

**CPMD**

Communauté de pratique médicale en dépendance

**DÉTERMINANTS DE LA RÉTENTION EN TAO DANS UNE  
POPULATION DE PERSONNES FAISANT USAGE DE  
DROGUES PAR INJECTION À MONTRÉAL  
– PRÉSENTATION DE RÉSULTATS DE RECHERCHE –**

**Vendredi 29 octobre 2021**

**Dragos VLAD**  
Candidat à la maîtrise en épidémiologie  
École de santé publique de l'Université de Montréal  
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

**CRCHUM**  
CENTRE DE RECHERCHE

# REMERCIEMENTS

**CPMD**  
Communauté de pratique médicale en dépendance



**CRCHUM**  
DE RECHERCHE



Université   
de Montréal

Communauté de pratique médicale en dépendance

Un merci tout spécial aux participants de l'étude, sans lesquels ce projet n'aurait pas été possible

Équipe de recherche :

Julie Bruneau

Stine Bordier Høj

Sarah Larney

Didier Jutras-Aswad

Valérie Martel-Laferrrière

Nanor Minoyan

Iuliia Makarenko

Sasha Udhesister

Emmanuel Fortier

Geng Zang

& toute l'équipe de recherche et les interviewers de la cohorte HEPCO

## CONFLITS D'INTÉRÊT

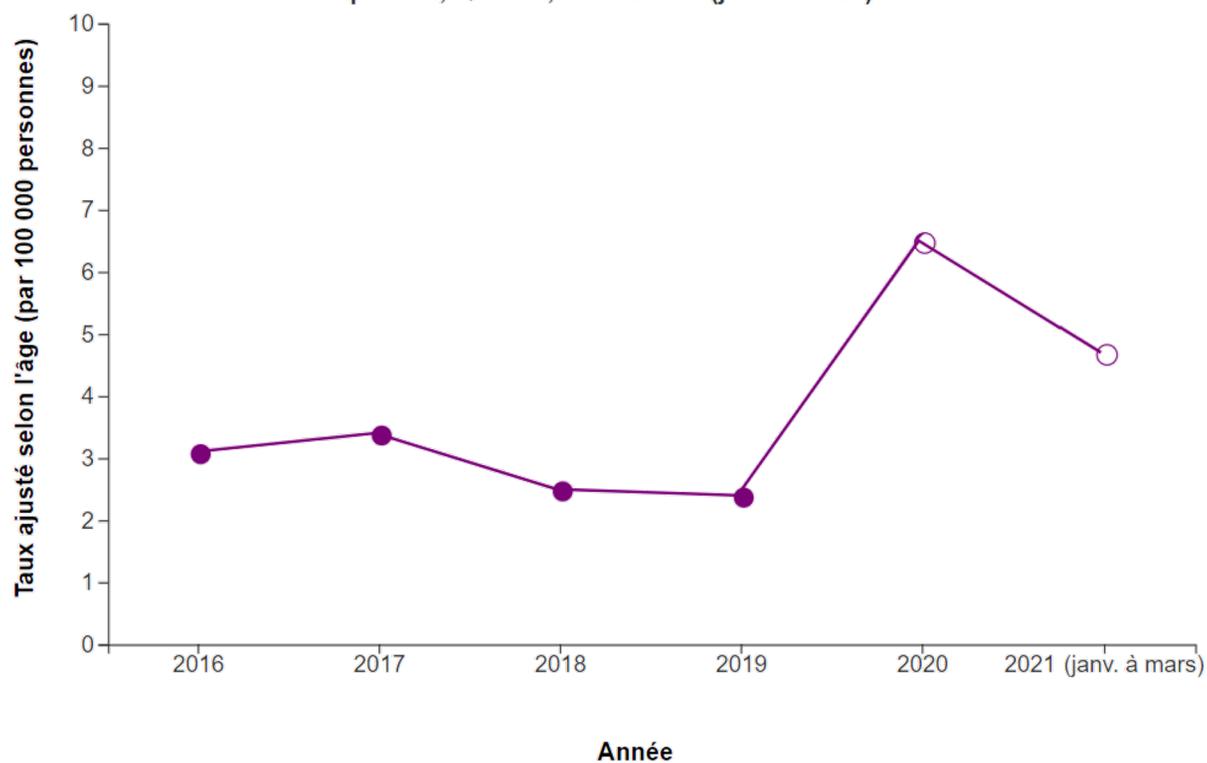
Déclaration de conflits d'intérêt : Aucun

## OBJECTIFS DU WEBINAIRE

- OBJ 1** Définir la rétention en traitement par agonistes opioïdes
- OBJ 2** Comparer les caractéristiques sociodémographiques, le profil d'utilisation de substances psychoactives et les comportements à risque élevé de méfaits chez les participants engagés ou non en TAO.
- OBJ 3** Parmi les personnes engagées en TAO, examiner les facteurs individuels et les caractéristiques des programmes de TAO associés à la rétention en traitement.
- OBJ 4** Survoler les défis de la recherche portant sur les personnes faisant usage de drogues et particulièrement les programmes de TAO.

# TROUBLE D'USAGE D'OPIOÏDES

Taux ajusté selon l'âge (par 100 000 personnes) de décès totaux apparemment liés à une intoxication aux opioïdes, Québec, 2016 à 2021 (janv. à mars)



# TROUBLE D'USAGE D'OPIOÏDES

- **Maladie chronique complexe, caractérisée par des périodes de maintien et des rechutes**
- **Trajectoire « *cyclique* » de la maladie, influencée par une multitude de facteurs individuels, externes et liés au traitement**

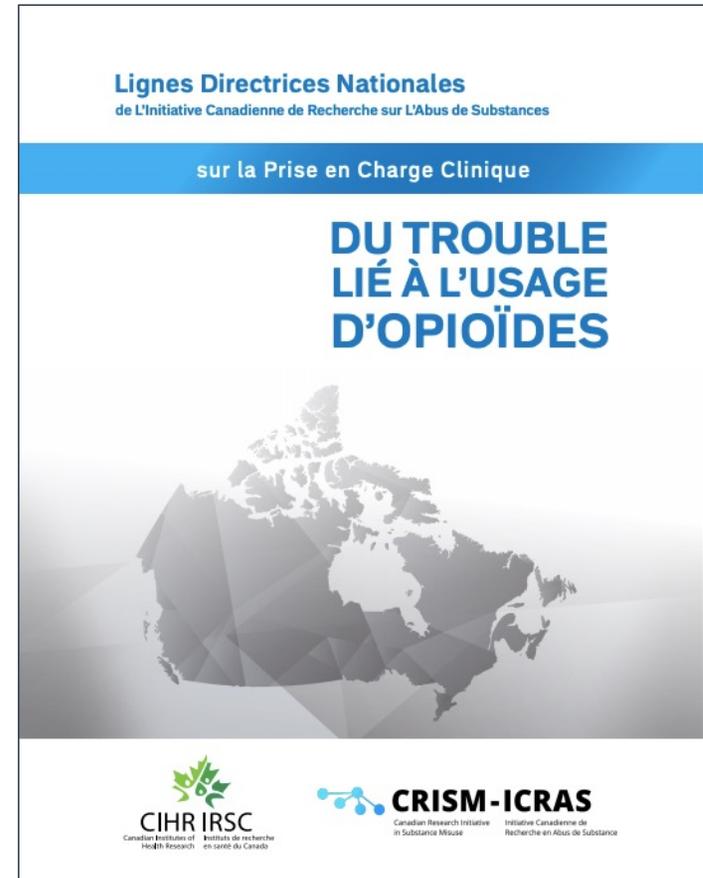
World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. 2004.

McLellan AT *et al.* Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000.

Hser Y-I *et al.* Long-term course of opioid addiction. *Harv Rev Psychiatry*. 2015

# TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

- Le TAO (**méthadone**, **buprénorphine/naloxone**) est un traitement à long terme efficace du trouble d'usage d'opioïdes
- Comment le TAO fonctionne-t-il ?
  - Action pharmacologique similaire aux opioïdes
  - Diminue les symptômes associés au manque d'opioïdes (sevrage)
  - Vise à diminuer les comportements à risque
    - Une proportion de personnes engagées en traitement continuent d'utiliser des drogues ; le TAO apporte des bénéfices au-delà de la cessation de la consommation de drogues illicites



# TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

	Effect of OAT on outcome		Level of evidence
	Effect	Size of effect	
<b>OAT versus no treatment in the community</b>			
Opioid use	Decrease	RR 0.48 (0.41 to 0.55)*	A <sup>93</sup>
Injecting frequency	Decrease	SMD -0.59 (-0.91 to -0.26)*	A <sup>93</sup>
Injecting risk (sharing needles or syringes)	Decrease	RR 0.53 (0.4 to 0.7)*	A <sup>93</sup>
HIV linkage to care and treatment	Increase	HR 1.87 (1.50 to 2.33)	C <sup>94</sup>
HIV treatment adherence	Increase	OR 2.14 (1.41 to 3.26)	C <sup>94</sup>
HIV treatment attrition or discontinuation	Decrease	OR 0.77 (0.63 to 0.95)	C <sup>94</sup>
HIV viral suppression	Increase	OR 1.45 (1.21 to 1.73)	C <sup>94</sup>
HIV incidence	Decrease	RR 0.46 (0.32 to 0.67)	C <sup>69</sup>
HCV testing	Increase	OR 1.73 (1.19 to 2.51)	C†
HCV linkage to care and treatment	Increase	OR 1.40 (0.90 to 2.17)	C†
HCV treatment sustained virological response	No effect	OR 0.75 (0.45 to 1.25)	C†
HCV incidence	Decrease	RR 0.50 (0.40 to 0.63)	C <sup>71</sup>
Skin and soft tissue infections	Unclear	No quantitative synthesis reported	D <sup>73</sup>
Mental health problems	Decrease	SMD 0.49 (0.35 to 0.63)	C <sup>95</sup>
Quality of life (social WHOQOL-BREF)	Increase	SMD 0.29 (0.16 to 0.42)	C <sup>95</sup>
Criminal activity	Decrease	SMD -0.57 (-1.00 to -0.13)	B <sup>96</sup>
Contact with the criminal justice system	No effect	RR 0.75 (0.46 to 1.23)	C <sup>97</sup>
Overdose mortality	Decrease	RaRa 0.25 (0.18 to 0.36)*	C <sup>98</sup>
Suicide mortality	Decrease	RaRa 0.48 (0.39 to 0.59)	E <sup>99</sup>
Other injury mortality	Decrease	RaRa 0.40 (0.34 to 0.46)	E <sup>99</sup>
All-cause mortality	Decrease	RaRa 0.33 (0.28 to 0.39)*	C <sup>98</sup>

## RÉTENTION EN TAO

- **Pas de définition précise**
  - Proportion de participants encore en traitement à la fin de l'étude
    - 1 seul épisode de soins
    - Fin de l'épisode de soins lorsque arrêt > 4 jours
    - Durée de l'étude s'échelonnant habituellement sur 3, 6 ou 12 mois
  - Temps écoulé entre l'initiation et la cessation du traitement (*time-to-dropout*)
- « Taux » de rétention variable à 12 mois

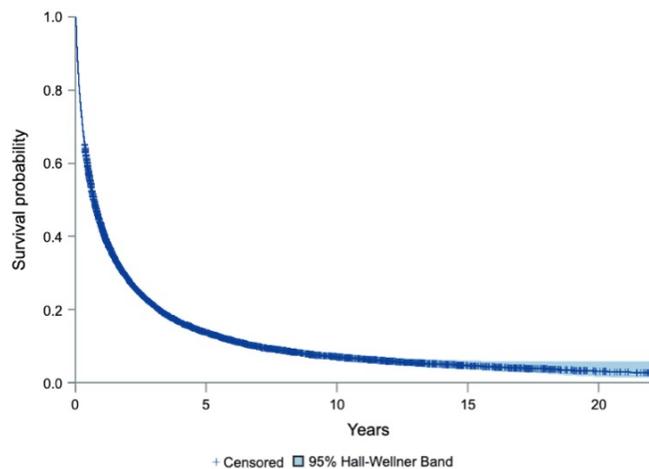
Colombie-Britannique	40 %
États-Unis (New York)	41 %
Australie	41 %
Allemagne	70 %

# RÉTENTION EN TAO

- Autres définitions proposées

## The 'trial' perspective

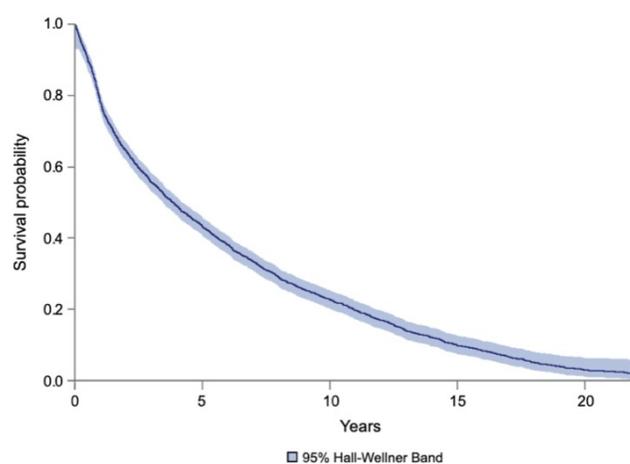
duration of a single treatment episode  
mean duration 0.67 years (95%IC 0.65-0.68)  
 $n = 31\,998$  episodes



**Fig. 1.** Survival probability by duration of single treatment episodes for all 31,998 medication-assisted treatment episodes in the canton of Zurich initiated between 1992 and 2014.

## The 'provider' perspective

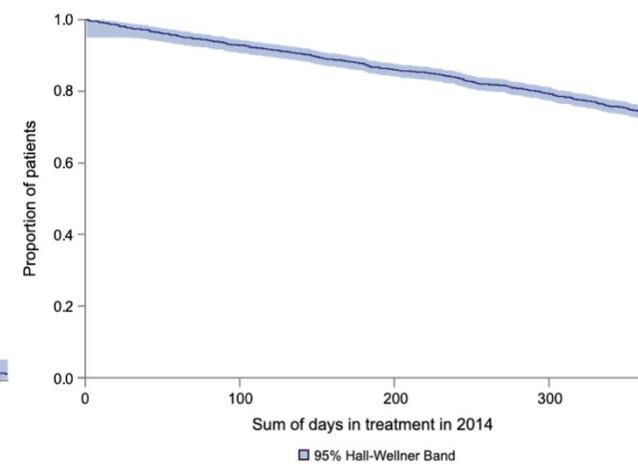
retention in treatment at a given point in time  
« how long has the patient been in treatment »  
 $n = 2\,784$  patients



**Fig. 2.** Treatment duration and survival probability of the 2784 patients in medication-assisted treatment in the canton of Zurich on December 31st, 2014.

## The 'public health' perspective

number of days of the last calendar year spent in treatment per patient (regardless of number of episodes of care),  $n = 3\,195$  patients



**Fig. 3.** Days spent in treatment and survival probability for the 3195 patients who received medication-assisted treatment in the canton of Zurich in 2014.

# BARRIÈRES À LA RÉTENTION EN TAO

- Rétention en TAO comme indicateur clinique clé de l'efficacité des programmes de TAO
- Barrières à la rétention en TAO

Facteurs liés au traitement	Facteurs systémiques
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exigence d'abstinence</li><li>• Visites médicales et tests urinaires de dépistage fréquents</li><li>• Contrôle très serré de la médication, avec des limitations en matière d'octroi de doses non-supervisées</li><li>• Lack of timely access to treatment</li><li>• (Couverture / assurances)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instabilité résidentielle</li><li>• Arrimage aux soins (<i>linkage-to-care</i>) inadéquat à la sortie de prison</li><li>• Réglementation sur la dispensation du TAO</li><li>• Barrières géographiques (habiter loin d'un point de service)</li><li>• Ressources insuffisantes (prescripteurs, intervenants (infirmières, TS, psychologue)</li><li>• Stigma</li><li>• ...</li></ul>

Timko C *et al.* Retention in Medication-Assisted Treatment for Opiate Dependence: A Systematic Review. *J Addict Dis.* 2016.

Leece P *et al.* Barriers and facilitators to buprenorphine use for opioid agonist treatment: protocol for a scoping review. *BMJ Open.* 2019.

Nixon LL *et al.* Barriers and facilitators to office-based opioid agonist therapy prescribing and effective interventions to increase provider prescribing: protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 2019.

Bharat C *et al.* The effect of person, treatment and prescriber characteristics on retention in opioid agonist treatment: a 15-year retrospective cohort study. *Addiction.* 2021.

# MÉTHODES

- Étude transversale (*cross-sectional*)
- Analyse secondaire des données à l'entrée en cohorte (*baseline*) dans la HEPatitis COhort (HEPCO) de mars 2011 à janvier 2020
  - HEPCO : étude de cohorte longitudinale établie à Montréal pour étudier les déterminants de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes utilisant des drogues par injection
  - Recrutement dans la communauté par le biais d'organismes communautaires, *bouche-à-oreille*, stratégies d'*outreach*...
  - Critères de recrutement :
    - $\geq 18$  ans
    - Avoir fait usage de drogues par injection dans les 6 derniers mois
    - Habiter dans la grande région de Montréal
- Étude approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM



# PROJET DE RECHERCHE

## Objectif principal

Déterminer les facteurs associés à la rétention en TAO dans une cohorte de personnes utilisant des drogues par injection à Montréal.

## Objectifs spécifiques

1. Comparer les caractéristiques sociodémographiques, le profil d'utilisation de drogues et les comportements à risque chez les participants engagés ou non en TAO
2. Parmi les personnes engagées en TAO, examiner les facteurs individuels associés à la rétention en traitement
3. Parmi les personnes engagées en TAO, examiner les caractéristiques des programmes de TAO associés à la rétention en traitement

## MÉTHODES

- **Éligibilité** : avoir fait usage d'opioïdes illicites dans les 6 mois précédant l'entrée en cohorte et/ou avoir été récemment (ou être présentement) engagé en TAO
- **Issue d'intérêt** : rétention en TAO, telle que définie par la mesure auto-rapportée du temps passé en traitement
  - « 14E. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce programme de méthadone? »
  - « 14K. Depuis combien de temps suivez-vous ce traitement de Suboxone? »
- **4 catégories**: Non-engagé en TAO
  - Engagé en TAO < 1 an
  - Engagé en TAO 1-3 ans
  - Engagé en TAO ≥ 3 ans

# MÉTHODES

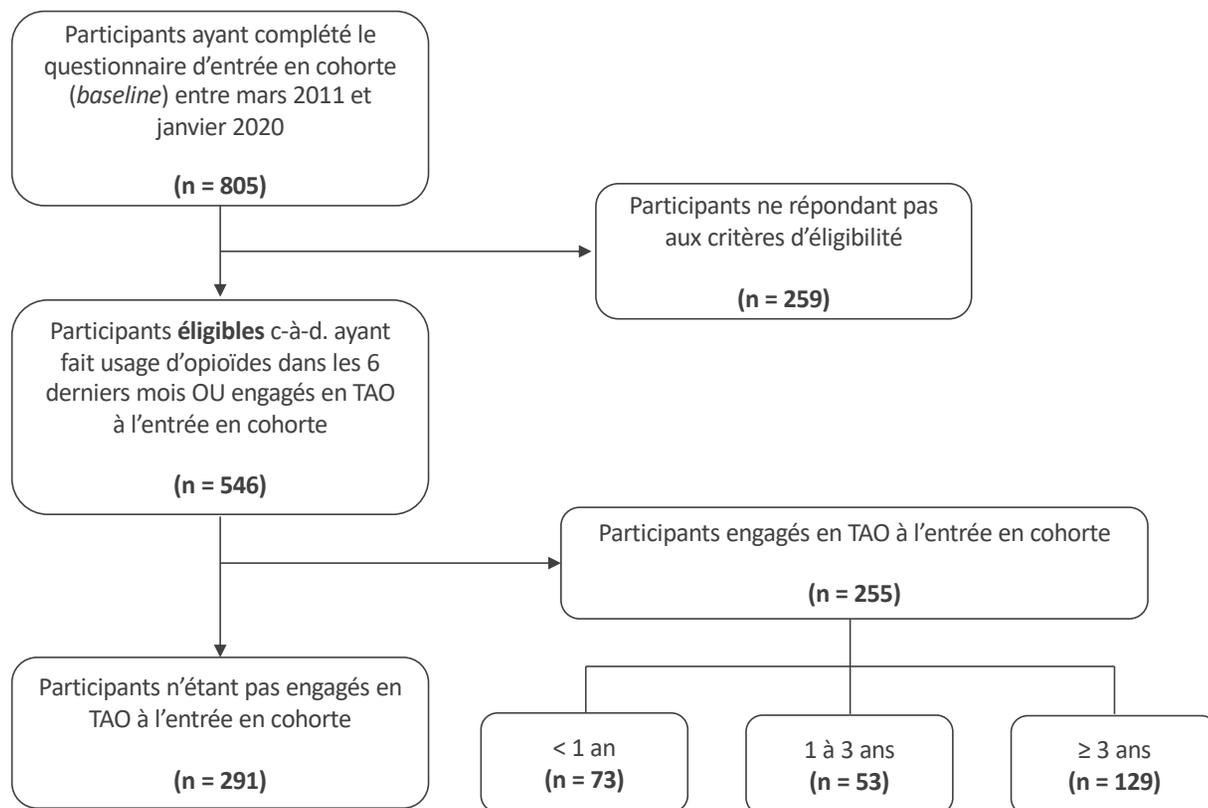


## Étude transversale

**Analyse secondaire** des données provenant du questionnaire d'entrée de la **cohorte HEPCO** (mars 2011 – janvier 2020)

### Critères de recrutement :

- $\geq 18$  ans
- Avoir utilisé des drogues par injection dans les 6 derniers mois
- Vivre dans la grande région de Montréal



**Figure 3** : Diagramme de flux de la population à l'étude

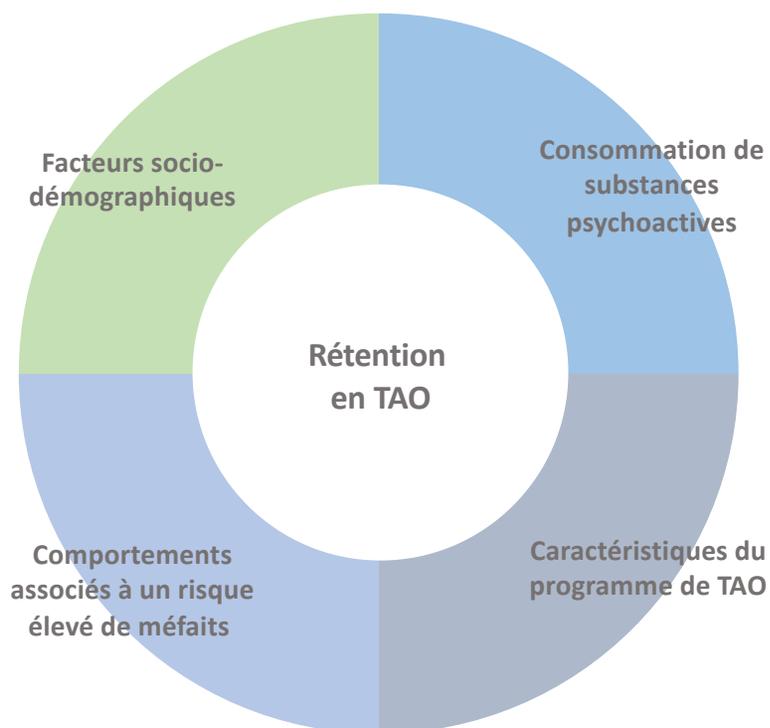
# MÉTHODES

## FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Genre
- Âge
- Statut marital
- Source de revenus stable
- Niveau d'éducation
- Stabilité de logement
- Incarcération récente

## COMPORTEMENTS ASSOCIÉS À UN RISQUE ÉLEVÉ DE MÉFAITS

- Fréquence d'injection quotidienne ou plus fréquente
- Partage de seringues
- Partage de matériel d'injection
- Consommation par *binge*
- Travail du sexe



## CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

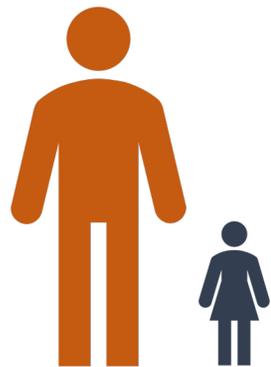
- Type de substance psychoactive : alcool, opioïdes, crack/cocaïne, amphétamines, hypnotiques, cannabis
- Fréquence de consommation dans le dernier mois

## CARACTÉRISTIQUES DU PROGRAMME DE TAO

- Dosage
- Doses non-supervisées
- Tests urinaires de dépistage réguliers

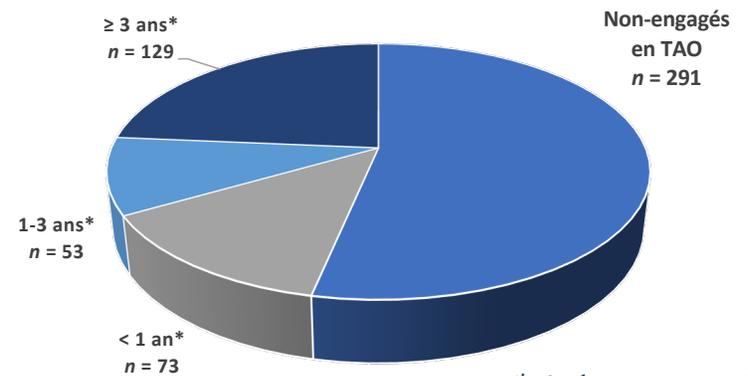
## STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Des 805 participants recrutés dans la cohorte entre mars 2011 et janvier 2020, **546 (68%)** étaient considérés éligibles au TAO



**78 % hommes**

**ÂGE  
MOYEN  
37.0  
ans**



\* durée auto-rapportée de temps passé en traitement à l'entrée en cohorte

# STATISTIQUES DESCRIPTIVES

**Tableau 1** : Caractéristiques des participants éligibles selon l'engagement et la durée d'engagement en TAO à l'entrée en cohorte HEPCO entre le 10 mars 2011 et le 29 janvier 2020 (n = 546)

Variables	Non-engagés en TAO n = 291	Engagés en TAO (n = 255)		
		< 1 an (n = 73)	1 – 3 ans (n = 53)	≥ 3 ans (n = 129)
<b>Variables sociodémographiques</b>				
Genre, femme, no. (%)	55 (18.9)	17 (23.3)	7 (13.2)	39 (30.2)
Âge, années, moyenne ± écart-type	37.1 ± 10.9	34.7 ± 8.5	36.1 ± 8.4	39.7 ± 8.8
Habite avec un/e conjoint/e de fait, no. (%)	41 (14.1)	9 (12.3)	6 (11.3)	24 (18.6)
Scolarité de niveau secondaire complété, no. (%)	161 (55.7)	42 (57.5)	35 (66.0)	82 (63.6)
Bénéficiaire de l'assistance sociale, no. (%)	218 (75.2)	63 (86.3)	42 (79.2)	106 (82.2)
Source stable de revenu, no. (%)	265 (91.1)	41 (56.1)	26 (49.1)	67 (51.9)
Revenu ≥ 1000 \$ dans le dernier mois, no. (%)	144 (49.5)	9 (12.3)	6 (11.3)	24 (18.6)
Stabilité de logement <sup>†</sup> , no. (%)	160 (55.6)	51 (69.9)	39 (73.6)	105 (81.4)
Incarcération récente <sup>‡</sup> , no. (%)	59 (20.5)	18 (24.7)	13 (24.5)	23 (17.8)
Statut sérologique VIH, positif, no. (%)	13 ( 4.5)	3 ( 4.1)	2 ( 3.8)	5 ( 3.9)
Statut VHC-ARN, positif, no. (%)	84 (28.9)	28 (38.4)	20 (37.7)	47 (36.4)
<b>Usage régulier d'alcool ou de drogues dans le dernier mois</b>				
Alcool, no. (%)	64 (22.0)	5 ( 6.8)	9 (17.0)	25 (19.4)
Opioides, no. (%)	199 (68.4)	36 (49.3)	26 (49.1)	59 (45.7)
Crack/cocaïne, no. (%)	136 (46.7)	22 (30.1)	18 (34.0)	36 (27.9)
Amphétamines, no. (%)	40 (13.7)	7 ( 9.6)	4 ( 7.5)	11 ( 8.5)
Benzodiazépines et hypnotiques, no. (%)	40 (13.7)	10 (13.7)	9 (17.0)	23 (17.8)
Cannabis, no. (%)	159 (54.6)	27 (37.0)	26 (49.1)	48 (37.2)
<b>Comportements associés à un risque élevé de méfaits</b>				
Nombre de jours d'injection par mois <sup>†</sup> , médiane [Q1-Q3]	17 [3-30]	10 [1-27]	10 [1-17]	5 [1-20]
Fréquence d'injection quotidienne ou plus fréquente, no. (%)	101 (34.8)	10 (13.7)	5 ( 9.4)	23 (18.0)
Partage de seringues <sup>†</sup> , no. (%)	36 (12.5)	10 (13.9)	3 ( 5.7)	15 (11.6)
Partage de matériel d'injection <sup>†</sup> , no. (%)	73 (25.3)	14 (19.4)	5 ( 9.4)	15 (11.7)
Consommation par <i>binge</i> <sup>†</sup> , no. (%)	50 (17.2)	14 (19.2)	4 ( 7.5)	8 ( 6.2)
Travail du sexe <sup>†</sup> , no. (%)	13 ( 4.5)	7 ( 9.6)	1 ( 1.9)	13 (10.1)

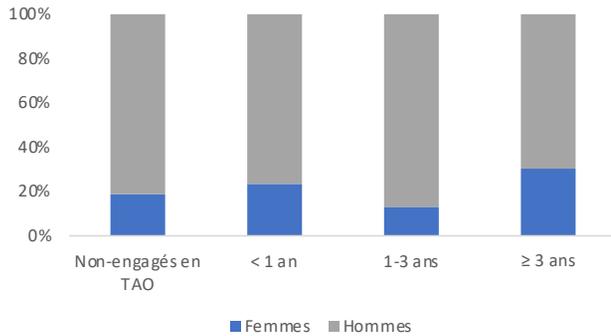
TAO : traitement par agonistes opioïdes ; HEPCO : HEPatitis COhort ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; VHC-ARN : dosage de l'ARN du virus de l'hépatite C dont la présence dénote une infection active par le VHC

<sup>†</sup> variable mesurée pour les 3 derniers mois

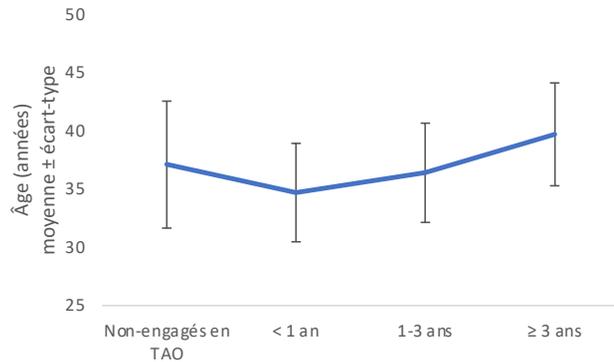
<sup>‡</sup> variable mesurée pour les 6 derniers mois

# STATISTIQUES DESCRIPTIVES

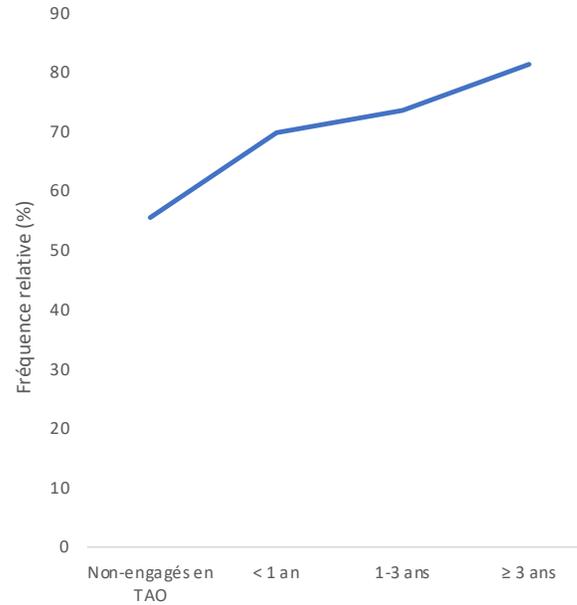
**Figure 4 :** Distribution du genre (à quel sexe vous identifiez-vous?) en fonction de la durée de rétention rapportée en TAO



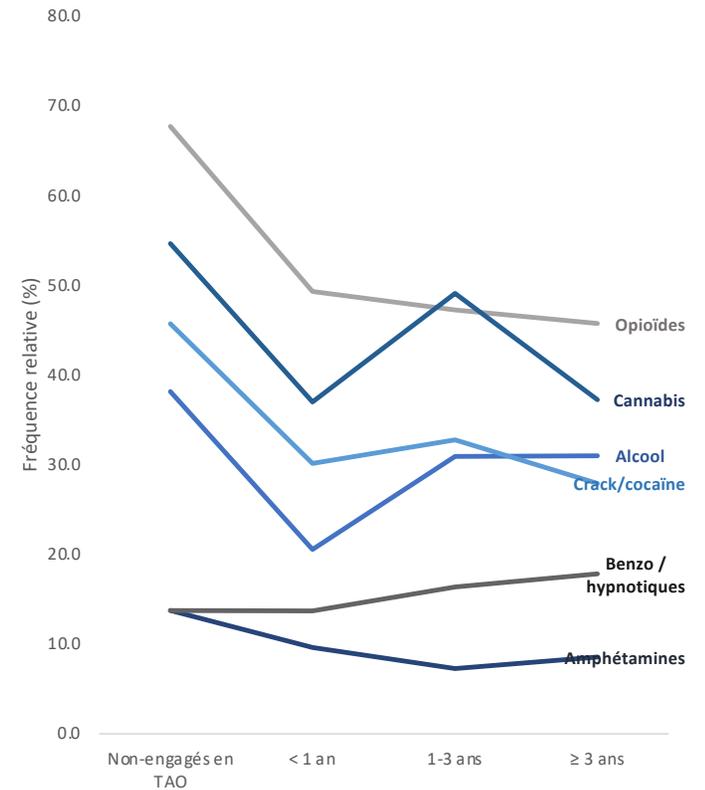
**Figure 5 :** Âge (en années) en fonction de la durée de rétention rapportée en traitement par agonistes opioïdes



**Figure 6 :** Stabilité de logement en fonction de la durée de rétention rapportée en traitement par agonistes opioïdes



**Figure 5 :** Consommation régulière de substances psychoactives en fonction de la durée de rétention rapportée en traitement par agonistes opioïdes



# RÉSULTATS

## Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO

**Tableau 2 : Régression logistique multivariée multinomiale des facteurs individuels sur la rétention en TAO, comparant les catégories de rétention *versus* la catégorie non-engagés en traitement (Ref.)**

	Engagement en TAO					
	< 1 an		1 – 3 ans		≥ 3 ans	
	RC <sub>ajusté</sub>	IC95%	RC <sub>ajusté</sub>	IC95%	RC <sub>ajusté</sub>	IC95%
<b>Variables sociodémographiques</b>						
Genre, femme	1.31	[0.60-2.84]	0.75	[0.29-1.98]	1.90	[1.02-3.53]
Âge (pour chaque année supplémentaire)	0.95	[0.92-0.98]	0.96	[0.93-0.96]	1.02	[1.00-1.03]
Habite avec un/e conjoint/e de fait	0.75	[0.31-1.84]	0.93	[0.34-2.52]	1.30	[0.67-2.51]
Scolarité de niveau secondaire complété	0.93	[0.51-1.70]	1.65	[0.83-3.28]	0.99	[0.60-1.65]
Revenu ≥ 1000 \$ dans le dernier mois	2.18	[1.18-4.04]	1.60	[0.82-3.10]	1.57	[0.95-2.62]
Stabilité de logement <sup>†</sup>	1.71	[0.90-3.27]	1.83	[0.89-3.79]	3.39	[1.91-6.02]
Incarcération récente <sup>‡</sup>	1.27	[0.63-2.53]	1.07	[0.50-2.30]	1.03	[0.55-1.94]
Statut sérologique VIH, positif	0.95	[0.21-4.28]	1.14	[0.22-5.88]	0.75	[0.22-2.55]
Statut VHC-ARN, positif	2.10	[1.14-3.86]	1.92	[0.99-3.75]	1.59	[0.96-2.63]
<b>Usage régulier d'alcool ou de drogues dans le dernier mois</b>						
Alcool	0.23	[0.08-0.62]	0.74	[0.32-1.71]	0.75	[0.41-1.38]
Opioides	0.41	[0.21-0.78]	0.66	[0.33-1.31]	0.42	[0.24-0.72]
Crack/cocaïne	0.44	[0.23-0.85]	0.79	[0.40-1.55]	0.47	[0.28-0.81]
Amphétamines	0.66	[0.25-1.74]	0.52	[1.16-1.67]	0.75	[0.33-1.73]
Benzodiazépines et hypnotiques	1.20	[0.52-2.80]	1.55	[0.64-3.70]	1.93	[0.99-3.77]
Cannabis	0.39	[0.21-0.70]	0.72	[0.38-1.38]	0.49	[0.30-0.80]
<b>Comportements associés à un risque élevé de méfaits</b>						
Fréquence d'injection quotidienne ou plus fréquente	0.30	[0.13-0.69]	0.20	[0.07-0.59]	0.67	[0.35-1.28]
Partage de seringues <sup>†</sup>	1.06	[0.39-2.89]	0.69	[0.17-2.79]	1.24	[0.51-3.04]
Partage de matériel d'injection <sup>†</sup>	0.89	[0.38-2.08]	0.43	[0.14-1.27]	0.45	[0.20-0.99]
Consommation par binge <sup>†</sup>	1.56	[0.71-3.41]	0.63	[0.20-1.97]	0.51	[0.21-1.29]
Travail du sexe <sup>‡</sup>	1.61	[0.49-5.30]	0.41	[0.05-3.61]	2.36	[0.89-6.24]

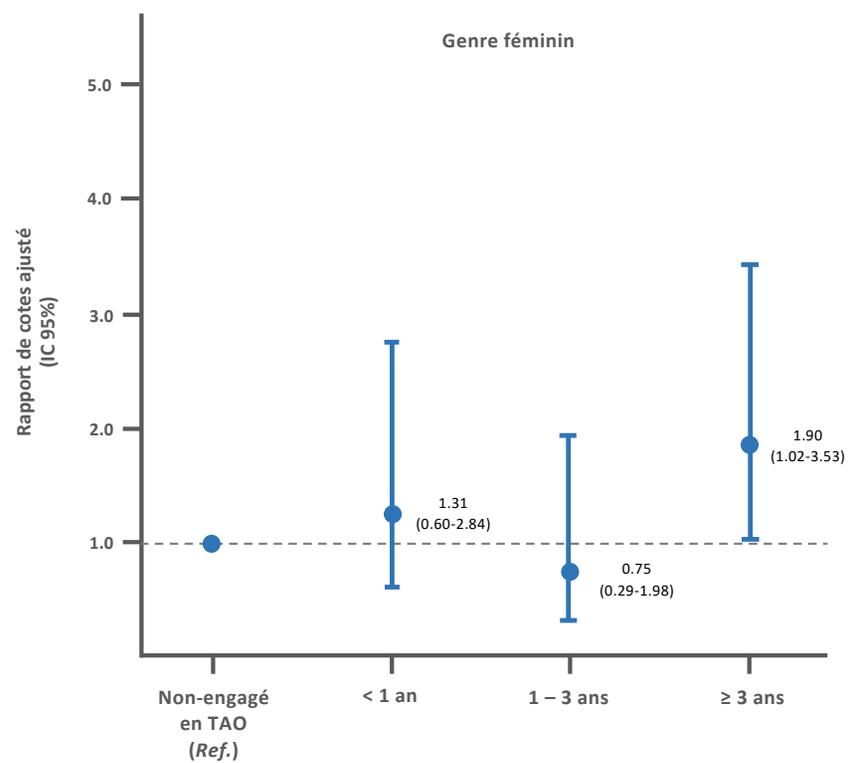
RC<sub>ajusté</sub> : rapport de cotes ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TAO : traitement par agonistes opioïdes

<sup>†</sup> variable mesurée pour les 3 derniers mois

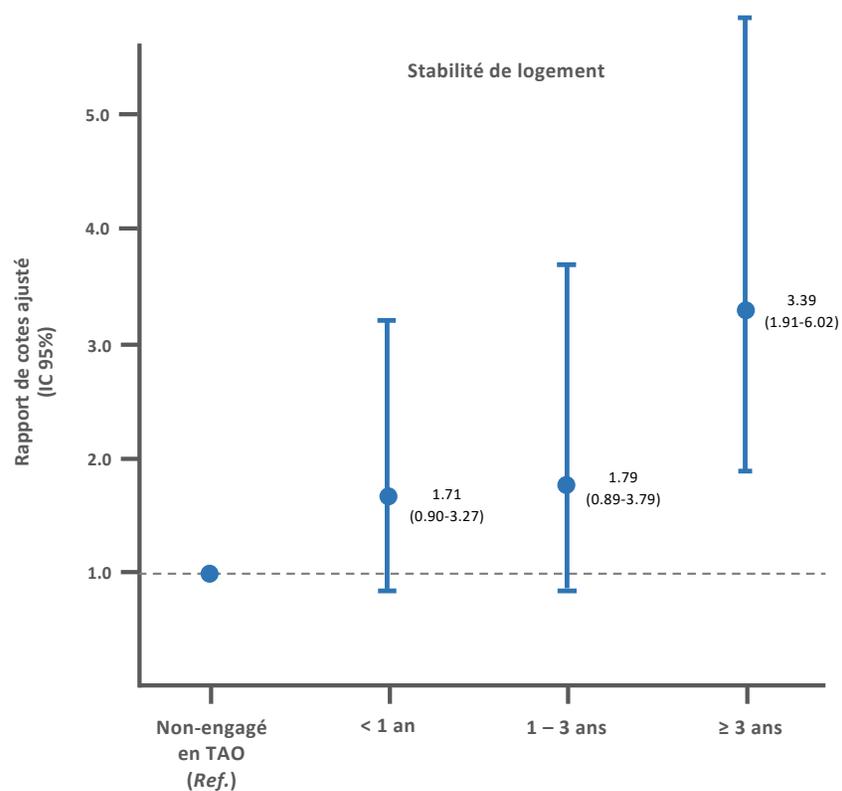
<sup>‡</sup> variable mesurée pour les 6 derniers mois

## RÉSULTATS

### Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO

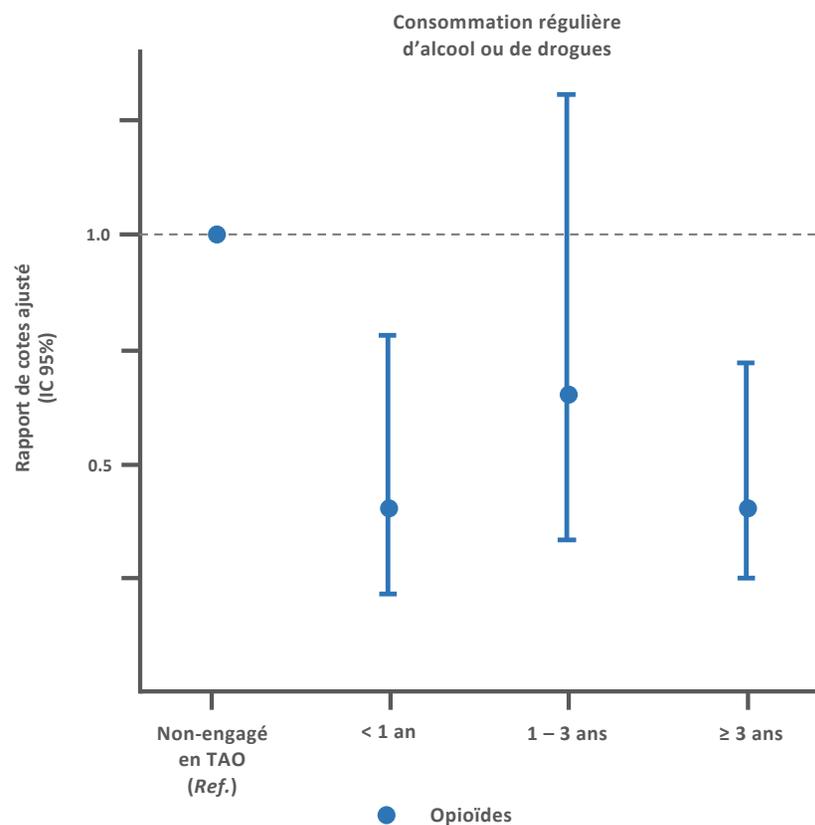


## RÉSULTATS Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO



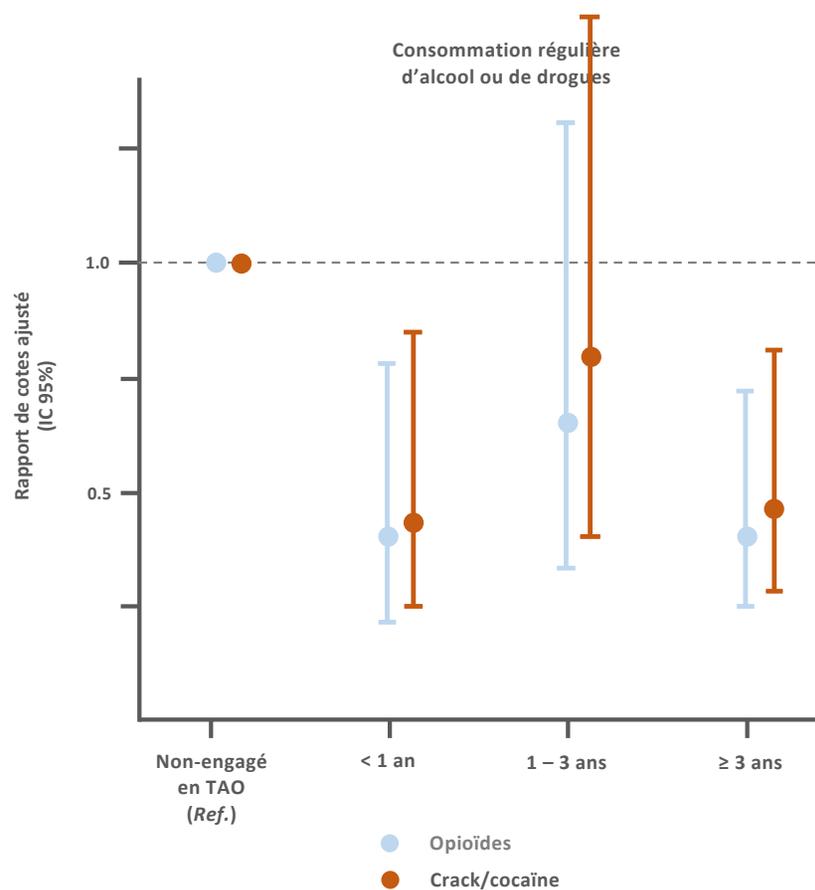
# RÉSULTATS

## Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO



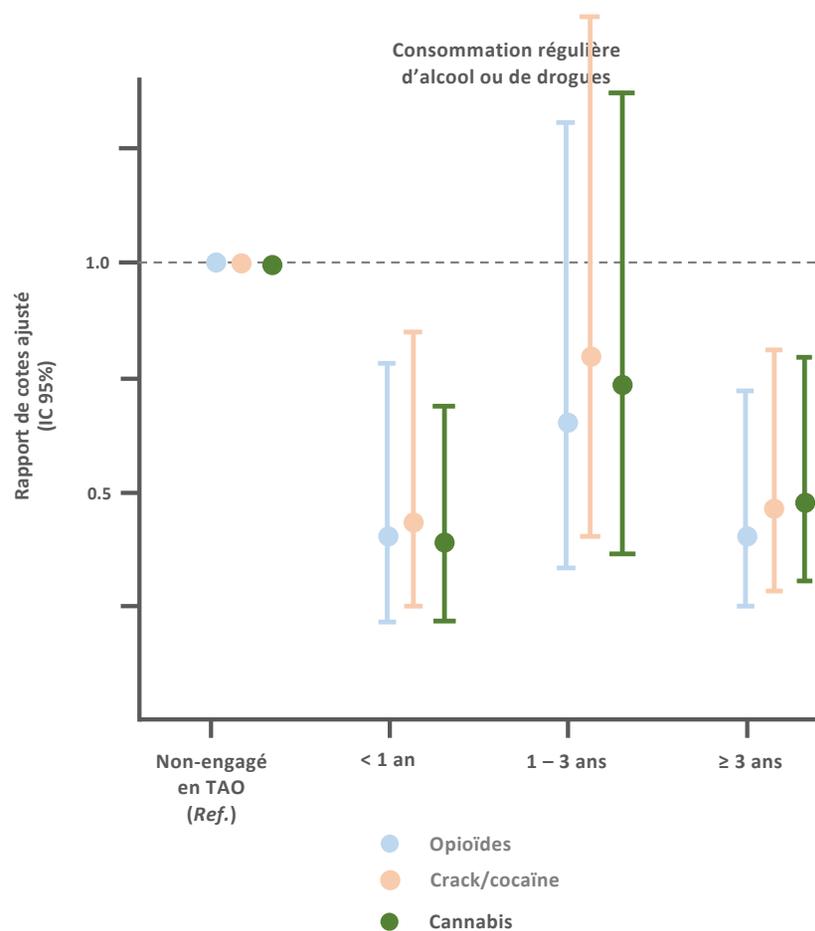
# RÉSULTATS

## Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO



# RÉSULTATS

## Caractéristiques individuelles associées à la rétention en TAO



## RÉSULTATS Caractéristiques des programmes de TAO associées à la rétention

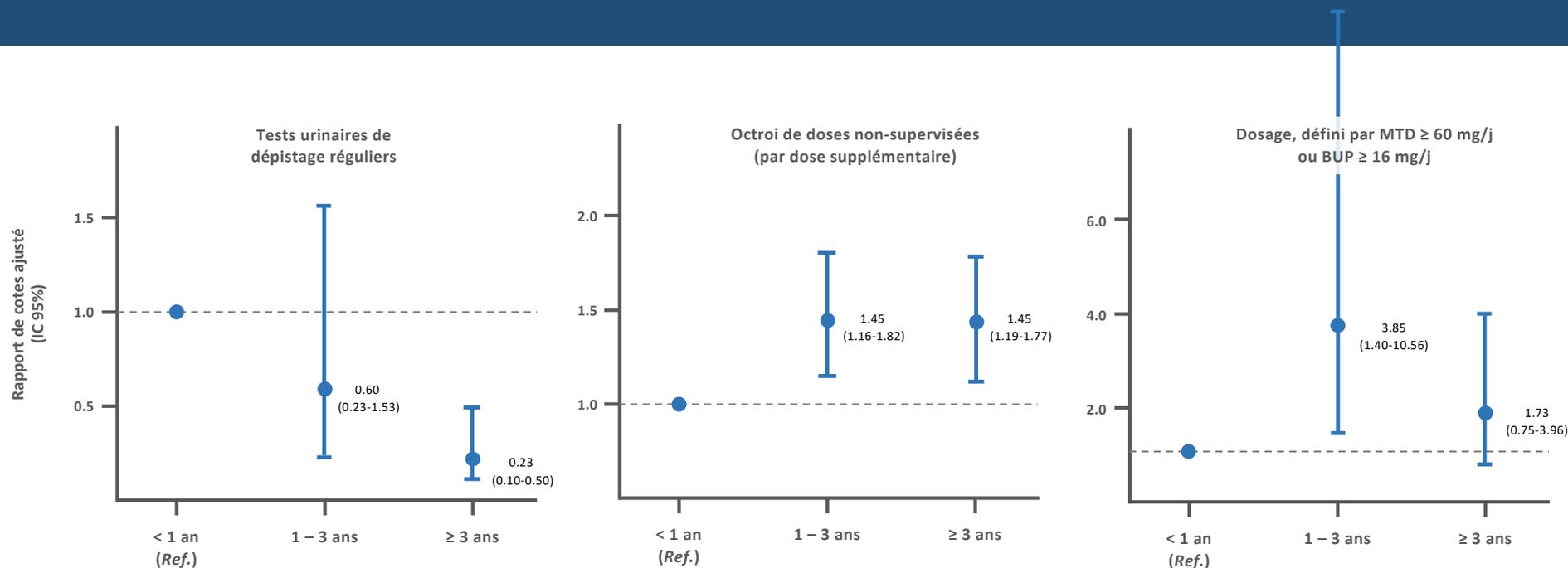
**Tableau 3 :** Régression logistique multivariée multinomiale des caractéristiques des programmes sur la rétention en TAO, comparant les catégories de rétention 1-3 ans et  $\geq 3$  ans *versus*  $< 1$  an

	< 1 an	1 – 3 ans		$\geq 3$ ans	
	Ref.	RC <sub>ajusté</sub>	IC 95%	RC <sub>ajusté</sub>	IC 95%
Tests urinaires de dépistage réguliers	Ref.	0.60	[0.23-1.53]	0.23	[0.10-0.50]
Doses non-supervisées (par dose supplémentaire)	Ref.	1.45	[1.16-1.82]	1.45	[1.19-1.77]
Dosage, défini par MTD $\geq 60$ mg/j ou BUP $\geq 16$ mg/j	Ref.	3.85	[1.40-10.56]	1.73	[0.75-3.96]

*RA<sub>ajusté</sub> : rapport de cotes ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TAO : traitement par agonistes opioïdes ; MTD : méthadone ; BUP : buprénorphine/naloxone  
Seulement le modèle final est présenté: ajusté pour l'âge, le genre, l'instabilité de logement, l'incarcération récente et l'usage régulier de substances psychoactives*

# RÉSULTATS

## Caractéristiques des programmes de TAO associées à la rétention



**Tableau 3 :** Régression logistique multivariée multinomiale des caractéristiques des programmes sur la rétention en TAO, comparant les catégories de rétention 1-3 ans et ≥ 3 ans versus < 1 an

	< 1 an		1 – 3 ans		≥ 3 ans	
	Ref.	RC <sub>ajusté</sub>	IC 95%	RC <sub>ajusté</sub>	IC 95%	IC 95%
Tests urinaires de dépistage réguliers	Ref.	0.60	[0.23-1.53]	0.23	[0.10-0.50]	
Doses non-supervisées (par dose supplémentaire)	Ref.	1.45	[1.16-1.82]	1.45	[1.19-1.77]	
Dosage, défini par MTD ≥ 60 mg/j ou BUP ≥ 16 mg/j	Ref.	3.85	[1.40-10.56]	1.73	[0.75-3.96]	

RAjusté : rapport de cotes ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TAO : traitement par agonistes opioïdes ; MTD : méthadone ; BUP : buprénorphine/naloxone  
Seulement le modèle final est présenté: ajusté pour l'âge, le genre, l'instabilité de logement, l'incarcération récente et l'usage régulier de substances psychoactives

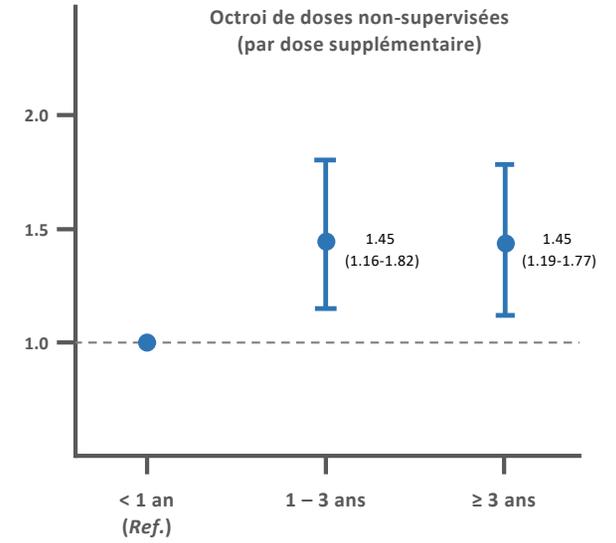
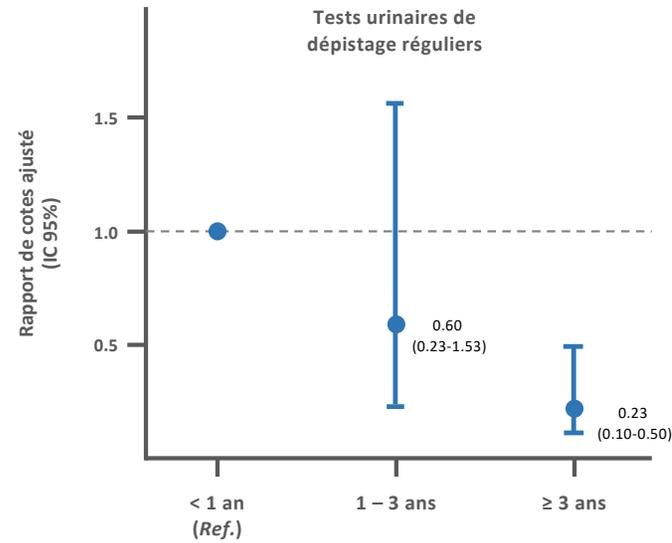
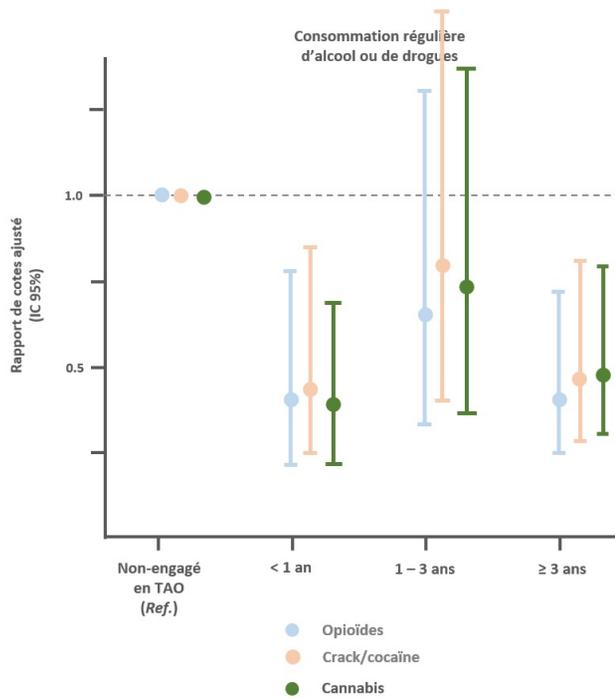
## DISCUSSION

- Des 546 participants éligibles au TAO, 255 (46 %) étaient engagés en traitement, parmi lesquels 50 % avaient rapporté être engagés en traitement  $\geq 3$  ans.

TABLE 2—Estimated Number of Opioid Agonist Treatment (OAT) Recipients per 100 People Who Inject Drugs (PWID) and Number of Needles and Syringes Distributed per PWID for PWID: Canada, 2016

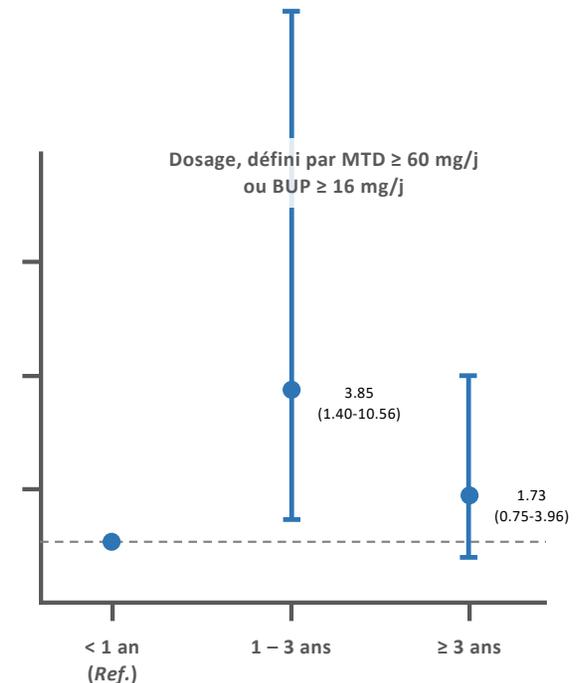
	Estimated No. of PWID (Range)	No. of OAT Recipients	Estimated No. of OAT Recipients per 100 PWID (Range)	No. of Needles and Syringes Distributed	Estimated No. of Needles and Syringes per PWID (Range)
Canada	171 900 (152 200–191 400)	113 381	66 (59–75)	49 958 381	291 (261–328)
Alberta	4 700 (4 100–5 200)	7 636	163 (147–185)	4 122 866	883 (793–997)
British Columbia	47 600 (42 100–53 000)	23 506	49 (44–56)	14 991 900	315 (283–356)
Manitoba	8 500 (7 500–9 400)	2 490	29 (26–33)	1 754 597	207 (186–234)
New Brunswick	5 000 (4 400–5 500)	2 554	51 (46–58)	664 047	220 (198–249)
Newfoundland and Labrador	2 900 (2 600–3 200)	2 136	73 (66–83)	642 181	134 (120–151)
Nova Scotia	3 600 (3 200–4 100)	3 299	99 (89–112)	1 660 642	456 (409–515)
Ontario	76 700 (67 900–85 400)	58 706	77 (69–86)	18 100 000	236 (212–267)
Prince Edward Island	500 (460–570)	786	152 (136–172)	215 078	416 (373–470)
Quebec	14 900 (13 200–16 600)	6 401	43 (39–49)	2 503 574	168 (151–190)
Saskatchewan	7 300 (6 500–8 200)	5 435	74 (67–84)	5 276 496	719 (646–812)
Yukon	170 (150–190)	105	61 (54–69)	27 000	156 (140–176)

# DISCUSSION



## DOSAGE DU TAO

- La cote d'appartenir à la catégorie de rétention en TAO 1-3 ans est de  $\approx 4$  fois celle d'appartenir à la catégorie de référence pour les participants rapportant une dose élevée de MTD ( $\geq 60$  mg/j) ou de BUP/NLX ( $\geq 16$  mg/j)
  - Résultats cohérents avec études antérieures
- Association non-significative pour la catégorie  $\geq 3$  ans
  - Hypothèse : désir de « sevrage du TAO » des participants engagés en traitement depuis plus longtemps ? , diminution des besoins chez les patients chroniquement engagés en traitement et plus stables ?



# DOSES NON-SUPERVISÉES

Dans notre étude : association positive de l'octroi de doses non-supervisées avec la rétention en TAO

État des connaissances actuelles:

- Octroi de doses non-supervisées rapidement en début de traitement par BUP/NLX pourrait améliorer l'adhérence au traitement et la rétention
- 4 essais cliniques randomisés évaluant la gestion des contingences basée sur les privilèges
  - 2 essais → *outcome* à 3 mois : taux d'adhérence et de présence supérieurs, périodes prolongées d'abstinence continue et diminution de la consommation d'opioïdes à des fins autres que médicales
  - 1 essai → taux d'adhérence à 12 mois plus élevé avec la GC basée sur les doses sans supervision
  - 1 essai → pas de différence

Hser YI *et al.* Effects of a randomized contingency management intervention on opiate abstinence and retention in methadone maintenance treatment in China. *Addiction*. 2011.

Chen W *et al.* Effectiveness of prize-based contingency management in a methadone maintenance program in China. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013.

Gerra G *et al.* Supervised daily consumption, contingent take-home incentive and non-contingent take-home in methadone maintenance. *Progress in Neuro-psychopharmacology*. 2011.

Gu J *et al.* *AIDS Behavior*. 2013.

# TESTS URINAIRES DE DÉPISTAGE DE DROGUES

Dans notre étude : association négative des tests urinaires de dépistage réguliers avec la rétention en TAO

État des connaissances actuelles:

- **L'utilité des tests urinaires de dépistage de drogues dans les soins aux personnes avec un TUO n'est pas clairement établie**
  - Peu d'études / données probantes sur l'utilisation des tests urinaires de dépistage de drogues
    - 1 revue narrative de 2019 et 1 revue systématique de 2014 ont conclu à l'absence de données suffisantes pour supporter (ou non) cette pratique et son utilité

Lacking evidence for the association between frequent urine drug screening and health outcomes of persons on opioid agonist therapy

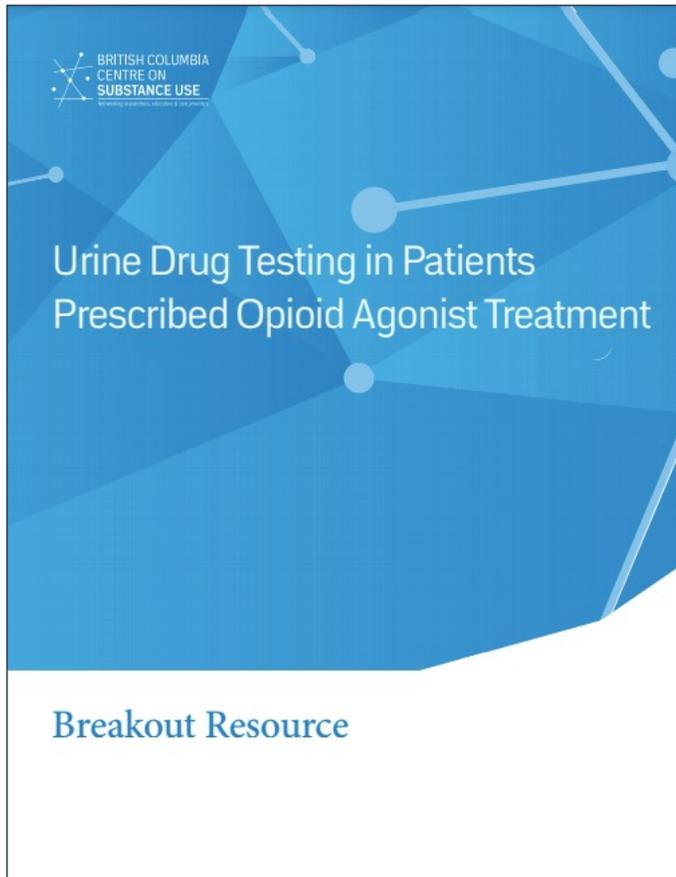
Jasmine McEachern<sup>a</sup>, Lauren Adye-White<sup>a</sup>, Kelsey C. Priest<sup>b,c</sup>, Eloise Moss<sup>d</sup>, Lauren Gorfinkel<sup>a</sup>, Evan Wood<sup>a,d</sup>, Walter Cullen<sup>e</sup>, Jan Klimas<sup>a,d,e,\*</sup>

Does urine drug abuse screening help for managing patients? A systematic review<sup>☆</sup>

Julie Dupouy<sup>a,b,\*</sup>, Vincent Mémier<sup>b</sup>, Hélène Catala<sup>b</sup>, Michel Lavit<sup>c</sup>, Stéphane Oustric<sup>a</sup>, Maryse Lapeyre-Mestre<sup>b</sup>

- **Potentiels bénéfiques** (i.e. opportunités de discussion, identification de diversion, sécurité) **versus conséquences néfastes** (i.e. cessation de traitement, vu comme approche punitive, relation avec dispensateurs de soins)

# LIGNES DIRECTRICES BCCSU



## Points clés

- En l'absence de données probantes claires sur l'utilisation des tests urinaires de dépistage, ceux-ci devraient être réservés à des fins spécifiques, seulement si **modifie la conduite**, par exemple :
  - Confirmer l'usage d'opioïdes avant l'entrée en traitement (si anamnèse, revue du dossier et histoire collatérale insuffisante)
  - Évaluer le maintien en traitement avec l'octroi de doses non-supervisées
  - Dépister l'usage d'autres substances psychoactives durant le traitement lorsque pertinent, incluant des substances auxquelles le patient ne sait pas avoir été exposé
- Tout test de dépistage urinaire de drogue devrait être accompagné d'une discussion avec le patient sur l'**utilité du test dans les décisions cliniques**, l'**impact possible des trouvailles** et une **revue de son utilisation de substances psychoactives** et du **plan de traitement**.
- Éviter les approches punitives advenant un test positif.
- Suggestion de calendrier de tests de dépistage urinaire de drogues (voir document complet) et selon le jugement du clinicien

## FORCES

- Définition de la rétention en TAO tenant compte de la chronicité du trouble d'usage d'opioïdes
- Identification de facteurs non seulement individuels, mais également programmatiques de la rétention en TAO
- Analyse exploratoire donnant des pistes pour la recherche future

# LIMITES

- **Association ≠ Causalité**
- **Biais liés au devis transversal**
  - Capture les cas *prévalents* (participants engagés en traitement à l'entrée en cohorte) → ne capture pas les traitement de plus courte durée
  - Séquence temporelle peut être difficile à établir (phénomène de causalité inverse)
- **Biais liés à la mesure**
  - La littérature indique toutefois que les mesures auto-rapportées sont suffisamment valides et fiables pour évaluer la consommation de drogues, les comportements à risque et les modalités du traitement par agonistes opioïdes chez les utilisateurs de drogues.
- **Analyse secondaire**
  - Confusion résiduelle : ajustement incomplet en raison de variables non-mesurées
    - Par exemple : motivation et satisfaction du participant, modalités de dispensation du TAO, information sur le contexte de soins et le prescripteur, ...

# LIMITES

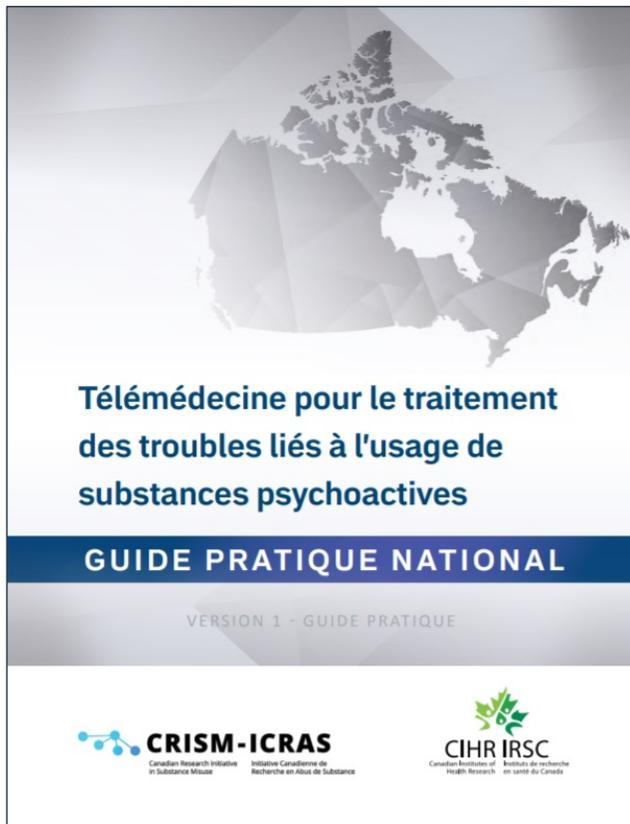
## Limites concernant la généralisation des résultats

- Échantillon d'individus non-représentatif nécessairement d'une population de personnes utilisant des drogues par injection en TAO
  - En raison des critères d'éligibilité au recrutement dans la cohorte  
*(Avoir utilisé des drogues par injection dans les 6 derniers mois)*

## DÉFIS DE LA RECHERCHE

- **Enjeu éthique de conduire des études expérimentales (i.e. ECR) dans cette population**
  - Politiques publiques souvent informées par niveaux de preuves élevés provenant d'ECR
  - Importance des études observationnelles de qualité
- **Accessibilité à base de données administratives**
- **Difficultés organisationnelles et systémiques à recruter des personnes très vulnérables / marginalisés qui ne fréquentent pas les services usuels**
  - Importance du *outreach* et des pairs navigateurs
- **Pas de consensus sur la définition de la rétention en TAO**
- **Limites des méthodes statistiques traditionnelles pour tenir compte de plusieurs épisodes de traitement**
  - ... de moins en moins vrai
    - Modèles structurels marginaux (MSM), estimation par équations généralisées (GEE), *proportional hazards frailty models*, ...

# TAO À L'ÈRE DE LA COVID-19



Studies (in press) on OAT care during the pandemic appear to demonstrate that increased carries **have not** been associated with increases in adverse events, and that carries **have improved communication and relationships between patients and providers**. For patients who have achieved or are maintaining stability on extended or “exceptional” carries, prescribers should consider maintaining this approach. It may also be appropriate to continue this practice for patients who have remained stable without regularly providing urine samples.

Lam V *et al.* COVID-19 – Opioid agonist treatment guidance. CAMH. August 2021.

# TAO À L'ÈRE DE LA COVID-19

## IMPACTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON PEOPLE WHO USE DRUGS: A RAPID ASSESSMENT STUDY IN MONTREAL, CANADA

**Authors:** Nanor Minoyan, MSc<sup>a,b</sup>; Stine Bordier Høj, PhD<sup>a</sup>; Camille Zolopa<sup>a</sup>, BSc; Dragos Vlad<sup>a,b</sup>, MD; Julie Bruneau<sup>a,c</sup>, MD MSc; Sarah Larney, PhD<sup>a,c</sup>

OAT recipients	N=69
	n (%)
Discussed ≥1 strategy to favour OAT continuity with prescriber	33 (47.8)
<i>Strategies discussed<sup>1</sup>:</i>	
Initiation of take-home/carry doses	15 (21.7)
Allowing longer take-home and prescription intervals	17 (24.6)
Arrangements to have medication delivered	9 (13.0)
Initiation of suboxone, methadone or other forms of treatment for OUD	7 (10.1)
Dosage modification	6 (8.7)
Initiation of co-medication (e.g. clonidine, loperamide)	2 (2.9)
Missed ≥1 OAT dose due to service disruptions	15 (21.7)

1. % calculated among people on OAT at the time of the study interview (n=69).

227 participants faisant usage de drogues interviewés en 2 vagues (mai-juin et septembre-décembre 2020)  
69 avaient rapporté être engagés en TAO

- Près de la moitié des participants engagés en TAO rapportent avoir discuté de stratégies pour favoriser la continuité du traitement avec le prescripteur
  - Principalement l'octroi de doses non-supervisées, l'augmentation du nombre de jours d'approvisionnement et la livraison de la médication

# TAO À L'ÈRE DE LA COVID-19

**"WE'VE HAD A CIRCUIT BREAKER FOR AN OLD DOGMA OF MORE THAN 20 YEARS": CHANGES TO OPIOID AGONIST TREATMENT SERVICES DURING COVID-19, THE CHOICE STUDY**

Conway A<sup>1,2</sup>, Treloar C<sup>2</sup>, Degenhardt L<sup>3</sup>, Dore GJ<sup>1</sup>, Farrell M<sup>3</sup>, Grebely J<sup>1</sup>, Marshall AD<sup>1,2</sup>

1 The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, NSW, Australia

2 Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney, Sydney, NSW, Australia

3 National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney, Sydney, NSW, Australia



Présenté à INHSU 2021 par Anna  
Conway – 13 octobre 2021

Entrevues semi-structurées avec 40 participants engagés en TAO et 30 dispensateurs de soins en cabinet

Flexibilité dans le traitement par agonistes opioïdes durant la pandémie (1) *increasing access to unsupervised OAT dosing i.e., takeaways; 2) transitioning to telehealth appointments; and 3) redirecting people to community pharmacies for dosing*) → transition vers un modèle de soins individualisé centré sur le patient

Évaluation des stratégies suggérées dans le but d'implémenter ces interventions à plus long terme doit tenir compte de la perception des dispensateurs de soins ET des participants

## MESSAGES CLÉS

- Le TUO est une maladie chronique pour laquelle il existe un traitement efficace (TAO). La rétention en TAO est un facteur prédictif important d'issues favorables. La définition de la rétention en TAO devrait tenir compte de la cyclicité de la trajectoire de traitement.
- Une multitude de facteurs individuels et programmatiques sont associés à la rétention en TAO, nécessitant une prise en charge globale du patient, en fonction de ses besoins.
- Une approche plus flexible plus tôt dans la trajectoire de traitement pourrait contribuer à améliorer la rétention en TAO.
- La pandémie de la COVID-19 a amené à réfléchir aux pratiques actuelles en matière de TAO et à adapter les modalités du traitement aux réalités des patients.

## RÉFÉRENCES

1. Amiri S, Hirchak K, Lutz R, McDonell MG, McPherson SM, Roll JM, Amram O. Three-year retention in methadone opioid agonist treatment: A survival analysis of clients by dose, area deprivation, and availability of alcohol and cannabis outlets. *Drug Alc Depend.* 2018;193:63-68.
2. Bharat C, Larney S, Barbieri S, Dobbins T *et al.* The effect of person, treatment and prescriber characteristics on retention in opioid agonist treatment : a 15-year retrospective cohort study. *Addiction.* 2021. <https://doi.org/10.1111/add.15514>.
3. Bruneau J, Ahamad K, Goyer ME *et al.* Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ.* 2018.
4. Deck D, Carlson MJ. Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western States. *J Behav Health Serv Res.* 2005;32(1):43-60.
5. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL *et al.* Global patterns of opioid use and dependence : harms to populations, interventions, and future action. *Lancet.* 2019; 394:1560-79.
6. Langendam MW, Van Haastrecht HJ, Van Ameijden EJ. The validity of drug users' self-reports in a non-treatment setting: prevalence and predictors of incorrect reporting methadone treatment modalities. *International Journal of Epidemiology.* 1999;28(3):514-20.
7. Manhapra A, Agbese E, Leslie DL, Rosenheck RA. Three-Year Retention in Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder Among Privately Insured Adults. *Psychiatr Serv.* 2018;69(7):768-776.
8. Piske M, Zhou H, Min JE, Hongdilokkul N, Pearce LA, Homayra F, Socias ME, McGowan G, Nosyk B. The cascade of care for opioid use disorder: a retrospective study in British Columbia, Canada. *Addiction.* 2020 ; 115(8) : 1482-1493.
9. Platt L *et al.* Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs : findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction.* 2018;113(3):545-563.
10. Sordo L., Barrio G., Bravo M. J., Indave B. I., Degenhardt L., Wiessing L., *et al.* Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* 2017; 357:j1550.
11. Timko C., Schultz N. R., Cucciare M. A., Vittorio L., Garrison-Diehn C. Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: a systematic review. *J Addict Dis* 2016; 35: 22–35.
12. Vogel M, Dursteler KM, Walter M, Herdener M, Nordt C. Rethinking retention in treatment of opioid dependence – The eye of the beholder. *Int J Drug Policy.* 2017;39:109-113.
13. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO; 2004.

## RÉFÉRENCES

14. Hser Y-I, Evans E, Grella C, Ling W, Anglin D. Long-term course of opioid addiction. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(2):76-89.
15. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*. 2000;284(13):1689–1695.
16. Nosyk B, Marsh DC, Sun H, Schechter MT, Anis AH. Trends in methadone maintenance treatment participation, retention, and compliance to dosing guidelines in British Columbia, Canada: 1996–2006. *J Subst Abuse Treat*. 2010;39(1):22-31.
17. Burns L, Randall D, Hall WD, et al. Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. *Addict Abingdon Engl*. 2009;104(8):1363-1372.
18. Wittchen H-U, Apelt SM, Soyka M, et al. Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95(3):245-257.
19. Leece P et al. Barriers and facilitators to buprenorphine use for opioid agonist treatment: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2019.
20. Nixon LL, Marlinga JC, Hayden A, Mrklas KJ. Barriers and facilitators to office-based opioid agonist therapy prescribing and effective interventions to increase provider prescribing : protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019. 8;186.

# REMERCIEMENTS

**CPMD**  
Communauté de pratique médicale en dépendance



**CRCHUM**  
DE RECHERCHE



Université   
de Montréal

Communauté de pratique médicale en dépendance

Un merci tout spécial aux participants de l'étude, sans lesquels ce projet n'aurait pas été possible

Équipe de recherche :

Julie Bruneau

Stine Bordier Høj

Sarah Larney

Didier Jutras-Aswad

Valérie Martel-Laferrière

Nanor Minoyan

Iuliia Makarenko

Sasha Udhesister

Emmanuel Fortier

Geng Zang

& toute l'équipe de recherche et les interviewers de la cohorte HEPCO

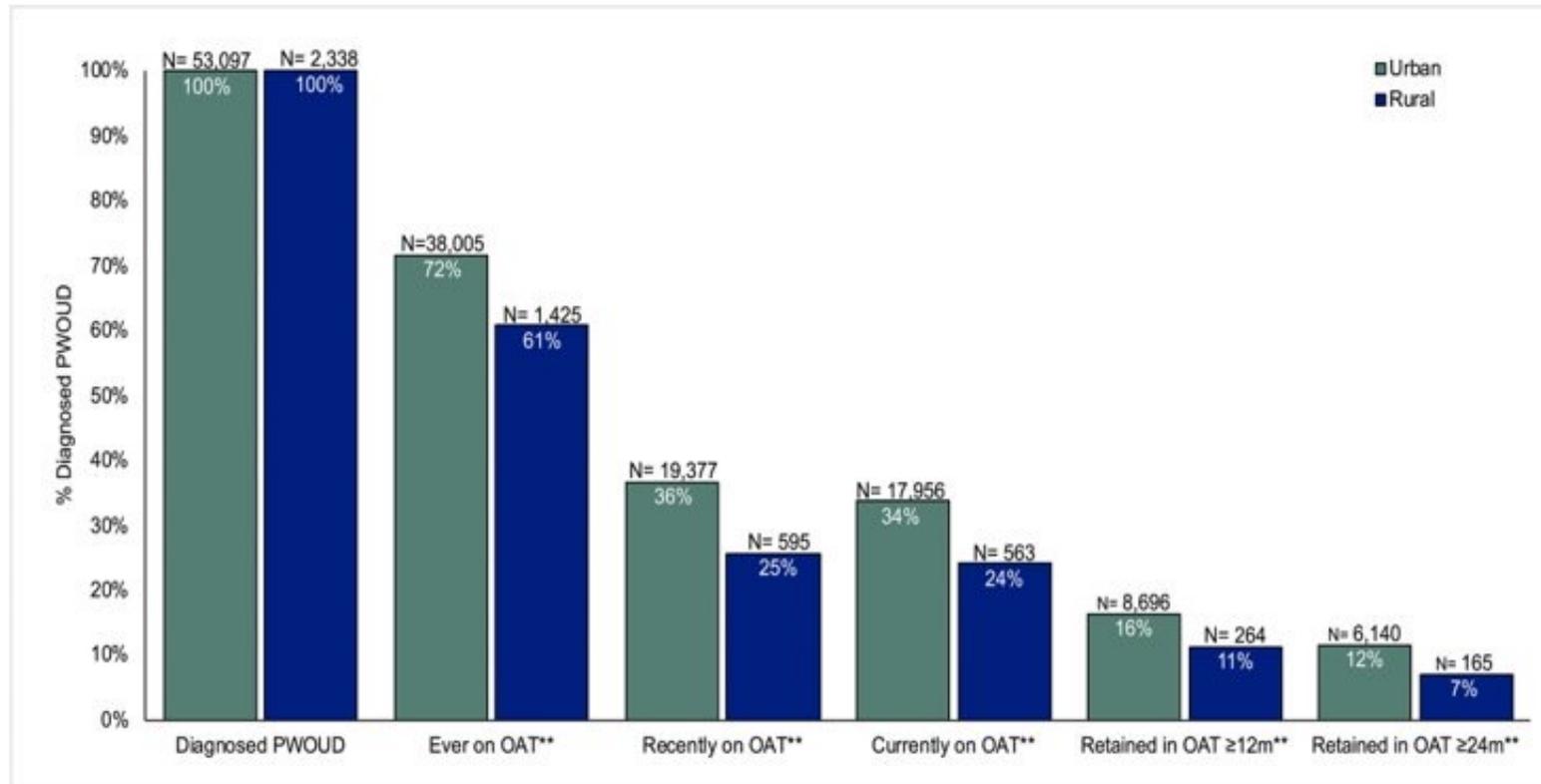
**DISCUSSION / QUESTIONS ?**

## MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE : REVUE DE LITTÉRATURE

- Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs contribuant à la rétention en TAO dans les dernières années

Facteurs socio-démographiques et comorbidités	Facteurs associés au trouble d'usage d'opioïdes	Profil d'utilisation de substances / comportements à risque élevé de méfaits	Facteurs liés au TAO	Facteurs liés au système de santé et au prescripteur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F &gt; H</li> <li>• Âge plus avancé</li> <li>• Niveau d'éducation &gt; 12 années</li> <li>• Détenir un emploi</li> <li>• Être parent</li> <li>• Ne pas avoir de problèmes judiciaires</li> <li>• Séropositivité VIH</li> <li>• Anticorps anti-VHC positif</li> <li>• Score ASI élevé</li> <li>• Traitement concomitant de plusieurs comorbidités médicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longue durée du TUO avant l'initiation du traitement</li> <li>• Nombre d'années de consommation d'opioïdes illicites</li> <li>• TAO antérieur</li> <li>• Nombre d'épisodes antérieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation de cannabis</li> </ul> <p><i>Étaient plutôt associés à la discontinuation du traitement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation quotidienne d'héroïne ou opioïdes à l'initiation du TAO</li> <li>• Consommation quotidienne de cocaïne / amphétamines</li> <li>• Consommation d'alcool par <i>binge</i></li> <li>• Partage de seringues derniers 6 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MTD ≥ BUP &gt; placebo</li> <li>• Dose quotidienne MTD entre 60 et 120 mg (également rapporté &gt; 100 mg)</li> <li>• Dose quotidienne BUP &gt; 16 mg</li> <li>• TAOi &gt; MTD chez patients réfractaires</li> <li>• Individualisation du traitement</li> <li>• Satisfaction perçue par rapport au programme et à l'intervenant</li> <li>• ? Doses non-supervisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recevoir TAO à une pharmacie sur le même site que le reste des soins (notamment soins du VIH)</li> <li>• Distance du site de dispensation du TAO</li> <li>• Prise en charge concomitante des problèmes de santé mentale</li> <li>• Prise en charge par médecin qui n'a pas une grande charge de patients</li> <li>• Expérience du prescripteur</li> </ul>

## MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE : CASCADE DE SOINS DU TUO



**Abbreviations:** PWOD people with opioid use disorder; OAT opioid agonist treatment.

\*\* Statistical significance  $p < 0.001$  determined via chi-squared test comparing urban vs. rural proportion of PWOD in each cascade stage. N=35 individuals with unknown geographic location excluded