



C'est l'emplacement qui compte : traiter les patients atteints du trouble de consommation d'opioïdes en soins primaire

Question clinique : Quelle est l'efficacité de la prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes (TCO) en soins primaires?

Conclusion : Chez les patients atteints d'un TCO qui ont suivi un traitement par agonistes opioïdes (TAO) dans un contexte de soins primaires, un patient sur cinq de plus était abstinent à 46 semaines, par rapport aux patients recevant des soins dans un contexte de soins spécialisés. Les patients qui recevaient des soins primaires étaient également plus satisfaits de leur traitement et des explications du médecin. Les taux de maintien étaient similaires entre les groupes. La littérature faisait état de manière constante de la formation et du soutien offerts.

Données probantes

- Six essais cliniques randomisés (ECR) regroupant de 22 à 221 patients¹⁻⁶ ont comparé le TAO (méthadone ou buprénorphine) offert en soins primaires à un traitement spécialisé contre la dépendance aux opioïdes, suivi moyen de 46 semaines :
 - Abstinance d'opioïdes (cinq ECR; 428 patients) mesurée au moyen d'un test d'analyse toxicologique par voie urinaire ou de l'autodéclaration, ou les deux, et méta-analysée par les auteurs de TFP) :
 - 55 % contre 34 %; nombre de sujets à traiter (NST)=5.
 - Maintien du traitement (six ECR; 493 patients) méta-analysé par les auteurs de TFP) :
 - 80 % contre 63 % pour les soins spécialisés; aucune différence sur le plan statistique.
 - Satisfaction des patients :
 - Les patients étaient plus souvent « très satisfaits » des soins primaires (77 % contre 38 %; un ECR, 46 patients)², plus satisfaits des explications fournies par leur médecin (chiffres non communiqués; un ECR, 221 patients)¹ et ont déclaré une préférence marquée pour les soins primaires (70 % contre 21 % pour les soins spécialisés, 9 % n'avaient aucune préférence).
 - Un ECR a constaté un taux de satisfaction similaire des patients entre les groupes³.

- Symptômes de sevrage :
 - Réduction statistiquement significative par rapport aux valeurs de base, mais aucune différence entre les groupes³.
- Événements indésirables :
 - Un ECR (93 patients) n'a constaté aucune différence dans les visites aux urgences ou les hospitalisations (35 % contre 36 % pour les soins spécialisés)⁴.
 - Aucun autre événement indésirable n'a été signalé.

Contexte

- Les populations incluses variaient :
 - Patients stabilisés pendant 6 à 12 mois dans des programmes de maintien à la méthadone^{2,3,6}
 - Patients non traités par la méthadone ou passant de la buprénorphine à un autre traitement¹
 - Patients recrutés sur une liste d'attente pour la méthadone ou patients recommandés⁵
 - Les fournisseurs de soins primaires étaient variés, comprenant notamment des internistes généralistes^{2,4,5}, des médecins formés aux maladies infectieuses⁴ et un médecin formé aux toxicomanies³.
- Des aides supplémentaires étaient utilisées :
 - Les soins primaires étaient dispensés en équipe²⁻⁶;
 - Les fournisseurs de soins primaires avaient une formation ou une expérience préalable^{1,4};
 - Une formation et un soutien étaient offerts^{1,2,4,6} ainsi qu'un soutien par téléavertisseur de 24 heures²;
 - Les établissements de soins primaires étaient affiliés à un programme spécialisé ou situés à proximité d'un tel programme^{1,3,5}.
- Pour plus de 50 % des médecins interrogés, l'insuffisance de personnel, la formation, le temps et l'espace sont des obstacles à l'intégration du TAO dans leur pratique^{7,8}.

Auteurs

Danielle Perry, B.Sc.Inf., IA, et Scott Garrison, M.D., Ph.D., CCMF

Divulgations :

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Carrieri PM, Michel L, Lions C, et al. PLoS One. 2014;9(11):e112328.
2. Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, et al. JAMA. 2001 Oct;286(14):1724-31.
3. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, et al. J Subst Abuse Treat. 2006;31(4):385-93.
4. Lucas GM, Chaudhry A, Hsu J, et al. Ann Intern Med. 2010;152(11):704-11.
5. O'Connor PG, Oliveto AH, Shi JM, et al. Am J Med. 1998;105(2):100-5.
6. Tuchman E, Gregory C, Simson M, et al. Addict Dis and Treat. 2006;5(2):43-51.
7. DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR, et al. Rural Remote Health. 2015;15:3019. Diffusion avant impression : 2015 Feb 4.
8. Kermack A, Flannery M, Tofighi B, et al. J Subst Abuse Treat. 2017 Mar;74:1-6.