addiction*, 98(4), 441-452. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00335.x
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84907617842&partnerID=40&md5=c91e6e8921a34d3703695a3748566709>
- McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1993). The

Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. *JAMA*, 269(15), 1953-1959. doi:10.1001/jama.1993.03500150065028

Mercier, C., Landry, M., Corbière, M., & Perreault, M. (2004). Measuring clients' perception as outcome measurement. In A. R. Roberts & K. R. Yeager (Eds.), *Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Services* (pp. 904-909): Oxford University Press.

Minary, L., Martini, H., Wirth, N., Thouvenot, F., Acouetey, S., Maire, C., . . . Alla, F. (2011). Caractéristiques du tabagisme chez les adolescents en Centre de formation des apprentis [Tobacco use characteristics among apprentices in Vocational Centers]. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59(4), 270-276. doi:10.1016/j.respe.2011.02.101

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Cadre de référence des médicaments de substitution. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Portrait émergeant des consommateurs d'héroïne au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/0699hero.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Projets bons coups, journée d'échanges sur le déploiement de l'Offre de service en dépendance*. (Report No. 978-2-550-63403-4). Québec: Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-804-03F.pdf>

Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. (2010). *Méthodes d'évaluation des programmes: Mesure et attribution des résultats des programmes*. Ottawa: Direction des affaires publiques. Repéré à <http://publications.gc.ca/site/eng/9.816105/publication.html>

Minozzi, S., Amato, L., Bellisario, C., & Davoli, M. (2014). Detoxification treatments for opiate dependent adolescents. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(4), CD006749. doi:10.1002/14651858.CD006749.pub3

Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., & Verster, A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD001333.pub3

Mistry, C. J., Bawor, M., Desai, D., Marsh , D. C., & Samaan, Z. (2014). Genetics of Opioid Dependence: A Review of the Genetic Contribution to Opioid Dependence. *Current psychiatry reviews*, 10(2), 156-167. doi:10.2174/1573400510666140320000928

Nick Ezard, Peta Lintzeris, Glenda Odgers, Peter Koutoulis, Amanda Muhleisen, & Nadine, L. (1999). An evaluation of community methadone services in Victoria, Australia: results of a client survey. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 417-423. doi:10.1080/09595239996284

Nielsen, S., Larance, B., Degenhardt, L., Gowing, L., Kehler, C., & Lintzeris, N. (2016). Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(5), CD011117.

doi:10.1002/14651858.CD011117.pub2

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2002). Le rôle clé de la substitution (pp. 4). Lisbonne.

Office des Nations unies contre la drogue et le crime. (2017). *Rapport mondial sur les drogues 2017*. Genève: Repéré à <https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2017/June/world-drug-report-2017 -29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful.html>

Organe international de contrôle des stupéfiants. (2014). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2013*. Vienne: Repéré à <https://idpc.net/fr/publications/2014/03/rapport-de-l-organe-international-de-controle-des-stupefiantspour-2013>

Paolo, M., Kathleen, S. P., Tong, L., Kamal, S. B., & Li-Tzy, W. (2012). Buprenorphine-Mediated Transition from Opioid Agonist to Antagonist Treatment: State of the Art and New Perspectives. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(1), 52-63. doi:10.2174/1874473711205010052

Paquin, I. (2003). Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation. *Drogues, santé et société*, 2(1), 0-0. doi:10.7202/007186ar

Paquin, I., Perreault, M., Milton, D., & Savard, P. (2011). Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux. *Drogues, santé et société*, 10(1), 93-135. doi:10.7202/1007849ar

Parkes, T., & Reist, D. (2010). *British Columbia methadone maintenance treatment program: A qualitative systems review-summary*. Victoria, BC: University of Victoria Centre for Addictions Research of BC Repéré à <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-methadone-maintenance-treatment-program.pdf>

Pepin, G., & Cheze, M. (2003). Opiacés et produits de substitution. *Elsevier*.

Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C., & Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 98(1), 33-36. <http://www.jstor.org/stable/41994869>

Perreault, M., Rousseau, M., Mercier, C., Lauzon, P., Gagnon, C., & Côté, P. (2003). Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits: le rôle d'un programme à exigences peu élevées.. *Revue Canadienne De Santé Publique*, 94(3), 197-200. <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12790494&login.asp&lang=fr&site=ehost-live>

Pharo, P. (2010). Bien-être et dépendances. *Pensée plurielle*, 23(1), 11. doi:10.3917/pp.023.0011

- Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., . . . Hickman, M. (2017). Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). doi:10.1002/14651858.CD012021.pub2
- Pluye, P. 2012. 7. Les méthodes mixtes. In Dagenais, C., & Ridde, V. (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Presses de l'Université de Montréal. doi :10.4000/books.pum.5981
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., . . . Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002: points saillants*. Ontario: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
- Roberts, J., Annett, H., & Hickman, M. (2011). A systematic review of interventions to increase the uptake of opiate substitution therapy in injecting drug users. *Journal Of Public Health (Oxford, England)*, 33(3), 378-384. doi:10.1093/pubmed/fdq088
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach*: SAGE Publications.
- Santé Canada. (2002). *Recension de la documentation, traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa: Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/methadone/recension_docu_entret_methadone.pdf
- Santé Canada. (2006). *Meilleures pratiques - Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Ministère de la Santé Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-intervention-precoce-services-approche-liens-communautaires-femmes-ayant-problemes-attribuables-consommation-alcool.html>
- Saulle, R., Vecchi, S., & Gowing, L. (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD011983.pub2
- Saxon, A. (2018). Opioid Use Disorder. <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/addiction-and-substance-use-disorders>. Repéré à <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/opioid-use-disorder/opioid-use-disorder>
- Schreiber, M. A., Zink, K., Underwood, S., Sullenberger, L., Kelly, M., & Holcomb, J. B. (2008). A comparison between patients treated at a combat support hospital in Iraq and a Level I trauma center in the United States. *J Trauma*, 64(2 Suppl), S118-121; discussion S121-112. doi:10.1097/TA.0b013e318160869d
- Shearer, J., Tie, H., & Byford, S. (2015). Economic evaluations of contingency management in illicit drug misuse programmes: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 34(3), 289-298. doi:10.1111/dar.12240
- Simmat-Durand, L., Planche, M., Jauffret-Roustide, M., Lejeune, C., Michel, L., Mougel, S., & Vellut, N. (2013). Recours aux traitements de substitution dans les sorties des

- addictions. *Psychotropes*, 19(2), 45. doi:10.3917/psyt.192.0045
- Simoens, S., Matheson, C., Bond, C., Inkster, K., & Ludbrook, A. (2005). The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence. *British Journal of General Practice*, 55(511), 139-146. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-13844277079&partnerID=40&md5=6357a7a340365e6f93637f1c9f03f1b6>
- Soyka, M. (2013). Buprenorphine and buprenorphine/naloxone intoxication in children - how strong is the risk? *Curr Drug Abuse Rev*, 6(1), 63-70.
- Statistique Canada. (2017). *Enquête sur la sensibilisation aux opioïdes*. Ottawa: Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180109/dq180109a-fra.htm>
- Stoller, K. B., & Bigelow, G. E. (1999). Regulatory, cost, and policy issues. In *Methadone Treatment for Opioid Dependence* (pp. 15-37). Baltimore: The Johns Hopkins University Pres.
- Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., . . . Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *British Journal of Psychiatry*, 207(01), 5-14. doi:10.1192/bjp.bp.114.149195
- Stufflebeam, D. L. (2001). The Metaevaluation Imperative. *American Journal of Evaluation*, 22(2), 183. <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5999162&lang=fr&site=ehost-live>
- Taha, S. (2018). *Best Practices across the Continuum of Care for Treatment of Opioid Use Disorder*. Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Repéré à <https://www.drugsandalcohol.ie/29621/1/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-en.pdf>
- Teesson, M., Mills, K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., & Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction*, 103(1), 80-88. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02029.x
- Thomas, C. P., Fullerton, C. A., Kim, M., Montejano, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., . . . Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Medication-Assisted Treatment With Buprenorphine: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(2), 158-170. doi:10.1176/appi.ps.201300256
- Timko, C., Schultz, N. R., Cucciare, M. A., Vittorio, L., & Garrison-Diehn, C. (2015). Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *Journal of Addictive Diseases*, 35(1), 22-35. doi:10.1080/10550887.2016.1100960
- Tremblay, L. (2019, 19 janvier 2019). Crise des opioïdes: hausse des décès. *leQuotidien*. Repéré à <https://www.lequotidien.com/actualites/crise-des-opioides-hausse-des-deces-cc87e74354e43dd19817182879acecae>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus,

- S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/M18-0850
- Venisse, J.-L., & Grall-Bronnec, M. (2013). Facteurs psychologiques impliqués dans les addictions. In E. masson (Ed.), *addictologie*. Paris.
- Weinstock, J., Wadeson, H. K., & VanHeest, J. L. (2012). Exercise as an Adjunct Treatment for Opiate Agonist Treatment: Review of the Current Research and Implementation Strategies. *Substance Abuse*, 33(4), 350-360. doi:10.1080/08897077.2012.663327
- Wells, C., & Jones, S. (2017). *Sustained release oral morphine, injectable hydromorphone, and Prescription Diacetylmorphine for Opioid Use Disorder: Clinical and Cost-effectiveness, and guidelines*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
- Wright, N., D'Agnone, O., Krajci, P., Littlewood, R., Alho, H., Reimer, J., . . . Maremmani, I. (2015). Addressing misuse and diversion of opioid substitution medication: guidance based on systematic evidence review and real-world experience. *Journal of Public Health*, 38(3), e368-e374. doi:10.1093/pubmed/fdv150
- Young, M. M., & Jesseman, R. (2014). *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*. Ottawa. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Substance-Use-Hospital-Impact-Summary-2014-fr.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Certification éthique

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

COMITE D'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DES PROJETS DE RECHERCHE

Le 8 septembre 2015

Madame Louise Carignan, professeure
Département des Sciences humaines, Local H4-1280
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

**Objet : 2015-019 Évaluation de l'efficacité du programme de substitution aux opiacés
du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de Jonquière**

Évaluation scientifique du projet de recherche – Acceptation définitive

Madame Carignan,

Le Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi a évalué votre projet de recherche à sa réunion plénière tenue le 19 juin 2015, à la salle AUG-5-015 au 5^e étage du Pavillon des Augustines, situé au 225, rue Saint-Vallier à Chicoutimi.

À la suite de cette évaluation, le comité avait accepté le bienfondé scientifique de votre projet, mais conditionnellement à ce que vous apportiez des précisions à certaines questions et certains commentaires ou que vous soumettiez des documents supplémentaires ou modifiés.

Le 31 juillet 2015, vous nous avez fait parvenir les documents suivants qui ont été révisés par le comité le 28 aout 2015 :

- Lettre de Mme Diadiou adressée au comité d'évaluation scientifique, datée du 31 juillet 2015
- Modifications apportées au protocole, reçues le 31 juillet 2015
- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche, non signé
- Protocole de recherche intitulé « Évaluation de l'efficacité du programme de substitution aux opiacés du Centre de réadaptation en dépendance (CRD) de Jonquière », daté de juin 2015 modifié le 31 juillet 2015
- Formulaire d'information et de consentement des usagers, version reçue le 31 juillet 2015
- Formulaire d'information et de consentement des professionnels, version reçue le 31 juillet 2015
- Questionnaires, reçus le 31 juillet 2015 :
 - Questionnaire destiné aux usagers
 - Questionnaire destiné aux intervenants
- Guides d'entrevue reçus le 31 juillet 2015
 - Guide d'entrevue destiné aux usagers
 - Guide d'entrevue destiné aux pharmaciens
 - Guide d'entrevue destiné aux médecins

Université
de Montréal

UNIVERSITÉ
SHERBROOKE



- Guide d'entrevue destiné aux intervenants sociaux
- Guide d'entrevue destiné aux infirmières
- Guide d'entrevue destiné à la coordonnatrice clinique du programme
- Guide d'entrevue destiné à la responsable du programme
- Guide d'entrevue destiné au psychologue
- Affiche d'informations pour le recrutement des répondants, version reçue le 3 juin 2015

C'est avec plaisir que nous vous informons que le comité a procédé à l'acceptation définitive du volet scientifique de votre projet de recherche puisqu'il a jugé vos réponses pertinentes et satisfaisantes. Également, le comité a transmis votre projet au comité d'éthique de la recherche pour son évaluation conformément aux procédures habituelles.

Dans le seul but de bonifier votre projet de recherche, le comité vous soumet le commentaire suivant :

- Réviser le temps alloué initialement pour les entrevues (qui pourraient prendre plus de 90 minutes) afin de bien préparer les entrevues et les participants.

Nous vous confirmons aussi qu'aucune des personnes ayant procédé à l'évaluation de votre projet n'était en situation de conflit ou d'apparence de conflit d'intérêts. Les chercheurs, cochercheurs et autres personnes liées se sont retirés lors des discussions, de la prise de décision et du vote du comité concernant le projet no 2015-019.

Nous vous prions de recevoir, Mme Carignan, l'expression de nos sentiments distingués.



Louis Bouchard, Ph. D, MBA
Président intérimaire du comité scientifique
CIUSSS du SLSJ, Hôpital de Chicoutimi

LB/ah

c. c. M. Jean-Pierre Béland, cochercheur, par courriel seulement :
jean-pierre_beland@uqac.ca

Fatoumata Diadiou, étudiante à la maîtrise, par courriel seulement :
fdiadiou@hotmail.com

Christine Gagnon, Comité d'éthique de la recherche

réf. : 2015-019 Lettre accept. définitive_2015-09-08.doc

Annexe 2 : Formulaires de consentement

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean**

Québec 

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PROFESSIONNEL

Titre du projet :

**Évaluation de l'efficacité du programme de
substitution aux opiacés du Centre de réadaptation
(CRD) en dépendance de Jonquière**

**Chercheure responsable
Du projet de recherche :**

Louise Carignan, Ph. D., Université du Québec à
Chicoutimi (UQAC)

Cochercheur :

Jean-Pierre Béland, Ph. D., UQAC

Étudiante :

Fatoumata Diadiou, étudiante à la maîtrise en travail
social, UQAC

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

La consommation d'opiacés constitue une préoccupation sociale, économique, juridique et parfois politique sur le plan international. C'est dans le but de contrer les effets négatifs de la consommation d'opiacés sur les personnes, les familles et la société tout entière que des moyens préventifs et curatifs sont mis en place aussi bien dans les sphères régionales que locale. Parmi ces stratégies, nous nous intéressons particulièrement aux programmes de substitution aux opiacés. Malgré l'abondance des études qui ont pu démontrer les effets positifs des produits de substitution ou qui ont analysé d'autres aspects des programmes de substitution, l'étude des effets des programmes de substitution qui tient compte de toutes leurs composantes, demeure sous documentée. C'est dans le but de pallier cette problématique que certains organismes qui interviennent dans ce domaine recommandent qu'une attention toute particulière soit accordée à

l'efficacité des programmes de substitution aux opiacés. Le but de notre étude consiste à évaluer l'efficacité du PSO, implanté à Jonquière, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Spécifiquement, notre projet de recherche cherche à décrire les usagers dans le but d'analyser la cohérence entre les services mis à leurs dispositions et leurs besoins; à relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs de départ; à ressortir les points forts et les points faibles des interventions du programme selon ces effets relevés en les comparant avec d'autres pratiques au plan mondial et à formuler des recommandations qui aideront à améliorer l'efficacité du programme.

Pour réaliser ce projet, nous comptons recruter 10 professionnels de la santé, soit des intervenants sociaux, médecins, infirmières, pharmaciens et des membres du personnel de direction œuvrant au sein de ce programme, de même que 50 usagers du PSO du Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière.

Déroulement du projet de recherche

La collecte des données pour ce projet de recherche se fera sous forme d'analyse de documents internes, d'entrevues individuelles et de questionnaires. Lors de l'entrevue et de la compléction du questionnaire, des questions vous seront posées sur votre appréciation des services que vous offrez aux patients, des effets que ces services ont eus d'une façon générale sur les usagers, les facteurs facilitants ainsi que les difficultés inhérentes à votre pratique et au programme ainsi que les améliorations souhaitées au programme. L'entrevue durera une heure et demie environ et sera enregistrée sur support audio. Le temps requis pour remplir le questionnaire est d'environ 40 minutes.

Inconvénients associés au projet de recherche

Il n'y a aucun inconvénient associé à cette étude si ce n'est le temps requis pour votre participation et vos déplacements.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine ainsi qu'à l'amélioration de l'intervention.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

La chercheure responsable du projet de recherche ou le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheure responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les données recueillies lors de la complétion du questionnaire et de votre participation à l'entrevue individuelle. Votre dossier peut aussi comprendre des renseignements sociodémographiques, tels que votre nom, votre sexe, votre âge, le poste que vous occupez, le nombre d'années d'expérience et votre niveau de scolarité.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheure responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de futures recherches. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant cinq ans après la fin du projet par la chercheure responsable dans un classeur sous clé à l'UQAC et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche.

Droits du participant au projet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relier à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheure responsable du projet de recherche ou l'étudiante aux numéros suivants :

Chercheure responsable : Louise Carignan au 418 545-5011 poste 5692 (les jours ouvrables)

Étudiante à la maitrise : Fatoumata Diadiou au 418 815-6062 (les jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean au 418 541-7026 ou sans frais 1-877-662-3963.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité, Madame Christine Gagnon au 418 541-1234 poste 3294.

I. Consentement du participant au projet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent de la chercheure responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement de la chercheure responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant au projet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature de la chercheure responsable du projet de recherche

Date

Annexe 3 : Guide d'entrevue destiné aux usagers

GUIDE D'ENTREVUE DESTINÉ AUX USAGERS

Je voulais d'abord vous remercier d'avoir accepté de répondre à mes questions. Cet entretien entre dans le cadre de mon mémoire de maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi. L'étude a pour but d'évaluer l'efficacité du programme de substitution aux opiacés. Spécifiquement, notre projet de recherche cherche à:

- Décrire les usagers : leur profil, leurs besoins et leurs attentes envers le programme;
 - Analyser les services offerts par le programme;
 - Relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs spécifiques du programme en décrivant l'impact des services perçus sur les besoins notés et faire un lien entre ceux-ci ;
 - Ressortir les points forts et les points faibles des interventions du programme, selon ces effets relevés en les comparant avec d'autres pratiques au plan mondial ;
- Formuler des recommandations qui permettront d'améliorer l'efficacité du programme.

Vous avez été choisi pour participer à cette étude parce que vous participez au programme de substitution aux opiacés. Notre entrevue est constituée de questions qui nous permettront de mieux comprendre les ressources, les activités, les pratiques, les relations avec les acteurs externes aux programmes ainsi que les résultats du programme. L'entrevue durera entre 60 et 90 minutes et sera enregistrée sur un support audio.

Dimension structurelle

- 1 Pourriez-vous me parler de la manière dont vous avez entendu parler du Centre de réadaptation en dépendance et de ses services ?
- 2 Pourriez-vous me décrire la situation qui vous a amené à faire appel aux services du Centre ? Souffriez-vous de douleurs chroniques ?
- 3 Quels étaient vos besoins sur le plan sanitaire, psychologique, social, etc. avant votre entrée au programme ? Ces besoins ont-ils changé ? Expliquez.
- 4 Pourriez-vous me décrire les services que vous recevez au Centre ? Les services infirmiers, médicaux, pharmaceutiques, psychosociaux, d'aide familiale, etc.

5. Pourriez-vous me décrire les services que vous recevez au Centre? Les services infirmiers, médicaux, pharmaceutiques, psychosociaux, d'aide familiale, etc.
6. Comment qualifiez-vous le soutien et l'aide apportés par les intervenants pour vous accompagner dans votre traitement ?
7. Pourriez-vous me parler des points forts et des points faibles des ressources humaines et matérielles du programme et des services offerts?

Dimension opérationnelle

-
8. Quelle est votre opinion sur la substitution par la méthadone et/ou la suboxone ?
 9. Combien de temps s'est écoulé entre votre référence au Centre, votre acceptation comme usagers du programme et le début de votre traitement?
 10. Êtes-vous en accord avec le plan de traitement qui vous a été proposé? Avez-vous participé à sa conception? Comment vos opinions sont-elles prises en compte dans les décisions au sujet de votre traitement ?
 11. Rencontrez-vous des problèmes de transport pour vous rendre à vos rendez-vous qui entrent dans le cadre de votre traitement? Si oui lesquels ?
 12. Pourriez-vous m'expliquer si les heures d'ouverture et de fermeture des services du Centre sont adaptées à votre situation?
 13. Quels sont selon vous, les obstacles qui rendent le programme inaccessible ou moins accessible ? Quelles solutions doivent être envisagées pour surmonter ces obstacles qui entravent votre accessibilité au programme ?

Dimension systémique

-
14. Quand vous êtes hors de la région, est-il facile pour vous d'obtenir votre traitement ? Si oui comment se fait la transition ? Sinon pourquoi ?
 15. Utilisez-vous d'autres services dans d'autres organismes? Lesquels et pour quels motifs ?
 16. Rencontrez-vous des difficultés pour avoir ces autres services donnés par d'autres organismes ? Si oui lesquelles ?
 17. Pensez-vous que la concertation et la circulation des informations entre les différents services qui interviennent dans votre dossier sont adéquates ?

Dimension stratégique

-
18. Avez-vous déjà fait une ou plusieurs rechutes depuis que vous suivez le PSO ? Si oui, quelles étaient les raisons personnelles ou liées au programme qui ont favorisé cette

- rechute ?
19. Avez-vous déjà abandonné vos traitements depuis que vous suivez le PSO ? Si oui quelles sont les raisons personnelles ou liées au programme qui vous ont conduit à l'abandon des traitements ?
 20. Diriez-vous que les services qui vous sont offerts répondent à vos besoins ?

Dimension spécifique : les effets du programme

21. Selon vous, dans quelle mesure la méthadone ou le suboxone a-t-il contribué à soulager vos syndromes de sevrage aux opiacés ?
22. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à réduire votre consommation d'opiacés ?
23. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'amélioration de votre état de santé ?
24. Selon vous est ce que le programme vous a permis d'être en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux ?
25. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser le développement votre estime de soi et votre sens positif de la vie ?
26. Selon vous, dans quelle mesure le programme vous a-t-il permis de modifier votre style de vie ?
27. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer la qualité de vos relations sociales, familiales et interpersonnelles ?
28. Selon vous, est-ce que le programme a contribué à réduire la criminalité associée à la consommation de drogues ?
29. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé votre réinsertion sociale et professionnelle ?
30. Avez-vous des projets d'avenir ? En avez-vous parlé avec les intervenants ? Quel rôle jouent-ils dans la réalisation de vos projets ?
31. Quelles stratégies adoptez-vous pour renforcer ou pour sauvegarder les améliorations que vous avez constatées depuis que vous êtes dans le programme ?
32. Envisagez-vous de terminer le traitement à la méthadone ou au suboxone un jour ?
Pourriez-vous expliquer ce qui pourrait vous amener à cette décision ?
33. Quelles sont les recommandations que vous formuleriez pour améliorer le programme ?
34. Y aurait-il d'autres aspects du programme que vous aimeriez aborder ?

Je vous remercie de votre collaboration !

Annexe 4 : Guide d'entrevue destiné aux professionnels

GUIDE D'ENTREVUE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS

Je voulais d'abord vous remercier d'avoir accepté de répondre à mes questions. Cet entretien entre dans le cadre de mon mémoire de maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi. L'étude a pour but d'évaluer l'efficacité du PSO. Spécifiquement, notre projet de recherche cherche à:

- Décrire les usagers : leur profil, leurs besoins et leurs attentes envers le programme;
- Analyser les services offerts par le programme;
- Relever les effets à court terme et à long terme du programme, leur pérennité et leur adéquation avec les objectifs spécifiques du programme en décrivant l'impact des services perçus sur les besoins notés et faire un lien entre ceux-ci ;
- Ressortir les points forts et les points faibles des interventions du programme, selon ces effets relevés en les comparant avec d'autres pratiques au plan mondial ;
- Formuler des recommandations qui permettront d'améliorer l'efficacité du programme.

Vous avez été choisi pour participer à cette étude parce que vous coordonnez la dimension clinique du programme. Notre entrevue est constituée de questions qui nous permettront de mieux comprendre les ressources, les activités, les pratiques, les relations avec les acteurs externes aux programmes ainsi que les résultats du programme. L'entrevue durera entre 60 et 90 minutes et sera enregistrée sur support audio.

1. Pourriez-vous me décrire le PSO du Centre de réadaptation en dépendance de Jonquière ?

 Sa philosophie, ses objectifs et ses résultats attendus ?

2. Quelles sont les caractéristiques de la clientèle qui bénéficie des services du programme ?

3. Quels sont les différents services que vous offrez aux usagers du programme ? Quelle est leur pertinence par rapport à la dépendance aux opiacés ? Est-ce que ces services permettent de répondre aux besoins des usagers ?

Dimension structurelle : les ressources

4. Quels sont vos rôles et responsabilités en tant qu'intervenantes du PSO ?

5. Pourriez-vous m'expliquer comment la répartition des ressources (humaines, matérielles) du programme permet de répondre adéquatement aux besoins des usagers ?

6. Pourriez-vous me parler des ressources qui facilitent ou qui entravent les interventions du programme?
7. Pourriez-vous me dire si votre équipe regroupe les compétences nécessaires à la réalisation des objectifs du programme ?
8. Pourriez-vous me décrire les liens entre les services offerts par le programme et les autres services qui sont destinés aux mêmes usagers? Pourrait-on parler de complémentarité entre eux ?
9. Pourriez-vous me parler de la concertation et la circulation des informations entre les différents professionnels qui interviennent auprès des mêmes usagers?

Dimension opérationnelle : les activités

10. Comment se passe le référencement des usagers au Centre ? Quels sont ses points forts et ses points faibles ?
11. Quelles sont les modalités qui constituent le contact initial avec les usagers ? Sont-elles adéquates, selon vous ?
12. Comment les usagers sont-ils impliqués dans les décisions qui les concernent, comme l'élaboration des objectifs de traitement, du plan de traitement, etc. ?
13. On parle beaucoup des problèmes de rechutes des usagers dans les programmes de substitution aux opiacés. Qu'en pensez-vous?
14. Quelles en sont les causes? Quels sont, selon vous, les aspects du programme et des usagers qui favorisent ces rechutes?
15. Quelles sont, selon vous, les stratégies mises en œuvre pour prévenir les rechutes chez les usagers du programme? Ces stratégies produisent-elles les résultats escomptés?
16. La question de la rétention des usagers est souvent évoquée comme étant un problème pour les programmes de substitution aux opiacés. Constitue-t-elle un problème pour le programme? Quelles sont les raisons des abandons du traitement par les usagers?
17. Quels sont, selon vous, les aspects du programme et des usagers qui facilitent ou qui entravent la rétention des patients ?
18. Quelles stratégies sont mises en place par le programme pour prévenir les abandons des traitements par les usagers ? Ces stratégies donnent-elles les résultats escomptés?

Dimension stratégique : les pratiques

19. Offrez-vous des services de bas seuil d'exigence et de haut seuil d'exigence au sein de

- votre programme? Dans quelle situation proposez-vous l'un ou l'autre seuil aux usagers ? Y'aurait-il des possibilités de passage de l'un vers l'autre seuil et vice versa ?
20. Pourriez-vous m'expliquer la manière dont la programmation du programme participe à la réalisation des objectifs du programme ?
 21. Quels sont les points forts et les points faibles de la communication entre les différents intervenants ? Comment les mécanismes de communication mis en place par le programme contribuent-ils à l'efficacité du programme ?

Dimension systémique : collaboration avec les acteurs externes

-
22. Pourriez-vous m'expliquer les liens partenariaux que vous entretenez avec les autres services de la région qui interviennent auprès des mêmes usagers ?
 23. Avez-vous l'occasion de collaborer avec d'autres intervenants qui sont dans des programmes similaires ? Si oui, comment mettez-vous en commun vos expertises, vos expériences et vos informations ?
 24. Selon vous, est-ce que le fait de collaborer (d'échanger) avec d'autres intervenants a influencé votre façon d'intervenir auprès des usagers ?
 25. Pensez-vous que le programme possède les moyens de s'adapter à d'éventuels nouveaux besoins ?

Dimension spécifique : les résultats

-
26. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à soulager le syndrome de sevrage aux opiacés ?
 27. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à réduire la consommation des opiacés des usagers ?
 28. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à réduire la propagation des maladies infectieuses des usagers ?
 29. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'amélioration de l'état de santé des usagers ?
 30. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à diminuer les coûts engendrés par les hospitalisations des usagers ?
 31. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à diminuer les coûts engendrés par les incarcérations des usagers ?
 32. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à réduire la criminalité associée à la consommation de drogues des usagers ?

33. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à diminuer la morbidité et la mortalité des usagers associées à l'utilisation de ces drogues?
34. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il permis aux usagers d'être en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux?
35. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à protéger la santé publique?
36. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser le développement de l'estime de soi et du sens positif de la vie des usagers?
37. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il permis d'offrir des services le plus près possible du milieu de vie des usagers?
38. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il permis à l'usager de modifier son style de vie?
39. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer la qualité des relations sociales, familiales et interpersonnelles des usagers?
40. Selon vous, dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé la réinsertion sociale et professionnelle des usagers?
41. À quoi attribuez-vous les changements constatés chez les usagers du programme?
42. Pourriez-vous m'expliquer si ces changements correspondent à ceux que vous attendiez ?
43. Pourriez-vous me dire si les changements sont durables ? Sinon pourquoi ? Quelles stratégies mettez-vous en place pour pérenniser ces acquis?
44. Selon vous, quels sont les effets positifs ou négatifs du programme sur le Centre ?
45. Quelles sont les retombées positives ou négatives du programme sur votre pratique?
46. Quelles recommandations formuleriez-vous pour améliorer le programme ?
47. Y aurait-il d'autres aspects du programme que vous aimeriez aborder?

Je vous remercie de votre collaboration!

Annexe 5 : Questionnaire destiné aux usagers

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX USAGERS DU PROGRAMME DE SUBSTITUTION.

Page 1

1. Code du participant

Je vous remercie de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est personnel et est destiné aux participants. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la chercheure principale Louise Carignan au (418)545 5011 Poste:5692 ou Fatoumata Diadiou au (418) 815 6062.

Veuillez répondre à chacune des questions, en cochant votre choix de réponse. Si les réponses proposées ne caractérisent pas votre choix, vous pouvez choisir la réponse qui décrit le mieux votre perception. Toutes les réponses sont confidentielles. Le masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

IDENTIFICATION

2. Date

3. Nom

4. Quel est votre sexe?

- Masculin
 Féminin

5. Quel est votre âge?

- 20 à 24 ans
 25 à 29 ans
 30 à 34 ans
 35 à 39 ans
 40 à 44 ans
 45 à 49 ans
 50 à 54 ans
 55 à 59 ans
 60 à 64 ans
 65 à 69 ans
 Autre (veuillez précisez)

6. **Quelle est votre situation matrimoniale?**

Célibataire

Marié

Conjoint de fait

Divorcé

Veuf- veuve

7. **Quel est votre plus haut niveau d'éducation?**

Secondaire

CEGEP

Baccalauréat

Maîtrise

Doctorat

Autre (veuillez précisez)

8. **Votre principale source de revenus au cours des 12 derniers mois?**

Revenu/assurance-emploi

Travail régulier ou occasionnel

Squejee, quête

Travail du sexe

Vol

Autre (veuillez précisez)

9. **Mois et année de votre entrée au programme?**

CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS

10. **Souffrez-vous de douleurs chroniques?**

oui

non

11. **Quel est votre principal lieu pour dormir dans les 12 derniers mois?**

Appartement/maison

Dehors

Refuge

Prison

Parents

Autre veuillez préciser

12. Si vous avez eu des problèmes avec la justice, quelle situation décrit le mieux ces problèmes?

- Mandat d'arrêt
- Instance de jugement, procès, sentence
- Probation ou libération conditionnelle
- Non applicable

13. Quelles drogues avez-vous consommées dans les derniers 12 mois?

- Consommation d'héroïne
- Consommation de cocaïne intraveineuse
- Injection d'autres drogues
- Consommation de médicaments sans prescription
- Aucune drogue

14. Quel (s) lieu (x) utilisez-vous pour vous consommer de la drogue?

- Domicile
- Toilettes publiques
- La rue, piquerie ou prison
- Non applicable

15. Quel matériel utilisez-vous pour consommer de la drogue?

- Seringues neuves
- Seringues usagées
- Non applicable

16. Utilisez-vous des condoms dans le cadre du travail du sexe?

- Jamais
- Quelquefois
- Toujours
- Non applicable

17. Utilisez-vous des condoms lors de vos relations sexuelles (non travailleur de sexe)?

- Jamais
- Toujours
- Quelques fois

DIMENSION STRUCTURELLE : LES RESSOURCES

18. Le programme dispose de suffisamment de ressources humaines et matérielles pour répondre adéquatement à mes besoins

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

19. **Les intervenants ont les compétences nécessaires pour me donner les services dont j'ai besoin**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

20. **L'utilisation des services du programme est facile**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

21. **Je suis satisfait de la communication entre les intervenants sur des sujets qui concernent mon traitement**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

22. **La communication entre les services du programme est adéquate**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

DIMENSION OPÉRATIONNELLE : LES ACTIVITÉS

23. **Mon référencement au programme de substitution aux opiacés s'est fait de façon appropriée**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

24. **Avez-vous eu à attendre entre votre référencement au programme de substitution et le début de vos traitements ?**

<input type="radio"/> oui	
<input type="radio"/> non	

25. Si oui, combien de temps (en jours, semaines ou mois) avez-vous attendu?

En jours	<input type="text"/>
En semaines	<input type="text"/>
En mois	<input type="text"/>

26. La durée du processus pour recevoir le premier traitement est adéquate

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord
<input type="checkbox"/> D'accord
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord
<input type="checkbox"/> En désaccord
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord

27. Quel serait pour vous le délai de prise en charge raisonnable?

<input type="radio"/> En jours _____
<input type="radio"/> En semaine _____
<input type="radio"/> En mois _____

28. Le premier contact avec un intervenant du Centre se fait de sorte à m'encourager à poursuivre mon traitement

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord
<input type="checkbox"/> D'accord
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord
<input type="checkbox"/> En désaccord
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord

29. Les objectifs de mon plan de traitement sont discutés avec moi

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord
<input type="checkbox"/> D'accord
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord
<input type="checkbox"/> En désaccord
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord

30. Je suis impliqué dans les décisions qui concernent mon plan de traitement

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord
<input type="checkbox"/> D'accord
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord
<input type="checkbox"/> En désaccord
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord

31. **Les services du programme sont suffisants et couvrent de façon satisfaisante mes besoins**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

32. **La qualité des services du programme est:**

- Excellente
- Très bonne
- Assez bonne
- Pas très bonne
- Pas du tout bonne

DIMENSION STRATÉGIQUE : LES PRATIQUES

33. **Toutes les options de traitement me sont expliquées et me sont offertes au début de mon traitement**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

34. **Pour me rendre aux différents rendez-vous relatifs au programme (au Centre de réadaptation en dépendance, à la pharmacie, au CLSC ,etc.), j'utilise:**

- Voiture Personnelle
- Taxi
- Transport en Commun
- À pied
- Covoiturage
- Autre (veuillez préciser)

35. **Le niveau de difficultés de transport pour me rendre à mes rendez-vous est:**

- Très élevé
- Élevé
- Plus ou moins élevé
- Faible
- Très faible
- Inexistant

36. **Les heures d'ouverture et de fermeture des services du Centre sont contraignantes**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

37. **J'ai déjà fait une ou plusieurs rechutes depuis que je suis dans le programme**

- oui
 non

38. **J'ai déjà eu à interrompre mes traitements**

- oui
 non

39. **J'ai eu de la difficulté à réintégrer le programme après une rechute ou une interruption du traitement**

- Beaucoup
 Moyennement
 Peu
 Pas du tout
 Non applicable

40. **La durée des traitements est:**

- Extrêmement longue
 Très longue
 Assez longue
 Peu longue
 Pas du tout longue

DIMENSION SYSTÉMIQUE : LA COLLABORATION AVEC LES ACTEURS EXTERNAUX

41. **J'ai remarqué qu'il y avait des liens de partenariat entre les organismes de la région qui me donnent des services et le programme de substitution aux opiacés**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

42. L'intégration des services se fait de façon à favoriser une transition maximale entre les différents organismes qui m'offrent ces services

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

43. Il existe une cohérence entre les interventions qui me sont données par les différents professionnels du programme

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

44. Les différents services du programme (santé, social, communautaire,etc) sont complémentaires

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

DIMENSION SPÉCIFIQUE : EFFETS DU PROGRAMME

45. Quel est le niveau d'atteinte de vos objectifs personnels?

- Très élevé
- Élevé
- Moyen
- Faible
- Très faible

46. Quel est le niveau d'atteinte des objectifs de votre plan d'intervention?

- Très élevé
- Élevé
- Moyen
- Faible
- Très faible

47. Quel est votre niveau de satisfaction envers le programme?

- Très élevé
- Élevé
- Moyen
- Faible
- Très faible

48. Quelle était votre situation par rapport à chacun des aspects suivants avant votre entrée au programme?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent
Votre situation avant votre entrée au programme, en général	<input type="radio"/>				
Votre état de santé physique	<input type="radio"/>				
Votre état santé mentale	<input type="radio"/>				
Votre qualité de vie	<input type="radio"/>				
Votre style de vie	<input type="radio"/>				
votre niveau de réinsertion sociale, notamment à la cellule familiale	<input type="radio"/>				
Votre vie en société	<input type="radio"/>				
Votre estime de soi	<input type="radio"/>				
Votre sens positif de la vie	<input type="radio"/>				
Vos contacts avec le réseau de la santé	<input type="radio"/>				
Votre niveau d'insertion professionnelle	<input type="radio"/>				

49. Quelle était votre situation par rapport à chacun des aspects suivants avant votre entrée au programme?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent
Utilisation d'autres substances: cocaïne, marijuana, alcool, etc	<input type="radio"/>				
Injection intraveineuses	<input type="radio"/>				
Comportements à risque liés à l'injection de drogues	<input type="radio"/>				
Fréquence des activités illicites (criminelles)	<input type="radio"/>				
Temps consacré à l'usage quotidien des narcotiques	<input type="radio"/>				

50. Quelle est votre situation actuelle par rapport à chacun des aspects suivants ?

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent
Votre situation actuelle en général	<input type="radio"/>				
Votre état de santé physique	<input type="radio"/>				
Votre état de santé mentale	<input type="radio"/>				
Votre qualité de vie	<input type="radio"/>				
Votre style de vie	<input type="radio"/>				
Votre niveau d'insertion sociale notamment à la cellule familiale	<input type="radio"/>				
Votre vie en société	<input type="radio"/>				
Votre estime de soi	<input type="radio"/>				
Votre sens positif de la vie	<input type="radio"/>				
Vos contacts avec le réseau de la santé	<input type="radio"/>				
Votre niveau d'insertion professionnelle	<input type="radio"/>				

51. Quelle est votre situation actuelle par rapport à chacun des aspects suivants ?

	Presque tous les jours	Fréquemment	Assez souvent	Rarement	Jamais
Utilisation d'autres substances : cocaïne, marijuana, alcool, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injections intraveineuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportements à risque liés à l'injection de drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fréquence des activités illicites (criminelles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps consacré à l'usage quotidien des narcotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. Comment situez-vous votre capacité à renforcer vos améliorations?

<input type="checkbox"/> Très élevée
<input type="checkbox"/> Élevée
<input type="checkbox"/> Moyenne
<input type="checkbox"/> Faible
<input type="checkbox"/> Très faible

53. Envisagez-vous un jour terminer le traitement de substitution?

<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Probablement

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

Annexe 6 : Questionnaire destiné aux professionnels

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS INTERVENANT AU SEIN DU PROGRAMME DE SUBSTITUTION.

Page 1

1. Code du participant

INTRODUCTION

Je vous remercie de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est personnel et est destiné aux participants. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la chercheure principale Louise Carignan au (418)545 5011 Poste:5692 ou Fatoumata Diadiou au (418) 815 6062.

Veuillez répondre à chacune des questions, en cochant votre choix de réponse. Si les réponses proposées ne caractérisent pas votre choix, vous pouvez choisir la réponse qui décrit le mieux votre perception. Toutes les réponses sont confidentielles. Le masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

IDENTIFICATION

2. Date

3. Nom du participant

4. Quel est votre âge?

- 20 à 24 ans
- 25 à 29 ans
- 30 à 34 ans
- 35 à 39 ans
- 40 à 44 ans
- 45 à 49 ans
- 50 à 54 ans
- 55 à 59 ans
- 60 à 64 ans
- 65 à 69 ans
- Autre (veuillez précisez)

5. Quel est votre sexe?

- Masculin
- Féminin

6. **Quel est votre plus haut niveau d'éducation?**

- Secondaire
- CEGEP
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre (veuillez précisez)

7. **Quelle fonction occupez-vous dans le cadre du programme de substitution aux opérés?**

-

8. **Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux votre statut professionnel actuel ?**

- Médecin
- Infirmière
- Travailleur social
- Pharmacien
- Autre (veuillez préciser)

9. **Quel est votre nombre d'années d'expérience dans cette fonction?**

- 0-5 ans
- 6-10 ans
- 11-15 ans
- 16-20 ans
- 21 ans et plus

DIMENSION STRUCTURELLE : LES RESSOURCES

10. **La programmation du programme permet d'atteindre les objectifs du programme**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

11. **La répartition des ressources (humaines et matérielles) du programme permet de répondre adéquatement aux besoins des usagers**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

12. **Les ressources dont dispose le programme permettent la réalisation de ses interventions et l'atteinte de ses objectifs**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

13. **L'équipe regroupe les compétences nécessaires pour la réalisation des objectifs du programme**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

14. **La concertation et les échanges d'informations entre les différents professionnels qui interviennent dans le programme sont menés de façon adéquate**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

DIMENSION OPÉRATIONNELLE : LES ACTIVITÉS

15. **Le référencement des usagers au programme de substitution aux opiacés se fait de façon adéquate**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

16. **Les modalités qui constituent le contact initial avec les usagers se font de sorte à encourager les usagers à poursuivre leur traitement**

<input type="checkbox"/> Fortement d'accord	
<input type="checkbox"/> D'accord	
<input type="checkbox"/> Plus ou moins d'accord	
<input type="checkbox"/> En désaccord	
<input type="checkbox"/> Fortement en désaccord	

17. **Les objectifs et le plan de traitement des usagers sont discutés avec eux**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

18. **Les intervenants impliquent les usagers dans les décisions qui sont en rapport avec le traitement de ces derniers**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

DIMENSION STRATÉGIQUE : LES PRATIQUES

19. **Les services de bas seuil d'exigence et ceux de haut seuil d'exigence sont expliqués aux usagers pour que ces derniers puissent faire un choix éclairé**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

20. **Les services de bas seuil d'exigence et ceux de haut seuil d'exigence sont complémentaires**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

21. **Parfois le bas seuil est utilisé au début du traitement pour mieux installer le haut seuil**

- Fortement en accord
- En accord
- Plus ou moins en accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

22. **La communication entre les différents intervenants du programme se fait de façon adéquate**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Plus ou moins d'accord
- En désaccord
- Fortement en désaccord

23. **Les mécanismes de communication mis en place par le programme sont efficaces**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

DIMENSION SYSTÉMIQUE : LA COLLABORATION AVEC LES ACTEURS EXTERNES

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

25. **Des liens partenariaux sont établis avec d'autres services de la région qui interviennent avec les mêmes usagers**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

26. **Les intervenants collaborent avec d'autres personnes qui interviennent dans des programmes similaires**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

27. **Le fait de collaborer (échanger) avec d'autres intervenants qui sont dans des programmes similaires influence ma façon d'intervenir**

- Fortement d'accord
 D'accord
 Plus ou moins d'accord
 En désaccord
 Fortement en désaccord

LES EFFETS DU PROGRAMME

28. Qualifier en général les différentes situations des usagers au moment de leur entrée au programme

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent
Situation générale des usagers avant leur entrée au programme	○	○	○	○	○
État de santé physique des usagers	○	○	○	○	○
État de santé mentale des usagers	○	○	○	○	○
Qualité de vie des usagers	○	○	○	○	○
Style de vie des usagers	○	○	○	○	○
Insertion sociale des usagers notamment à la cellule familiale	○	○	○	○	○
Vie en société des usagers	○	○	○	○	○
Estime de soi des usagers	○	○	○	○	○
Contacts des usagers avec le réseau de la santé	○	○	○	○	○
Sens positif de la vie des usagers	○	○	○	○	○
Niveau d'insertion professionnelle des usagers	○	○	○	○	○

29. D'une façon générale, qualifiez les différentes situations des usagers au moment de leur entrée au programme

	Presque tous les jours	Fréquemment	Assez souvent	Rarement	Jamais
Consommation d'opiacés des usagers	○	○	○	○	○
Utilisation d'autres substances : cocaïne, marijuana, alcool, etc. des usagers	○	○	○	○	○
Injections intraveineuses des usagers	○	○	○	○	○
Comportements à risque liés à l'injection de drogues des usagers	○	○	○	○	○
Fréquence des activités illicites (criminelles) des usagers	○	○	○	○	○
Temps consacré à l'usage quotidien des narcotiques des usagers	○	○	○	○	○

30. Qualifiez les différentes situations des usagers un an après leur entrée au programme

	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Excellent
Situation générale des usagers un an après leur entrée au programme	<input type="radio"/>				
Etat de santé physique des usagers	<input type="radio"/>				
Etat santé mentale des usagers	<input type="radio"/>				
Qualité de vie des usagers	<input type="radio"/>				
Style de vie des usagers	<input type="radio"/>				
Insertion sociale notamment à la cellule familiale des usagers	<input type="radio"/>				
Vie en société des usagers	<input type="radio"/>				
Estime de soi des usagers	<input type="radio"/>				
Sens positif de la vie des usagers	<input type="radio"/>				
Contacts avec le réseau de la santé des usagers	<input type="radio"/>				
Insertion professionnelle des usagers	<input type="radio"/>				

31. Qualifiez les différentes situations des usagers un an après leur entrée au programme

	Presque tous les jours	Fréquemment	Assez souvent	Rarement	Jamais
Consommation d'opiacés des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation d'autres substances : cocaïne, marijuana, alcool, etc. des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injections intraveineuses des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportements à risque liés à l'injection de drogues des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fréquence des activités illicites (criminelles) des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps consacré à l'usage quotidien des narcotiques des usagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

* **Redirection vers la page finale de Sondage Online (changer)**

Annexe 7 : Études retenues dans la revue rapide

Auteur, Année,		Produit/Phase	Outil/méthode d'intervention	Indicateurs mesurés	Résultats/impacts
1.	(Ainscough et al., 2017)		Gestion de contingence	Efficacité de la gestion de contingence	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure abstinence
2.	(Amato et al., 2013)	Buprénorphine, méthadone, placebo	Efficacité de la méthadone à petite dose par rapport aux autres traitements pharmaceutiques	Sevrage aux opioïdes à la fin du taux de désintoxication et de rechute	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la gravité du sevrage. Rechute chez la majorité des patients à l'héroïne
3.	(Amato et al., 2011)	Maintien	Traitements psychosocial administré en complément d'une cure de désintoxication pharmacologique des héroïnomanes	Achèvement du traitement, réduction de la consommation de substances, amélioration de leur état de santé et leur statut social.	<ul style="list-style-type: none"> Achèvement du traitement Abstinence des participants lors des visites de suivi en clinique.
4.	(Bagley et al., 2014)		Évaluation et gestion des symptômes de sevrage néonatal	Résumé des données disponibles sur l'évaluation et la prise en charge des nourrissons exposés aux opioïdes in utero	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la sévérité du syndrome d'abstinence néonatale. Recommandation de la méthadone comme traitement de première intention et le phénobarbital ou la clonidine comme traitement d'appoint de deuxième intention
5.	(Baker et Chang, 2016)	Détoxification et entretien	Protocole « The National Acupuncture Détoxification Association »	Effets de l'acuponcture auriculaire	<ul style="list-style-type: none"> Facilitation du rétablissement Renforcement de la rétention Renforcement de l'achèvement Diminution de la morbidité et la mortalité
6.	(Brogly, Saia, Walley, Du et Sebastiani, 2014)	Buprénorphine, méthadone	Traitements de maintien à la buprénorphine pré-natale comparé à l'exposition au traitement de maintien à la buprénorphine comparée à l'exposition au TMM chez le nouveau-né	Efficacité exposition pré-natale au traitement de maintien à la buprénorphine comparée à l'exposition au TMM chez le nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> Moins de syndromes d'abstinence néonatale avec la buprénorphine Moins de consommation d'opioïdes illicites en fin de grossesse chez les femmes traitées par la buprénorphine

7.	(Connery, 2015)	Méthadone, buprénorphine, naltrexone, naloxone/buprénorphine, placebo	Traitement psychosocial combiné à des médicaments ou du placebo	Données probantes et futures orientations	<ul style="list-style-type: none"> Moins de consommation d'opioïdes avec les thérapies agonistes Plus de rétention avec le maintien à la méthadone Sécuritaire et plus de tolérance de la combinaison de la buprénorphine et de la naloxone pour les jeunes et les personnes dépendantes aux opioïdes, tout comme la monothérapie par la buprénorphine chez les femmes enceintes Moins de risques de mésusage ou détournement et de surdose avec la naltrexone à libération prolongée
8.	(Connock et al., 2007)	Buprénorphine, méthadone, placebo	Comparaison cout-efficacité entre le maintien à la buprénorphine et celui à la méthadone	Rétention, consommation d'opiacés	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité et efficience des traitements de maintien à la méthadone et à la buprénorphine comparés à l'absence de traitement Efficience, rétention et impacts positifs sur la santé avec un dosage flexible avec du TMM flexible (dose journalière équivalente de 20 à 120 mg) que le traitement à la buprénorphine à doses variables (dose journalière équivalente de 4 à 16 mg)
9.	(Day et al., 2005)	Détoxication	Désintoxication en milieu hospitalier comparée à la désintoxication ambulatoire	Achèvement de la désintoxication, symptômes de sevrage, effets indésirables,	<ul style="list-style-type: none"> Aucune rechute chez 70 % des patients en désintoxication hospitalisés en phase post désintoxication contre 37 % de rechutes en milieux ambulatoires
10	(Drummond D. Colin, 2007)	Méthadone, buprénorphine, naltrexone et autres médicaments de détoxicification et de sevrage	Interventions psychosociales dans le contexte de l'agoniste, de l'antagoniste et du traitement pharmacologique	Effets des interventions psychosociales	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité de la TCC et de la gestion de contingence dans le traitement de maintenance à la buprénorphine Efficacité de la gestion de contingence dans la maintenance à la méthadone Compliance des patients et efficacité de la gestion de contingence et de la thérapie familiale combinés avec la naltrexone Cependant, il y avait un soutien de l'efficacité de la gestion de contingence et de la TCC dans l'amélioration des résultats du traitement

11	(Dugosh et al., 2016)	Méthadone, buprénorphine, naltrexone, Interventions psychosociales Détoxification et maintenance	Interventions psychosociales combinées à un TEM	Effets des interventions psychosociales avec un TEM	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité des interventions psychosociales en association avec un traitement médicamenteux dans les phases de détoxicification et de maintenance
12	(Ferri et al., 2011)	Méthadone, buprénorphine et lévo-alpha-acétyl-méthadol (LAAM.)	L'héroïne prescrite pour les consommateurs qui ne répondent pas aux traitements conventionnels	Efficacité, acceptation, rétention, usage de substances illicites,	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la consommation de substances illicites, Réduction de la participation à des activités criminelles et des incarcérations
13	(Ferri et al., 2013)	La morphine orale à libération lente	La morphine orale à libération lente pour les personnes qui répondent mal aux autres traitements d'entretien	Symptômes dépressifs, rétention	<ul style="list-style-type: none"> Réduction possible de l'utilisation d'opioïdes Moins de symptômes dépressifs Fréquence des effets indésirables
14	(Fullerton et al., 2014)	Méthadone	Traitements par la méthadone	Efficacité de la méthadone	<ul style="list-style-type: none"> Plus de rétention et moins de consommation d'opioïdes illicites avec des doses supérieures à 60 mg Moins de comportements à risque liés au VIH Moins de mortalité et de criminalité Amélioration des résultats maternels et fœtaux
15	(Platt et al., 2017)	Antagonistes détoxication	Les antagonistes des opiacés associés à une sédation minimale	Effets des antagonistes des opiacés par rapport à d'autres approches ayant pour objectif de mener à l'abstinence	<ul style="list-style-type: none"> Les antagonistes des opiacés combinés aux agonistes alpha2-adrénnergique peuvent être utilisés dans la gestion du sevrage aux opiacés Recommandation d'une surveillance accrue pendant les heures qui précèdent l'administration d'antagonistes des opiacés à cause des effets secondaires
16	(Gowing, L. et al., 2010)	(détoxicification) Antagonistes	Les antagonistes avec une sédation ou une anesthésie forte	Symptômes de sevrage, achèvement du traitement et d'effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> Le sevrage intense, mais plus court avec des antagonistes que le sevrage avec de petites doses de méthadone Rapidité de l'établissement de doses suffisantes de naltrexone avec un sevrage induit par les antagonistes qu'avec un sevrage par la clonidine et les médicaments symptomatiques Le niveau de sédation n'affecte pas l'intensité et la durée du sevrage, alors que la durée de l'anesthésie peut influer sur la sévérité du sevrage

					<ul style="list-style-type: none"> Plus d'effets indésirables avec une sédation forte comparée à une sédation légère
17	(Gowing, Linda et al., 2017)	Désintoxication	Buprénorphine, méthadone, agonistes alpha2-adrénergiques, placebo	Symptômes de sevrage, rétention, complétion et effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> Moins de sévérité des symptômes sevrage, durée du traitement, sevrage et plus de probabilité d'achèvement du traitement de la buprénorphine comparée à la clonidine ou à la lofexidine Similarité en matière de sevrage des opioïdes et d'effets indésirables de la buprénorphine et la méthadone
18	(Gowing, Linda et al., 2016)	Agonistes alpha2-adrénergiques (clonidine, lofexidine, guanfacine, tizanidine)	Agonistes alpha2-adrénergiques comparé au placebo	Symptômes de sevrage, durée du traitement, effets indésirables et achèvement du traitement	<ul style="list-style-type: none"> Plus d'efficacité de la clonidine et la lofexidine que le placebo pour la prise en charge du sevrage Moins d'effets indésirables sous la méthadone que sous la clonidine La lofexidine avait un meilleur profil d'innocuité que la clonidine
19	(Gowing, L. et al., 2011)	Buprénorphine et méthadone par voie orale	Traitement de substitution chez les consommateurs de drogues injectables	Abstinence consommation drogues et comportements à risques	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la consommation d'opioïdes illicites, de drogues par injection et de partage de matériel d'injection. Les deux? Réduction de consommateurs de drogues injectables Aucun effet sur l'utilisation du préservatif par les participants. Réduction des comportements à risque des cas d'infection par le VIH
20	(Grossman et al., 2017)	Méthadone, buprénorphine	Les interventions non pharmacologiques, la standardisation des protocoles traditionnels et les approches thérapeutiques alternatives	L'efficacité du traitement des nouveau-nés exposés aux opioïdes in utero	<ul style="list-style-type: none"> Meilleurs résultats des interventions non pharmacologiques, des protocoles traditionnels et des approches thérapeutiques alternatives Durées de séjour plus courtes dans les interventions non pharmacologiques Meilleurs résultats à court terme avec la buprénorphine in utero qu'avec la méthadone
21	(Jahagirdar et Campbell, 2018)		Les agonistes alpha2-adrénergiques	Efficacité des agonistes alpha2-adrénergiques	<ul style="list-style-type: none"> Les agonistes alpha2-adrénergiques sont plus efficaces que le placebo pour la gestion du sevrage. L'hypotension était un effet indésirable fréquent avec la clonidine
22	(Jhanjee, 2014)	Méthadone	Traitements psychosociaux combinés à la maintenance à la méthadone	Efficacité des interventions psychosociales dans le traitement de substitution	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la consommation de drogues illicites et d'autres comportements à risque avec la TCC Plus d'efficacité du traitement et de compliance des participants avec la TCC et l'intervention motivationnelle

					<ul style="list-style-type: none"> Meilleure efficacité quand les interventions psychosociales sont combinées aux traitements médicamenteux.
23	(Kraus et al., 2011)	Buprénorphine : induction, stabilisation, détoxicification	Buprénorphine en soins de 1re ligne	Formulation de conclusions et de recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Mêmes effets des traitements sous buprénorphine en 1re ligne qu'au sein des programmes de substitution à la méthadone.
24	(Lobmaier et al., 2008)	Naltrexone à libération prolongée	Naltrexone à libération prolongée	Effets indésirables de la naltrexone à libération prolongée	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation des jours de traitement avec la dose élevée de 384 mg par rapport au placebo (48 contre 27). Diminution de la fréquence d'envie de consommer de l'héroïne dans les groupes de traitement avec la naltrexone que sous placebo
25	(Mattick et al., 2014)	Buprénorphine comparé au placebo ou à la méthadone		Efficacité, rétention	<ul style="list-style-type: none"> La buprénorphine est efficace dans le traitement d'entretien de la dépendance à l'héroïne Meilleure rétention à une dose supérieure à 2 mg de buprénorphine et arrêt de la consommation d'opiacés illicites à des doses supérieures à 16 mg Meilleure rétention de la méthadone à la buprénorphine Mêmes effets de la buprénorphine et de la méthadone en termes d'abstinence de consommation d'opiacés illicites
26	(Minozzi, S. et al., 2011)	Naltrexone orale pendant la Désintoxication	Traitements d'entretien à la naltrexone orale par rapport au placebo ou à d'autres traitements	Prévention des rechutes, rétention, abstinence et effets indésirables après une désintoxication.	<ul style="list-style-type: none"> La naltrexone comme le placebo ou l'absence de traitement pharmacologique n'avait pas d'effet statistiquement significatif sur la rétention, l'abstinence et les effets indésirables. Diminution de la réincarcération Similarité des effets de la naltrexone, des benzodiazépines et de la buprénorphine en termes de rétention, d'abstinence et d'effets indésirables
27	(Minozzi, Silvia et al., 2014)	Méthadone, buprénorphine, agonistes alpha2-adrénergiques en désintoxication	Traitements de désintoxication, traitement d'entretien pharmacologique ou intervention psychosociale	Abstinence	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure réduction des abandons et rétention pour les adolescents de la buprénorphine comparée à la clonidine Plus de rétention et consommation d'opioïdes auto déclarée avec le traitement d'entretien à la buprénorphine qu'avec la désintoxication par la buprénorphine

28	(Nielsen et al., 2016)	Méthadone, buprénorphine	L'agoniste de maintenance pharmacothérapie	Comparer les traitements d'entretien à des traitements à court terme tels que la désintoxication ou des traitements psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> Preuves faibles à modérée pour l'utilisation d'agonistes de maintenance pour la dépendance aux opioïdes pharmaceutiques. Efficacité de la méthadone et de la buprénorphine Plus d'efficacité du traitement d'entretien à la buprénorphine que la désintoxication à la buprénorphine ou les traitements psychologiques
29	(Paolo et al., 2012)	Méthadone buprénorphine et naltrexone	Transition de la maintenance de la méthadone à la buprénorphine et de la buprénorphine à la naltrexone	Avancées et défis du transfert de médicaments agonistes opioïdes à un traitement antagoniste en utilisant la buprénorphine	<ul style="list-style-type: none"> Faisabilité d'un transfert de doses de méthadone faibles à modérées (jusqu'à 60-70 mg) vers la buprénorphine. Inconfort important du sevrage dans la conversion à des doses plus élevées de méthadone. Nécessité de médicaments auxiliaires et de traitements en milieu hospitalier dans la conversion à des doses plus élevées de méthadone Inconfort et risques de rechute lors de la réduction de doses élevées de méthadone avant le transfert à la buprénorphine
30	(Platt et al., 2017)	Maintenance	Efficacité des programmes d'échange de seringues combinés avec un TSO	Réduction des risques d'infection du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du risque de transmission du VIH avec la combinaison de TSO et les programmes d'échange de seringues
31	(Roberts et al., 2011)		Gestion de cas, intervention motivationnelle	Adoption des TSO et/ou réengager les personnes en traitement	<ul style="list-style-type: none"> Effet prometteur pour l'utilisation de la gestion de cas et de l'intervention motivationnelle pour augmenter l'enrôlement des personnes s'injectant de la drogue dans les traitements
32	(Saulle et al., 2017)		Opiacés à action prolongée dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés	Effets du dosage supervisé versus les doses à emporter.	<ul style="list-style-type: none"> Efficience et moins de contraintes pour les patients de la prise des médicaments à domicile exige
33	(Shearer et al., 2015)		Gestion de la contingence	Efficacité et efficience de la gestion de contingence	<ul style="list-style-type: none"> Plus grande abstinence et de compliance aux médicaments avec l'adjonction de la gestion de contingence aux soins habituels, mais moins efficient
34	(Simoens et al., 2005)	Méthadone ou buprénorphine	Traitement d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés	Efficacité de la maintenance basée sur la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Meilleurs résultats thérapeutiques avec des doses plus élevées de méthadone et de buprénorphine La méthadone à faible dose (20 mg par jour) est moins efficace que la buprénorphine (2 à 8 mg par jour). Des doses plus élevées de méthadone (> 50-65 mg par jour) sont légèrement plus efficaces que la buprénorphine (2-8 mg par jour)

					jour)
35	(Soyka, 2013)	Méthadone	Test de consommation de drogues par les cheveux	Abstinence de drogues	<ul style="list-style-type: none"> De rares preuves montrent que les soins primaires pourraient être un cadre efficace pour fournir ce traitement Meilleure détection de l'abstinence par l'analyse des cheveux, par rapport aux tests de dépistage d'urine
36	(Strang et al., 2015)	Héroïne injectable	Site d'injection d'héroïne supervisé	Examiner les réponses politiques et scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la mortalité Augmentation de la rétention dans le traitement En raison du taux plus élevé d'évènements indésirables graves, la prescription d'héroïne devrait rester un traitement pour les personnes qui ont échoué dans le passé à un traitement d'entretien. Des paramètres cliniques et un suivi approprié doivent être assurés
37	(Taha, 2018)	Toutes les phases		Meilleures pratiques	<ul style="list-style-type: none"> Tenir compte des besoins et objectifs des personnes Une évaluation continue des besoins des personnes pour atteindre les objectifs Une offre de services sécuritaire et culturellement adaptée. Une offre de services adaptés au genre et à l'histoire de la personne Atténuer la stigmatisation pour faciliter l'accès et la rétention au traitement Renforcement des acquis par des échanges avec les pairs-aidants Bâtir les politiques et pratiques autour du rétablissement
38	(Thomas et al., 2014)	Buprénorphine, méthadone, placebo	Traitement à la buprénorphine	Comparaison efficacité buprénorphine et méthadone	<ul style="list-style-type: none"> Meilleurs résultats de la buprénorphine comparée au placebo chez les patients y compris les femmes enceintes Réduction de l'utilisation d'opioïdes illicites pendant le maintien à la buprénorphine et le maintien à la méthadone, mais la buprénorphine présente moins d'effets indésirables Plus d'avantages de la méthadone en matière de rétention Amélioration des résultats pour la mère et le foetus pendant la grossesse avec la buprénorphine comparée à une absence de traitement médicamenteux Similarité des taux de syndrome d'abstinence néonatale pour les mères recevant de la buprénorphine et celles prenant de la méthadone, mais les symptômes étaient moins graves chez les bébés des mères traitées à la buprénorphine

39	(Timko et al., 2015)	Placébo naltrexone buprénorphine méthadone	Gestion de la contingence	Rétention	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure rétention de la naltrexone ou de la buprénorphine comparée au placébo ou à d'autres médicaments Meilleure rétention avec la méthadone qu'avec la buprénorphine/naloxone Meilleure rétention du traitement par l'héroïne que par la méthadone chez les patients qui ne répondent pas aux traitements conventionnels
40	(Weinstock et al., 2012)	Maintenance	Exercices physiques	Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'humeur Amélioration de la qualité de vie Réduction de la consommation d'autres substances
41	(Wells et Jones, 2017)		La morphine à libération lente et la thérapie assistée par l'héroïne	Effets et efficience de la morphine à libération lente et la thérapie assistée par l'héroïne.	<ul style="list-style-type: none"> La morphine à libération lente était plus efficace que la méthadone pour l'abstinence de la consommation d'héroïne chez la femme enceinte Elle aurait moins de sévérité des symptômes de sevrage aux opiacés que la méthadone. Elle semblait réduire le craving, les symptômes de dépression, les douleurs physiques et l'anxiété. Des taux de rétention assez bons, une satisfaction des usagers, une amélioration du sommeil et du bien-être sont notés La morphine à libération lente était plus efficiente que la méthadone Les auteurs ont conclu que la thérapie assistée par l'héroïne était associée à une meilleure rétention que la méthadone Les patients traités par la thérapie assistée par l'héroïne qui étaient réfractaires au traitement à la méthadone ont signalé des améliorations en matière de consommation d'héroïne illicite, de santé physique et mentale et le craving par rapport aux patients traités à la méthadone
42	(Wright et al., 2015)		Supervision du dosage et utilisation de formulations dissuasives des produits.	Mésusages et détournement des produits de substitution	<ul style="list-style-type: none"> Réduction des mésusages et détournements des produits de substitution L'augmentation de l'accès au traitement pour réduire l'usage illicite de médicaments de prescription ou d'autres opioïdes détournés est recommandée par les experts