



Traitement involontaire du trouble lié à l'usage de substances grave¹

Points clés

- Au Canada, le débat entourant le traitement involontaire du trouble lié à l'usage de substances grave (TLUS grave) tourne autour du besoin de tenir compte des soins fondés sur des données probantes, de la sécurité publique ainsi que des droits de la personne.
- On recourt généralement au traitement involontaire lorsque la personne présente un risque pour elle-même ou pour les autres et qu'elle est inapte à prendre des décisions thérapeutiques éclairées parce qu'elle souffre d'un TLUS grave et d'un trouble concomitant de santé mentale.
- Le TLUS grave coexiste souvent avec des troubles de santé mentale, d'où l'importance d'adopter des approches de soins intégrées.
- Au Canada, les options de traitement volontaire du TLUS grave sont limitées, et des obstacles nuisent à l'engagement des patients et à la poursuite de leurs soins.
- L'utilisation du traitement involontaire à l'international soulève des soucis éthiques, fournit peu de données sur ses avantages et met en lumière une augmentation des méfaits pour la santé, notamment un risque de mortalité plus élevé post-traitement.
- Les données actuelles ne montrent pas que les avantages du traitement involontaire l'emportent sur les coûts et les méfaits. D'autres recherches sont nécessaires pour guider la conception et l'efficacité de ce traitement.

¹ Ce document fait partie d'une série de rapports préparés par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) pour aider les gens et les communautés à comprendre et à contextualiser les solutions et ressources complexes concernant la santé liée à l'usage de substances et le bien-être. Nous vous invitons à consulter des documents sur le traitement par agonistes opioïdes (CCDUS, 2024a), l'analyse de substances (CCDUS, 2024b) et les sites de consommation supervisée (CCDUS, 2024c). Les résultats de recherche présentés ici reposent principalement sur une analyse de la littérature grise et de la littérature scientifique de 2016 à 2024. Des études antérieures ont été incluses lorsqu'aucune recherche récente n'était disponible. La priorité a été accordée aux synthèses de données probantes et aux documents canadiens, mais des études internationales ont été incluses lorsqu'aucun contenu canadien n'était disponible.



Survol

Le présent document explore la question du traitement involontaire du TLUS grave en se basant sur les données probantes, les lois et les différentes perspectives sur le sujet. Il donne une bonne vue d'ensemble des problèmes associés à cette pratique pour les décideurs, les professionnels de la santé et les responsables de politiques et de programmes, et fait ressortir les nuances de ce sujet complexe, notamment l'intersection entre la santé liée à l'usage de substances, le traitement, les droits de la personne et la sécurité publique.

Ce document vise à orienter, au moyen de données probantes, les discussions sur le traitement involontaire. Le débat politique sur le traitement involontaire du TLUS grave au Canada, qui prend de plus en plus de place, découle des vastes méfaits, des décès par surdose, de la fragmentation du système d'aide et de soins, ainsi que des risques pour la sécurité publique.

On parle de traitement involontaire lorsqu'une personne est temporairement détenue à l'hôpital ou dans un centre de traitement sans son consentement parce que des professionnels de la santé ou, plus rarement, des juges et des premiers intervenants ont décidé qu'elle présentait un risque grave pour elle-même ou pour les autres en raison d'un trouble de santé mentale et d'une incapacité à prendre des décisions thérapeutiques à cause d'un TLUS grave. La personne peut seulement quitter l'établissement lorsqu'un médecin considère que le risque est atténué ou sous contrôle.

Le traitement involontaire est déjà pratiqué au Canada, mais s'applique principalement aux troubles de santé mentale. En général, pour le TLUS grave, il est seulement envisagé lorsqu'il y a comorbidité avec un trouble de santé mentale diagnostiqué, bien que ce ne soit pas clairement précisé dans la plupart des lois.

Les règlements encadrant le traitement involontaire ne sont pas régis par le *Code criminel*, mais plutôt par la loi sur la santé mentale de chaque province et territoire. Ces lois sont distinctes, et la plupart définissent le terme « trouble » sans faire référence à la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* (American Psychiatric Association, 2013), largement utilisé, ce qui sème la confusion concernant le potentiel d'application au trouble lié à l'usage de substances (TLUS).

Par ailleurs, l'efficacité du traitement involontaire pour un TLUS ou un TLUS grave ne fait pas l'unanimité, puisque les données probantes soutenant cette approche manquent de rigueur. On y voit entre autres des implications éthiques et de droits de la personne, et on s'inquiète de l'intégration de ce traitement aux systèmes sociaux et de santé généraux existants pour le TLUS grave.

Qu'est-ce qu'un traitement involontaire?

Dans le présent document, le traitement involontaire est défini comme l'admission d'une personne, sans son consentement, dans un établissement de soins par un médecin ou une



autorité juridique pour un TLUS grave, lorsque cette personne est considérée comme : 1) inapte à prendre des décisions éclairées; et 2) présentant un risque pour sa sécurité ou celle des autres (Hall et coll., 2014; O'Reilly et Gray, 2014).

Le traitement involontaire comprend généralement l'hospitalisation ou des soins psychiatriques pour une période limitée, mais possiblement répétée. Les interventions permises dans ces établissements diffèrent selon la province ou le territoire : certaines régions autorisent l'offre de médicaments et de thérapie, alors que d'autres se contentent de surveiller la personne jusqu'à ce que son état se stabilise et de lui administrer un traitement.

Le traitement involontaire peut également se présenter comme l'admission d'une personne refusant des soins médicaux vitaux – comme le traitement d'une infection grave – afin qu'elle reçoive les soins d'urgence nécessaires pour prévenir des préjudices graves, voire la mort. Cette approche peut être nécessaire lorsqu'une personne est incapable de consentir convenablement à des soins d'urgence en raison de facultés de jugement affaiblies ou d'une inaptitude à comprendre les risques.

D'après des discussions récentes à l'échelle nationale, il n'est pas clair si les lois provinciales et territoriales en matière de santé mentale autorisent le traitement involontaire pour un TLUS grave seul. Le traitement involontaire n'a rien de nouveau; il est déjà régi par ces lois, avec une portée et des dispositions variées qui s'appliquent aux diagnostics de santé mentale (Fischer et coll., 2002; O'Reilly et Gray, 2014).

Le traitement sous contrainte est différent du traitement involontaire et est parfois considéré comme un mécanisme du système de justice pénale visant à influencer sur une personne pour qu'elle suive un traitement. Dans ce cas, le refus de participer peut mener à des sanctions pénales (p. ex. l'incarcération) (Berg et Burke, 2023).

Les objectifs du traitement involontaire sont souvent absents du débat public actuel. Parfois, on y a recours pour protéger une personne de dangers imminents, et la retirer de son milieu peut en effet efficacement prévenir le décès ou les préjudices durant la période d'admission.

Si le risque accru menaçant une personne découle d'une infection liée à l'injection de substances, par exemple, il est possible de l'atténuer durant l'admission. Il est également possible d'établir un lien avec la personne si elle ne présente pas de symptômes d'intoxication. Toutefois, la réussite à long terme peut nécessiter des mois de traitement, et souvent l'utilisation de médicaments d'ordonnance. La possibilité de répercussions à long terme d'un traitement involontaire est abordée plus loin.

Qu'est-ce que le trouble lié à l'usage de substances grave?

Le présent document se penche sur le TLUS grave du point de vue de la santé liée à l'usage de substances. Il s'agit d'un cadre conceptuel selon lequel la consommation s'inscrit dans un continuum, qui va de l'absence d'usage à divers niveaux de risque (Association



communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions, 2024). Le cadre insiste sur le fait que tout le monde se trouve quelque part sur le continuum, peu importe sa relation aux substances, et que ce positionnement peut varier au fil du temps ou selon la substance. Une approche de santé liée à l'usage de substances encourage la prise de décisions éclairées tout en abordant la stigmatisation sur l'entièreté du continuum.

Dans le contexte du traitement involontaire, la santé liée à l'usage de substances met de l'avant l'importance de traiter le TLUS comme un problème médical et social, plutôt que comme un problème criminel ou de jugement moral.

Le TLUS grave est un trouble médical et social complexe qui affecte le cerveau, le comportement, les relations et le bien-être général d'une personne en raison de difficultés à gérer l'usage de substances. Il se caractérise habituellement par un usage de substances chronique – alcool, drogues – qui nuit grandement à la santé et à la vie sociale de la personne ou des gens qui l'entourent.

Même si les lois canadiennes sur la santé mentale ne mentionnent pas le DSM-5, il s'agit de l'outil d'évaluation diagnostique de base pour le TLUS au pays. Le TLUS est classé comme léger, modéré ou grave, selon les 11 critères de diagnostic du DSM-5. Une personne peut recevoir un diagnostic de TLUS si elle répond au moins à six des critères.

Le présent document fait la distinction entre le TLUS et le TLUS grave, selon les définitions présentées; les cas de TLUS ne sont pas tous « graves ». Dans ce document, nous utilisons la terminologie médicale du diagnostic de TLUS, par opposition à « dépendance » (qui n'est pas un diagnostic en soi et peut être stigmatisant).

Le TLUS grave peut découler de facteurs individuels, sociaux et structureaux comme la pauvreté, l'instabilité résidentielle, le racisme systémique et les traumatismes (Smye et coll., 2023; Whitesell et coll., 2013). Il peut miner les relations, mener à une perte d'emploi ou à une instabilité résidentielle et entraîner de la discrimination ou de la criminalisation (Cohen et coll., 2022; Lin et coll., 2024).

L'usage de substances peut aggraver les risques de préjudices à soi-même ou aux autres, comme des problèmes de santé, de la violence et des traumatismes (Gratz et Tull, 2010). La stigmatisation entourant l'usage de substances isole encore davantage les personnes usant de substances et crée des obstacles à l'accès aux soins (Cernasev et coll., 2021).

Au moins la moitié des personnes atteintes d'un TLUS vivent avec une combinaison de troubles de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, qui aggravent ou compliquent leurs efforts pour améliorer leur santé (Bahji, 2024; Lai et coll., 2015; Sullivan et coll., 2020). Le TLUS se traduit par une modification du comportement qui peut être le résultat d'altérations négatives de la fonction et de la structure du cerveau, ou encore de lésions cérébrales. Par exemple, le manque d'oxygène survenant lors d'une surdose d'opioïdes peut causer des lésions cérébrales, alors que l'usage de stimulants comme la méthamphétamine



ou la cocaïne peut perturber les circuits neuronaux et ainsi causer des problèmes cognitifs et comportementaux (Lappin et Sara, 2019; Winstanley et coll., 2021).

Le traitement involontaire est-il efficace et fondé sur des données probantes?

Les données prouvant l'efficacité du traitement involontaire pour le TLUS grave sont limitées (Bahji et coll., 2023; Vélez et coll., 2023; Werb et coll., 2016). Les études sont menées dans différents milieux et sont souvent dépourvues de comparaisons rigoureuses, ce qui rend difficile l'établissement de conclusions claires sur les bienfaits.

Selon des revues de la littérature, même si certaines études semblent indiquer que le traitement involontaire peut prolonger la participation aux programmes de traitement, la plupart des gens ne montrent pas une réduction substantielle de l'usage de substances ou de la probabilité de récidive criminelle (Bahji et coll., 2023; Kisely et coll., 2024). Dans certains cas, le traitement involontaire a été associé à des résultats cliniques négatifs, comme l'augmentation du risque de surdose ou de décès (Ledberg et Reitan, 2022; Scarpa et coll., 2023; Rafful et coll., 2018; Werb et coll., 2016).

En règle générale, les avantages du traitement involontaire sont essentiellement anecdotiques, et il manque d'études de haute qualité qui permettraient de déterminer son efficacité par rapport au traitement volontaire ou même à l'absence de traitement (Pilarinos et coll., 2020). C'est particulièrement le cas pour le TLUS grave (Coleman et coll., 2021; Hall et coll., 2014).

Les programmes de traitement involontaire sont coûteux et nécessitent beaucoup de ressources (Bahji et coll., 2023). Dans le contexte général du traitement et des autres aides pour les lacunes en santé liée à l'usage de substances, l'attention accrue portée au traitement involontaire pourrait détourner des ressources pouvant être consacrées à des traitements communautaires plus économiques et à des services de prévention mieux appuyés par la science et s'attaquant plus largement à la réduction des méfaits associés à l'usage de substances.

Par ailleurs, la peur de subir un traitement involontaire pourrait décourager les personnes dans le besoin de recourir à des soins volontaires ou bien les amener à mettre fin au traitement avant d'atteindre leurs objectifs thérapeutiques.

Qu'en pensent les patients, les soignants et les professionnels de la santé?

Patients

Bien que certains patients associent le traitement involontaire en santé mentale à un sentiment de sécurité, d'autres rapportent des traumatismes et de la peur (Seed et coll., 2016). Les patients passant du temps dans les milieux de traitement involontaire disent ne pas s'y sentir en sécurité en raison de la violence, des agressions et de l'intimidation



présentes (Jenkin et coll., 2022). Il arrive parfois que le traitement involontaire ne tienne pas compte des traumatismes passés (Health Justice, 2024), ce qui accentue lesdits traumatismes. De nombreuses femmes traitées contre leur gré ont été soumises à une violation de leur vie privée et exposées à une proximité non voulue à des hommes, et ont vécu de nouveaux traumatismes (Hennesey et coll., 2023). Les parents subissant un traitement involontaire sont souvent séparés de leurs enfants sans qu'on les aide à préserver leur relation (Tseris et coll., 2022).

L'obtention de résultats positifs après le traitement est associée à des soins axés sur la personne (perçus ou réels) et à la présence de forts liens thérapeutiques avec les professionnels de la santé, mais ne sont pas toujours observables dans un contexte de traitement involontaire (Seed et coll., 2016). La disposition à changer ainsi que des objectifs et résultats de traitement axés sur le patient favorisent la réussite d'un traitement pour le TLUS, mais ces éléments ne sont pas toujours présents dans le traitement involontaire (Taha, 2018).

Soignants

Selon une étude sur le traitement involontaire pour le TLUS, les patients, les soignants (parents y compris) et les familles soulignent le besoin criant d'amélioration des options thérapeutiques volontaires qui permettraient de ne pas avoir recours au traitement involontaire (Chau et coll., 2021). Les participants revendiquent l'autonomie individuelle, la représentation par les pairs et l'exclusion des forces de l'ordre dans le contexte de rencontres de traitement involontaire. Les personnes qui avaient effectué une consultation de santé mentale avec un médecin de famille ou un psychiatre dans la semaine précédant l'admission à l'hôpital étaient moins susceptibles d'être admises contre leur gré (Lebenbaum et coll., 2018). Cela porte à croire que l'hospitalisation involontaire peut être partiellement évitée grâce à des soins communautaires qui traitent tôt les crises psychiatriques.

Professionnels de la santé

Les professionnels de la santé signalent une détresse morale légère à élevée lors du recours au traitement involontaire, notamment en raison des échecs systémiques (Walt et coll., 2022). Ils se montrent également préoccupés par la participation des forces de l'ordre et du système de justice pénale dans le processus d'engagement juridique. La plupart des professionnels de la santé voient le traitement involontaire comme un dernier recours.

À-t-on recours au traitement involontaire au Canada?

Le traitement involontaire est permis au Canada pour les gens ayant un TLUS grave et un trouble de santé mentale concomitant.

Chaque province et territoire dispose de ses propres lois gouvernant le traitement involontaire pour les troubles de santé mentale. Même si ces lois ont des dispositions communes, elles varient légèrement.



Pour être admissible au traitement involontaire, une personne doit avoir un diagnostic de trouble de santé mentale. Cependant, les lois provinciales et territoriales en matière de santé mentale ne précisent pas explicitement si le TLUS constitue ou non un trouble de santé mentale, ce qui cultive l'ambiguïté en ce qui a trait à l'inclusion d'un TLUS grave. Résultat : selon les interprétations actuelles, les personnes atteintes d'un TLUS ne peuvent être soumises à un traitement involontaire que si elles ont également un diagnostic de trouble de santé mentale.

Toutes les lois provinciales et territoriales en matière de santé mentale exigent qu'une personne présente un risque pour sa propre sécurité et celle des autres pour qu'un traitement involontaire soit envisagé. Elle pourrait par exemple refuser un traitement pouvant lui être vital, si le refus est associé à son état de santé mentale ou à son usage de substances.

L'entièreté du processus comprend des mécanismes de vérification et de contrôle de la part de professionnels de la santé, particulièrement lorsqu'il est question du renouvellement du traitement involontaire. Le processus débute généralement par une évaluation d'un médecin, confirmée par un deuxième, ou peut découler d'une ordonnance d'un tribunal. La personne concernée est donc détenue contre son gré pour une courte période, entre 24 et 72 heures selon la province ou le territoire. Si on considère toujours que la personne présente un risque pour elle-même ou pour les autres ou qu'elle est incapable de consentir sciemment, elle pourrait être détenue plus longtemps (la durée varie selon la région) avec possibilité de renouvellement.

Bon nombre de provinces et territoires proposent des traitements volontaires et communautaires après un traitement involontaire afin de réduire les admissions répétées; toutefois, cette option n'est pas toujours proposée, même si elle est disponible. Une première admission en traitement involontaire signifie généralement qu'il est plus facile pour un professionnel de la santé de traiter involontairement le patient à nouveau, en vertu de la loi.

À-t-on recours au traitement involontaire en dehors du Canada?

Le traitement involontaire pour l'usage de substances, y compris les troubles de consommation d'alcool et de drogues, a été adopté dans divers pays.

En Suède, la « Loi LVM » (aussi décrite comme une loi autorisant les soins obligatoires fermés pour les adultes atteints d'un TLUS) permet le traitement involontaire d'une personne présentant un risque de préjudice grave en raison de l'usage de substances et refusant d'être traitée (Ledberg et Reitan, 2022; Scarpa et coll., 2023). Cela dit, seulement 20 % des personnes traitées ainsi sont détenues plus de deux semaines.



De même, la Suisse a adopté en 2013 une loi autorisant le traitement involontaire des personnes atteintes d'un TLUS grave ou de troubles de santé mentale, mais son utilisation reste relativement rare et varie selon les régions (Habermeyer et coll., 2018).

En Australie, la Nouvelle-Galles-du-Sud a mis sur pied l'Involuntary Drug and Alcohol Treatment Program (Programme de traitement involontaire de la consommation de drogues et d'alcool) en 2012, selon lequel les personnes peuvent être détenues si elles présentent un TLUS grave et sont incapables de prendre des décisions (Kisely et coll., 2024; Vuong et coll., 2022).

Aux États-Unis, l'État du Massachusetts peut détenir des personnes dans un établissement psychiatrique ou les forcer à suivre un programme de traitement pour un maximum de 90 jours en vertu de la « Section 35 », une loi de l'État, si leur usage de substances les expose à un risque imminent (Sinha et coll., 2020). Les personnes sont parfois envoyées dans un établissement correctionnel lorsque les soins de traitement ne sont pas disponibles.

Quelles sont les lacunes et les formes d'aide en santé liée à l'usage de substances au Canada?

L'examen du traitement de l'usage de substances au Canada apporte des renseignements essentiels sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et les résultats du traitement volontaire actuel. Il souligne également les lacunes dans les options thérapeutiques actuelles en cas de TLUS grave.

Plusieurs modèles de soins basés sur la culture sont utilisés au pays. De manière générale, il existe le modèle occidental, qui voit la santé comme une absence de maladie et propose un traitement comportemental et des médicaments.

Selon les approches de guérison des Premières Nations, des Métis et des Inuits, la santé et l'usage des substances sont liés au bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel.

D'autres groupes ont également leur modèle distinct, et les systèmes de santé liée à l'usage de substances intègrent de plus en plus ces différentes perspectives (Sansone et coll., 2022).

Mécanismes de soutien

Pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO), le traitement par agonistes opioïdes (TAO), qui se fait notamment par l'administration de méthadone et de buprénorphine ou de suboxone, est la référence (Bruneau et coll., 2018; Strang et coll., 2020; Yakovenko et coll., 2024). Le TAO est une pharmacothérapie sûre et efficace qui sauve des vies et est considérée comme une bonne pratique dans la prise en charge du TLUO. En plus de réduire les risques de surdose et de décès, il peut servir à stabiliser l'état des personnes vivant avec un TLUO, tout en leur donnant la possibilité de participer davantage à des services de counseling et d'aide psychosociale visant à améliorer la santé et le bien-être (Centre



canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024). Toutefois, le TAO n'est pas offert à toutes les personnes qui le souhaitent, et plusieurs éléments peuvent faire obstacle à son accès (O'Connor et coll., 2020; Pilarinos et coll., 2023; Piske et coll., 2020; Socias et coll., 2022).

Lacunes

Au Canada, le contexte social et médical entourant la santé liée à l'usage de substances présente des lacunes importantes, particulièrement pour les personnes atteintes d'un TLUS grave. Même si le TLUS est généralement un problème chronique nécessitant des soins continus, les options actuelles fondées sur des données probantes sont limitées et parfois même inadaptées aux cas graves.

Dans le cas du trouble lié à l'usage de stimulants, comme la méthamphétamine, le manque d'offre de traitements et d'efficacité est encore plus criant. Aucun traitement pharmacologique n'a été approuvé et, quoique certaines approches psychosociales présentent des avantages (p. ex. gestion des contingences), elles ne font pas partie de l'offre de soins classique (Farrell et coll., 2019; Hersi et coll., 2024; Minozzi et coll., 2024; Ronsley et coll., 2020).

Malgré les efforts d'expansion des services de santé liée à l'usage des substances, des failles importantes persistent en raison d'obstacles systémiques, particulièrement dans les communautés rurales, éloignées et méritant l'équité (Martin et coll., 2018). Les contraintes de ressources pour le traitement d'un TLUS – comme le financement, la qualification des professionnels et l'infrastructure – engendrent des délais, des soins non uniformes ou inférieurs, et des obstacles au soutien, surtout pour les personnes atteintes d'un TLUS grave (Santé Canada, 2019).

Par conséquent, bon nombre de personnes atteintes d'un TLUS ne sont pas traitées, abandonnent rapidement les soins ou dépendent des services d'urgence. Cette situation peut également faire en sorte que le traitement involontaire ou sous contrainte devienne le premier point d'accès aux soins (Berg et Burke, 2023). Des expériences antérieures négatives avec les services médicaux et sociaux peuvent même dissuader les gens de se faire traiter, notamment après avoir vécu du racisme, de la stigmatisation ou de mauvaises expériences de vie, comme une agression sexuelle (Livingston, 2020). Ces personnes peuvent également faire de l'autostigmatisation et ressentir de la gêne ou de la honte par rapport au traitement, ce qui les empêche parfois de poursuivre leurs soins et ainsi d'obtenir les résultats souhaités.

Comment le traitement involontaire s'applique-t-il aux enfants de moins de 18 ans?

Le traitement involontaire pour les enfants de moins de 18 ans est généralement régi par des lois distinctes puisque leur situation est différente. Il n'y a d'ailleurs pas d'âge du consentement établi au Canada; on parle plutôt d'attentes quant à la compréhension de ce



à quoi on consent (Coughlin, 2018). Par conséquent, les enfants de moins de 18 ans peuvent consentir au traitement volontaire.

Le traitement involontaire pour les enfants de moins de 18 ans est permis en vertu de certaines lois sur les soins sécuritaires dans sept provinces (Alberta, Ontario, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec et Saskatchewan) (Hanon, 2016). Ces lois autorisent une telle intervention à l'initiative des parents ou des tuteurs lorsque l'enfant présente un risque pour soi ou pour les autres justifié par un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances, et peut être imposée par le tribunal. Cependant, les répercussions du traitement involontaire sur les enfants de moins de 18 ans restent complexes et peu étudiées.

Les études montrent que lorsque des enfants sont soumis à un traitement involontaire pour des problèmes psychiatriques (TLUS grave exclu), leur confiance envers les professionnels de la santé est minée, ce qui les amène à cacher leurs pensées suicidaires ou les décourage à chercher de l'aide plus tard (Jones et coll., 2021). Même si certains enfants de moins de 18 ans rapportent des résultats positifs, comme un meilleur soutien familial et un accès élargi aux soins, la majorité décrit le traitement involontaire comme punitif, plutôt que thérapeutique (Jones et coll., 2021).

Une étude menée en Alberta a révélé que les parents se tournent vers le traitement involontaire par désespoir face au refus de traitement volontaire dans l'optique de veiller sur la sécurité de leur enfant (O'Brien et Hudson-Breen, 2023). Certains apprécient le sentiment de sécurité temporaire qu'offre le traitement involontaire, mais la plupart sont déçus des effets limités sur l'usage de substances et de l'absence de suivi. Les parents mentionnent aussi des risques, comme l'affaiblissement du lien de confiance, le ressentiment de la part de l'enfant et une exposition à une influence négative des pairs.

L'équilibre entre l'intérêt de l'enfant, qui fait partie d'une population vulnérable, et les besoins d'intervention, particulièrement dans un cas de TLUS, reste un sujet épineux du droit de la santé au Canada et, à plus grande échelle, du cadre de protection de la jeunesse.

Le traitement involontaire soulève-t-il des questionnements éthiques?

Le traitement involontaire soulève des questionnements éthiques, puisqu'il a le potentiel de violer les droits individuels par la détention et le traitement d'une personne sans son consentement. Les critiques affirment que le traitement non urgent d'un TLUS sans consentement explicite enfreint les normes des droits de la personne et de l'éthique médicale, y compris celles énoncées dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies (Gerra et Clark, 2010; Kisely et coll., 2024).

Même s'il est vrai que les enjeux associés au contexte du TLUS grave sont complexes, on doit se questionner sur les atteintes à l'autonomie et au droit de consentir d'une personne,



mais aussi à sa vie privée, au-delà du peu de données probantes en faveur d'un tel traitement (Udwadia et Illes, 2020). On pourrait par contre faire valoir que le traitement involontaire est un processus qui redonne l'autonomie à la personne au moyen de la prestation de soins d'urgence (Reid et coll., 2020).

Des études portant sur la *Loi sur la santé mentale* de la Colombie-Britannique montrent que bien que le traitement cherche à protéger les personnes, en général, il nuit plutôt à leur sécurité et à leurs droits, particulièrement chez les communautés méritant l'équité (Kolar, 2018). Le passé colonial du Canada, qui comprend le déplacement forcé des Premières Nations, des Inuits et des Métis (PNMI), rajoute un degré de complexité au traitement involontaire, puisque certaines de ces communautés le perçoivent comme une autre forme de déplacement forcé (Sansone et coll., 2022). Les séquelles du racisme systémique et du système de pensionnats contribuent au manque de confiance envers les soins de santé; en effet, bon nombre de PNMI et de personnes noires et racisées voient le traitement involontaire comme une autre forme d'oppression. L'intervention est donc potentiellement en opposition avec les engagements du Canada en vertu de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et de la Commission de vérité et réconciliation.

Les données soulignent également l'importance du soutien communautaire après la sortie d'un traitement involontaire, notamment en raison du risque accru de décès par surdose et d'autres méfaits pour la santé (Kisely et coll., 2024). L'absence de soutien adéquat post-traitement peut être considéré comme un manquement au devoir de diligence et une violation des droits et de la dignité de la personne.

Quel est le lien entre le traitement involontaire et la sécurité communautaire et publique?

Certaines personnes se sont dites préoccupées par le fardeau des communautés et de la sécurité publique qui vient s'ajouter à la crise de santé liée à l'usage de substances qui sévit actuellement. La hausse des surdoses et des décès survenue durant la dernière décennie a pesé lourdement sur les services d'urgence et les ressources de soins de santé.

Les coûts estimés de la perte de productivité causée par les décès prématurés et les incapacités à court et à long terme attribuables à l'usage de substances seulement s'élevaient à 22,4 milliards de dollars en 2020 (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023).

Les communautés ressentent les effets négatifs et témoignent d'une hausse de l'usage de substances dans des lieux publics, ce qui soulève des préoccupations de sécurité. Par exemple, à Vancouver, les agressions violentes commises par des inconnus ont augmenté de 35 % en 2021–2022 par rapport aux niveaux pré-pandémiques; certains cas impliquaient une personne en crise aiguë d'usage de substances (Butler et LePard, 2022). La plupart des suspects avaient préalablement été arrêtés en vertu de la *Loi sur la santé mentale* pour des crimes violents. Bref, même s'il est clair que la solution à ces problèmes doit passer par la



prise en compte des intérêts communautaires et sociaux, on doit aussi soigneusement évaluer la pertinence du traitement involontaire, notamment en ce qui a trait à ses effets à long terme, aux intérêts des patients, aux répercussions sur les droits de la personne et aux coûts et bienfaits dans leur ensemble. C'est d'autant plus vrai si on considère le manque de données prouvant que le traitement involontaire réduit la probabilité de récidive criminelle (Werb et coll., 2016).

Il est également important de tenir compte de la capacité du système de santé à étendre considérablement les interventions de traitement involontaire sans nuire aux autres éléments essentiels des soins du TLUS grave.

Conclusion

Le débat entourant le traitement involontaire du TLUS grave au Canada tourne autour du besoin de tenir compte des soins fondés sur des données probantes, des enjeux de sécurité publique ainsi que des droits des personnes et des patients.

Le traitement involontaire s'applique généralement lorsque la personne présente un risque pour elle-même ou pour les autres et est inapte à prendre des décisions sur son traitement en raison d'un TLUS grave. Comme celui-ci se présente souvent en combinaison avec des troubles de santé mentale, il peut être difficile à traiter, d'où l'importance d'une approche de soins intégrée.

Au Canada, les options de traitement volontaire pour le TLUS grave sont limitées. Par ailleurs, le système actuel rencontre des obstacles importants empêchant les personnes vivant avec un TLUS grave de participer à un traitement ou de maintenir leur participation efficacement.

L'utilisation du traitement involontaire à l'international a soulevé des soucis éthiques, fourni peu de données sur ses avantages et mis en lumière une augmentation des méfaits pour la santé chez les personnes traitées contre leur gré, notamment une hausse du risque de décès.

Les données actuelles ne suggèrent pas de manière assez convaincante que les avantages du traitement involontaire l'emportent sur les coûts et les inconvénients. Davantage de recherches seront donc nécessaires pour évaluer une approche de traitement involontaire mesurée et fondée sur des données probantes pour le TLUS grave, mais aussi pour guider sa conception, ses pratiques et son efficacité.

Même si l'optimisation de l'offre de traitement et de ses résultats pour le TLUS grave est universellement souhaitée, il est primordial d'étudier autant les avantages potentiels que les limites de cette forme d'intervention pour les personnes atteintes d'un TLUS grave en vue d'élaborer des politiques éclairées.

Le traitement involontaire devrait être choisi en dernier recours, après la définition claire de ses objectifs. Il devrait proposer un accès accru à des options de soins éprouvées et axées sur la communauté, qui répondent aux besoins actuels et font en sorte que les perspectives



des gens touchés par un TLUS grave et des professionnels de la santé soient prises en compte dans l'élaboration de politiques.

Bibliographie

American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition : DSM-5™, American Psychiatric Publishing Inc., 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions. *Qu'entendons-nous par la santé liée à l'utilisation de substances?*, 2024. <https://capsa.ca/fr/sante-liee-a-lutilisation-de-substances/>

Bahji, A. « Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: A comprehensive review », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 13, n° 4, 2024. <https://doi.org/10.3390/jcm13040999>

Bahji, A., P. Leger, A. Nidumolu, B. Watts, S. Dama, A. Hamilton et R. Tanguay. « Effectiveness of involuntary treatment for individuals with substance use disorders: A systematic review », *Journal canadien d'addiction*, vol. 14, n° 4, 2023, p. 6–18. <https://doi.org/10.1097/cxa.000000000000188>

Berg, D. et H. Burke. *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : un examen fondé sur des données probantes avec recommandations d'améliorations* [document d'orientation], Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-11/Drug%20Treatment-Courts-Review-and-Recommendations-fr.pdf>

Bruneau, J., K. Ahamad, M.-È. Goyer, G. Poulin, P. Selby, B. Fischer, T.C. Wild et E. Wood. « Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 190, n° 9, 2018, p. E247–E257. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170958>

Butler, A. et D. LePard. *A rapid investigation into repeat offending and random stranger violence in British Columbia*, 2022. https://news.gov.bc.ca/files/Prolific_Offender_Report_BCFNJC_submission.pdf

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Traitement par agonistes opioïdes*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024a. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-10/OAT-Evidence-Brief-fr.pdf>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Analyse de substances*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024b. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-10/Drug-Checking-Evidence-Brief-fr.pdf>



- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Sites de consommation supervisée*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2024c.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-10/SCS-Evidence-Brief-fr.pdf>
- Cernasev, A., K.C. Hohmeier, K. Frederick, H. Jasmin et J. Gatwood. « A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder », *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, vol. 2, 2021, article 100029.
<https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100029>
- Chau, L.W., M. Erickson, D. Vigo, H. Lou, T. Pakhomova, M.L. Winston, ... et W. Small. « The perspectives of people who use drugs regarding short term involuntary substance use care for severe substance use disorders », *International Journal of Drug Policy*, vol. 97, 2021, article 103208. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103208>
- Cohen, A., S.P. Vakharia, J. Netherland et K. Frederique. « How the war on drugs impacts social determinants of health beyond the criminal legal system », *Annals of Medicine*, vol. 54, n° 1, 2022, p. 2024–2038.
<https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2100926>
- Coleman, M., K. Ridley et M. Christmass. « Mandatory treatment for methamphetamine use in Australia », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 16, n° 1, 2021, p. 33. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00370-1>
- Coughlin, K.W. « Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence », *Paediatrics & Child Health*, vol. 23, n° 2, 2018, p. 138–146.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxx127>
- Farrell, M., N.K. Martin, E. Stockings, A. Bórquez, J.A. Cepeda, L. Degenhardt, ... et R. McKetin. « Responding to global stimulant use: Challenges and opportunities », *The Lancet*, vol. 394, n° 10209, 2019, p. 1652–1667.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32230-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32230-5)
- Fischer, B., J.V. Roberts et M. Kirst. « Compulsory drug treatment in Canada: Historical origins and recent developments », *European Addiction Research*, vol. 8, n° 2, 2002, p. 61–68. <https://doi.org/10.1159/000052056>
- Gerra, G. et N. Clark. *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2010.
https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/From_coercion_to_cohesion.pdf
- Giffen, P.J., S.J. Endicott, S. Boorman et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Panic and indifference: The politics of Canada's drug laws: A study in the sociology of law*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1991.



- Gratz, K.L. et M.T. Tull. « The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders », *Cognitive Therapy and Research*, vol. 34, n° 6, 2010, p. 544–553. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9268-4>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Profil de la Colombie-Britannique : coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. <https://csuch.ca/assets/graphics/infographics/francais/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-British-Columbia-Infographic-2023-fr.pdf>
- Habermeyer, B., L. Wyder, P. Roser et M. Vogel. « Coercion in substance use disorders: Clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital », *Swiss Medical Weekly*, vol. 148, n° 3536, 2018, p. w14644. <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14644>
- Hall, W., M. Farrell et A. Carter. « Compulsory treatment of addiction in the patient's best interests: More rigorous evaluations are essential », *Drug and Alcohol Review*, vol. 33, n° 3, 2014, p. 268–271. <https://doi.org/10.1111/dar.12122>
- Hanon, L. « Youth secure care: The politics of forced treatment », *Revue de droit et santé de McGill*, 2016. <https://mjhlh.mcgill.ca/2016/02/07/youth-secure-care-the-politics-of-forced-treatment/>
- Health Justice. *Façade of safety: Gender-based violence in BC's involuntary mental health system*, chez l'auteur, 2024. https://static1.squarespace.com/static/5e34ed207332cf46d561c2da/t/66eb2e463bafa914a1d4f5b6/1726688853980/2024_SEP18_Final_FacadeOfSafety_Opt.pdf
- Hennessy, B., A. Hunter et A. Grealish. « A qualitative synthesis of patients' experiences of re-traumatization in acute mental health inpatient settings », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 30, n° 3, 2023, p. 398–434. <https://doi.org/10.1111/jpm.12889>
- Hersi, M., K. Corace, C. Hamel, L. Esmailisariji, D. Rice, N. Dryburgh, ... et B. Hutton. « Psychosocial and pharmacologic interventions for problematic methamphetamine use: Findings from a scoping review of the literature », *Plos One*, vol. 18, n° 10, 2023, p. e0292745. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292745>
- Jenkin, G., S. Quigg, H. Paap, E. Cooney, D. Peterson et S. Every-Palmer. « Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives », *Plos One*, vol. 17, n° 5, 2022, article e0266935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266935>



- Jones, N., B.K. Gius, M. Shields, S. Collings, C. Rosen et M. Munson. « Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 56, n° 11, 2021, p. 2017–2027. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2>
- Kisely, S., C. Bull et N. Gill. « Extending the reach of involuntary treatment to substance use disorders: Is it ‘compassionate’ or coercive care? », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 58, n° 12, 2024, p. 1017–1019. <https://doi.org/10.1177/00048674241299215>
- Kolar, M. *Involuntary and coercive psychiatric treatment: A critical discourse analysis of British Columbia’s Mental Health Act* [maîtrise en sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique], Université de la Colombie-Britannique, 2018. <https://open.library.ubc.ca/collections/24/items/1.0375715>
- Lai, H.M.X., M. Cleary, T. Sitharthan et G.E. Hunt. « Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 154, 2015, p. 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Lappin, J.M. et G.E. Sara. « Psychostimulant use and the brain », *Addiction*, vol. 114, n° 11, 2019, p. 2065–2077. <https://doi.org/10.1111/add.14708>
- Lebenbaum, M., M. Chiu, S. Vigod et P. Kurdyak. « Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: A population-based linked administrative database study », *BJPsych Open*, vol. 4, n° 2, 2018, p. 31–38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Ledberg, A. et T. Reitan. « Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 236, 2022, 109492. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109492>
- Lin, C., S.J. Cousins, Y. Zhu, S.E. Clingan, L.J. Mooney, E. Kan, ... et Y.-I. Hser. « A scoping review of social determinants of health’s impact on substance use disorders over the life course », *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, vol. 166, 2024, article 209484. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209484>
- Livingston, J.D. *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : analyse documentaire*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2020. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/10/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf
- Martin, D., A.P. Miller, A. Quesnel-Vallée, N.R. Caron, B. Vissandjée et G.P. Marchildon. « Canada’s universal health-care system: Achieving its potential », *The Lancet*,



- vol. 391, n° 10131, 2018, p. 1718–1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- Minozzi, S., R. Saulle, L. Amato, F. Traccis et R. Agabio. *Interventions psychosociales pour les troubles liés à l'utilisation de stimulants*, Base de données d'examens systématiques de Cochrane, vol. 2, 2024. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011866.pub3/full/fr#CD011866-abs-0008>
- O'Brien, D. et R. Hudson-Breen. « “Grasping at straws,” experiences of Canadian parents using involuntary stabilization for a youth’s substance use », *International Journal of Drug Policy*, vol. 117, 2023, article 104055. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104055>
- O'Connor, A.M., G. Cousins, L. Durand, J. Barry et F. Boland. « Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review », *Plos One*, vol. 15, n° 5, 2020, article e0232086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232086>
- O'Reilly, R.L. et J.E. Gray. « Canada’s mental health legislation », *International psychiatry: bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, vol. 11, n° 3, 2014, p. 65–67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31507766>
- Pilarinos, A., B. Barker, E. Nosova, M.-J. Milloy, K. Hayashi, E. Wood, ... et K. DeBeck. « Coercion into addiction treatment and subsequent substance use patterns among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada », *Addiction*, vol. 115, n° 1, 2020, p. 97–106. <https://doi.org/10.1111/add.14769>
- Pilarinos, A., Y. Kwa, R. Joe, H. Dong, C. Grant, D. Fast, ... et K. DeBeck. « Methadone maintenance treatment discontinuation among young people who use opioids in Vancouver, Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 68, n° 2, 2023, p. 89–100. <https://doi.org/10.1177/07067437221136468>
- Piske, M., H. Zhou, J.E. Min, N. Hongdilokkul, L.A. Pearce, F. Homyra, ... et B. Nosyk. « The cascade of care for opioid use disorder: A retrospective study in British Columbia, Canada », *Addiction*, vol. 115, n° 8, 2020, p. 1482–1493. <https://doi.org/10.1111/add.14947>
- Rafful, C., R. Orozco, G. Rangel, P. Davidson, D. Werb, L. Beletsky et S.A. Strathdee. « Increased non-fatal overdose risk associated with involuntary drug treatment in a longitudinal study with people who inject drugs », *Addiction*, vol. 113, n° 6, 2018, p. 1056–1063. <https://doi.org/10.1111/add.14159>
- Reid, N., L.B. Chartier, A. Orkin, M. Klaiman, K. Naidoo et V. Stergiopoulos. « Rethinking involuntary admission for individuals presenting to Canadian emergency departments with life-threatening substance use disorders », *Journal canadien de la médecine*



d'urgence, vol. 22, n° 5, 2020, p. 629–632.

<https://doi.org/10.1017/cem.2020.385>

Ronsley, C., S. Nolan, R. Knight, K. Hayashi, J. Klimas, A. Walley, E. Wood et N. Fairbairn. « Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews », *Plos One*, vol. 15, n° 6, 2020, article e0234809.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809>

Sansone, G., B. Fallon, A. Vander Morris, K. Swardh et C. Blackstock. *Effectiveness of interventions for the prevention and treatment of substance use disorders among First Nations, Métis and Inuit populations*, Toronto (Ont.), Policy Bench, Fraser Mustard Institute of Human Development, Université de Toronto, 2022.

<https://socialwork.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/06/Policy-Brief-Substance-Use-Interventions-for-FNMI-Populations-Final-Web.pdf>

Santé Canada. *Ce que nous avons entendu : renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances*, chez l'auteur, 2019.

https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H134-3-2019-fra.pdf

Scarpa, S., R. Grahn et L.M. Lundgren. « Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study [Original Research] », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 2023, article 1106509.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1106509>

Seed, T., J.R.E. Fox et K. Berry. « The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 61, 2016, p. 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>

Sinha, M.S., J.C. Messinger et L. Beletsky. « Neither ethical nor effective: The false promise of involuntary commitment to address the overdose crisis », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 48, n° 4, 2020, p. 741–743.

<https://doi.org/10.1177/1073110520979384>

Smye, V., A.J. Browne, V. Josewski, B. Keith et W. Mussell. « Social suffering: Indigenous peoples' experiences of accessing mental health and substance use services », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20, n° 4, 2023, article 3288. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043288>

Socias, M.E., E. Wood, B. Le Foll, R. Lim, J.C. Choi, W.Y. Mok, ... et groupe de recherche OPTIMA dans le cadre de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. « Impact of fentanyl use on initiation and discontinuation of methadone and buprenorphine/naloxone among people with prescription-type opioid use disorder: Secondary analysis of a Canadian treatment trial », *Addiction*, vol. 117, n° 10, 2022, p. 2662–2672. <https://doi.org/10.1111/add.15954>



- Strang, J., N.D. Volkow, L. Degenhardt, M. Hickman, K. Johnson, G.F. Koob, ... et S.L. Walsh. « Opioid use disorder », *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 6, n° 1, 2020, article 3. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0137-5>
- Substance Abuse Mental Health Services Administration. *Impact of the DSM-IV to DSM-5 changes on the National Survey on Drug Use and Health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (É.-U.), 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30199183>
- Sullivan, M.C., L. Straunge, J.E. Blackmon, S.E. Cruess, D. Wheeler et D.G. Cruess. « Assessing an epidemic: Utility of the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition level 2 substance use screener in adult psychiatric inpatients », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 31, n° 1, 2020, p. 9–16. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000318>
- 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. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>
- Tseris, E.J., E.B. Hart et S. Franks. « “My voice was discounted the whole way through”: A gendered analysis of women’s experiences of involuntary mental health treatment », *Affilia*, vol. 37, n° 4, 2022, p. 645–663. <https://doi.org/10.1177/08861099221108714>
- Udwadia, F.R. et J. Illes. « An ethicolegal analysis of involuntary treatment for opioid use disorders », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 48, n° 4, 2020, p. 735–740. <https://doi.org/10.1177/1073110520979383>
- Vélez, M., K. Waddell, P. DeMaio, T. Bain, A. Ali, A. Bhuiya, ... et M. Wilson. « Rapid synthesis: Use and regulation of involuntary substance-use treatment for adults », Hamilton (Ont.), McMaster University Health Forum [code de produit MHF : RS 108], 2023. <https://www.mcmasterforum.org/about-us/products/project/use-and-regulation-of-involuntary-substance-use-treatment-for-adults>
- Vuong, T., M. Gillies, S. Larney, M. Montebello et A. Ritter. « The association between involuntary alcohol treatment and subsequent emergency department visits and hospitalizations: A Bayesian analysis of treated patients and matched controls », *Addiction*, vol. 117, n° 6, 2022, p. 1589–1597. <https://doi.org/10.1111/add.15755>
- Walt, G., T. Porteny, A.J. McGregor et K. Ladin. « Clinician’s experiences with involuntary commitment for substance use disorder: A qualitative study of moral distress », *International Journal of Drug Policy*, vol. 99, 2022, article 103465. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103465>



- Werb, D., A. Kamarulzaman, M.C. Meacham, C. Rafful, B. Fischer, S.A. Strathdee et E. Wood. « The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review », *International Journal of Drug Policy*, vol. 28, 2016, p. 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>
- Whitesell, M., A. Bachand, J. Peel et M. Brown. « Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use », *Journal of Addiction*, vol. 2013, n° 1, 2013, article 579310. <https://doi.org/10.1155/2013/579310>
- Wild, T.C., A.B. Roberts et E.L. Cooper. « Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues », *European Addiction Research*, vol. 8, n° 2, 2002, p. 84–93. <https://doi.org/10.1159/000052059>
- Winstanley, E.L., J.J. Mahoney III, F. Castillo et S.D. Comer. « Neurocognitive impairments and brain abnormalities resulting from opioid-related overdoses: A systematic review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 226, 2021, article 108838. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108838>
- Yakovenko, I., Y. Mukaneza, K. Germé, J. Belliveau, R. Fraleigh, P. Bach, ... et J. Bruneau. « Management of opioid use disorder: 2024 update to the national clinical practice guideline », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 196, n° 38, 2024, p. E1280–E1290. <https://doi.org/10.1503/cmaj.241173>

Au sujet du CCDUS

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en tirant parti des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

ISBN 978-1-77871-211-1

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2025