



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

Août 2018

Sheena Taha, Ph.D.
Courtière du savoir

Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

Ce document a été publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Taha, S. *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut être téléchargé en format PDF à www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Best Practices across the Continuum of Care for the Treatment of Opioid Use Disorder

ISBN 978-1-77178-508-2



Table des matières

Synthèse générale.....	1
Introduction.....	2
Méthode.....	2
Continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes.....	3
Pratiques exemplaires pour le continuum des soins.....	4
Réduction des méfaits.....	4
Ressources.....	5
Dépistage.....	5
Évaluation.....	6
Interventions rapides.....	6
Cliniques d'accès rapide et médecine de la dépendance.....	6
Approche communautaire.....	7
Gestion du sevrage.....	7
Ressources.....	8
Interventions pharmacologiques.....	8
Ressources.....	9
Interventions psychosociales.....	9
Ressources.....	10
Rétablissement, maintien du mieux-être et soins continus.....	10
Ressources.....	10
Mesures prises partout au Canada.....	11
Annexe A : pratiques exemplaires pour certaines populations.....	13
Dépistage.....	13
Jeunes.....	14
Personnes vivant avec des douleurs chroniques.....	13
Évaluation.....	15
Jeunes.....	15
Personnes vivant avec des douleurs chroniques.....	15



Approche communautaire	15
Jeunes.....	15
Gestion du sevrage.....	15
Femmes enceintes	15
Interventions pharmacologiques.....	15
Jeunes.....	15
Femmes enceintes	15
Premières Nations.....	16
Personnes vivant avec des douleurs chroniques	16
Personnes reconnues coupables d'une infraction	16
Interventions psychosociales et comportementales	16
Jeunes.....	16
Premières Nations.....	16
Personnes vivant avec des douleurs chroniques	17
Personnes reconnues coupables d'une infraction	17
Rétablissement, maintien du mieux-être et soins continus	17
Premières Nations.....	17
Personnes vivant avec des douleurs chroniques	17
Annexe B : réviseurs externes	18
Annexe C : faits saillants des provinces et territoires	19
Colombie-Britannique.....	19
Alberta.....	21
Manitoba	22
Ontario.....	24
Nouveau-Brunswick.....	25
Terre-Neuve-et-Labrador.....	26
Yukon.....	26
Nunavut	27
Bibliographie.....	28



Synthèse générale

Les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes au Canada devraient avoir accès à des options de traitement globales qui répondent à tous leurs besoins. Le rapport *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes* présente les services qui devraient être offerts aux personnes qui subissent ou qui risquent de subir des méfaits liés à l'usage d'opioïdes.

Le présent rapport, préparé à l'intention du Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur le traitement de Santé Canada, décrit la norme de service à instaurer pour pouvoir offrir des soins centrés sur la personne à tous ceux qui subissent des méfaits attribuables aux opioïdes. Le rapport résume les mesures prises partout au pays, par plusieurs ordres de gouvernement, pour venir en aide aux personnes qui subissent les méfaits des opioïdes et prévenir les décès liés à des intoxications.

Continuum des soins

Chacun a un cheminement différent dans le continuum des soins. Ses composantes se chevauchent et sont efficaces lorsqu'elles sont utilisées ensemble. Certaines personnes ont parfois recours à toutes les composantes du continuum, d'autres non, et certaines encore pourraient avoir besoin de revenir à certaines composantes, au besoin. Voir le rapport intégral pour une description détaillée de chaque composante.

Continuum des soins								
Réduction des méfaits								
Dépistage	Évaluation	Interventions rapides	Cliniques d'accès rapide	Approche communautaire	Gestion du sevrage	Interventions pharmacologiques	Interventions psychosociales	Rétablissement, maintien du bien-être et soins continus

Principales constatations

Tout au long du processus thérapeutique, certains principaux généraux et pratiques exemplaires doivent être pris en compte. Le premier principe veut qu'une personne qui souffre d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes devrait déterminer les buts du traitement avec l'aide d'un fournisseur de soins expérimenté. Voici d'autres principes :

- Adapter le plan de traitement pour qu'il réponde aux besoins et aux buts de la personne.
- Évaluer de façon continue le bien-être de la personne pour voir si certains éléments nuisent à l'obtention de résultats positifs, notamment la santé physique et mentale, le stress, le logement et les finances.
- Offrir des services qui sont culturellement compétents et sécuritaires.
- Offrir des services qui sont sensibles au traumatisme et au genre.
- Prendre des mesures pour atténuer la stigmatisation puisqu'il s'agit d'un obstacle de taille à la recherche d'un traitement et au maintien du rétablissement.
- Les services dirigés et mobilisés par les pairs aident à créer un lien de confiance et à assurer la continuité des changements positifs faits sur le plan de l'usage de substances.
- Articuler les politiques et pratiques autour du rétablissement pourrait améliorer les résultats des personnes qui veulent se faire traiter.



Introduction

On sait qu'un traitement complet fondé sur des données probantes améliore la vie des gens atteints d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le présent inventaire a été dressé à la suite de l'engagement pris envers le Groupe de travail sur le traitement de Santé Canada d'« élaborer un document qui définit le continuum de services de sensibilisation, d'intervention et de traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes, y compris l'accès rapide à la médecine de la dépendance et à des soutiens sociaux d'intensité légère à modérée (c.-à-d. interventions rapides et counseling), [et] formuler des recommandations sur les pratiques exemplaires et orienter l'élaboration de politiques visant à améliorer la qualité des soins au pays » [TRADUCTION].

Relever les pratiques exemplairesⁱ existant dans le continuum des soins peut fournir un point de repère pour s'assurer qu'il existe au Canada des services efficaces pour prévenir et minimiser les méfaitsⁱⁱ. Pour remédier à ces méfaits, il faut combiner les services disponibles et une mise en œuvre de qualité. Cet inventaire présente des pratiques exemplaires pour certains services, mais aussi des principes généraux qui devraient orienter la prestation de ces services (c.-à-d. axés sur le patient).

Le continuum de soins décrit plus loin a été établi en vue d'informer le Groupe de travail sur le traitement de Santé Canada des services qui devraient être disponibles dans chaque province et territoire. Il faut noter que les contextes et les fournisseurs des services relevant de ce continuum peuvent varier dans et au sein de chaque province et territoire. Ainsi, divers praticiens, des infirmières aux pharmaciens en passant par les travailleurs communautaires et les intervenants en soutien par les pairs, peuvent offrir des services de réduction des méfaits, tandis que les interventions pharmacologiques, elles, peuvent être faites par des médecins spécialisés en dépendance et se faire au cabinet d'un fournisseur de soins primaires ou dans une clinique spécialisée de traitement par agonistes opioïdes. Il faut planifier le système de façon à pouvoir offrir des services de qualité et inciter des fournisseurs compétents à répondre aux besoins des gens qui demandent de l'aide, selon l'intensité nécessaire.

Dans son examen des résultats, le lecteur devrait se rappeler que les données probantes sur le traitement de l'usage de substances sont un domaine de recherche en évolution. De nombreux éléments de la pratique relèvent de l'opinion d'experts, et même les pratiques exemplaires sont établies à partir de données probantes dont la solidité est variable.

Méthode

Les pratiques exemplaires en matière de soins et de traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes dans la population générale ont été recensées dans des documents évalués par les pairs et la littérature grise. Des recherches dans PubMed, PsycNet, Health Evidence et la bibliothèque Cochrane ont permis de trouver des articles évalués par les pairs. Pour ce qui est de la littérature grise, des recherches ont été faites avec la page Google Custom du Centre de toxicomanie et de santé mentale et sur des sites Web comme le Portail des pratiques exemplaires de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), www.healthevidence.org, Public Health England et Portico. Une recherche dans Google a également permis de s'assurer qu'aucune ressource utile n'avait été oubliée. Cette méthodologie présente toutefois quelques limites :

ⁱ Les pratiques exemplaires se définissent comme des initiatives, projets, politiques, programmes ou procédures qui sont reconnus ou acceptés et qui se sont révélés efficaces pour l'obtention des résultats visés.

ⁱⁱ Dans le présent document, on entend par « méfaits » une diversité de résultats : blessures, maladies comme l'hépatite C ou le VIH, déficits fonctionnels, polyconsommation, dépendance, surdose, intoxication ou risque de surdose en cas de rechute à la suite d'une période d'abstinence, etc.



1) l'évaluation de la qualité de la littérature évaluée par les pairs dépassait le cadre du présent projet et 2) la littérature grise n'est pas nécessairement évaluée par les pairs et sa qualité peut varier. Le fait de chercher des ressources uniquement auprès d'organisations bien établies et de bonne réputation a minimisé ce risque.

Pour cibler les pratiques exemplaires, plutôt que les nouvelles façons de penser, nous avons uniquement tenu compte des articles de synthèse, des examens systématiques, des méta-analyses et de la littérature grise produits entre 2007 et 2018. La recherche primaire et les études précliniques ont été exclues. L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances a publié des lignes directrices pendant la préparation de cet inventaire. Pour éviter le dédoublement des efforts, aucun examen approfondi des interventions pharmacologiques ou psychosociales n'a été fait. Il est possible d'obtenir, sur demande, la stratégie détaillée de recherche utilisée.

Les pratiques exemplaires qui s'appliquent à des groupes particuliers (c.-à-d. aux jeunes, aux femmes enceintes, aux membres des Premières Nations, aux personnes vivant avec des douleurs chroniques et aux personnes reconnues coupables d'une infraction) sont présentées à l'annexe A; les études recensées relevant de recherches générales. Les études portant sur les personnes atteintes de douleurs cancéreuses ont été exclues. Même s'il faut adapter le traitement aux besoins de groupes particuliers, une recherche exhaustive pour chaque population dépassait la portée du projet. Ajoutons que les interventions s'adressant aux personnes qui consomment occasionnellement de la drogue devraient faire l'objet d'un examen distinct et approfondi, car les stratégies efficaces pour cette population pourraient différer de celles qui constituent des pratiques exemplaires dans le traitement des personnes vivant avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes.

L'inventaire fait la synthèse des pratiques exemplaires recensées, de manière à faire ressortir les services essentiels dans le continuum des soins. Des partenaires externes ayant une expertise en médecine de la dépendance, en réduction des méfaits, en consommation de substances, en psychologie et en psychiatrie ont passé en revue et commenté l'inventaire (pour plus d'information, voir l'annexe B).

Continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes

Le continuum des soins représente une gamme de services qui devraient être offerts aux personnes qui subissent ou qui risquent de subir des méfaits liés à l'usage d'opioïdes. Si les composantes de ce continuum sont présentées ici selon des catégories distinctes, plusieurs d'entre elles se chevauchent dans la pratique (p. ex. dépistage et évaluation) et sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont utilisées ensemble. Le cheminement dans le continuum n'est pas nécessairement linéaire. Certaines personnes ont parfois recours à toutes les composantes du continuum, d'autres non, et certaines encore pourraient avoir besoin de revenir à certaines composantes^{1,2,3,4,5}.

Continuum des soins								
Réduction des méfaits								
Dépistage	Évaluation	Interventions rapides	*Cliniques d'accès rapide	*Approche communautaire	Gestion du sevrage	Interventions pharmacologiques	Interventions psychosociales	Rétablissement, maintien du bien-être et soins continus

*Les données probantes sont insuffisantes (c.-à-d. aucun article de synthèse) pour caractériser les cliniques d'accès rapide ou l'approche communautaire comme des pratiques exemplaires dans le



continuum des soins, mais de l'information sur ces composantes a été incluse, car a) ces ressources se sont avérées prometteuses en Ontario⁶ et b) Santé Canada avait demandé que soient recensés les services pouvant être utiles aux consommateurs occasionnels de drogue ou aux personnes exclues des activités de surveillance de la santé.

Pratiques exemplaires pour le continuum des soins

Cet inventaire présente les pratiques exemplaires pour chaque composante du continuum. Certains principes généraux doivent toutefois être pris en compte dans la mise en place des services du continuum.

1. La personne qui subit un méfait attribuable à l'usage d'opioïdes devrait déterminer le but ultime du traitement (usage plus sécuritaire, abstinence, entretien aux opioïdes, obtention de certains résultats fonctionnels, etc.) avec l'aide d'un fournisseur de soins expérimenté en gestion de l'usage de substances¹.
2. Le plan de traitement et les services utilisés peuvent être déterminés de concert avec la personne et adaptés à ses besoins et à ses buts^{1,2,7,8,9,10,11}. Il faudrait proposer des soins par paliers, c.-à-d. où les services les moins intensifs sont offerts en premier^{5,12,13}.
3. Il faudrait, dans le continuum des soins, évaluer et prendre en charge de façon coordonnée les éléments du bien-être d'une personne pouvant nuire à l'obtention de résultats positifs, notamment la santé physique et mentale, les vulnérabilités personnelles, les facteurs de stress, le logement, le capital de rétablissementⁱⁱⁱ, etc.^{1,2,3,4,7,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}. Il est aussi possible d'intégrer la famille de choix aux activités de traitement, si la personne le souhaite^{2,9}.
4. Les services doivent être culturellement compétents et sécuritaires et être sensibles au traumatisme et au genre^{1,10,12,20,21}.
5. La stigmatisation est un obstacle de taille au traitement et au maintien du rétablissement. Des mesures devraient être prises pour l'atténuer^{2,20}.
6. Les services dirigés et mobilisés par les pairs aident à créer un lien de confiance^{20,24} et à assurer la continuité des changements positifs faits sur le plan de l'usage de substances².
7. Un système de soins axé sur le rétablissement, où des politiques et des pratiques tenant compte des principes du rétablissement sont intégrées au traitement, peut améliorer les résultats des personnes qui veulent se faire traiter².

Réduction des méfaits

Il faudrait intégrer au continuum des soins des interventions visant à réduire au minimum les effets négatifs de l'usage d'opioïdes et à prévenir les décès ou les intoxications accidentels^{5,12}.

- Former les personnes concernées à reconnaître et à traiter les surdoses, et leur remettre de la naloxone à emporter, réduit la mortalité liée aux surdoses d'opioïdes^{10,25,26,27,28,29}. La naloxone à emporter devrait être largement disponible^{7,8,16,19}, surtout pour les personnes traitées pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes, ainsi que pour ceux qui passent beaucoup de temps avec elles et pourraient être présents au moment d'une surdose^{5,7,12,30}.

iii L'expression « capital de rétablissement » fait référence aux ressources, notamment personnelles, interpersonnelles et communautaires, auxquelles une personne peut faire appel pour l'aider dans son cheminement le long du continuum².



- Les services de consommation supervisée aident à prévenir de nombreux méfaits, y compris les surdoses^{20,31,32}, et à mettre les clients en contact avec des services de santé et d'autres services d'aide, notamment en soins primaires³² et en traitement^{31,33}.
- Il existe un lien entre les programmes d'échange et de distribution de seringues et une diminution de l'incidence du VIH^{34,35,36}; les résultats sur l'incidence de l'hépatite C, eux, sont mitigés, car l'échange d'autres articles de consommation, comme les tampons, les cuiseurs, l'eau et les filtres, est également un facteur particulièrement important dans la transmission du VHC^{34,37}.

Ressources

[A Public Health Guide to Developing a Community Overdose Response Plan²⁰](#) (en anglais seulement)

[Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – partie 1³⁸](#)

[Community management of opioid overdose²⁶](#) (en anglais seulement)

[Supervised Consumption Services: Operational Guidance³¹](#) (en anglais seulement)

Dépistage

En déterminant si une personne subit ou risque de subir des méfaits attribuables à l'usage d'opioïdes, il est possible de voir si elle pourrait aussi bénéficier de services et de soutiens supplémentaires⁴.

- Lors du dépistage initial, il faudrait recourir à un dialogue général avec tous⁴, et non seulement avec les personnes à risque^{4,10}; les dépistages positifs devraient être suivis d'une évaluation⁴.
- Le dépistage devrait s'intéresser à la polyconsommation et aux problèmes de santé mentale et physique^{7,9}.
- Il existe de nombreux outils de dépistage (voir la liste ci-dessous), mais ils sont généraux et applicables à toutes les substances et ne fournissent pas d'évaluation complète (c.-à-d. ils n'abordent pas la santé mentale, les problèmes physiques, etc.). Il n'y a pas de consensus sur les pratiques exemplaires^{39,40}.
 - *Test de dépistage de l'usage d'alcool, de tabac et de substances (ASSIST)* : outil de huit questions pouvant être utilisé dans les établissements de soins primaires pour déterminer le risque lié à l'usage de 10 substances, à tous les niveaux de gravité⁴¹.
 - *CAGE-Adapted to Include Drugs (CAGE-AID ou test CAGE adapté pour inclure la drogue)* : outil de quatre questions pour prévoir les troubles liés à l'usage de substances dans le contexte des soins primaires⁴².
 - *Test de dépistage de l'abus de drogue (DAST)* : les versions comptant 10, 20 et 28 questions permettent d'évaluer l'usage problématique de drogue dans plusieurs populations⁴³.
 - *Évaluation globale des besoins individuels – court test de dépistage (GAIN-SS)* : outil de 20 questions sur les troubles d'internalisation et d'externalisation, l'abus de substances et le comportement criminel⁴⁴.



- *Échelle Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg* : outil de 28 questions sur la fréquence, la quantité et la durée de l'usage d'opiacés, de cocaïne, d'alcool et de tabac⁴⁵.
- *Two-Item Conjoint Screen* : dépistage conjoint de deux questions qui peut être employé en contexte de soins primaires pour évaluer l'usage excessif de substances et le besoin ressenti de réduire sa consommation dans la dernière année⁴⁶.

Évaluation

L'évaluation permet d'identifier le trouble lié à l'usage d'opioïdes et les troubles concomitants, d'en définir la gravité et d'établir le degré d'intensité du traitement à envisager⁴.

- Le Manuel *diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-5), énonce les critères les plus reconnus pour poser un diagnostic de trouble lié à l'usage d'opioïdes⁴⁷.
- L'évaluation devrait notamment porter sur les éléments suivants :
 - les troubles concomitants et les problèmes de santé physique^{1,3,7,9};
 - le capital de rétablissement (les ressources dont dispose une personne pour l'aider dans son cheminement); le traitement devrait ensuite venir renforcer ce capital².
- L'évaluation devrait aussi permettre de planifier les soins en collaboration avec la personne qui veut se faire traiter⁴; ce processus devrait se répéter tout au long du traitement pour que les services répondent aux besoins changeants^{3,9}.
- Il existe de nombreux outils d'évaluation, dont l'*Indice de gravité de la toxicomanie* (IGT) : une entrevue structurée permettant d'évaluer le fonctionnement ou la gravité des problèmes d'une personne ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, dans plusieurs sphères de sa vie (médicale, professionnelle, juridique, sociale, psychologique et liée à l'usage de substances)⁴⁸.

Interventions rapides

Les interventions rapides permettent de donner de l'information exempte de préjugé sur les méfaits de l'usage de substances et de déterminer si la personne est motivée à changer son usage d'opioïdes^{49,50}. Le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement facilite l'identification des personnes qui pourraient subir les méfaits de leur usage de substances. Celles qui n'en subissent pas reçoivent de l'information et leur comportement est renforcé. Les personnes qui présentent un risque modéré ou élevé de méfaits ont droit à une intervention rapide et celles qui présentent un risque grave ou qui subissent actuellement des méfaits sont orientées vers le traitement⁵⁰.

- L'entrevue motivationnelle peut favoriser l'adoption de comportements plus sains¹ et réduire l'usage de substances¹⁰.
- Le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement comprend habituellement deux séances de 10 à 45 minutes⁴⁹.

Cliniques d'accès rapide et médecine de la dépendance

Les cliniques d'accès rapide permettent aux personnes qui subissent des méfaits liés à l'usage d'opioïdes de se faire traiter par un spécialiste en dépendance (habituellement quelques jours après



l'orientation) jusqu'à ce que leur état soit stabilisé. Les personnes ont ensuite droit à un traitement continu par des intervenants communautaires ou en soins primaires qui pourrait recevoir de l'aide, des ressources et de la formation en gestion de la dépendance de la part du personnel de la clinique⁶.

- L'accès rapide aux services en médecine de la dépendance a entraîné une réduction des visites à l'urgence, des temps d'attente et de la stigmatisation⁶, et une hausse du taux de poursuite du traitement⁵¹. Toutefois, les données probantes sont insuffisantes pour déterminer s'il s'agit d'une pratique exemplaire à inclure dans le continuum des soins.

Approche communautaire

Les services d'aide qui relèvent de cette approche prennent différentes formes, mais il s'agit habituellement de services fournis dans la communauté aux personnes qui consomment de la drogue, p. ex. information, ressources de réduction des méfaits et orientations vers des services²⁴.

- Un examen sur le traitement communautaire dynamique^{iv} a montré des améliorations de la santé mentale, de la qualité de vie, de la stabilité du logement⁵² et de l'inscription en traitement, mais il faut procéder à une évaluation plus poussée pour déterminer les résultats à long terme¹⁰.
- Pratiques exemplaires pour les programmes de sensibilisation à l'usage de substances : gagner la confiance des personnes qui consomment de la drogue, se rendre là où se trouvent ces personnes, mener des activités de sensibilisation le soir et tôt le matin (lorsque le risque est le plus élevé), offrir plusieurs moyens propices au changement de comportement (p. ex. information, matériel, orientations), fournir formation et encadrement aux employés et offrir de l'aide pour régler les problèmes d'épuisement professionnel, de rechute et autres problèmes de santé²⁴.

Gestion du sevrage

Il est fortement déconseillé d'assumer une gestion du sevrage sans la faire suivre d'un traitement, puisque la personne risquerait alors de graves méfaits, dont la mort, si elle recommençait à consommer^{3,5,7,10,12,22,23}. Toutefois, des interventions pharmacologiques et psychologiques pourraient l'aider à faire face aux symptômes ressentis quand l'usage d'opioïdes prend fin⁴.

- En cas d'utilisation d'un agoniste, il faudrait en réduire lentement la dose sur une période de plus d'un mois⁵.
- La méthadone^{16,23}, la buprénorphine^{5,16,23} et la clonidine^{7,12,23} sont recommandées pour atténuer les symptômes physiques du sevrage.
- L'échelle de symptômes de sevrage des opioïdes (COWS) sert à mesurer et à surveiller les symptômes^{7,53}.
- La gestion des contingences et la thérapie cognitivo-comportementale sont associées à des taux d'abstinence plus élevés que ceux des groupes témoins à court terme⁵⁴.

^{iv} Le traitement communautaire dynamique se définit comme un cadre de prestation de services se caractérisant par des services offerts dans la communauté, un engagement positif, une grande intensité des services, un volume de travail réduit, une responsabilité sur 24 heures, une approche en équipe, une équipe multidisciplinaire, un rapport étroit avec le système de soutien et une permanence du personnel⁵³.



Ressources

[A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder¹²](#) (en anglais seulement)

[Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes⁵](#)

[Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence²³](#) (en anglais seulement)

[Medications for Opioid Use Disorder \(Treatment Improvement Protocol 63\)⁴](#) (en anglais seulement)

[National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use⁷](#) (en anglais seulement)

[The World Federation of Societies of Biological Psychiatry Guidelines for the Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders. Part 2: Opioid dependence²²](#) (en anglais seulement)

Interventions pharmacologiques

Les médicaments, en particulier les agonistes opioïdes, sont efficaces pour aider la personne à obtenir l'issue de rétablissement souhaité^{4,5,12,23}.

- À l'échelle internationale, les traitements par agonistes opioïdes recommandés sont la buprénorphine ou la méthadone²³.
- Au Canada, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances a préparé les *Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, qui font les recommandations suivantes :
 - La buprénorphine/naloxone^v est le médicament de première ligne recommandé pour la plupart des Canadiens^{5,12}.
 - La méthadone peut être utilisée comme traitement de deuxième ligne si la buprénorphine/naloxone n'est pas appropriée ou si le traitement offre des avantages limités ou se révèle inefficace^{5,12}.
 - Un traitement agoniste à la morphine orale^{vi} à libération lente prescrite par un médecin expérimenté en dépendance devrait être utilisé si les traitements de première et de deuxième ligne échouent ou s'il existe des contre-indications^{5,12}.
- Chez ceux qui ne répondent pas bien à d'autres traitements pharmacologiques, le traitement assisté à la diacéylmorphine (avec ou sans doses variables de méthadone) était associé à un meilleur taux de poursuite du traitement et à une réduction de l'usage de drogue, par rapport au traitement à la méthadone ou à l'usage de substances d'avant le traitement^{16,17,55,56,57,58,59,60}. Cela dit, ce type de traitement peut avoir de graves conséquences, alors il ne devrait être employé que sous une étroite surveillance médicale, chez des personnes pour qui les autres formes de traitement n'ont pas fonctionné^{55,59}.
- La naltrexone (antagoniste) devrait être envisagée pour ceux qui ne souhaitent pas prendre d'opioïdes^{9,23}.

v La préparation de buprénorphine/naloxone est couramment désignée par son nom commercial, la Suboxone.

vi Un Réviseur externe déconseille vivement d'employer cette méthode et juge insuffisantes les données à l'appui de l'utilisation de morphine orale.



- Les préparations à libération prolongée en injection ou en implantation (naltrexone et buprénorphine) peuvent favoriser l'observance thérapeutique et la continuité des soins^{7,9,15}.
- Si une personne souhaite cesser de prendre un médicament après une période prolongée (c.-à-d. plus d'un an) de réponse positive au traitement, il faut diminuer graduellement les doses⁵ et peut-être recourir à la naltrexone orale¹².

Ressources

[A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder¹²](#) (en anglais seulement)

[Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble liés à l'usage d'opioïdes⁵](#)

[Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs⁹](#) (en anglais seulement)

[Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence²³](#) (en anglais seulement)

[National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use⁷](#) (en anglais seulement)

Interventions psychosociales

Il est possible d'offrir, en complément aux thérapies suivies dans un cadre individuel ou familial ou encore en groupe, une pharmacothérapie pour aider la personne à obtenir l'issue de rétablissement souhaité^{4,23,49}.

- Ensemble, les interventions psychosociales et le traitement pharmacologique sont des moyens efficaces de traiter le trouble lié à l'usage d'opioïdes^{3,7,23,47,61,62}, même si on ignore si certaines thérapies psychosociales sont plus efficaces que d'autres^{62,63} et si certaines modalités correspondent mieux à des traitements médicaux particuliers^{62,64,65}.
- Certaines études ont montré que les thérapies psychosociales ne présentent aucun avantage supplémentaire par rapport aux pharmacothérapies, mais les auteurs ont fait valoir que cela est dû au fait que les groupes témoins ont souvent droit à un certain degré de prise en charge ou de soutien et que, par conséquent, la question à examiner est de savoir si les thérapies intensives sont plus avantageuses que les services d'aide minimale^{63,66}.
 - Des examens sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC; pour aider à recadrer les pensées et les actions¹⁰) ont obtenu des résultats mitigés⁵⁴. Certains plaident faiblement en faveur de l'utilisation de la TCC chez les personnes qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone⁶², alors que d'autres n'ont pas constaté aucune réduction de l'usage de substances chez ces personnes⁴⁹. D'autres encore montrent que la TCC n'a aucun effet comparativement à une prise en charge médicale du traitement à la buprénorphine⁶².
 - La gestion des contingences (qui implique la prestation de produits ou de services aux personnes suivant un traitement d'entretien à la méthadone ou à la naltrexone en cas de tests de dépistage négatifs⁴⁹) a constamment montré des résultats positifs, y compris des tests d'urine sans drogue, une plus longue participation au traitement et de meilleurs gains fonctionnels, comparativement aux résultats des groupes témoins ou des groupes suivant le traitement habituel^{10,16,23,49,54,62,66}.



- La thérapie comportementale en couple et la formation familiale ont été associées à l'abstinence des opioïdes et à la réduction de l'usage de drogue^{49,62}.
- L'entrevue motivationnelle et le counseling en prévention des rechutes améliorent l'efficacité des traitements pharmacologiques⁹ et ont été associés à une diminution de l'usage autodéclaré de substances, comparativement à une thérapie d'entretien à la méthadone offerte seule⁶².
- Au minimum, l'évaluation des besoins psychosociaux, le counseling de soutien, les liens aux soutiens familiaux en place et l'orientation vers des services communautaires devraient être assurés aux personnes qui veulent se faire traiter⁷.
- Les troubles concomitants (présence simultanée de problèmes de consommation et de santé mentale) sont très courants, et le traitement fondé sur des données probantes devrait tenir compte des deux³.

Ressources

[Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs](#)⁹ (en anglais seulement)

[Drug Misuse: Psychosocial Interventions \(National Clinical Practice Guideline Number 51\)](#)⁴⁹ (en anglais seulement)

[Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence](#)²³ (en anglais seulement)

[National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use](#)⁷ (en anglais seulement)

Rétablissement, maintien du mieux-être et soins continus

La définition de rétablissement varie d'une personne à l'autre, mais elle inclut généralement des changements de mode de vie et de comportement par l'accès à des soutiens formels (p. ex. programmes de traitement) ou informels (p. ex. méditation) permettant de gérer ou d'éliminer l'usage d'opioïdes et d'améliorer la qualité de vie à de multiples égards².

- Le recours à des services de soutien au rétablissement produit de meilleurs résultats que le seul traitement habituel¹⁰.
- Le système de traitement devrait être axé sur le rétablissement^{2,9} et devrait notamment reconnaître que le cheminement de rétablissement de chacun lui est propre et est un projet personnel².
- Créer des liens avec les services de soutien après un traitement aigu augmente le capital de rétablissement^{2,9}. Il faut évaluer ce capital et aider les personnes à le renforcer².

Ressources

[Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs](#)⁹ (en anglais seulement)

[Vers un système de soins axé sur le rétablissement : ressources pour les prestataires de services et décideurs](#)²



Mesures prises partout au Canada^{vii}

Le gouvernement fédéral a apporté un certain nombre de changements à ses politiques pour que le Canada soit en mesure de répondre aux besoins des personnes qui subissent des méfaits attribuables à l'usage d'opioïdes. Parmi les mesures prises, mentionnons des modifications au projet de loi C-37, *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois*; les dispositions en question prévoient une grande réduction du nombre de critères requis pour demander une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi* pour établir des centres de consommation supervisée. Le projet de loi C-37 modifie également la *Loi sur les douanes* afin de permettre aux agents des services frontaliers d'inspecter les colis de moins de 30 grammes. Si, auparavant, les efforts se concentraient sur les colis plus gros, le transit de petits colis soulève maintenant des inquiétudes, compte tenu de la puissance du fentanyl. Il est également illégal d'importer des presses à comprimés non homologuées au Canada, ce qui rendra plus difficile la préparation de substances illicites. Enfin, les modifications apportées par le projet de loi C-37 permettent d'inscrire aux annexes et de contrôler rapidement les nouvelles substances psychoactives et autorisent les organismes d'application de la loi à éliminer la drogue sans délai.

Au printemps 2017, le Parlement du Canada a adopté la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. Cette loi protège les personnes qui font une surdose ou qui sont présentes lors d'une surdose contre certaines accusations liées à la possession de substances désignées. La *Loi* vise à encourager les gens à appeler les services d'urgence en cas de surdose, sans crainte de conséquences juridiques. Autre mesure pour lutter contre les surdoses d'opioïdes : les formes injectables et nasales de la naloxone sont maintenant couvertes sans restriction pour les Premières Nations et les Inuits dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. Service correctionnel Canada a mis sur pied un projet national visant à donner accès aux personnes libérées de prison à une trousse de naloxone à emporter. Partout au Canada, ceux qui s'inquiètent de leur risque de faire une surdose et de celui d'autres personnes peuvent se procurer de la naloxone dans les pharmacies, sans ordonnance (et sans frais dans certaines régions).

Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé, a annoncé des mesures supplémentaires pour favoriser une réponse factuelle à la crise des opioïdes, dont simplifier les processus pour l'implantation de centres temporaires de prévention des surdoses, permettre la vérification de la drogue apportée dans les centres de consommation supervisée et mener des projets pilotes pour étudier davantage les services de vérification de la drogue. Certains projets portent aussi sur des solutions de rechange aux opioïdes pharmaceutiques, comme l'hydromorphone, qui pourront être offertes, à titre d'option non contaminée, aux personnes qui prennent des opioïdes illicites.

D'importants investissements ont été réalisés dans le budget de 2018 sur le plan de la sécurité frontalière, de l'application de la loi et de la stigmatisation, ainsi que pour le renforcement des données probantes sur la crise des opioïdes et pour l'évaluation des mesures prises en réponse à la crise.

Le gouvernement du Canada a en outre modifié les dispositions réglementaires portant sur le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes, ce qui permet aux professionnels de la santé de prescrire de la méthadone sans exemption en vertu de l'article 56 et d'accroître l'accès à la diacéylmorphine (héroïne de qualité pharmaceutique) pour les personnes ayant une dépendance aux opioïdes. Si le gouvernement fédéral est en mesure d'apporter des changements stratégiques à

^{vii} Il a été décidé, pendant la téléconférence du 12 mars 2018 du Groupe de travail sur le traitement, que la deuxième phase du contrat prendrait la forme d'un compte rendu des mesures prises dans les provinces et territoires, plutôt que d'une analyse des politiques.



la réglementation et a versé 150 millions de dollars aux provinces et territoires pour améliorer le traitement factuel, chaque administration est responsable de la prestation des services.

Comme les méfaits des opioïdes sont ressentis différemment au Canada⁶⁷, les interventions varient selon les provinces et les territoires. Les administrations représentées au sein du Groupe de travail sur le traitement ont pris des mesures pour prévenir de nouvelles pertes de vies attribuables à la crise des opioïdes. Plusieurs provinces et territoires élargissent l'accès à la naloxone. La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario ouvrent d'autres centres de consommation supervisée et de prévention des surdoses. La Colombie-Britannique favorise davantage l'utilisation des bandelettes qui détectent la présence de fentanyl dans d'autres substances pour empêcher que les consommateurs en subissent les méfaits.

Par ailleurs, des efforts ont été déployés pour améliorer ou augmenter les options de traitement et de service. Les provinces et territoires travaillent presque tous à informer les médecins sur la prescription adéquate d'opioïdes et sur les traitements disponibles en cas de trouble lié à l'usage d'opioïdes. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont implanté des cliniques qui donnent un accès rapide au traitement de la dépendance. Le Manitoba a changé sa liste de médicaments couverts pour faciliter l'accès à la buprénorphine-naloxone, et les infirmières praticiennes de l'Ontario peuvent maintenant la prescrire. La Colombie-Britannique et l'Alberta commencent à utiliser l'hydromorphone comme traitement agoniste.

Des campagnes de sensibilisation sont menées au pays pour lutter contre la stigmatisation, mieux faire connaître les dangers du fentanyl et des autres opioïdes et renseigner le public sur la façon d'éviter une surdose ou d'y réagir. La Colombie-Britannique a recours à des services et des mesures de soutien par les pairs, et Terre-Neuve-et-Labrador envisage de faire de même. Les provinces tiennent aussi compte des déterminants sociaux de la santé et augmentent l'aide au logement.

Ensemble, ces mesures s'inscrivent dans une réponse globale qui tient compte des complexités et des différences contextuelles de la crise des opioïdes au Canada. Voir l'annexe C pour en savoir plus sur les initiatives prises par les provinces et territoires représentés dans le Groupe de travail sur le traitement.



Annexe A : pratiques exemplaires pour certaines populations

Aucun examen de la littérature n'a été fait sur les populations mentionnées ci-dessous. La présente annexe ne rend compte que des renseignements obtenus suite à une recherche générale. Pour déterminer les pratiques exemplaires applicables à ces populations, il faudrait effectuer une recherche et une synthèse de la littérature ciblées et approfondies.

Dépistage

Jeunes^{viii}

- Il existe de nombreux outils, mais il n'y a pas de consensus sur les pratiques exemplaires.
 - *Échelle de participation à la consommation d'alcool et de drogue chez les adolescents (AADIS)* : entrevue visant à déterminer si une évaluation de la consommation d'alcool ou de drogue est nécessaire⁶⁸.
 - *CRAFFT* : outil de six questions pour dépister les troubles liés à l'usage de substances et leurs problèmes connexes⁶⁹.
 - *Test de dépistage de l'abus de drogues (DAST) – Adolescents* : outil de 27 questions qui détermine la présence et la gravité de l'usage problématique de substances chez les adolescents⁴³.
 - *GAIN-SS* : outil de 20 questions sur les troubles d'internalisation et d'externalisation, l'abus de substances et le comportement criminel⁴⁴.
- La violence, les agressions et le risque de suicide devraient être pris en considération¹¹.

Personnes vivant avec des douleurs chroniques

- Il existe plusieurs échelles pour déterminer le risque avant ou pendant le traitement aux opioïdes des douleurs chroniques, mais il n'y a pas de consensus sur les pratiques exemplaires^{39,40,70,71,72,73,74}.
 - *Liste de contrôle des comportements liés à la dépendance (Addiction Behaviors Checklist)* : outil de 20 questions pour suivre les comportements liés à la dépendance aux médicaments d'ordonnance⁷⁵.
 - *Outil de dépistage d'Atluri* : liste de 20 questions pour déterminer quels patients avec des douleurs chroniques risquent de faire un mauvais usage des opioïdes d'ordonnance⁷⁶.
 - *Brève entrevue sur les risques* : les cliniciens de la douleur peuvent poser des questions sur la prise de médicaments par le passé, les congés précédents de traitement, les troubles concomitants de santé mentale, l'abus actuel et passé de

viii Les études mentionnées dans cette étude utilisent des définitions variées de « jeunes ». À noter que les recommandations diffèrent selon l'âge chronologique et le stade de développement des jeunes (jeunes, adolescents, jeunes en transition, jeunes adultes, adultes en devenir, etc.)¹¹



substances, les antécédents familiaux d'abus de substances et le niveau de scolarité pour déterminer le risque d'usage problématique d'opioïdes⁷⁷.

- *Mesure actuelle de l'abus d'opioïdes* (Current Opioid Misuse Measure) : outil d'autodéclaration en 17 questions servant à évaluer un possible mésusage d'opioïdes chez les personnes recevant un traitement opioïdes pour des douleurs chroniques⁷⁸.
- *Cote de diagnostic, d'insolubilité, de risque et d'efficacité thérapeutique* (Diagnosis, Intractability, Risk, Efficacy) : échelle d'évaluation permettant aux médecins en soins primaires de prédire l'efficacité des analgésiques et l'utilisation appropriée des traitements opioïdes à long terme⁷⁹.
- *Outil d'évaluation des risques liés aux opioïdes* (Opioid Risk Tool) : instrument autoadministré qui permet d'examiner les antécédents individuels et familiaux de troubles liés à l'usage de substances, les antécédents personnels de violence sexuelle à la préadolescence et certaines maladies psychologiques pour déterminer dans quelle mesure un patient vivant avec des douleurs risque de faire un usage problématique d'opioïdes⁸⁰.
- *Questionnaire sur l'usage de médicaments sur ordonnance* (Prescription Drug Use Questionnaire) : entrevue de 42 questions qu'emploie le clinicien pour évaluer la douleur, l'usage d'opioïdes, les facteurs sociaux et relationnels, les antécédents familiaux et personnels de douleur, l'usage de substances et les problèmes de santé mentale. Les résultats obtenus devraient être pris en compte avec les commentaires des médecins et des membres de la famille et les dossiers médicaux⁸¹.
- *Indice sur le mésusage d'opioïdes d'ordonnance* (Prescription Opioid Misuse Index) : entrevue de six questions qui permet d'évaluer le risque de mésusage chez les consommateurs d'opioïdes d'ordonnance pour traiter la douleur⁸².
- *Outil de dépistage et d'évaluation de l'usage d'opioïdes chez les patients souffrant de douleur* (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised) : outil d'autoévaluation de 24 questions permettant de prévoir les comportements aberrants liés aux médicaments chez les patients souffrant de douleurs chroniques et appelés à suivre une thérapie aux opioïdes à long terme⁸³.
- *Instrument de dépistage du potentiel d'abus de substances* (Screening Instrument for Substance Abuse Potential) : outil de cinq questions pour identifier les personnes vivant avec des douleurs chroniques qui risquent d'abuser des opioïdes; à utiliser conjointement avec le jugement clinique⁸⁴.
- *Outil de dépistage du risque de dépendance* (Screening Tool for Addiction Risk) : 14 questions autoadministrées de type vrai ou faux pour identifier les patients atteints de douleurs chroniques à risque de faire un usage problématique d'opioïdes pendant le traitement⁸⁵.
- Les personnes présentant un risque élevé ou un comportement inattendu associé à la drogue devraient être soumises à un dépistage urinaire¹³.



Évaluation

Jeunes

- La personne devrait faire l'objet d'une évaluation constante et devrait se déplacer entre les diverses composantes du continuum des soins, au besoin²¹.

Personnes vivant avec des douleurs chroniques

- L'évaluation devrait débuter par un relevé détaillé des antécédents de douleur et d'usage problématique de substances, prévoir des analyses d'urine hebdomadaires et encourager le signalement de tout opioïde prescrit par d'autres praticiens¹³.
- *Outil d'évaluation et de documentation de la douleur* (Pain Assessment and Documentation Tool) : outil qui permet d'évaluer l'analgésie, les activités de la vie quotidienne, les effets indésirables et les comportements aberrants liés à la drogue¹³.

Approche communautaire

Jeunes

- Un traitement communautaire dynamique a permis d'améliorer les symptômes psychiatriques et le fonctionnement général et de réduire la durée et la fréquence des admissions à l'hôpital⁸⁶.

Gestion du sevrage

Femmes enceintes

- La désintoxication est à proscrire; le traitement à la méthadone et à la buprénorphine est sûr pendant la grossesse^{7,22}.

Interventions pharmacologiques

Jeunes

- La buprénorphine/naloxone devrait être la thérapie opioïde de première ligne pour les jeunes, et seulement pour ceux qui vivent ou se rendent fréquemment dans des collectivités où la méthadone n'est pas disponible^{87,88}.
- L'utilisation de la buprénorphine, de la méthadone et de la naltrexone peut être envisagée chez les jeunes⁷.

Femmes enceintes

- Il faut amorcer ou poursuivre le traitement par agonistes opioïdes pendant la grossesse^{7,16,87}, le travail et les soins postnatals⁸⁷.



Premières Nations

- La buprénorphine/naloxone devrait être le traitement de première ligne⁸⁷.
- Il faudrait passer de la méthadone à la buprénorphine/naloxone lorsque c'est cliniquement ou géographiquement indiqué⁸⁷.

Personnes vivant avec des douleurs chroniques

- Un traitement aux analgésiques non narcotiques doit d'abord être envisagé⁷. La thérapie aux opioïdes peut être envisagée si les bienfaits du traitement l'emportent sur les risques potentiels. Le traitement devrait être structuré avec des points de contrôle pour valider les progrès, et les mesures applicables en cas de non-observance doivent être acceptées par la personne qui reçoit le traitement et les professionnels de la santé pour assurer la clarté des objectifs et du traitement^{13,89}.
- Le traitement doit être complet et tenir compte à la fois du trouble lié à l'usage d'opioïdes et des douleurs chroniques¹³.

Personnes reconnues coupables d'une infraction

- Le traitement pharmacologique est recommandé et devrait être accessible^{7,23}.
- Il existe un lien entre la thérapie d'entretien à la méthadone amorcée avant, pendant ou après la libération et une plus grande participation au traitement après la sortie de prison, une réduction du risque de décès par surdose et une diminution des rechutes et des comportements à risque pour le VIH associés à la drogue⁶⁴.
- Les injections mensuelles de naltrexone ont donné des taux plus faibles de rechute et ont rallongé la période avant une rechute, comparativement au traitement habituel (counseling de courte durée, orientation vers des programmes de traitement communautaires). Toutefois, les résultats ne se sont pas poursuivis après le traitement⁹⁰.

Interventions psychosociales et comportementales

Jeunes

- Les thérapies comportementales axées sur les techniques de résistance, l'adaptation, la résolution de problèmes et les relations interpersonnelles peuvent renforcer la motivation à changer et ainsi aider les adolescents à rester abstinentes en matière d'usage de substances¹¹.
- La famille (de choix) devrait participer au traitement et recevoir de l'information et du counseling au besoin, y compris dans le cas des jeunes en âge de transition^{9,11,21}.

Premières Nations

- Les programmes devraient être axés sur la communauté, le territoire et la culture⁸⁷.



Personnes vivant avec des douleurs chroniques

- La thérapie cognitivo-comportementale et des activités physiques à intensité progressive recommandées¹³.
- Il faut accorder la priorité à la sensibilisation aux moyens de gérer les syndromes douloureux sans mésusage d'opioïdes⁴⁷.

Personnes reconnues coupables d'une infraction

- L'accès aux options de traitement psychosocial devrait être équivalent à l'accès dans la communauté⁴⁹.

Rétablissement, maintien du mieux-être et soins continus

Premières Nations

- Offrir des soins de suivi culturellement appropriés propices à la guérison individuelle, familiale et communautaire du trouble de stress post-traumatique et du traumatisme intergénérationnel⁸⁷.

Personnes vivant avec des douleurs chroniques

- En cas de rechute, il faut examiner les facteurs qui ont mené à l'incident, puis mettre l'accent sur l'adoption de mécanismes compensatoires et de mesures de soutien pour faire face à ces facteurs¹³.



Annexe B : réviseurs externes

Nous tenons à remercier les personnes suivantes d'avoir fait une révision externe du document.

Kim Corace, Ph.D.

Directrice, Programmes cliniques et recherche, Programme sur la toxicomanie et les troubles concomitants, Centre de santé mentale du Royal à Ottawa
Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa
Chercheure clinique, Institut de recherche en santé mentale du Royal (IRSM)
Psychologue clinicienne

Tony George, Ph.D.

Chef, Division du traitement de la dépendance, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Professeur et codirecteur, Division du cerveau et de la thérapie, Département de psychiatrie, Université de Toronto

Bernie Pauly, Ph.D.

Professeure, École des sciences infirmières, Université de Victoria
Scientifique, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances

D^{re} Ginette Poulin

Directrice médicale
Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
Directrice, Programme de mentorat et de perfectionnement clinique pour les diplômés internationaux en médecine, Enseignement médical postdoctoral, Collège de médecine Max Rady, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba
Médecin de famille
Médecin en dépendance



Annexe C : faits saillants des provinces et territoires

Colombie-Britannique

- En juillet 2017, le ministère de la Santé mentale et des Dépendances a été créé et chargé de diriger la réponse provinciale à la crise des opioïdes. Un centre d'intervention d'urgence en cas de surdose, s'inspirant des pratiques exemplaires en matière de gestion des urgences, a vu le jour en décembre 2017 pour réunir les ressources de la province, des régies de la santé, des municipalités, des Autochtones et des forces de l'ordre et s'attaquer à la crise des surdoses au niveau communautaire.
- La réponse provinciale s'articule autour de quatre grands volets :
 1. Sauver des vies : services destinés aux personnes qui continuent à prendre de la drogue et permettent de réduire le risque de surdoses et leur gravité ou d'intervenir immédiatement en cas de surdose.
 2. Mettre fin à la stigmatisation entourant la dépendance et la maladie mentale : activités qui aident à atténuer les attitudes négatives à l'égard des personnes qui prennent de la drogue et qui pourraient les empêcher de demander et de recevoir de l'aide pour leur usage problématique de substances.
 3. Reconstruire le réseau de services de traitement de la dépendance et de la santé mentale : services de traitement et de rétablissement de la dépendance.
 4. Tenir compte des facteurs sociaux et des diverses mesures de soutien : activités et services qui tiennent compte des facteurs sociaux associés à l'usage de substances, comme le logement, le revenu, l'emploi, le traumatisme intergénérationnel et le développement communautaire.

Sauver des vies

- La province a élargi l'accès à la naloxone sans frais grâce à un vaste programme public de naloxone à emporter qui a permis de distribuer des trousse de naloxone et des boîtes d'intervention en cas de surdose dans plus de 1 000 sites en Colombie-Britannique.
- La province concentre ses efforts sur la vérification de la drogue (mesure de réduction des méfaits); c'est ainsi qu'elle a élargi les services en la matière avec l'utilisation de bandelettes de dépistage du fentanyl dans tous les points de service de prévention des surdoses et de consommation supervisée dans la province. La Ville de Vancouver a acheté un spectromètre infrarouge à transformée de Fourier pour analyser rapidement des échantillons de drogue dans les centres de consommation supervisée d'Insite et de Powell Street Gateway. Les autorités prévoient tirer parti de l'expérience de la Ville de Vancouver et acheter d'autres spectromètres de masse pour d'autres régies de la santé. Le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique (BC Centre on Substance Use) a rendu public un examen des données probantes sur services de vérification de la drogue comme intervention de réduction des méfaits (voir <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/12/Drug-Checking-Evidence-Review-Report.pdf>).



- Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BC Centre for Disease Control) a reçu des fonds de Santé Canada pour lancer un projet pilote visant à faciliter l'accès à des substances plus sûres. Avec ce projet, des personnes qui consomment des opioïdes obtenus dans la filière d'approvisionnement illégal recevraient des comprimés oraux d'hydromorphone. Le projet pilote devrait débuter à l'été 2018.

Mettre fin à la stigmatisation

- La province a lancé en janvier 2018 une campagne de sensibilisation aux surdoses avec les Canucks de Vancouver. Cette campagne invite le public à parler ouvertement de l'usage problématique de substances avec les amis, la famille et les collègues.
- Un nouveau site Web (www.stopoverdoseBC.ca) a été inauguré et prendra encore de l'expansion.
- Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, des pairs et d'autres partenaires ont terminé un projet de recherche de trois ans, le PEEP (Peer Engagement and Evaluation Project, ou projet d'évaluation et d'engagement des pairs). L'objectif du PEEP est de veiller à ce que tous dans la province jouissent d'un même accès aux services de réduction des méfaits. Pour ce faire, des visites ont été faites dans des collectivités de la Colombie-Britannique pour parler aux consommateurs de drogue et aux fournisseurs de services d'engagement des pairs et de réduction des méfaits. Quelques ressources ont été mises au point, y compris un guide s'adressant aux professionnels de la santé qui décrit les principes d'engagement des pairs et des pratiques exemplaires (voir le <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/harm-reduction/peer-engagement-evaluation#Resources>).

Reconstruire le réseau de services de traitement de la dépendance et de la santé mentale

- Le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique a publié des lignes directrices provinciales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Quelques suppléments sur le traitement de ces troubles pendant la grossesse, chez les jeunes et dans les établissements correctionnels devraient être rendus publics dans les prochains mois.
- Pour la faible proportion de personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes qui ne répondent pas avec succès au traitement de première ligne par médicaments oraux (c.-à-d. méthadone, buprénorphine/naloxone et morphine orale à libération prolongée), la province collabore avec les régies de la santé pour élargir l'accès au traitement à l'hydromorphone injectable.
- Les régies régionales de la santé élargissent l'accès rapide au traitement médicamenteux de la dépendance aux opioïdes en prolongeant les heures d'ouverture et en ouvrant de nouvelles cliniques.
- Les fournisseurs de soins de santé ont maintenant accès, par l'entremise du Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, à davantage d'information et de formations sur le traitement de la dépendance grâce à des bourses interdisciplinaires en dépendance, des bourses de recherche rurale offertes par l'initiative « Rural Education Action Plan », des programmes de formation en ligne sur la médecine de la dépendance et le traitement par agonistes opioïdes, des préceptorats, des documents d'orientation clinique, des outils pour les fournisseurs de services et des fiches d'information.



- En particulier, le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique offre un cours de certificat en ligne gratuit aux professionnels de la santé qui souhaitent en apprendre davantage sur la prestation de soins aux personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances (voir le <https://www.bccsu.ca/about-the-online-addiction-medicine-diploma/>).
- En partenariat avec le programme de formation professionnelle continue de l'Université de la Colombie-Britannique, le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique offre un programme provincial de soutien au traitement de la dépendance aux opioïdes pour mieux informer le personnel médical et infirmier, les professionnels paramédicaux et les autres fournisseurs de soins qui jouent un rôle dans le traitement des personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le programme est gratuit et donne un aperçu des lignes directrices provinciales sur le trouble lié à l'usage d'opioïdes (voir le <https://ubccpd.ca/course/provincial-opioid-addiction-treatment-support-program>).

Tenir compte des facteurs sociaux et des diverses mesures de soutien

- En mai 2017, une équipe d'intervention mobile a été mise sur pied dans le cadre du programme d'aide psychosociale aux sinistrés de Health Emergency Management BC. Cette équipe fournit des services dans toutes les régions de la province aux intervenants de première ligne, y compris aux bénévoles et aux pairs. Parmi les services offerts, mentionnons des séances formelles et informelles, des évaluations, de l'information et de la formation psychosociales, des renseignements sur la façon de composer avec le deuil et la perte, des activités de sensibilisation, d'orientation et de promotion de l'esprit d'équipe, et des interventions en cas de traumatisme.
- La province et les régions régionales de la santé collaborent pour élargir l'accès aux services pour les jeunes mal logés et les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et d'usage de substances qui ont besoin de logements supervisés.

Alberta

- Au 28 mars 2018, l'Alberta avait ouvert quatre services de consommation supervisée dans la province, et cinq autres devraient ouvrir en 2018-2019. Le service de Lethbridge est le premier service du genre au Canada à proposer des salles d'inhalation supervisée, et l'Hôpital Royal Alexandra d'Edmonton est le premier modèle de centre de consommation supervisée en milieu hospitalier en Amérique du Nord.
- Le programme albertain de naloxone fournit des trousseaux et donne de la formation sur les surdoses par l'entremise d'organismes de réduction des méfaits, d'organismes communautaires, de pharmacies, de services d'urgence et d'établissements des Services de santé de l'Alberta.
- L'Alberta est à mettre sur pied un programme de courte durée et de durée déterminée de prévention des surdoses qui sera notamment déployé dans les festivals et lors d'autres activités communautaires.
- L'Alberta a lancé une campagne générale de sensibilisation aux opioïdes par l'entremise des Services de santé de l'Alberta et a accordé des subventions aux collectivités pour accroître la sensibilisation.
- L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Alberta continue de communiquer avec les médecins et le public au sujet de la prescription appropriée des opioïdes.



- L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Alberta fournit aux médecins qui prescrivent des opioïdes ou des benzodiazépines des rapports comparatifs sur les habitudes de prescription, dont une liste des patients qui dépassent les doses recommandées.
- L'Alberta a élargi l'accès en ouvrant plusieurs nouveaux centres de traitement dans des régions auparavant mal desservies. De plus, les médecins et les prescripteurs peuvent consulter, par téléphone, un spécialiste de la dépendance aux opioïdes pour obtenir des conseils sur la prescription de médicaments comme la Suboxone et la méthadone, et sur le traitement des patients ayant une dépendance aux opioïdes.
- L'Alberta met en œuvre un programme de thérapie supervisée par agonistes opioïdes injectables à Edmonton et à Calgary pour aider les personnes ayant un grave trouble lié à l'usage d'opioïdes. Les clients du programme devraient recevoir de l'hydromorphone.
- Les ordres de professionnels de la santé ont modifié la réglementation et publié des normes de pratique pour aider les professionnels de la santé dans la prestation de traitement par agonistes opioïdes (p. ex. élimination d'obstacles administratifs pour les médecins qui prescrivent de la Suboxone).
- L'équipe de rétablissement de la dépendance et de santé communautaire (Addiction Recovery and Community Health [ARCH] team), à l'Hôpital Royal Alexandra d'Edmonton, donne des soins holistiques, factuels et centrés sur les patients aux personnes qui ont un trouble actif d'usage de substances ou qui sont victimes d'inégalités sociales. L'ARCH est en voie d'être élargie pour offrir plus de services d'aide aux clients d'Edmonton et permettre son implantation à Calgary.
- Un projet vise à élargir le rôle des soins primaires dans la réponse à la crise des opioïdes (c.-à-d. plus grand accès au traitement en milieu de soins primaires) grâce à un partenariat de l'Ordre des médecins et chirurgiens, de l'Association médicale albertaine, des Services de santé de l'Alberta et des réseaux de soins primaires.
- L'Alberta met en œuvre un projet grâce auquel les patients pourront commencer un traitement à la Suboxone dans les services d'urgence d'Edmonton et de Calgary.
- L'Alberta appuie Stimulus 2018, congrès national sur la réduction des méfaits et les politiques sur la drogue qui se tiendra à Edmonton en octobre 2018.
- Des communautés autochtones et des organismes desservant les Autochtones ont reçu un appui pour la création et le déploiement d'interventions pour remédier à la crise des opioïdes.

Manitoba

- Le système de services en dépendance du Manitoba offre un continuum de services de traitement et d'aide aux jeunes et aux adultes (p. ex. intervention et prévention en milieu scolaire, désintoxication médicale et non médicale en établissement, services communautaires, cliniques de traitement de substitution aux opiacés, traitement spécialisé en établissement de courte et de longue durée, programmes de soins après traitement et services de proximité).
- Pour aider les Manitobains à trouver le bon service, la ligne d'aide sur les dépendances du Manitoba (Manitoba Addictions Helpline) a été créée en novembre 2015 et est exploitée par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.
- Les services de traitement des dépendances sont fournis par la Fondation et plusieurs autres organismes financés par Santé Manitoba, Aînés et Vie active.



- Les mesures sanitaires prises relativement à l'usage et au mésusage d'opioïdes au Manitoba sont coordonnées par une équipe d'intervention dans le système de santé. Le travail est géré de manière à fournir une réponse intégrée, coordonnée et efficace du système.
- L'accès à la Suboxone a augmenté au cours de la dernière année en raison des changements apportés à la liste des médicaments couverts du Manitoba (élimination des critères de couverture pour la Suboxone dans le Régime d'assurance-médicaments provincial) et du soutien de programmes comme le programme d'éducation et de vérification pour les prescripteurs du Manitoba (Manitoba Prescriber Education and Audit Program, ou MPEAP).
- À compter du 20 avril 2017, la Suboxone est passée de la partie 3 (médicaments d'exception) à la partie 1 (médicaments couverts) dans la liste des médicaments couverts du Manitoba, d'où un accès plus facile à ce médicament.
- Le financement accordé par l'entremise du MPEAP a contribué à l'organisation d'un atelier interprofessionnel « Opioïdes 101 » dirigé par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.
- Un programme provincial de distribution de naloxone a été lancé en janvier 2017. Les personnes à risque de surdose d'opioïdes peuvent se procurer gratuitement des trousse de naloxone à emporter à des points de distribution désignés de la province. De plus, elles peuvent recevoir une formation sur la reconnaissance des surdoses et la façon d'intervention dans les points de distribution participants.
- Au 30 septembre 2017, on dénombrait 64 points de distribution de naloxone enregistrés dans les cinq régions régionales de la santé et toutes les Premières Nations. Dans les neuf premiers mois de 2017, plus de 765 trousse de naloxone à emporter ont été distribuées à des personnes à risque de surdose d'opioïdes et plus de 93 ont été utilisées lors de surdoses dans la collectivité.
- La collecte de données s'est améliorée grâce à la mise en place d'un solide système de surveillance des opioïdes, qui recueille des données auprès de nombreux intervenants et fournit des analyses des données pour orienter les programmes de santé publique et les politiques directes. Un rapport sur la surveillance du mésusage et de la surdose d'opioïdes au Manitoba est produit tous les trimestres (en anglais seulement) (voir le <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/opioid.html>).
- Une campagne de sensibilisation a été lancée dans les médias sociaux en novembre 2016, et une page Web a été créée en vue de fournir de l'information au public et aux fournisseurs de services sur les dangers du fentanyl et la façon d'obtenir de l'aide (voir le <http://www.gov.mb.ca/health/mh/overdose/index.fr.html>).
- Des trousse d'information ont été envoyées à toutes les écoles du Manitoba, y compris à celles des Premières Nations, en novembre 2016.
- Un manuel de formation a été préparé et porte sur la prévention des surdoses, leur reconnaissance et la façon d'intervenir. Il donne de l'information sur l'utilisation de la naloxone pour réduire la morbidité et la mortalité par surdose d'opioïdes. Le manuel aide les éducateurs et les formateurs des sites provinciaux de distribution de naloxone à emporter à préparer des bénévoles à prévenir les surdoses, à les reconnaître et à y réagir (voir le http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/docs/training_manual_overdose.pdf).



- Un plus grand financement reçu de l'Agence de la santé publique du Canada servira à renforcer les efforts de réduction des méfaits.

Ontario

- L'Ontario offre une gamme de services et de mesures de soutien qui s'inscrivent dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes.
- La province a des équipes de traitement communautaire dynamique qui offrent des services de proximité et d'orientation vers des ressources de traitement et des services de gestion de cas pour une évaluation individuelle continue et une adaptation des plans de traitement.
- L'accès au traitement de courte durée peut se faire par l'entremise de cliniques de soins contre les dépendances à accès rapide, qui offrent une thérapie par agonistes opioïdes, du counseling, des interventions de réduction des méfaits (p. ex. trousse de naloxone) et des conseils, et ce, jusqu'à ce que les personnes puissent avoir accès à de l'aide de longue durée dans leur collectivité.
- L'Ontario offre des services de prise en charge médicale et non médicale du sevrage en établissement et dans la collectivité; ces services proposent des mesures de soutien supplémentaires, comme la planification du congé et un soutien au rétablissement précoce l'éducation.
- La buprénorphine/naloxone et la méthadone sont des interventions pharmacologiques pour traiter le trouble lié à l'usage d'opioïdes couvertes dans le formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario. Depuis avril 2017, les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire la buprénorphine/naloxone pour améliorer l'accès au traitement.
- La province offre de l'aide psychosociale dans la collectivité comme des conseils sur le mode de vie et du counseling personnel, y compris en prévention des rechutes. Ces services sont offerts dans un cadre individuel, familial ou de groupe; des services de logement supervisé sont aussi disponibles pour favoriser le rétablissement.
- L'Ontario a des programmes de lutte contre la dépendance destinés à des populations particulières, comme les jeunes de 12 à 24 ans, les communautés autochtones et les femmes, y compris les femmes enceintes et les mères.
- Les services de traitement bénéficient d'initiatives visant à renforcer la capacité des fournisseurs de traitement (p. ex. sensibilisation ciblée, formation, aide à la prescription du traitement par agonistes opioïdes pour les équipes de soins interdisciplinaires dans les collectivités qui en ont grandement besoin par l'entremise du Centre de toxicomanie et de santé mentale, possibilités de mentorat pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes par l'entremise du Collège des médecins de famille de l'Ontario, normes de qualité sur ce traitement produites par Qualité des services de santé Ontario et publiées en mars 2018).
- L'Ontario compte plusieurs initiatives de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, les programmes de distribution de naloxone, les services de consommation supervisée et les centres de prévention des surdoses. La naloxone est offerte gratuitement aux Ontariens pour prévenir les surdoses d'opioïdes en vertu de trois programmes principaux, soit le Programme ontarien de distribution de naloxone (PODN), le Programme de naloxone à emporter des établissements correctionnels provinciaux pour les détenus à risque en collaboration avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, et



Le Programme ontarien de distribution de naloxone en pharmacie (PODNP). Le ministère tient à jour une liste (sous la forme d'une carte de localisation) sur son site Web (voir le voir <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenez-une-trousse-de-naloxone-gratuite>). La liste est accessible au public et présente tous les organismes qui participent actuellement aux PODN et PODNP. Le gouvernement a également renforcé les effectifs des services de réduction des méfaits en fournissant de nouveaux fonds pour l'embauche de travailleurs de première ligne et d'employés supplémentaires dans les bureaux de santé publique.

- À l'automne 2017, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé un Groupe d'intervention d'urgence face aux opioïdes qui réunit des représentants des partenaires du système de toute la province, notamment des intervenants de première ligne en réduction des méfaits, en réponse d'urgence et en médecine de la dépendance, en services communautaires de santé mentale et de dépendance, en éducation, en santé publique et en soins primaires, ainsi que des intervenants des municipalités et du milieu hospitalier, des personnes ayant vécu la dépendance, et d'autres partenaires essentiels, afin de renforcer la réponse coordonnée de la province à la crise des opioïdes.
- En décembre 2017, l'Ontario a lancé la première phase d'une campagne d'information publique solide et ciblée visant à sensibiliser le public aux risques liés à l'usage d'opioïdes prescrits et illicites et à la façon il est possible de se protéger et de protéger ses proches contre la dépendance et la surdose.

Nouveau-Brunswick

- Le Nouveau-Brunswick dispose actuellement de programmes de traitement d'entretien à la méthadone, également appelés programmes de traitement de substitution aux opioïdes. Ils sont offerts sous différentes formes : services publics, cabinets de médecins privés ou cliniques spécialisées. Ces services sont maintenant fournis dans la plupart des régions de la province. Les personnes qui reçoivent un traitement de substitution aux opioïdes peuvent aussi participer à divers programmes de counseling individuel ou de réadaptation en établissement.
- Un programme d'accès aux trousse de naloxone à emporter est en cours de déploiement dans la province. Les organismes de lutte contre le sida, par l'entremise de leurs programmes d'échange de seringues, sont en mesure de remettre des trousse de naloxone à emporter aux personnes à risque. De plus, les programmes de prise en charge du sevrage en établissement (programmes de désintoxication) distribueront également ces trousse aux personnes les plus à risque.
- La province a en outre accru sa capacité à rendre compte des données sur les opioïdes, pour une meilleure compréhension de la réalité néo-brunswickoise. Cette page Web présente des renseignements et des outils liés aux opioïdes : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/corporate/promo/opioids.html>
- De plus, l'hyperlien suivant présente des données de surveillance pour la province (voir le http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/SanteMentale/Surveillance-opioides_Nouveau-Brunswick_2017-Q3.pdf pour le plus récent rapport de surveillance disponible).



Terre-Neuve-et-Labrador

- Terre-Neuve-et-Labrador dispose d'un système intégré de prestation de services en santé mentale et en dépendance. La province peut compter sur des services de prévention et de promotion, un programme de travailleurs de proximité auprès des jeunes et des gestionnaires de cas pour les jeunes. Elle envisage d'offrir des programmes d'entraide par les pairs.
- Dans son plan d'action pour le rétablissement, Terre-Neuve-et-Labrador s'est dotée d'un plan d'action provincial pour les services en santé mentale et en dépendance. Ainsi, 54 recommandations, qui concernent toutes les composantes du continuum, sont faites pour le réaménagement de ces services.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, ce sont les quatre régions régionales de la santé qui assurent les services en santé mentale et en dépendance. Ces services varient selon les régions, mais celles-ci offrent toutes des services d'accueil, des séances uniques de counseling (« Doorways ») et des services de counseling en dépendance (évaluation et counseling thérapeutique pour tous les âges).
- Un « navigateur provincial » est au bout du fil pour renseigner le public sur les services offerts dans les régions.
- Il existe trois programmes provinciaux de traitement de la dépendance en établissement :
 - Humberwood (Corner Brook) pour les 19 ans et plus;
 - Grace Centre (Harbour Grace) pour les 18 ans et plus;
 - Hope Valley (Grand Falls) pour les 12 à 18 ans.
- Tuckamore : programme de traitement avec hébergement pour les jeunes de 12 à 18 ans ayant des besoins complexes en santé mentale.
- Services de sevrage
 - Le Centre de rétablissement de St. John's est ouvert aux habitants de la province âgés de 16 ans et plus ayant besoin d'aide pour se sevrer de l'alcool, de la drogue ou du jeu. Il s'agit d'un service de sevrage médical.
- Réduction des méfaits
 - Des trousse de naloxone à emporter sont disponibles à 91 endroits dans la province.
 - Le programme « Safe Works Access » est offert par le Comité SIDA de Terre-Neuve et du Labrador.
- Centre de traitement de l'usage d'opioïdes à St. John's.
- Clinique de méthadone à Corner Brook.
- Ligne téléphonique de crise en santé mentale et ligne téléphonique sur le jeu.

Yukon

- Aucune donnée à jour pour l'instant.



Nunavut

- À l'heure actuelle, le Nunavut ne subit pas autant de méfaits liés aux opioïdes que les autres provinces et territoires au pays. C'est pourquoi le territoire privilégie la tenue de séances de formation sur la naloxone et son accessibilité.



Bibliographie

- ¹ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Protocoles thérapeutiques : Considérations pour l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles thérapeutiques*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.
- ² Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Vers un système de soins axé sur le rétablissement : Ressources pour les prestataires de services et décideurs*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- ³ National Institute on Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (troisième édition), 2018. Consulté sur le site : <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- ⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Medications for opioid use disorder for healthcare and addiction professionals, policymakers, patients and families. Treatment Improvement Protocol no. 63*, 2018. Consulté sur le site : <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- ⁵ Bruneau, J., K. Ahamad, M.-E. Goyer, G. Poulin, P. Selby, B. Fischer, C. Wild et E. Wood. « Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 190 (2018), p. E247-257.
- ⁶ META:PHI améliore les soins prodigués aux personnes en proie aux dépendances. Consulté sur le site : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/artic/metaphi-results-fr.pdf>
- ⁷ Kapman et coll. *National practice guidelines for the use of medication in the treatment of addiction involving opioid use*, Chevy Chase (MD), American Society of Addiction Medicine, 2015.
- ⁸ Handford, C. *Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: Clinical practice guideline*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012.
- ⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Federal guidelines for opioid treatment programs*, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.
- ¹⁰ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General. *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs and health*, Washington (DC), HHS, 2016.
- ¹¹ National Institute on Drug Abuse. *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide*, 2014. Consulté sur le site : <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>
- ¹² British Columbia Centre on Substance Use et B.C. Ministry of Health. *A guideline for the clinical management of opioid use disorder*, 2017. Consulté sur le site : http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf
- ¹³ *Chronic pain and addiction*, vol. 30, Bâle (Suisse), S. Karger AG, 2011.
- ¹⁴ Chavoustie, S., M. Frost, O. Snyder, J. Owen, M. Darwish, R. Dammerman et V. Sanjurjo. « Buprenorphine implants in medical treatment of opioid addiction », *Expert Review of Clinical Pharmacology*, vol. 10, n° 8 (2017), p. 799-807.
- ¹⁵ Compton, W.M. et N.D. Volkow. « Improving Outcomes for Persons With Opioid Use Disorders: Buprenorphine Implants to Improve Adherence and Access to Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 316, n° 3 (2016), p. 277-279.



- ¹⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Tackling opioid dependence: best practice portal*. Consulté sur le site : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/tackling-opioid-dependence_en
- ¹⁷ Garcia-Portilla, M.P., M.T. Bobes-Bascaran, M.T. Bascaran, P.A. Saiz et J. Bobes. « Long term outcomes of pharmacological treatments for opioid dependence : does methadone still lead the pack? », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 77, n° 2 (2014), p. 272-284.
- ¹⁸ George, S. et H. Ekhtiari. « Naltrexone in the treatment of opioid dependence », *British Journal of Hospital Medicine*, vol. 71, n° 10 (2010), p. 568-570.
- ¹⁹ Hill, K.P., L.S. Rice, H.S. Connery et R.D. Weiss. « Diagnosing and treating opioid dependence », *The Journal of Family Practice*, vol. 61, n° 10 (2012), p. 588-597.
- ²⁰ Pauly, B., P. Hasselback et D. Reist. *A public health guide to developing a community overdose response plan*, 2017. Consulté sur le site : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/resource-community-overdose-response-plan.pdf>
- ²¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Treatment improvement protocol (TIP) series, No. 32*, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.
- ²² Soyka, M., H.R. Kranzler, W. van den Brink, J. Krystal, H.-J. Möller et S. Kasper. « The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence », *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 12, n° 3 (2011), p. 160-187.
- ²³ Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Genève (Suisse), Presses de l'Organisation mondiale de la Santé, 2009.
- ²⁴ Penn, R. et C. Strike. *Tisser des liens dans la communauté : programmes d'intervention pour les usagers de drogues*, 2012. Consulté sur le site : <http://www.catie.ca/en/pif/spring-2012/connecting-community-outreach-programs-people-who-use-drugs>
- ²⁵ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Preventing fatal overdoses: A systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2015.
- ²⁶ Organisation mondiale de la Santé. *Community management of opioid overdose*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- ²⁷ Clark, A., C.M. Wilder et E.L. Winstanley. « A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 8, n° 3 (2014), p. 153-163.
- ²⁸ Hawk, K.F., F.E. Vaca et G. D'Onofrio. « Reducing fatal opioid overdose: Prevention treatment and harm reduction strategies », *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 88 (2015), p. 235-245.
- ²⁹ McDonald, R. et J. Strang. « Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria », *Addiction*, vol. 111 (2016), p. 1177-1187.
- ³⁰ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2016.
- ³¹ British Columbia Centre on Substance Use et B.C. Ministry of Health. *Supervised consumption services – Operational Guidance*. Consulté sur le site : <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>



- ³² Potier, C., V. Laprevote, F. Dubois-Arber, O. Cottencin et B. Rolland. « Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145 (2014), p. 48-68.
- ³³ Ogborne, A., B. Larke, D. Plecas, I. Waller et J. Rehm. *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche*, Ottawa, Santé Canada, 2008.
- ³⁴ Fernandes, R.M., M. Cary, G. Duarte, G. Jesus, J. Alarcao, C. Torre, S. Costa, J. Costa et A.V. Carneiro. « Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs- an overview of systematic reviews », *BMC Public Health*, vol. 17, n° 309 (2017).
- ³⁵ Abdul-Quader, A.S., J. Feelemyer, S. Modi, E. S. Stein, A. Briceno, S. Semaan, T. Horvath, G.E. Kennedy et D.C. Des Jarlais. « Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: A systematic review », *AIDS Behavior*, vol. 17 (2013), p. 2878-2892.
- ³⁶ Aspinall, E.J., D. Nambiar, D.J. Goldberg, M. Hickman, A. Weir, E. Van Velzen, N. Palmateer, S.J. Doyle, M.E. Hellard et S.J. Hutchinson. « Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis », *HIV/AIDS*, vol. 43 (2013), p. 235-248.
- ³⁷ Davis, S.M., S. Daily, A.L. Kristjansson, G.A. Kelley, K. Zullig, A. Baus, D. Davidov et M. Fisher. « Needle exchange programs for the prevention of hepatitis C virus infection in people who inject drugs: A systematic review with meta-analysis », *Harm Reduction Journal*, vol. 14 (2017).
- ³⁸ Strike, C., S. Hopkins, T.M. Watson, H. Gohil, P. Leece, S. Young, ... et N. Zurba. *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : partie 1*, Toronto (Ont.), Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits, 2013.
- ³⁹ Bailey, R.W. et K.E. Vowles. « Using screening tests to predict aberrant use of opioids in chronic pain patients: Caveat emptor », *Journal of Pain*, vol. 18 (2017), p. 1427-1436.
- ⁴⁰ Chou, R., G.J. Fanciullo, P.G. Fine, C. Miaskowski, S.D. Passik et R.K. Portenoy. « Opioids for chronic noncancer pain : prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: A review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline », *Journal of Pain*, vol. 10, n° 2 (2009), p. 131-146.
- ⁴¹ Humeniuk, R., R. Ali, T.F. Babor, M. Farrell, M.L. Formigoni, J. Jittiwutikarn, R.B. de Lacerda, W. Ling, J. Marsden, M. Monteiro, S. Nhiwatiwa, H. Pal, V. Poznyak et S. Simon. « Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) », *Addiction*, vol. 103, n° 6 (2008), p. 1039-1047.
- ⁴² Brown, R.L. et L.A. Rounds. « Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in primary care practice », *Wisconsin Medical Journal*, vol. 94, n° 3 (1995), p. 135-140.
- ⁴³ Yudko, E., O. Lozhkina et A. Fotus. « A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32 (2007), p. 189-198.
- ⁴⁴ Stucky, B.D., M.O. Edelen et R. Ramchand. « A psychometric assessment of the GAIN General Individual Severity Scale (GAIN-GISS) and Short Screeners (GAIN-SS) among adolescents in outpatient treatment programs », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 46, n° 2 (2014).
- ⁴⁵ Kellogg, S.H., P.F. McHugh, K. Bell, J.H. Schluger, P. Schluger, K.S. LaForge, A. Ho et M.J. Kreek. « The Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg scale: A new, rapid method for quantifying substance abuse and its possible applications », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69 (2003), p. 137-150.



- ⁴⁶ Brown, R.L., T. Leonard, L.A. Saunders et O. Papasouliotis. « A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 14, n° 2 (2001), p. 95-106.
- ⁴⁷ Schuckit, M.A. « Treatment of opioid-use disorders », *The New England Journal of Medicine*, vol. 375, n° 4 (2016), p. 357-368.
- ⁴⁸ Kosten, T.R., B.J. Rounsaville et H.D. Kleber. « Concurrent validity of the addiction severity index », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 171, n° 10 (1983), p. 606-610.
- ⁴⁹ National Collaborating Centre for Mental Health. *Drug Misuse Psychosocial Interventions. National Clinical Practices Guideline Number 51*, Grande-Bretagne, British Psychological Society et Royal College of Psychiatrists, 2008.
- ⁵⁰ Strobbe, S. « Prevention and Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment for Substance Use in Primary Care », *Primary Care Clinical Office Practice*, vol. 41 (2014), p. 185-213.
- ⁵¹ D'Onofrio, G., P.G. O'Connor, M.V. Pantalon, M.C. Chawarski, S.H. Busch, P.H. Owens, ... et D.A. Fiellin. « Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, n° 16 (2015), p. 1636-1644.
- ⁵² Young, M.S., B. Barrett, M.A. Engelhardt et K.A. Moore. « Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs », *Community mental health journal*, vol. 50, n° 4 (2014), p. 474-479.
- ⁵³ Wesson, D.R. et W. Ling. « The clinical opiate withdrawal scale (COWS) », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 35, n° 2 (2003), p. 253-259.
- ⁵⁴ Drummond, D.C. et K. Perryman. *Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: A literature review*, 2007. Consulté sur le site : http://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf?ua=1
- ⁵⁵ Ferri, M., M. Davoli et C.A. Perucci. « Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals », *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, 2011. Consulté sur le site : <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003410.pub4/full>
- ⁵⁶ van den Brink, W. « Heroin assisted treatment », *British Medical Journal*, vol. 339 (2009), p. b4545.
- ⁵⁷ Lintzeris, N. « Prescription of heroin for the management of heroin dependence », *CNS drugs*, vol. 23, n° 6 (2009), p. 463-476.
- ⁵⁸ Strang, J., N. Metrebian, N. Lintzeris, L. Potts, T. Carnwath, S. Mayet, ... et T. Groshkova. « Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial », *The Lancet*, vol. 375, n° 9729 (2010), p. 1885-1895.
- ⁵⁹ Strang, J., T. Groshkova, A. Uchtenhagen, W. van den Brink, C. Haasen, M.T. Schechter, ... et E. Oviedo-Joekes. « Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction » *British Journal of Psychiatry*, vol. 207, n° 1 (2015), p. 5-14.
- ⁶⁰ Oviedo-Joekes, E., S. Brissette, D.C. Marsh, P. Lauzon, D. Guh, A. Anis et M.T. Schechter. « Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction », *New England Journal of Medicine*, vol. 361 (2009), p. 777-786.
- ⁶¹ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Faire son choix, réussir son parcours*, 2016. Consulté sur le site : http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/making-the-choice/Pages/default.aspx



- ⁶² Dugosh, K., A. Abraham, B. Seymour, K. McLoyd, M. Chalk et D. Festinger. « A systematic review of the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 10, n° 2 (2016), p. 91-101.
- ⁶³ Amato, L., S. Minozzi, M. Davoli et S. Vecchi. « Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments along for treatment of opioid dependence », *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, 2011. Consulté sur le site : <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004147.pub4/abstract>
- ⁶⁴ Ayanga, D., D. Shorter et T.R. Kosten. « Update on pharmacotherapy for treatment of opioid use disorder », *Expert opinion on Pharmacotherapy*, vol. 17, n° 17 (2016), p. 2307-2318.
- ⁶⁵ Bell, J. « Pharmacological maintenance treatment of opiate addiction », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 77, n° 2 (2012), p. 253-263.
- ⁶⁶ Carroll, K.M. et R.D. Weiss. « The role of behavioral interventions in buprenorphine maintenance treatment: A review », *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n° 8 (2017), p. 738-747.
- ⁶⁷ Gouvernement du Canada. *Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes*, 2017. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioïdes/decès-liés-opioïdes.html>
- ⁶⁸ Moberg, D.P. *Screening for alcohol and other drug problems using the Adolescent Alcohol and Drug Involvement Scale (AADIS)*, Madison, Wisc., Center for Health Policy and Program Evaluation, 2003.
- ⁶⁹ Knight, J.R., L. Sherritt, L.A. Shrier, S.K. Hairr et G. Change. « Validity of the CRAFFT substance abuse and screening test among adolescent clinic patients », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 156 (2002), p. 607-614.
- ⁷⁰ Claxton, R. et R.M. Arnold. « Screening for opioid misuse and abuse #244 », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 14, n° 11 (2011), p. 1260-1261.
- ⁷¹ dela Cruz, A.M. et M.H. Trivedi. « Opioid addiction screening tools for patients with chronic noncancer pain », *Texas Medicine*, vol. 111, n° 2 (2015), p. 61-65.
- ⁷² Gianutsos, L.P. et S. Safrenek. « Is there a well-tested tool to detect drug-seeking behaviors in chronic pain patients? », *Journal of Family Practice*, vol. 57, n° 9 (2008), p. 609-610.
- ⁷³ Passik, S.D., K.L. Kirsh et D. Casper. « Addiction-related assessment tools and pain management: instruments for screening, treatment planning, and monitoring compliance », *Pain Medicine*, vol. 9, suppl. 2 (2008), p. S145-S166.
- ⁷⁴ Turk, D.C., K.S. Swanson et R.J. Gatchel. « Predicting opioid misuse by chronic pain patients: A systematic review and literature synthesis », *Clinical Journal of Pain*, vol. 24, n° 6 (2008), p. 497-508.
- ⁷⁵ Wu, S.M., P. Compton, R. Bolus, B. Schieffer, Q. Pham, A. Baria, ... et B.D. Naliboff. « The addiction behaviors checklist: Validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 32, n° 4 (2006), p. 342-351.
- ⁷⁶ Atluri, S.L. et G. Sudarshan. « Development of a screening tool to detect the risk of inappropriate prescription opioid use in patients with chronic pain », *Pain Physician*, vol. 7 (2014), p. 333-338.
- ⁷⁷ Jones, T., S. Lookatch, P. Grant, J. McIntyre et T. Moore. « Further validation of an opioid risk assessment tool: The brief risk interview », *Journal of Opioid Management*, vol. 10, n° 5 (2014), p. 353-364.
- ⁷⁸ Butler, S.F., S.H. Budman, K.C. Fernandez, B. Houle, C. Benoit, N. Katz et R.N. Jamison. « Development and validation of the current opioid misuse measure », *Pain Medicine*, vol. 130, n° 1 (2007), p. 144-156.



- ⁷⁹ Belgrade, M.K., C.D. Schamber et B.R. Lindgren. « The DIRE score: Prediction outcomes of opioid prescribing for chronic pain », *Journal of Pain*, vol. 7, n° 9 (2006), p. 671-681.
- ⁸⁰ Webster, L.R. et R.M. Webster. « Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool », *Pain Medicine*, vol. 6, n° 6 (2005), p. 432-442.
- ⁸¹ Compton, P., J. Darakjian et K. Miotto. « Screening for addiction in patients with chronic pain and 'problematic' substance use: Evaluation of a pilot assessment tool », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 16, n° 6 (1998), p. 355-363.
- ⁸² Knisely, J.S., M.J. Wunsch, K.L. Cropsey et E.D. Campbell. « Prescription opioid misuse index: A brief questionnaire to assess misuse », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 35 (2008), p. 380-386.
- ⁸³ Butler, S.F., K. Fernandez, C. Benoit, S.H. Budman et R.N. Jamison. « Validation of the revised screener and opioid assessment for patients with pain (SOAPP-R) », *Journal of Pain*, vol. 9, n° 4 (2008), p. 360-372.
- ⁸⁴ Coombs, R.B., J.L. Jarry, A.D. Santhiapillai, R.V. Abrahamsohn et C.M. Atance. « The SISAP: A new screening instrument for identifying potential opioid abusers in the management of chronic nonmalignant pain within general medical practice », *Pain Research and Management*, vol. 1, n° 3 (1996), p. 155-162.
- ⁸⁵ Friedman, R., V. Li et D. Mehrotra. « Treating pain patients at risk : evaluation of a screening tool in opioid-treated pain patients with and without addiction », *Pain Medicine*, vol. 4, n° 2 (2003), p. 182-185.
- ⁸⁶ Vijverberg, R., R. Ferdinand, A. Beekman et B. van Meijel. « The effect of youth assertive community treatment: A systematic PRISMA review », *BMC Psychiatry*, vol. 17, n° 1 (2017), p. 284-302.
- ⁸⁷ Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins. *Rapport final*, 2016. Consulté sur le site : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2016/10/ontario-adopte-des-mesures-pour-prevenir-labus-dopioïdes.html>
- ⁸⁸ Connery, H.S. « Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 23, n° 2 (2015), p. 63-75.
- ⁸⁹ Portico. *Prescribing opioids to patients at high risk of addiction. Primary care addiction toolkit*. Consulté sur le site : <https://www.porticonetwork.ca/web/opioid-toolkit/prescribing/prescribing-opioids-patients-at-risk>
- ⁹⁰ Lee, J.D., P.D. Friedmann, T.W. Kinlock, E.V. Nunes, T.Y. Boney, R.A. Hoskinson Jr, ... et M.N. Gourevitch. « Extended-release naltrexone to prevent opioid relapse in criminal justice offenders », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, n° 13 (2016), p. 1232-1242.