

A green circle containing the number '4' with a superscript 'e' (4<sup>e</sup>), indicating the 4th anniversary of the event.

4<sup>e</sup>

# RENCONTRE ANNUELLE DES MÉDECINS

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE MÉDICALE  
EN DÉPENDANCE (CPMD)

VENREDI 22 FÉVRIER 2019 | À L'HÔTEL OMNI MONT-ROYAL, MONTRÉAL

# Implantation de l'offre de services de TAO en CUMF : Verdun et Maisonneuve-Rosemont

Par Nicolas Demers et Chloé Labelle

22 février 2019

## Déclaration de conflit d'intérêts réels ou potentiels

**Nom du conférencier/modérateur: Nicolas Demers**

Je n'ai aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.

## Déclaration de conflit d'intérêts réels ou potentiels

**Nom du conférencier/modérateur: Chloé Labelle**

Je n'ai aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.

# Objectifs

- Comprendre les raisons qui ont poussé les médecins à développer de nouveaux services;
- Connaître de nouveaux services maintenant disponibles au Québec;
- Connaître les étapes nécessaires afin de développer ces services dans leurs milieux.
- Apprendre des bons coups et des défis rencontrés par les autres milieux de soins;

# Plan

- Contexte
  - Comparaison des modèles de TAO en Montérégie
- Présentation des services
- Étapes de la création des cliniques TAO
  - Contourner les obstacles
- Enseignement
- Bons coups
- Défis

# Contexte

- Crise des opioïdes au Québec
  - 376 décès de juillet 2017 à juin 2018, INSPQ
- Nécessité d'augmenter l'accessibilité du TAO
  - NEJM - Sarah E. Wakeman, M.D., and Michael L. Barnett, M.D. :  
« Mobilizing the PCP workforce to offer office based buprenorphine treatment is a plausible, practical, and scalable intervention that could be implemented immediately. The opioid overdose epidemic is complex and will require concerted efforts on multiple fronts, but few other evidence-based actions would have such an immediate lifesaving effect. »
- Création du **programme de compétence avancée en médecine des toxicomanies** en 2015, UdeM
- Nécessité d'inclure le TAO et les soins aux populations vulnérables dans la formation des résidents de médecine

# Contexte

## Treating opioid use disorder in primary care

- Canadian Family Physician - February 2019 - Danielle Perry, Eliseo Orrantia and Scott Garrison
- Trois ERC (46-221 patients) comparant TAO en 1<sup>ère</sup> ligne vs 2<sup>e</sup> ligne (cliniques spécialisées)
  - Suivi moyen 42 semaines
- Résultats principaux
  - Rétention en traitement: 86% 1<sup>ère</sup> ligne vs 67% 2<sup>e</sup> ligne
  - Abstinence opiacés non-prescrits: 53% 1<sup>ère</sup> ligne vs 35% 2<sup>e</sup> ligne
  - Satisfaction des patients: « Très satisfaits » 77% 1<sup>ère</sup> ligne vs 37% 2<sup>e</sup> ligne
- Limites
  - Complexité des cas en 2<sup>e</sup> ligne: Biais sélection?



# Contexte

## Traitement agonistes opioïdes: **DEUX MODÈLES DE PRISE EN CHARGE EN MONTÉRÉGIE**

Nicolas Demers, Catherine Richer, Myriam Savaria, UMF Charles-Le Moyne  
Superviseurs: J. Loslier (MD, MSc), R. Williams (MD), A. Paré-Plante (MD, MSc)

Accès au TAO  
depuis 2000 à l'UMF  
de Charles-LeMoyne

Offre de service  
insuffisante ~2010

2e site de TAO avec  
le CRD le Virage en  
2013

### UMF Charles-LeMoyne

- 6 médecins TAO
- 1 jour / semaine (disponibilité 5 jours)
- 2 infirmières
- 2 éducatrices



### Clinique le Virage

- 2 médecins TAO
- 2 jours / semaine
- 1 infirmière
- 1 éducateur



# Objectifs

## Objectif primaire

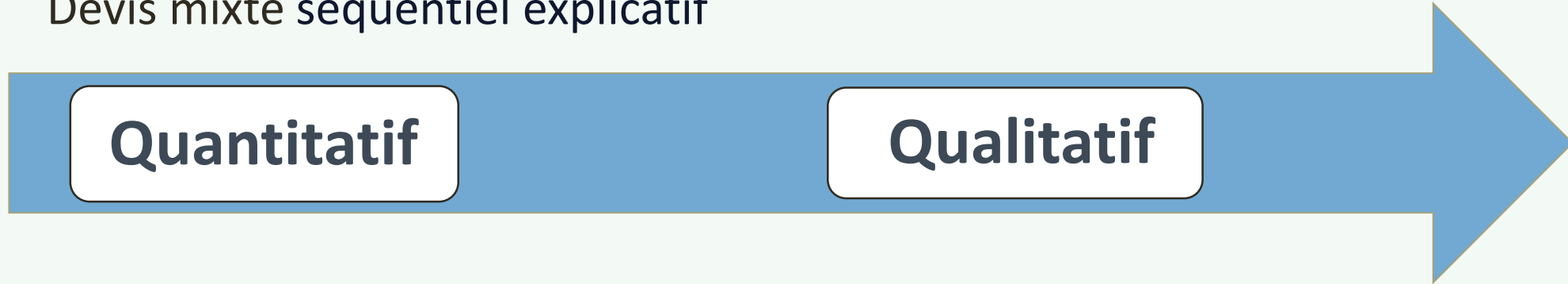
- Décrire l'expérience de soins et la prise en charge des comorbidités dans les modèles de première et de deuxième ligne

## Objectif secondaire

- Définir si certaines caractéristiques des patients font en sorte qu'un des deux modèles correspond plus aux besoins du patient

# Méthodologie

Devis mixte séquentiel explicatif



## Patients TDO en Montérégie

UMF CL= 175 patients  
CRD le Virage = 75 patients

## Quantitatif

Nombres visés  
40 participants (27)  
40 participants (20)

## Qualitatif

Nombres visés  
6 participants (8)  
6 participants (4)

### Critères inclusions:

TDO milieu actuel depuis 6 mois  
3 rendez-vous médicaux  
Francophone  
18 ans et plus

# Résultats quantitatifs

- Population à l'étude
  - Population vulnérable dans les deux modèles
    - Niveau de scolarité faible, sans emploi, faible revenu
  - Comorbidités
    - Affiliation à un MD de famille (100% vs 60%, p 0,0004)
    - Moyenne de 2 comorbidités par patient (2,0 vs 2,5, p 0,23)
    - Maladies pulmonaires et hépatiques
    - Absence de VIH/SIDA
    - Douleur chronique chez 1 patient / 2
  - Profil de consommateur
    - Usage récréatif (74% vs 65%)
    - Utilisateurs de drogues intraveineuses ( 81% vs 65%)
    - Abstinents dans les 6 derniers mois (26% vs 20%)
    - Patients suivis depuis plus longtemps à l'UMF (p 0,01)

# Résultats quantitatifs

Tableau II : Résultats

	Analyse multivariée		
	UMF	Virage	p value
<b>Score de satisfaction</b>	96%	92%	<b>0.1726</b>
<b>Pourcentage de traitement des comorbidités</b>	98%	85%	<b>0.0949</b>
<b>Pourcentage d'exacerbation des comorbidités</b>	18%	14%	<b>0.6868</b>

- Différence non-significative sur le contrôle des comorbidités
  - Manque de puissance?
  - Manque de précision de la mesure?
  - Bon travail de l'équipe de 2<sup>e</sup> ligne pour palier aux manques de médecin de famille de leur patient?

# Résultats qualitatifs

- Accessibilité
  - Prioritaire pour tous les patients – Au-delà de tout le reste!
- Satisfaction
  - Très grande dans les deux modèles
- Intégration des soins
  - Sécurité des soins potentiellement meilleure dans le modèle de 1<sup>re</sup> ligne
    - Connaissance approfondie du patient permettant de meilleures évaluations des tableaux douloureux et des pathologies aiguës
    - Moins de prescripteurs = Profil pharmacologique plus sécuritaire

# Bref

- Peu importe le modèle, du TAO avant tout!
- Encourager les 2 modèles
  - Approfondir les rôles complémentaires de chaque modèle
  - Orienter les patients avec multimorbidités vers les milieux de première ligne?
- Intérêt pour développer une offre de TAO en première ligne
  - Et/ou accroître l'aisance des médecins de famille à prendre en charge les patients ayant un TUO

# Présentation des services

		CUMF Verdun	CUMF Maisonneuve-Rosemont
Date de début		Juin 2017	Septembre 2017
Fréquence des cliniques		½ journées/MD/sem	½ journées/MD/sem
Équipe		Inf/TS/Pharmacien(ne)/3 MD (2 nouvelles recrues)	Inf/TS/Psycho/Pharmacien(ne)/2 MD (1 nouvelles recrue)
Nbr de patients		62	50
Provenance		50%: référence stable 2 <sup>e</sup> ligne 40%: nouveau patient du territoire 5%: référence milieu communautaire	56%: référence 2 <sup>e</sup> ligne 40%: nouveau patient du territoire 4%: référence milieu communautaire
Co-morbidités	VHC	19%	12.5%
	VIH	0	0
	Logement précaire	11%	15%



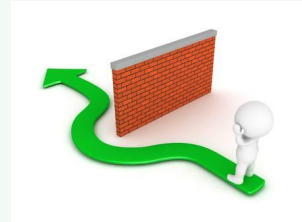
# Rôles des membres de l'équipe

- Infirmière
  - Suivi TAO (en alternance)
  - DDU, prélèvements, ECG, vaccination
  - Gestion des urgences entre les cliniques
- Travailleur social
  - Évaluation des besoins de base (logement, banques alimentaires)
  - Liens vers GASMA/organismes communautaires/équipes proxi
  - Accompagnement retour à l'emploi
  - Contrainte : Suivi GMF de maximum 20%
- MD
  - Suivi médecine générale/TAO (en alternance)
  - Suivi santé mentale

# Rôles des membres de l'équipe

- Pharmaciennes
  - Gestion de la buprénorphine/naloxone
  - Ordonnances standardisées
  - Formation naloxone
  - Gestion des changements de pharmacie
  - Référence pour les collègues ex. prescriptions au sans rendez-vous & QTc
- Sexologue/psychothérapeute (Maisonneuve-Rosemont)
  - Évaluer et traiter les problèmes émotifs, relationnels et comportementaux en lien avec la sexualité
  - Favoriser la santé sexuelle comme dimension essentielle de la santé globale
- Rôle partagé de l'équipe sur la réduction des méfaits

# Étapes de création et comment contourner les obstacles



- Obtenir l'aval administratif
  - Chef de service et gestionnaire clinique: Vendre son projet

- Présentation du projet à l'équipe

---> Adresser les inquiétudes:

- Consultations au SRV
- La salle d'attente
- Assiduité...



# Étapes de création

- Formation de l'équipe
  - Formation INSPQ
  - Journées d'observation dans les autres milieux (favorise le réseautage)



→ Formation spécifique pour le personnel administratif

Démystifier le TUO et le TAO, enjeux de fin de prescription, gestion de l'agressivité et les situations à risque dans la salle d'attente.

- Planification des aspects logistiques
  - Buprénorphine/naloxone – Induction en clinique
  - DDU – Négociation avec le biochimiste
  - ECG
  - Lien avec les pharmacies communautaires

# Étapes de création

- Recrutement de patient
  - Relativement facile
  - Corridors de transferts (CHUM – COFR, CRAN)
  - Auto-référence, bouche-à-oreille
  - Références de l'hôpital



- ---> Débuter progressivement
- ---> Ajustements de l'équipe lors de réunions dédiées
- ---> Intégration progressive des résidents/externes

# Enseignement

- Formation INSPQ
- Début avec les R2
- 4 cliniques consécutives
  - Permet un suivi de patient plus instable (ajustement méthadone hebdo)
  - Consolidation des connaissances
- Ouverture aux autres stagiaires selon la pertinence et/ou l'intérêt
  - Résident psychiatrie, santé publique, R1 et externe
- Opportunités de recherche
- Enjeux :
  - Exposition sélective (Pour le patient et pour le résident)
  - Équilibre précaire entre la mission clinique vs académique
    - ↑ Volume : ↓ temps d'enseignement

# Enseignement

- Capsule théorique en début de clinique
  - Coaching sur l'histoire de vie des patients pré-rencontre
- Patients partenaires dans l'enseignement aux résidents
  - Savoir expérientiel
    - Injection
    - Langage de la rue
    - Vécu et expérience dans le système de santé
  - Valorisant pour les patients
- Rétroaction des résidents :
  - Apprécie d'observer les entrevues difficiles
  - Normalise le suivi des patients sous TAO
  - Capsules d'enseignement adaptées à la pratique future du résident

# Bons coups

- Débuter progressivement
- Formation continue de l'équipe
  - Ajout graduel de compétences: enseignement injection sécuritaire, dépistage ITSS, suivi hépatite C
  - Entrevue conjointe (induction, recadrage, ...)
- Rencontres interdisciplinaires Avant & Après les cliniques
- Belle collaboration avec l'administration
- Création de corridors de services adaptés aux besoins
  - Ex. Hep C HMR
- Contamination des collègues
  - Profiter des questions
  - Lors des inductions!
- Enseignement
  - Désigmatisation
  - Relève





# Défis

- Demandes > offres
  - Inf. CRDM
- Surcharge de travail
  - Modèle axé sur le rôle pivot de l'infirmière
  - Équilibre entre rôle GMF/TDO
  - Répartition de la charge de travail
- Intégration des soins pour certaines comorbidité
  - VIH
  - VHC
    - Projet ECHO
  - Pont 2<sup>e</sup> ligne
  - Psychiatrie
    - Nécessite des habiletés à prendre en charge des comorbidités psychiatriques
    - Référence en 2<sup>e</sup> ligne parfois ardue et aisance en psychiatrie des toxicomanies variable au GASMA
      - Modèle du GASMA rigide
    - Nécessite un corridor de service pour des épisodes de soins – **UPT**♥, PRISM, etc.



# Merci!

## Questions ?

### Références

Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec juillet 2017 à septembre 2018. INSPQ, décembre 2018.

WAKEMAN, S., & MICHAEL L. BARNETT. Primary Care and the Opioid-Overdose Crisis — Buprenorphine Myths and Realities. *New England Journal of Medicine*. Juillet 2018. 379;1.

RICHER, C., N. DEMERS, M. SAVARIA, A.-A. PARE-PLANTE, J. LOSLIER et R. WILLIAMS, « *Opioid Agonist Treatment: a Comparison Between Two Care Settings in Montérégie, Québec* ». Présentation orale, 5<sup>e</sup> colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, Rabat, Maroc, 2016