

Embûches, défis et facteurs facilitants lors de l'initiation et le développement de services de traitement de substitution : le cas du CRAN

Pierre Lauzon, md, CHUM

David Barbeau, md, CIUSSS Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal et CRAN

Colloque TDO5

Rabat

30 novembre, 1-2 décembre 2016

Déclaration de conflit d'intérêt

- Rien à déclarer

Plan

- L'émergence
- Le développement
- L'adaptation au changement des besoins des patients

TDO : émergence d'un nouveau besoin de soins de santé

- Plusieurs autres exemples : VIH, VHC, procréation assistée, greffe d'organes, vieillissement, etc.
- Ce qui distingue le TDO : pas une maladie comme les autres
 - Population stigmatisée, silencieuse, criminalisée
 - Proches des patients également stigmatisés et honteux
 - Absence de groupe de pression, d'activistes
 - Approche répressive plus porteuse politiquement en mettant l'accent sur la criminalité associée
 - Difficulté de trouver un porteur de dossier politique dans la durée
- Compétition pour les fonds avec les autres approches : communautés thérapeutiques, approche basée sur l'abstinence, groupes d'entraide

(suite)

- En conséquence:
 - Retard dans la mise en place de services; devrait être considéré comme un service de santé aussi essentiel que les autres
 - Difficulté d'obtenir du financement public stable et suffisant
 - Situation de crise nécessaire pour déclencher la réflexion et la mise en place de services.

Le leadership en toxicomanie

- Pour le Québec en 1986 : communautés thérapeutiques et services policiers sont considérés comme les experts. À ce moment, peu favorables au traitement de substitution.
- Croyances qui ont la vie dure : l'idée d'avoir vaincu la drogue après un parcours du combattant difficile et souffrant (expiation) ; la substitution comme solution de facilité
- Les approches prônant l'abstinence ont plus d'attrait pour les donateurs privés, corporatifs et autres: ex. Fondation Jean Lapointe.
- À cette époque, les fonctionnaires du ministère de la Santé étaient peu au fait du problème d'usage d'opioïdes.

Leadership en santé publique

- Au Québec, en 1986, pas de veille épidémiologique concernant l'usage de substances et les phénomènes reliés, dont les décès par surdose, les visites à l'urgence, ITSS, etc.
- Insuffisance de données pour documenter les besoins et convaincre les décideurs : nombre d'usagers, répartition géographique, caractéristiques démographiques
- Pas de déclencheur d'alerte. Exemple de Vancouver.

Leadership des professionnels de la santé

- Corporations professionnelles : médecins, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.
- Facultés universitaires
- Plusieurs années avant que la formation en toxicomanie ne soit incluse de façon plus formelle dans les curricula de formation.

Poids de l'évidence scientifique dans l'élaboration des politiques publiques

- Un facteur parmi d'autres dans la prise de décision politique. Rarement le plus important, surtout en toxicomanie.
- Influence des croyances et de l'idéologie, quand ce n'est pas carrément de la démagogie, avec la présentation du toxicomane comme ennemi public.

La reconnaissance par les pairs, le public

- Un long processus d'information et d'éducation auprès de toutes les instances mentionnées et du public.
- Développer des approches cliniques de qualité, basées sur l'évidence, collecter des données pour être en mesure de quantifier et qualifier les retombées pour les patients et la collectivité.
- Profiter de diverses tribunes pour informer le public.
- Donner la parole aux usagers.

Intégration au réseau de la santé

- Ancrage dans une institution du réseau de la santé qui accepte le mandat
 - Reconnaissance plus officielle des besoins des patients
 - Niveau de responsabilité publique plus élevé
 - Instances de maintien de la qualité de l'acte professionnel
 - Ne garantit pas financement adéquat et accessibilité
 - Lourdeur administrative. Ingérence dans les choix cliniques. Difficulté d'adaptation au changement.
- ONG
- Clinique privée

Intégration au réseau de la santé

- ONG
 - Organisation plus petite et réactive
 - Participation facilitée des usagers aux processus décisionnels
 - Dépendance sur le militantisme. Conditions de travail inférieures à celles du réseau de la santé
 - Accréditation. Qualité des services professionnels.
 - Dépendance accrue du financement privé
 - Accès aux services du réseau : ex. consultation psychiatrique
 - Risque du désintérêt de l'État et du sous-financement chronique

Intégration au réseau de la santé

- Cliniques privées
 - Enjeux reliés au financement.
 - Barrières financières
 - Accréditation. Transparence financière.
 - Risque de conflits d'intérêt
 - Offre de service influencée par la rémunération associée et non seulement par les besoins des patients
 - Continuité des services des patients ayant épuisé leurs ressources financières



Développement

L'instabilité du système de santé

- En trente ans, 12 ministres de la Santé et 12 ministres délégués
- 4 ministres sur 12 ont eu un mandat de plus de 4 ans
- 4 réformes majeures de structure du réseau de la santé avec mise à la retraite et changement de poste et de mandat des fonctionnaires chargés des dossiers
- Un seul ministre délégué, Gilles Baril, s'est vraiment intéressé au TDO. A été en poste moins d'un an.
- Peu d'occasion de partager une vision à long terme avec des décideurs et encore moins de la mettre en place

Choix de fonctionnement clinique

Régulation

- Au départ, importance mise sur l'abstinence et le contrôle social, par Santé Canada, rendant les programmes moins attrayants pour les patients. Abus de régulation.
- Règles imposées par le Collège des médecins. Assouplissement avec les années. Singularise encore la méthadone.
- Diversité des besoins des patients : réduction des méfaits, réadaptation, soins de santé
- Dispensation en pharmacie communautaire vs autre mode
- Aboutissement : souplesse, accessibilité, individualisation, attrayant pour les patients, soins plutôt que contrôle social

L'accessibilité en dehors des grands centres

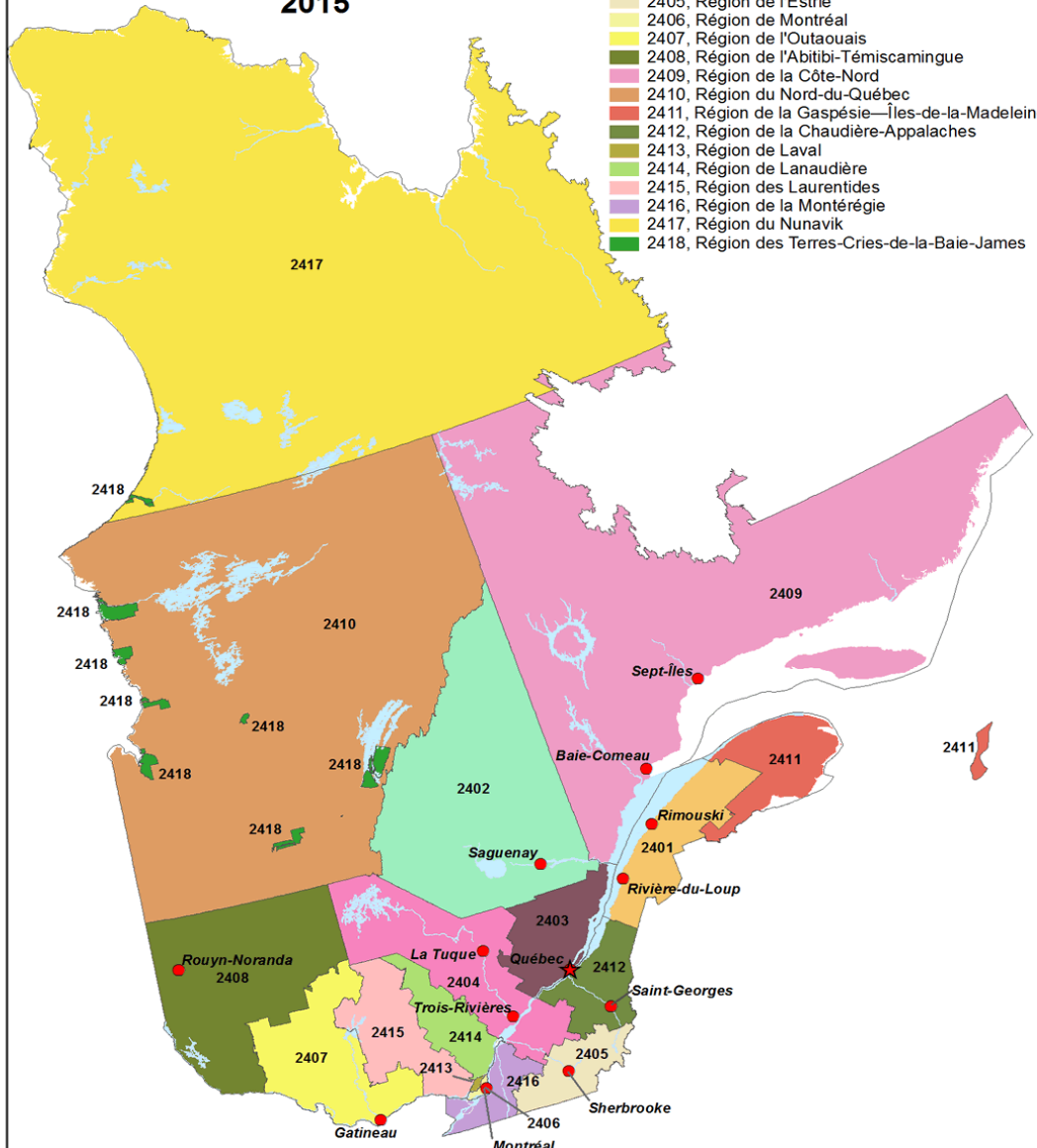
- Problématique méconnue et occulte
- Peu de médecins formés et intéressés en régions
- Enjeu de distance géographique

Québec

Régions sociosanitaires

2015

- 2401, Région du Bas-Saint-Laurent
- 2402, Région du Saguenay—Lac-Saint-Jean
- 2403, Région de la Capitale-Nationale
- 2404, Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 2405, Région de l'Estrie
- 2406, Région de Montréal
- 2407, Région de l'Outaouais
- 2408, Région de l'Abitibi-Témiscamingue
- 2409, Région de la Côte-Nord
- 2410, Région du Nord-du-Québec
- 2411, Région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- 2412, Région de la Chaudière-Appalaches
- 2413, Région de Laval
- 2414, Région de Lanaudière
- 2415, Région des Laurentides
- 2416, Région de la Montérégie
- 2417, Région du Nunavik
- 2418, Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James



Source : Statistique Canada, Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement, (82-402-X).
Préparé par la Division des registres statistiques et de la géographie pour la Division de la statistique de la santé, 2015.

Formation professionnelle

- Médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux
- Suivi de patients stables par les médecins généralistes en première ligne
- Support professionnel, formation continue, communauté de pratique
- L'enseignement aux résidents en médecine familiale

Populations à besoins particuliers

- Itinérance, instabilité sociale
- Population carcérale provinciale. Liens entre la prison et la communauté.
- Personnes non rejointes ou non intéressées par les traitements usuels, ou qui n'y répondent pas
- Autochtones

QUÉBEC



LES 17 RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC

- | | | |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| 01 Bas-Saint-Laurent | 07 Outaouais | 12 Chaudière-Appalaches |
| 02 Sagouéy-Lac-Saint-Jean | 08 Abitibi-Témiscamingue | 13 Laval |
| 03 Capitale-Nationale | 09 Côte-Nord | 14 Lanaudière |
| 04 Mauricie | 10 Nord-du-Québec | 15 Laurentides |
| 05 Estrie | 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 16 Montérégie |
| 06 Montérégie | | 17 Centre-du-Québec |

www.autochtones.gouv.qc.ca



Participation des usagers

- Intégrer des usagers dans les instances dirigeantes des organisations qui leur offrent des services
- Présence des usagers dans les comités consultatifs et lors de la planification et de l'évaluation des services
- Supporter les organisations autonomes d'usagers : ex. Méta d'Âme
- L'implication de pairs aidants dans la dispensation de services : logements avec support communautaire, travail de proximité
- La recherche participative avec les groupes d'usagers



Adaptation aux nouvelles réalités

Usage d'opioïdes autres que l'héroïne

- Crise des opioïdes prescrits pour la douleur : augmentation du nombre de prescriptions, du nombre de personnes exposées, des visites à l'urgence, des décès par surdose, de l'exposition des jeunes aux médicaments de leurs parents
- Plus disponibles, moins dispendieux que l'héroïne
- Moins solubles pour usage IV

Vieillesse

- Vieillesse sous méthadone. Maladies chroniques, incapacités, troubles cognitifs apparaissant à un âge relativement peu avancé
- Isolement social (plus marqué chez les hommes), pauvreté
- Cadre recommandé par Collège peu adapté à cette population
- Résidences pour personnes en perte d'autonomie
- Défi du travail en réseau avec les équipes de maintien à domicile

Douleur chronique

- Nombre plus élevé de patients ayant développé un trouble d'usage dans le contexte d'un traitement de la douleur
- Patients en général plus âgés et avec des incapacités et maladies chroniques
- Défis de la co-analgésie avec le traitement du TDO

Rôle de la première ligne

- Développer un réseau de médecins de famille habilités à prendre en charge le suivi à long terme de patients socialement stables
- Permettre aux centres spécialisés de se concentrer sur les services aux patients à besoins complexes
- Environnement (loi, mode de rémunération) orientant la pratique de la médecine familiale défavorable

Développements futurs

- Institutionnalisation du CRAN : défis et opportunités
- Initiation de traitements, mesures de réduction des méfaits, qualité des services de santé en prison provinciale
- Élargir la panoplie de médicaments disponibles pour le TDO
 - Morphine LA
 - Prescription de médicaments injectables (Hydromorphone ou DAM)
- Révision et adaptation des lignes directrices médicales aux nouvelles réalités

Conclusion

- La mise en place de services est une tâche complexe et spécifique au contexte particulier de chaque entité
- Élaborer un modèle adapté socialement et intégré au système de santé et attrayant pour les usagers. Accessibilité.
- Être à l'affût des changements des modes de consommation et des besoins des usagers. Garder une préoccupation pour les populations moins rejointes.
- Modèle évolutif. Plusieurs modes d'accès à la substitution : programme spécialisé, médecin de première ligne, institutions
- Participation des usagers aux prises de décisions