DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

drogues-sante-societe.ca

Image : Victoria Block

Vol. 19 N° 1-2
Décembre 2021

USAGES D'OPIOÏDES ET RÉDUCTION DES MÉFAITS

Pratiques et traitements courants

Sous la direction de
Michel Perreault, Jorge Flores-Aranda et Élise Lachapelle

Vol. 19 N° 1-2
Décembre 2021

TABLE DES MATIÈRES

Mot de présentation

i Usages d'opioïdes et réduction des méfaits : pratiques et traitements émergents

Éditorial

1 À l'heure d'un changement de paradigme de régulation des substances psychoactives

Usages d'opioïdes et réduction des méfaits : pratiques et traitements courants

7 « A drug that doesn't discriminate » : Les opioïdes dans les médias canadiens

38 Drogues et santé : perspectives de personnes qui consomment par injection Montréal

66 Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence

103 Stratégies face à la crise des opioïdes : analyse des revues systématiques

129 Propositions pour l'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes au Québec

155 Implantation d'un programme de prévention des surdoses géré par des pairs : l'expérience de PROFAN

178 Déploiement d'un algorithme de soins en réponse à la crise des opioïdes

214 Formation sur la naloxone en clinique de médecine familiale, une mesure prometteuse

241 Le parcours québécois vers un traitement injectable pour le trouble d'usage d'opioïdes

258 La pratique émergente de la pharmacothérapie de remplacement

Hors-thème

283 Liens entre le sentiment d'auto-efficacité, la détresse psychologique et la parentalité chez des adultes ayant une consommation problématique

308 Barrières aux demandes d'aide professionnelle des conjoints de joueurs pathologiques

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Mot de présentation

Usages d'opioïdes et réduction des méfaits : pratiques et traitements émergents

Sous la direction de Michel Perreault, Jorge Flores-Aranda et Élise Lachapelle avec la collaboration de Diana Milton

La crise des surdoses qui sévit actuellement au Canada met en lumière les limites des approches de prévention et de traitement en ce qui a trait à la consommation problématique d'opioïdes. Des taux record de surdoses ont en effet été enregistrés au Canada au cours des dernières années, s'élevant à 21 174 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes de 2016 à 2020 (Gouvernement du Canada, 2021a). De plus, la pandémie de COVID-19 aurait aggravé cette situation en raison d'un approvisionnement illégal de plus en plus toxique, d'un sentiment accru d'isolement ainsi que d'une disponibilité et d'une accessibilité limitées des services offerts aux personnes qui utilisent des drogues (Gouvernement du Canada, 2021b). Au cours de la pandémie, on note d'ailleurs une augmentation effarante des décès reliés à une surdose, de près de 90 %[1] (Gouvernement du Canada, 2021b).

Cette réalité bouleverse les paradigmes régissant les traitements de la dépendance aux opioïdes. Elle impose l'urgence de déconstruire certaines barrières législatives et de développer des services mieux adaptés aux besoins criants des consommateurs d'opioïdes. Au Québec, depuis l'implantation de la première clinique publique offrant un traitement à base de méthadone en 1985, l'offre s'est considérablement élargie avec l'avènement des services à bas seuil d'exigence en 1999 et l'autorisation de recourir à d'autres médicaments agonistes opioïdes oraux comme la buprénorphine-naloxone en 2008 et la morphine à libération lente en 2018. Les chercheurs et les intervenants québécois cherchent néanmoins à améliorer l'offre de services par d'autres options, dont la prescription d'opioïdes injectables et la

[1] Au cours des neuf premiers mois de la pandémie (avril à décembre 2020), 5 148 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes seraient survenus, représentant une augmentation de 89 % par rapport à la même période en 2019 (Gouvernement du Canada, 2021b).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

distribution d'opioïdes de qualité pharmaceutique aux consommateurs vulnérables. Dans la foulée de ces transformations, ce numéro thématique de *Drogues, santé et société* ouvre un espace de réflexion sur les pratiques orientées vers la réduction des méfaits et lève le voile sur des approches ainsi que des pratiques émergentes.

Différentes perspectives y sont développées, dont celle des médias alors que, dans un tour d'horizon original, Thibault et Roy décortiquent en profondeur la « crise des opioïdes » en analysant la manière dont les médias canadiens l'ont couverte. S'appuyant sur le concept de récit d'épidémie, ces auteurs mettent de l'avant les significations particulières attribuées à cet enjeu à travers ses problématisations dominantes d'ordre criminel, médical, politique et institutionnel. Alors que les discours confluent vers l'impératif de réduire le nombre de décès, Thibault et Roy montrent qu'un changement s'opère : l'argumentation passe de l'approche punitive à la régulation des usages de drogues par des logiques de soins. Dès lors, le ton se modifie en faveur de la réduction des méfaits et des perspectives nouvelles sur les traitements sont transmises au public.

De leur côté, Poliquin et ses collègues couvrent la perspective des personnes parmi les plus à risque d'être confrontées à une surdose, soit de celles qui consomment les opioïdes par injection. Avec originalité, ces auteurs se penchent sur la perception qu'entretient cette population sur sa santé dans un contexte de consommation et de marginalisation sociale. Il s'en dégage une fine réflexion sur le rapport entre réduction et abstinence, la consommation de substances psychoactives et la volonté de réduction des méfaits dans les programmes et les services sociaux et de santé québécois.

Wagner et ses collaborateurs examinent d'ailleurs les barrières à l'accès et à la rétention dans les services, notamment dans les services à bas seuil d'exigence, destinés aux personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et fortement précarisées. Ce faisant, ils décortiquent la philosophie d'intervention sous-jacente à cette approche, l'offre de soins et de services qu'elle implique, ainsi que le mode d'organisation des services qui lui est propre. Les auteurs précisent également les éléments clés de l'approche à bas seuil d'exigence et font solidement valoir l'intérêt d'étendre ces caractéristiques à l'intégralité des services en vigueur au Québec.

Ciblant la situation nord-américaine, Savard et ses collègues examinent pour leur part les initiatives et les programmes locaux, régionaux et globaux ancrés dans l'approche de réduction des méfaits. Ils détaillent une série de mesures novatrices, tout en explorant leurs bienfaits et leurs limites. Ces auteurs exposent du même coup la piètre efficacité des interventions courantes pour prévenir les surdoses d'opioïdes et révèlent l'insuffisance d'études spécifiques au contexte canadien. S'attardant à cet enjeu central dans la lutte aux surdoses d'opioïdes, ils soulignent la nécessité d'assurer l'arrimage entre la recherche et les besoins des personnes vulnérables aux surdoses d'opioïdes.

Portés par la même logique, Ferguson et ses collègues sont allés à la rencontre de cliniciens, d'intervenants communautaires et de personnes utilisatrices d'opioïdes dans différentes régions du Québec pour déterminer les meilleures pratiques de prise en charge du sevrage d'opioïdes. Débouchant sur dix propositions d'amélioration des services québécois, ces chercheurs formulent des stratégies concrètes pour les équipes de soins partenaires, les gestionnaires et les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux. Cet article laisse voir avec pertinence comment l'opérationnalisation de ces propositions pourrait consolider l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes.

Afin d'identifier les facteurs qui ont contribué à la mise en place d'un programme de prévention des surdoses initié et mené par un groupe de pairs, Perreault et ses collègues présentent ensuite les résultats d'une évaluation d'implantation dans le cadre d'un programme de prévention des surdoses. Celle-ci a été réalisée en collaboration avec des pairs à la lumière d'un modèle logique d'évaluation ainsi qu'un cadre théorique d'implantation. Ces chercheurs témoignent de l'adoption de ce programme par les partenaires, de son acceptabilité auprès des participants, de son adéquation aux demandes du public ciblé ainsi que de sa faisabilité.

Talbot et ses collègues se penchent quant à eux sur la réponse des services d'urgence canadiens à l'augmentation des surdoses d'opioïdes, déplorant l'absence de protocoles pour la distribution de trousses de naloxone intranasale et les lacunes entourant l'accès à un traitement par agoniste opioïde pour les patients à risque. Étudiant l'implantation d'un algorithme clinique pour résoudre ce problème, ces chercheurs rendent compte du processus nécessaire au déploiement de cette stratégie et dégagent d'importants changements à implanter pour accroître l'efficacité des soins déployés en première ligne.

Dans le même ordre d'idées, Grégoire et ses collègues présentent une formation sur l'utilisation de naloxone chez les patients d'un groupe de médecine familiale universitaire. Comme très peu d'initiatives se concentrent sur les patients traités pour douleur chronique ou sous traitement par agonistes opioïdes qui fréquentent ces cliniques, ces auteurs soulignent le potentiel prometteur d'une formation de groupe sur la gestion des surdoses pour augmenter les connaissances et le niveau de confiance de cette clientèle.

En mode solution, Archambault, Goyer et Perreault décrivent l'évolution de la compréhension du trouble lié à l'usage d'opioïdes des premières initiatives de traitement aux propositions novatrices de réduction des méfaits qui circulent actuellement. Prenant position en faveur de l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables au Québec, ces auteurs argumentent sur la démonstration scientifique de l'efficacité de ce traitement au Canada et en Europe, soulignent la nécessité de changements législatifs et politiques à l'échelle provinciale et fédérale et abordent la question de l'organisation des services locaux.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Enfin, dans un article sur l'approvisionnement sécuritaire, Corriveau et Guillottte mettent en valeur le volet médical d'une pratique émergente audacieuse. S'intéressant aux besoins des personnes pour lesquelles l'abstinence ne constitue pas un objectif réaliste à court terme, cette équipe examine l'idée d'une pharmacothérapie de remplacement des opioïdes non prescrits. Dépassant la réflexion théorique, leur article identifie des défis réels rencontrés dans un service bas seuil de traitement du trouble de l'utilisation des opioïdes à Montréal.

En bref, les travaux des collaborateurs réunis pour ce numéro thématique se posent à l'avant-garde de la prise en charge des troubles d'usage liés aux opioïdes et convergent vers un même argument : la priorisation de la réduction des méfaits à travers l'instauration de services construits selon les particularités des usagers d'opioïdes les plus vulnérables. Ils mettent aussi en lumière le défi majeur que représente la pérennisation de ces services.

Cela dit, il importe de noter que les articles de ce numéro témoignent de la réactivité et de l'agilité des milieux cliniques et de recherche dans la mise en place ou la transformation des services pour s'adapter à des situations d'urgence (Archambault et al. ; Corriveau et Guillotte ; Grégoire et al. ; Perreault et al. ; Talbot et al.). Ils pointent aussi la nécessité d'offrir une réponse holistique face à la situation entourant l'usage d'opioïdes de manière à tenir compte du point de vue des personnes qui en font usage (Poliquin et al.). Or, une telle réponse ne pourrait pas se concrétiser sans le développement de politiques publiques (Thibault et Roy) considérant l'ensemble des jalons de la trajectoire de consommation d'opioïdes (initiation, variation dans la consommation, prise en charge, etc.) de même que la façon dont les services peuvent moduler ces trajectoires (Ferguson et al. ; Wagner et al.). Dans ce contexte, il importe d'établir des ponts avec l'ensemble des parties prenantes qui influencent les politiques publiques, tout spécialement celles qui se rapportent à la réduction des méfaits afin que celles-ci s'appuient sur les dernières données scientifiques disponibles (Savard et al.).

Deux articles **hors thème** sont également inclus dans ce numéro ; ils ont été édités sous la direction de **Christophe Huynh**. Ces deux textes s'intéressent à l'impact de la dépendance, qu'elle soit liée à une substance ou pas, sur l'entourage des personnes qui en présentent. Tout d'abord, Côté-Dion et ses collègues ont examiné l'impact de la consommation des parents et de leurs habiletés parentales sur le bien-être de leur enfant. Pour ce faire, ils ont mené une étude quantitative auprès de 81 parents en traitement pour une dépendance afin de vérifier l'association entre leur sentiment d'auto-efficacité parentale et la gravité de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, la sévérité de la détresse psychologique, la qualité des pratiques éducatives et la relation parent-enfant. Bien que la gravité de la consommation ne soit pas corrélée au sentiment d'auto-efficacité parentale, ce dernier prédit plusieurs pratiques éducatives et attitudes parentales. À la lumière de leurs résultats, l'équipe suggère d'améliorer l'estime des parents qui ont une consommation problématique et de valoriser leur rôle parental lors des interventions qui leur sont destinées.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Le second article, de Ferland et collaborateurs, s'est intéressé aux barrières vécues par neuf conjoints de personnes présentant des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent lorsqu'ils ont voulu demander de l'aide pour eux-mêmes. Cette étude qualitative fait émerger le fait que certains conjoints éprouvent des difficultés à reconnaître leur besoin de demande d'aide ou ne savent pas où aller. Le contexte socioéconomique et familial n'est souvent pas propice pour aller chercher soi-même de l'aide, et plusieurs caractéristiques personnelles de ces conjoints, ainsi que des facteurs externes environnementaux et sociaux (organisation du dispositif de soins), constituent des entraves à recevoir des services. Les auteurs soulignent l'importance de réduire ces barrières à la réception d'aide professionnelle destinée à l'entourage des personnes présentant des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent, puisque les conséquences négatives associées aux jeux de hasard et d'argent se répercutent dans l'entourage immédiat, au-delà de la personne qui joue.

Références

Gouvernement du Canada. (2021a). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada.* https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/#decesSection

Gouvernement du Canada. (2021b). *Données, surveillance et recherche concernant les opioïdes et autres substances.* https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche.html

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Éditorial

À l'heure d'un changement de paradigme de régulation des substances psychoactives

Décès prématurés, comorbidités complexes, inégalités sociales et stigmatisation sont des conséquences de santé familières à la pandémie de COVID-19 qui accapare l'attention internationale depuis mars 2020. Elles caractérisent également une crise qui perdure depuis plusieurs années déjà en Amérique du Nord, soit celle de la dépendance aux opioïdes et des surdoses. Peu auraient imaginé que l'élargissement de l'accessibilité aux opioïdes pour le traitement de la douleur chronique dans la seconde moitié des années 1990 aurait fait des ravages d'une telle ampleur. Pourtant, plusieurs composantes d'une crise parfaite étaient rassemblées. Tout d'abord, alors que le contrôle de la douleur constitue un des principaux motifs de consultation dans les milieux cliniques de santé, les États-Unis et le Canada sont devenus les plus grands prescripteurs d'opioïdes dans le monde. En plus des fausses allégations initiales d'innocuité de l'OxyContin par Purdue Pharma (The United States Department of Justice, 2020), les pratiques féroces de marketing des opioïdes par l'industrie pharmaceutique (Van Zee, 2009) et l'augmentation importante de la distribution médicale d'opioïdes par la prescription (Fischer et al., 2020) ont donné lieu à un terreau fertile pour la surconsommation de ces substances et les surdoses. Au même moment, la répression de la possession de telles substances à des fins non médicales continuait de stigmatiser bon nombre de consommateurs d'opioïdes qui étaient déjà grandement fragilisés par de multiples comorbidités et une précarité sociale considérable. Les mécaniques prohibitionnistes, tant symboliques que structurelles, ont quant à elles contribué à invisibiliser les consommateurs et à limiter leur accès à des services publics de santé et des services sociaux adaptés à leurs besoins, dont le développement est parsemé d'obstacles légaux, politiques, économiques et socioculturels. Ces facteurs et plusieurs autres ont contribué à un fardeau de mortalité par surdoses aux opioïdes sans précédent. Au Canada, près de 23 000 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes sont survenus entre janvier 2016 et mars 2021. Le fentanyl

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

et ses analogues sont impliqués dans la grande majorité de ces décès (Gouvernement du Canada, 2021a). Aux États-Unis, les opioïdes étaient impliqués dans près de 50 000 décès par surdose, seulement en 2019 (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). La situation pandémique de la COVID-19 a exacerbé cette crise de surdoses, alors que le Canada et les États-Unis ont constaté des nombres records de décès, d'hospitalisations et de signalements liés aux opioïdes (Centers for Disease Control and Prevention, 2020 ; Gouvernement du Canada, 2021b). La COVID-19 a en effet complexifié plusieurs enjeux sociaux et d'iniquités en santé déjà présents dans la crise de surdoses aux opioïdes (Jenkins et al., sous presse).

Face à cette crise, des interventions intégrées et cohérentes avec l'état actuel des connaissances, tant empiriques que théoriques, doivent être déployées à différents niveaux (Office of the Provincial Health Officer of BC, 2016). Plusieurs de ces interventions ciblent la demande en opioïdes, leur usage et ses déterminants. C'est le cas notamment d'une approche clinique mieux informée et plus adaptée aux maux impliquant une douleur physique ou psychologique et de l'accès à des services réactifs et sans jugement pour les personnes aux prises avec un trouble d'usage de substances psychoactives. Sans oublier une campagne populationnelle de sensibilisation visant à diminuer le stigma, une accessibilité élargie et sans barrière à la naloxone et le déploiement d'un éventail de mesures en réduction des risques et des méfaits telles que les services d'analyse de substances, les services de consommation supervisée, l'approvisionnement médical plus sécuritaire et la distribution de matériel stérile de consommation dans différents milieux tels que ceux carcéraux. Bien que ces mesures palliatives soient essentielles et urgentes, particulièrement dans la situation actuelle de crise, leur déploiement et leur efficacité sont limités par le contexte légal, politique et socioculturel dans lequel elles évoluent. En effet, au-delà de leurs applications concrètes de visée répressive, les lois nationales, telles que la Loi réglementant certaines drogues et autres substances au Canada (L.C. 1996, c. 19), ont aussi des répercussions importantes sur l'acceptabilité politique et sociale, et donc sur l'élaboration et la mise en œuvre des services visant les personnes consommant des substances psychoactives. Ces répercussions parfois symboliques découlant d'une loi punitive peuvent être modulées par l'application de programmes alternatifs à la prohibition par des figures d'autorité, tels que le programme LEAD (*Law Enforcement Assisted Diversion*/*Let Everyone Advance with Dignity*) aux États-Unis (https://www.leadbureau.org/) ou le Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec qui vise à atténuer, pour certains individus, les conséquences liées à la judiciarisation (Ministère de la Justice du Canada, 2013). D'ailleurs, une enquête répétée auprès de la population du Québec démontre une évolution grandement favorable des perceptions en lien avec la vie sociale des personnes dépendantes aux drogues et les mesures de réduction des méfaits. Cette enquête note également une acceptabilité croissante de la décriminalisation de la consommation de substances psychoactives, alors que 45 % de la population y était favorable en 2019, en comparaison à 11 % en 2001 (Dubé et al., 2020). Cependant, une révision en profondeur du cadre législatif aurait potentiellement un impact beaucoup plus significatif sur les racines profondes de la crise actuelle.

Ainsi, le gouvernement canadien de Justin Trudeau a proposé, en 2021, le projet de loi C-22 : *Loi modifiant le Code criminel et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, qui a pour but d'« abroger certaines peines minimales, de permettre un recours accru aux ordonnances de sursis et de prévoir des mesures de déjudiciarisation pour les infractions de possession simple de drogues ». Ce projet de loi en est un de décriminalisation partielle *de facto* et s'inscrit dans la lignée d'un paradigme alternatif à la prohibition. Sur la scène canadienne, plusieurs acteurs du milieu communautaire, tels que la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, du milieu municipal, dont les décideurs des villes de Vancouver, de Toronto et de Montréal, de même que ceux des réseaux publics de santé du Canada, notamment les autorités de santé publique des grandes villes, ont déjà réclamé un changement de l'encadrement légal des substances psychoactives.

À l'aube de la journée internationale 2021 *Support don't punish* pour des politiques en matière de substances psychoactives fondées sur la santé et les droits de la personne, les directrices et directeurs de santé publique de 16 des 18 régions sociosanitaires du Québec ont, d'une seule voix, salué l'initiative du projet de loi C-22 (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2021a, 2021b), qu'ils qualifient de premier pas nécessaire et urgent vers une décriminalisation *de jure* ou un autre modèle d'encadrement des substances psychoactives. En effet, bien que le fardeau de mortalité par surdose soit moins important au Québec que dans d'autres provinces et états névralgiques du Canada (Belzak et Halverson, 2018) et des États-Unis, ces décès évitables sont inacceptables et les autres méfaits de la criminalisation y demeurent bien présents. En appui à un modèle alternatif à la prohibition, les directrices et directeurs souhaitaient surtout souligner l'importance de respecter certains grands principes sous-tendant ce changement de cap. Tel que mentionné dans leur positionnement :

1. Le projet de loi doit s'inscrire dans une programmation plus complète de réduction des risques et des méfaits de la consommation de substances psychoactives.
2. Cette programmation doit également offrir une réponse adéquate aux iniquités en santé affectant démesurément les personnes en situation de grande précarité, via des interventions de lutte à la pauvreté efficaces et adaptées à leurs besoins.
3. Une approche participative et inclusive des organismes œuvrant auprès de ces personnes est de mise, autant dans l'élaboration de cette programmation que dans les grandes orientations de son financement et dans son application.
4. Le projet de loi doit participer à une volonté mieux assumée de déstigmatiser l'usage de substances psychoactives, tout en favorisant l'implication des personnes principalement visées dans la décision de recours aux soins et en évitant une pathologisation de l'usage.
5. Il faut privilégier un encadrement clair, pragmatique et humaniste des pratiques d'application de la loi par les figures d'autorité, vu le potentiel discriminatoire du pouvoir discrétionnaire à son effet.

Ce positionnement des directrices et directeurs de santé publique du Québec explicite la complexité des enjeux liés à la consommation de substances psychoactives, mais aussi la nécessité de mettre en place des pistes de solution bien informées, réfléchies et holistiques. Il ne suffit pas d'exiger la fin d'un paradigme répressif ou punitif, il faut proposer une alternative émergeant d'un cadre d'analyse de santé publique et de droits, tout en évitant une pathologisation de la consommation et la surutilisation de mesures coercitives. À l'inverse, une banalisation ou une promotion des usages, que ce soit à des fins médicales ou récréatives, doit être évitée. Ce positionnement dénote un mouvement sociétal où, finalement, les institutions se rallient à plusieurs voix s'élevant depuis longtemps : celles des personnes consommant des substances psychoactives devenues victimes de produits contaminés par un marché qui n'a jamais été régulé. Les victimes de surdoses ayant consommé des opioïdes de composition contrôlée par des producteurs pharmaceutiques nous rappellent cependant que la régulation d'un marché par l'État n'est pas une solution parfaite, bien que préférable au cadre actuel. Le milieu universitaire, par son rôle privilégié pour stimuler la pensée critique et l'évolution des connaissances, jouera certainement un rôle clé dans ce changement nécessaire de paradigme.

David-Martin Milot, M.D., C.M., MSc, FRCPC
Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Professeur adjoint, Université de Sherbrooke
Chercheur régulier, Institut universitaire sur les dépendances
Membre du comité de rédaction, Revue Drogues, santé et société

Alain Poirier, MD, MSc, FRCPC
Directeur de santé publique par intérim
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Références

Belzak, L. et Halverson, J. (2018). Evidence synthesis - The opioid crisis in Canada: a national perspective. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 38*(6), 224-233. https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 17 décembre). *Overdose Deaths Accelerating During COVID-19. Expanded Prevention Efforts Needed*. https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p1218-overdose-deaths-covid-19.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Drug Overdose Deaths*. https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/index.html

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2021a). *Mesures alternatives à la judiciarisation des personnes pour possession simple de drogues*. Gouvernement du Québec. https://santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Let_DRSP_Appui_Alternatives_judiciarisation_possession_simple_drogues_Provincial_2021-05-25.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2021b). *Appui au projet de loi C-22 Décriminalisation partielle de facto de la possession simple de drogues*. Gouvernement du Québec. https://santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Let_DRSP_Appui_au_projet_de_loi_C-22_F%C3%A9d%C3%A9ral_2021-05-25.pdf

Dubé, É., Dionne, M., Hamel, D. et Tessier, M. (2020). *Connaissances et attitudes de la population québécoise à l'égard des programmes de réduction des méfaits en lien avec les substances psychoactives illicites. Rapport d'étude*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2691_connaissances_programmes_reduction_mefaits_substances_psychoactives.pdf

Fischer, B., Pang, M. et Jones, W. (2020). The opioid mortality epidemic in North America: do we understand the supply side dynamics of this unprecedented crisis? *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 15*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13011-020-0256-8.

Gouvernement du Canada. (2021a). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/

Gouvernement du Canada. (2021b). *Opioïdes*. https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/prevention-toxicomanie.html

Jenkins, W. D., Bolinski, R., Bresett, J., Van Ham, B., Fletcher, S., Walters, S., Friedman, S. R., Ezell, J. M., Pho, M., Schneider, J. et Ouellet, L. (sous presse). COVID-19 During the Opioid Epidemic – Exacerbation of Stigma and Vulnerabilities. *The Journal of Rural Health*. https://doi.org/10.1111/jrh.12442

Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, c. 19). Gouvernement du Canada. (2021, 17 novembre). https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/

Ministère de la Justice du Canada. (2013). *Programme de traitement des prévenus de la Cour du Québec.* https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__francais_/centredoc/publications/programmes-services/PTTCQ/PTTCQ_cadre_provincial.pdf

Office of the Provincial Health Officer of BC, BC Centre for Disease Control et BC Coroners Service. (2016). *British Columbia Overdose Action Exchange. Meeting Report.* BC Centre for Disease Control. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/BCOAE-Meeting-Report.pdf

Projet de loi C-22 : *Loi modifiant le Code criminel et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.* Chambre des communes du Canada. (2021, 18 février). https://parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-22/premiere-lecture

The United States Department of Justice. (2020, 24 novembre). *Opioid Manufacturer Purdue Pharma Pleads Guilty to Fraud and Kickback Conspiracies* (publication nº20-1282). https://www.justice.gov/opa/pr/opioid-manufacturer-purdue-pharma-pleads-guilty-fraud-and-kickback-conspiracies

Van Zee, A. (2009). The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *American Journal of Public Health, 99*(2), 221–227. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.131714

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

« A drug that doesn't discriminate » : Les opioïdes dans les médias canadiens

Julien Thibault Lévesque, étudiant au doctorat en service social, Université d'Ottawa

Mélissa Roy, étudiante au doctorat en service social, Université d'Ottawa

Correspondance
Julien Thibault Lévesque
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Pavillon Porteous, pièce k-3119.4
6875, boul. LaSalle
Montréal (Québec) H4H 1R3
438 530-2360
Julien.thibault.levesque@uottawa.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Le présent article s'appuie sur le concept de « récit » pour analyser les principaux cadres médiatisés qui investissent des significations de la crise des opioïdes au Canada. Un échantillon de 400 articles publiés entre 2015 et 2018 a été soumis à une analyse de la rhétorique des cadres. Ce faisant, quatre cadres médiatisés furent soulevés : prohibitif, médicalisé, structurel et sanitaire. Si chacun d'entre eux donne un sens particulier à l'enjeu, une tendance transversale relève du changement de statut des consommateurs d'opioïdes, qui passent de « criminels » à « victimes-citoyens ». Notre analyse montre que cette transformation émerge au gré de discours de généralisation du risque et de stratégies discursives favorisant l'identification à l'usager et à sa famille. Ceci « dés-altérise » le consommateur, ce qui a comme double retombée de susciter la sympathie chez le public et de légitimer les demandes de soins auprès des décideurs. Émerge ainsi la figure de l'« entrepreneur de compassion », soit l'individu qui encourage la régulation des usages de drogues par des logiques de soins plutôt que punitives. Cette figure plaide plus précisément en faveur de l'implantation de « soins en réduction des méfaits », un concept employé de façon polysémique dans l'ensemble des cadres. Enfin, ces dynamiques de victimisation de l'usager légitiment le cadrage de cette crise comme un « enjeu d'approvisionnement toxique en drogues » et surlignent, aux niveaux provincial et fédéral, les méfaits des politiques prohibitionnistes qui affectaient les populations marginalisées depuis longtemps. En somme, nous émettons l'hypothèse que cette conceptualisation de la crise des opioïdes s'associe à la fin d'un paradigme et ouvre de nouvelles possibilités, notamment en permettant aux idées de décriminalisation et d'approvisionnement sécuritaire en opioïdes d'intégrer le discours public.

Mots-clés : opioïdes, fentanyl, analyse des cadres, analyse des médias, crise des opioïdes, réduction des méfaits

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

“A drug that doesn’t discriminate”: Opioids in Canadian News Coverage

Abstract

This article relies on the concept of “narrative” to analyze the main mediatized frames that invested meaning in Canada’s opioid crisis. A sample of 400 articles published between 2015 and 2018 was subjected to a rhetorical frame analysis. This led to the identification of four frames transmitted in media articles: prohibitive, medicalized, structural, and sanitary. While each of them encourages a specific understanding of the issue, a transversal dynamic is the change of status of the opioid consumers, who evolved from “criminals” to “victim-citizens”. Our analysis shows that this transformation emerges through discourse that generalize the risk of overdose and addiction and through discursive strategies favoring the identification with the user and his family. This “de-othering” of drug users has a twofold effect: first, it heightens public sympathy and second, it legitimizes decision-makers’ requests for practices of care. It is in this discursive context that the figure of the “compassionate entrepreneur”, the individual who encourages the regulation of drug use by principles of care rather than punitive logics, emerges. More specifically, this figure argues in favor of implementing “harm reduction care”, a concept used in polysemous ways in all frames. Finally, these dynamics of victimization of the user legitimize the framing of this crisis as a “toxic drug supply issue” and highlight, at the provincial and federal levels, the harmful effects of prohibitionist policies which have been affecting marginalized populations for a long time. In sum, we hypothesize that this conceptualization of the opioid crisis is associated with the end of a paradigm and opens new possibilities, namely by allowing ideas of decriminalization and safe supply of opioids to integrate the public discourse.

Keywords: opioids, fentanyl, frame analysis, media analysis, opioid crisis, harm reduction

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

« Una droga que no discrimina » : los opioides en los medios canadienses

Resumen

El presente artículo se apoya en el concepto de "relato » para analizar los principales marcos mediatizados que invierten significados de la crisis de los opioides en Canadá. Una muestra de 400 artículos publicados entre 2015 y 2018 se sometió a un análisis de la retórica de los marcos. De esta manera se definieron cuatro marcos mediatizados: el prohibitivo, el medicalizado, el estructural y el sanitario. Si bien cada uno de ellos da un sentido particular a la cuestión, una tendencia transversal depende del cambio de estatuto de los consumidores de opioides, que pasan de ser "criminales" a "ciudadanos víctimas". Nuestro análisis muestra que esta transformación emerge del discurso de generalización del riesgo y de las estrategias discursivas que favorecen la identificación con el usuario y su familia. Esto « des-alteriza » al consumidor, lo que tiene un doble resultado de suscitar la simpatía en el público y de legitimar las demandas de atención entre quienes toman las decisiones políticas. Emerge así la figura del « empresario de compasión », es decir, la persona que alienta la reglamentación del uso de las drogas mediante lógicas de atención de la salud más bien que punitivas. Esta figura aboga más precisamente en favor de la implantación de "cuidados para la reducción de los daños", un concepto empleado de manera polisémica en el conjunto de los marcos. Finalmente, estas dinámicas de victimización del usuario legitiman el enmarcamiento de esta crisis dentro de una "cuestión de aprovisionamiento tóxico en drogas" y subrayan, tanto a nivel provincial como federal, los daños de las políticas prohibicionistas que afectaban a las poblaciones marginalizadas desde hace mucho tiempo. En resumen, emitimos la hipótesis de que esta conceptualización de la crisis de los opioides se asocia con el fin de un paradigma y abre nuevas posibilidades, principalmente al permitir que las ideas de descriminalización y de aprovisionamiento seguro en opioides integren el discurso público.

Palabras clave: opioides, fentanilo, análisis de los marcos, análisis de los medios, crisis de opioides, reducción de daños

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

La crise des opioïdes a réduit l'espérance de vie au Canada et aux États-Unis pour la première fois depuis plusieurs décennies (Bernstein et Ingraham, 2017 ; Vojtila et al., 2019). Cet événement est marqué par deux temps. La première période (1990-2016) est qualifiée de « crise maison » (Fischer et al., 2018) puisque surtout liée aux méfaits d'opioïdes de prescription, notamment l'OxyContin et ses dérivés (Vojtila et al., 2019). En 2012, les autorités de santé publique remarquent une surprescription de l'OxyContin qui, quoique présenté comme sécuritaire et à faible taux de dépendance (Juurlinbk et Dhalla, 2012 ; Kolodny et al., 2015 ; Robinson et al., 2018), est utilisé en dehors d'un encadrement médical et lié à plusieurs décès (Ontario Public Drug Programs Division, 2012). Cette constatation freine brusquement sa prescription, ce qui a comme effet revers de détourner plusieurs consommateurs vers le marché non régulé (Cicero et al., 2012) et de mener au remplacement de l'OxyContin par d'autres opioïdes (OxyNEO, fentanyl) qui causent aussi des décès (Fischer et al., 2018). Le deuxième temps, hyperbole de la première période, se caractérise par une augmentation importante des surdoses mortelles en raison de cette diminution de l'offre d'opioïdes pharmaceutiques et du transfert des usagers à des opioïdes non régulés et contaminés, notamment par le fentanyl (Fischer et al., 2018 ; Fischer et al., 2019 ; Tyndall, 2018 ; Vojtila et al., 2019). Entre janvier 2016 et juin 2019, on recense plus de 13 900 morts par surdose au Canada et, en 2019, le fentanyl est impliqué dans 80,0 % des décès accidentels liés aux opioïdes (Agence de santé publique du Canada, 2020). Environ 1 million de Canadiens seraient à risque de surdoses d'opioïdes (Fischer et al., 2018 ; Fischer et al., 2019).

Depuis les cinq dernières années, tout un dispositif s'est déployé pour gérer cette crise. Celui-ci inclut la mise sur pied de changements législatifs, dont l'imposition de sentences plus sévères aux trafiquants de fentanyl[1], la prohibition du W-18[2] et des presse-pilules[3] ainsi que la loi du « bon samaritain »[4] (Fife et Chase, 2017 ; Ho, 2016 ; Hong, 2017 ; Howlett, 2016 ; Woo, 2017b). De plus, des mesures de réduction des méfaits sont instaurées pour faciliter l'accès et l'usage de la naloxone[5] (McQuigge, 2018 ; Tait, 2016 ; Woo, 2016a) et pour promouvoir une plus grande accessibilité aux traitements par agonistes[6] opioïdes (méthadone, suboxone) (McKeen, 2017). Sont aussi introduites des stratégies de surveillance du nombre

[1] Le fentanyl est un opioïde synthétique, au moins 80 fois plus puissant que la morphine, qui est souvent mélangé aux substances retrouvées sur le marché noir (ex. : l'héroïne). Une petite quantité équivalente à 2 milligrammes peut provoquer une surdose fatale (Observatoire européen des drogues et des drogues et des toxicomanies, 2020).

[2] Le W-18 est rapporté dans les médias comme un opioïde synthétique 100 fois plus puissant que le fentanyl. Cependant, sa classification est présentement débattue. Si des recherches rapportent que 10 000 fois plus de morphine que de W-18 est nécessaire pour réduire la douleur chez les souris, il n'est pas clair que le W-18 se couple aux récepteurs opioïdes (Gouvernement du Canada, 2020).

[3] Des presse-pilules ont été utilisés pour transformer la poudre des précurseurs nécessaires à la fabrication illégale d'opioïdes synthétiques en comprimés.

[4] Dans le cadre d'une surdose accidentelle, la loi du « bon samaritain » offre l'immunité juridique à l'individu qui aide la personne en détresse, si des substances prohibées sont retrouvées sur ce premier.

[5] La naloxone est un antidote qui permet d'éviter ou de mettre fin à une dépression respiratoire lors des surdoses d'opioïdes.

[6] Les traitements « agonistes » sont des traitements qui consistent à administrer une substance (ex. : méthadone) dont le mécanisme d'action est identique à celui des molécules illégales (ex. : héroïne) qu'elle remplace.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

de surdoses (Ellis et Lindsay, 2016) et des prescriptions d'opioïdes (Howlett et Grant, 2016). Des actions administratives sont également posées, dont la mise sur pied d'un plan d'action fédéral (Woo, 2017a) et l'adoption de lignes directrices en matière de prescription d'opioïdes (Howlett et Grant, 2017). Finalement, des mesures économiques sont déployées, notamment la « taxe du fentanyl »[7] à Vancouver (Robinson et Ip, 2017). Cet appareillage d'interventions traduit l'ampleur des préoccupations et des débats sur les actions à poser.

Plus spécifiquement, dans le présent article, nous analyserons les multiples récits qui cadrent la « crise des opioïdes » et qui ont été (re)mis en circulation dans les médias canadiens.

Cadre conceptuel : récit et cadrage de crises sanitaires

Les différentes significations investies dans une crise sanitaire ont été conceptualisées sous le vocable de « récit » (Dry et Leach, 2010 ; Hewlett et Hewlett, 2008 ; Wald, 2008). Ce concept traduit l'idée que le sens circulant autour d'une crise est souvent structuré comme un schéma narratif, avec un élément déclencheur, des péripéties, un point culminant et un dénouement, où divers personnages jouent des rôles. Le concept de récit peut être alimenté par celui de « cadre », soit l'idée centrale qui organise un récit, qui donne sens aux événements et qui trace les contours de ce qui pose problème (Kuypers, 2010). Les faits entourant la crise prennent tout leur sens lorsque cadrés, c'est-à-dire structurés et organisés en une forme narrative cohérente. Le cadre permet donc de donner un sens à un événement et ses causes, de le juger sur le plan moral, de penser les solutions et de construire les personnages qui y jouent un rôle clé (Entman, 1993). Pour ce faire, un cadre éclaire certains éléments, au détriment de certains autres, gardés dans l'ombre (Kuypers, 2010).

Ce concept nous invite à problématiser la mise en discours d'un événement en considérant non seulement la pluralité des interprétations qui l'entourent, mais aussi les différentes stratégies de structuration des interprétations et les divers intérêts (normatifs, politiques, sociaux, économiques) qui motivent ces conceptions (Nisbet, 2010 ; Souders et Dillard, 2014). En effet, afin de promouvoir un cadre, certains acteurs mobilisent des « dispositifs de cadrage », soit des éléments manifestes (figures de style, choix lexicaux, appel aux émotions, images et symboles, etc.) qui offrent une compréhension particulière de l'enjeu (Van Gorp, 2010). Qui plus est, les cadres sont traversés par des intérêts sociaux (D'Angelo, 2010). Ils ne sont pas aléatoires, mais réarticulent des schèmes, des valeurs et des normes plus larges que l'enjeu dont il est explicitement question, renforçant ainsi les conceptions et les rapports sociaux ou les politiques préexistants (Atlani-Duault et al., 2015 ; Farmer, 2006). À cet égard, il fut noté que les récits de crises sanitaires misent souvent sur le rôle de l'agentivité humaine dans l'émergence, la propagation et la gestion de la crise : ils articulent des discours accusatoires, tenant certaines figures comme responsables de l'émergence

[7] Une augmentation de 0,5 % sur les impôts fonciers est votée afin de financer les ressources qui visent à répondre à la crise des surdoses (Robinson et Ip, 2017).

et de la persistance de la crise, et des discours héroïsants, célébrant certaines autres pour les succès de sa gestion (Alcabes, 2009 ; Roy et al., 2020 ; Wagner-Egger et al., 2011 ; Wald, 2008). Finalement, les cadres ne sont pas figés, mais mobiles et sujets à une évolution temporelle au gré du déroulement de la crise (Mayor et al., 2013 ; Roy et al., 2020). Inspiré par ce concept, le présent article analyse les cadres qui structurent les récits médiatisés et qui investissent des significations dans la « crise des opioïdes » au Canada.

Revue de littérature : le cadrage médiatique de l'usage des drogues illicites

Certains auteurs montrent que les récits médiatiques structurent souvent l'usage de produits illicites comme un problème d'ordre criminel ou médical (Barberio et Ladd, 2019 ; Kennedy et Coelho, 2019 ; Orsini, 2017 ; Reinarman et Levine, 1997). Par exemple, lors de ce qui a été qualifié par les médias d'« épidémie de crack », les usagers sont principalement représentés dans les médias comme des criminels devant faire l'objet de mesures cœrcitives (Reinarman et Levine, 1997). Les recherches sur les représentations médiatiques de la présente crise des opioïdes notent le passage d'un tel récit de criminalisation à celui de victimisation des usagers, rendu possible notamment par une médicalisation des cadrages de la crise (Dollar, 2019 ; Dunne, 2017 ; Johnston, 2019 ; McGinty et al. 2015 ; McLean, 2017 ; Mendoza et al., 2018 ; Orsini, 2017 ; Tiger, 2017). Plusieurs chercheurs s'intéressent aux inégalités sociales propagées dans ce récit de victimisation, comme la surmédiatisation des surdoses de personnes blanches, au détriment d'une considération pour les consommateurs les plus à risque de surdoses mortelles (dont les Premières Nations, les personnes en situation d'itinérance et sous le seuil de pauvreté) (Johnston, 2019 ; McLean, 2017 ; Tiger, 2017).

Cependant, les principaux écrits scientifiques qui recensent ces cadres médicalisés et prohibitifs ne tiennent pas compte des nouveaux développements de la crise puisqu'ils datent habituellement d'avant 2018 (Dunne, 2017 ; McLean, 2017 ; Orsini, 2017). Quant à ceux plus récents, ils adoptent surtout une posture épistémologique constructiviste-critique, intéressée aux représentations racistes des consommateurs (Dollar, 2019 ; Johnston, 2019). Notre cadre conceptuel, fondé sur les concepts de cadre et de récit, permet d'adopter une posture complémentaire. En concevant la crise des opioïdes comme l'amalgame de plusieurs récits, chacun constitué d'interprétations et de personnages cadrés en fonction d'intérêts socionormatifs, on voit émerger l'importance d'une prise en compte, non seulement des représentations des consommateurs, mais aussi, de façon plus générale, des multiples figures des « méchants » et des « héros », des dynamiques discursives d'accusation et d'héroïsation, et des stratégies argumentatives qui soutiennent ces discours. Notre cadre conceptuel permet ainsi d'explorer les processus des récits médiatisés souvent évacués d'autres écrits.

Objectifs de recherche

Le présent article s'intéresse aux différents récits médiatiques de la crise des opioïdes entre 2015 et 2018. Plus précisément, il analyse : a) les éléments discursifs qui caractérisent chaque cadre ; b) leur évolution temporelle ; et c) les multiples figures sociales qui émergent des différents cadres.

Méthodologie

Nous avons recueilli des articles publiés par le média le plus lu au Canada (*Globe and Mail*) et le média le plus consulté dans chacune des trois provinces les plus affectées selon l'Agence de santé publique du Canada (2020) : *Vancouver Sun* (Colombie-Britannique), *Calgary Herald* (Alberta) et *Toronto Star* (Ontario). Les articles, publiés entre le 1er janvier 2015 (un an et trois mois avant la déclaration de la crise en Colombie-Britannique, en avril 2016) et le 31 mars 2018 (temps de la collecte des données), ont été extraits de la base de données *Factiva*, par les mots clés « *opioid crisis* », « *opioid epidemic* », « fentanyl », « carfentanil », « *opioid overdose* » ou « *opioid intoxication* », présents dans le titre ou le premier paragraphe.

Une fois l'ensemble des articles récoltés[8] (n=1150), nous avons procédé à un échantillonnage voulant extraire 100 articles par médias. Afin de mettre en relief l'évolution temporelle des récits, cet échantillon devait comporter des articles publiés tout au long de la crise. Par conséquent, un échantillonnage aléatoire et stratifié a été utilisé. L'ensemble des articles publiés par chaque média (excluant les doublons) a donc été organisé par ordre chronologique de publication. Ensuite, une extraction par intervalle fixe a été réalisée. L'intervalle fut déterminé en fonction de la formule $i = n / N$, où i est l'intervalle, n est le nombre total d'articles récoltés et N est l'échantillon final désiré (N=100). Cette méthode a permis de récolter des articles publiés tout au long de la crise et de s'assurer que l'échantillon récolté soit représentatif des périodes de publication de plus forte importance quantitative. Une deuxième extraction aléatoire a permis de réduire l'échantillon final à 100 (voir tableau 1).

[8] Puisque nous nous intéressons aux différents cadres véhiculés dans les médias, les articles éditoriaux, les pages de chroniqueurs, les lettres aux lecteurs ainsi que les copies des comptes-rendus des agences nationales et internationales de presse ont tous été retenus dans notre sélection d'articles.

Tableau 1 – **Synthèse de la démarche de collecte des articles médiatiques**

	Globe and Mail	Calgary Herald	Toronto Star	Vancouver Sun	Total
Nombre d'articles initial	317	345	252	236	**1 150**
Doublons retirés	55	21	105	8	**189**
Articles récoltés	262	324	147	228	**961**
Intervalle (déterminé en fonction de la formule $i = n / 100$)	2	3	1	2	**N/A**
	+ retrait aléatoire de 62 articles	+ retrait aléatoire de 24 articles	+ retrait aléatoire de 47 articles	+ retrait aléatoire de 28 articles	
Échantillon	100	100	100	100	**400**

Notre démarche est inspirée de l'analyse de la rhétorique des cadres, qui s'intéresse aux divers procédés par lesquels des interprétations d'un problème sont présentées (Kuypers, 2010). Cette analyse se distingue de celle thématique, en ce qu'elle se focalise sur les façons dont une histoire est racontée plutôt que sur son contenu. Prenant appui sur Kuypers (2010), une grille d'analyse constituée de sept éléments a été développée : 1) la nature du problème ; 2) les causes proclamées ; 3) les facteurs de maintien de la crise ; 4) les solutions prônées ; 5) le dommage collatéral (les conséquences de la crise) ; 6) les figures d'intérêt ; et 7) les stratégies argumentatives. Une fois cette matrice remplie pour chaque article analysé, une analyse axiale (Strauss et Corbin, 1990) a été réalisée pour trouver les points de recoupement dans les catégories et les relier à un concept de plus haut niveau. Ainsi, inspirés par Van Gorp (2010) qui souligne que les causes, les conséquences et les solutions véhiculées se chevauchent au sein d'un cadre, nous avons identifié des points de convergence entre les multiples éléments de la grille d'analyse, afin de relier des catégories et d'identifier des cadres. Finalement, la chaîne de raisonnement entre les catégories a été explorée dans chaque cadre afin de s'assurer que ses caractéristiques soient dotées d'une logique et d'une cohérence internes.

L'analyse a été effectuée conjointement par les deux auteurs. Ce faisant, nous avons entrepris une « co-analyse », c'est-à-dire que notre démarche ne voulait pas la validation du codage d'un auteur par un autre, mais plutôt que le tout s'inscrivait dans une démarche de discussion des possibilités de codage (Smith et McGannon, 2018). Chaque auteur a analysé 50,0 % des données, puis l'auteur principal a aggloméré les deux corpus de données analysés en s'assurant d'une concordance dans les modes de codage. Lors de points de divergences dans le codage, les deux auteurs ont discuté et se sont entendus sur le codage final. Ainsi, deux rondes de codages furent nécessaires : 1) codage par chaque auteur séparément ; et 2) co-codage de certains articles.

Le but de notre analyse n'est pas d'identifier les postures des médias, des journalistes ou des éditeurs, mais plutôt d'analyser les cadres médiatisés, c'est-à-dire les cadres qui sont (re)mis

en circulation dans les articles de médias. Dans cette optique, nous voulions nous attarder au cadre médiatisé qui était plus probable de marquer le public. Dans la mesure où plusieurs cadres étaient présents dans un même article, un seul cadre a été retenu. Pour circonscrire ce choix, nous avons retenu le cadre présent dans le titre, l'introduction et la conclusion puisque le lecteur moyen en Amérique lit surtout le titre et les premières lignes d'un article de médias (American Press Institute, 2014). Bien que les cadres soient identifiés ainsi, la totalité du contenu des articles a été utilisée pour ressortir les éléments des différents récits. Les cadres présentés dans l'analyse sont donc une montée en généralité des récits médiatisés et rapportés par une multitude d'acteurs, tant ceux sur le terrain (intervenants sociaux, policiers, citoyens), que les journalistes et les éditeurs.

Le concept de « discours d'escortes » nous permet de justifier une telle stratégie méthodologique. En effet, en étude des communications, les « données d'escortes » renvoient aux discours qui transmettent une information factuelle sans prise de position à son égard (Bigey et Simon, 2018 ; Simon et al., 2015). Les données d'escortes, même si elles ne permettent pas d'analyser la posture de l'énonciateur ou de l'auteur d'un discours, sont importantes, car elles modifient le paysage discursif en attirant l'attention sur certains éléments et en véhiculant une certaine compréhension d'une thématique, d'un événement ou d'un enjeu. L'acte de citer un acteur dans un article de médias est significatif, même si le journaliste ne partage pas le même avis, puisqu'il est un pas en faveur de la dissémination de cette posture. Notre stratégie permet alors d'analyser les principaux schèmes qui investissent des significations dans la crise des opioïdes et qui sont transmis aux publics via les médias.

En tenant compte des cadres qui peuvent influencer le paysage discursif entourant la crise des opioïdes, cette recherche se veut un pas vers la compréhension des multiples significations qui circulent autour de la dépendance, qui peuvent ensuite être acceptées, négociées ou réfutées par des individus et groupes. Une limite de cette analyse est son incapacité à recenser les postures de différentes institutions (médias, autorités fédérales ou sanitaires, etc.) et l'incidence des cadres médiatisés sur le public et ses compréhensions de la crise (Joffe et Haarhoff, 2002). Une autre limite est son omission des façons dont les caractéristiques des médias (dont le lectorat et leur orientation politique prédominante) peuvent influencer les principaux cadres qui y sont médiatisés. Ces aspects devraient faire l'objet d'enquêtes subséquentes. Enfin, notre choix méthodologique de seulement recenser un cadre par article de médias comporte comme limite d'omettre l'évaluation du poids quantitatif de chaque cadre, puisque notre démarche ne permet pas de tenir compte de leur fréquence d'occurrence. Rappelons cependant que le but de cette recherche n'était pas de quantifier les cadres entourant la crise des opioïdes, mais plutôt d'explorer les multiples interprétations médiatisées de cette crise.

Résultats

L'analyse identifie quatre cadres véhiculés dans les médias, structurant chacun un récit de la crise des opioïdes au Canada : prohibitif, médicalisé, structurel et sanitaire. Le tableau 2 résume les principales caractéristiques de chaque cadre, qui seront développées dans les sections suivantes.

Tableau 2 – **Principales caractéristiques de chaque cadre médiatique**

Cadre	Prohibitif	Médicalisé	Structurel	Sanitaire
Nature du problème	« Crise du fentanyl »	« Crise des opioïdes »	« Crise des drogues contaminées »	« Crise des surdoses »
Causes	• Production et vente de fentanyl illégal • Propriétés du fentanyl	• Exposition aux opioïdes • Surprescription d'opioïdes et diversion des médicaments sur le marché noir • Désinformation pharmaceutique • « Maladie » de la dépendance	• Prohibition • Stigmatisation • Manque de services • Inégalités sociales (pauvreté, itinérance) • Complaisance du gouvernement fédéral	• « Maladie » de la dépendance • Contamination des drogues illégales • Manque d'accès aux services
Objectifs et solutions	**Objectif :** *éliminer le marché noir* **Solutions :** • Abstinence • Interventions policières et judiciaires • Réduction des méfaits (dernier recours, une première étape vers l'abstinence) • Reconnaissance des limites de la criminalisation	**Objectif :** *minimiser l'exposition aux opioïdes et réguler l'accès aux opioïdes médicaux* **Solutions :** • Surveillance des pratiques de prescription • Réduction des méfaits (pour diminuer les conséquences de l'exposition aux opioïdes, une première étape vers l'abstinence)	**Objectif :** *protéger les populations les plus marginalisées* **Solutions :** • Logements abordables • Accès aux services en santé mentale • Réduction des méfaits (pratique dite insuffisamment « sociopolitique » • Légalisation, décriminalisation • Cliniques d'héroïne médicale	**Objectif :** *diminuer le nombre de surdoses* **Solutions :** • Éducation populaire • Programmes de surveillance et d'analyse des données • Stratégies de réduction des méfaits prenant en considération l'approvisionnement toxique en drogues • Décriminalisation de la possession simple • *Emergency task force*
Figures	• **Consommateurs :** victimes (des vendeurs de fentanyl) et « consommateurs-joueurs » (prennent le risque) • **Méchants :** vendeurs, Chine • **Héros :** policiers	• **Consommateurs :** victimes (du système médical) • **Méchants :** système médical, compagnies pharmaceutiques, vendeurs • **Héros :** médecins et politiciens militants pour réduire l'accès aux opioïdes	• **Consommateurs :** victimes (d'abus, de trauma, d'inégalités, d'oppression) • **Méchants :** élus au gouvernement fédéral • **Héros :** travailleurs de première ligne, activistes	• **Consommateurs :** victimes (décès) • **Méchants :** médecins, élus aux gouvernements provinciaux et fédéral, vendeurs • **Héros :** travailleurs de première ligne

Tableau 2 – **Principales caractéristiques de chaque cadre médiatique**

Cadre	Prohibitif	Médicalisé	Structurel	Sanitaire
Stratégies argumentatives	• Dangerosité du fentanyl • Généralisation du risque • Donner la valeur marchande des saisies de drogues illégales	• Victimisation des consommateurs • Mobilisation du modèle de la « pente descendante » de la dépendance • Mobilisation des histoires de vie des consommateurs • Médicalisation de la dépendance • Généralisation du risque d'exposition	• Victimisation des consommateurs • Appel à la compassion • Accent sur le fait que l'argumentaire structurel est fondé sur des recherches scientifiques	• Généralisation du risque de surdoses • Généralisation des conséquences de la crise (tous en sont victimes) • Accent sur les familles en deuil • Victimisation des consommateurs • Médicalisation de la dépendance

Cadre prohibitif (n=122 articles)

Dans le récit cadré à partir d'une perspective « prohibitive », les propriétés du fentanyl (sa puissance, son potentiel addictif, son petit format facilitant sa dissimulation) et sa dangerosité sont mises en évidence :

> *A drug that is up to 20 times more potent than heroin is becoming increasingly available on city streets and across the province, prompting Calgary police to issue a reminder to Calgarians that there is 'no such thing' as a safe street drug.* (Stark, 2015)

Dans ce contexte, l'abstinence de toutes substances illégales est présentée comme la meilleure façon de réduire les risques.

Rapporté principalement par les propos de policiers, ce cadre mise sur la présence potentielle du fentanyl dans toutes les substances illégales et sur les risques encourus par tous les consommateurs de drogues. Ceux-ci sont présentés comme des « consommateurs-joueurs », soit des individus qui « jouent à la roulette russe » en prenant le risque de consommer des substances dont le contenu est inconnu et potentiellement létal.

> *"While young students might consider themselves invincible - or capable of escaping overdose and death because their friends did it' – users aged 16 to 21 have been among the victims killed by the drug […]. "You are making a very risky gamble," [police officer Lepchuck] said. « Buy the wrong drugs and if you lose, it's your life."* (Southwick, 2015c)

Les consommateurs sont aussi perçus comme les victimes des vendeurs sur le marché noir et de leurs substances contaminées : *« Now that users have difficulty snorting or injecting the new pills, illicit dealers are selling counterfeit oxycodone, called « green jellies » or « street oxy, » which contain potentially deadly fentanyl, police and health officials say »* (Southwick, 2015b).

Selon les interprétations ancrées dans ce cadre, le caractère létal du fentanyl viendrait justifier les politiques prohibitionnistes. En effet, ces arguments de dangerosité et de risque généralisé auquel est exposée la population s'associent à la demande d'une régulation des drogues par le système judiciaire. L'information véhiculée met l'accent sur les interventions policières ciblant « l'offre » des drogues. Plusieurs articles rapportent les saisies (drogues, armes, argent, voitures) – souvent en décrivant leur valeur marchande (*street value*) –, qui sont synonymes d'une « plus grande sécurité » puisque le retrait d'une dose de fentanyl serait l'équivalent d'une vie sauvée : *« More than just taking illicit drugs off the street, Kowalyk said the seizures represent a significant improvement to community safety »* (Passifiume, 2017).

Les récits qui s'appuient sur ce cadre décrivent aussi les restrictions légales (presses-pilules, W-18, surveillance et sécurisation des frontières) qui sont ou qui devraient être instaurées : *« British Columbia Premier Christy Clark is calling on the federal government to restrict access to pill presses, screen 'all small packages' for fentanyl and pursue stiffer penalties for those caught importing or trafficking the synthetic opioid »* (Woo, 2016b).

En ce qui concerne la « demande » des drogues, notons cependant qu'il y a une reconnaissance des limites de la criminalisation[9] : *« 'It's not enough for police to crack down on drug dealers to combat Alberta's fentanyl scourge, it will take the efforts of health and other sectors to combat the crisis', says the provincial justice minister »* (Cole, 2016a).

Bien que l'abstinence soit préférée, ce récit encourage aussi les pratiques de réduction des méfaits : *« The police service is urging fentanyl users to take precautions, including having a naloxone kit and not using alone »* (Cole, 2016b).

Si les mesures punitives sont jugées insuffisantes pour mettre fin à la crise, elles sont perçues comme nécessaires et légitimes lorsqu'elles s'adressent aux figures de « criminels », blâmées pour la crise des opioïdes. Celles-ci renvoient premièrement aux vendeurs sur le marché illégal, dont les valeurs, corrompues par la quête du profit, les amèneraient à profiter de la vulnérabilité d'autrui et à mettre la vie des citoyens en danger : *« 'If you're selling fentanyl, you should know that this is a drug that doesn't discriminate, and any tablets you sell have the potential of resulting in a fatal overdose,' said Staff Sgt. Martin Schiavetta »* (Calgary Herald Editorial Board, 2015b).

Deuxièmement, ces « criminels » renvoient aussi à la Chine puisqu'elle manufacturerait des versions déviées de produits illégaux dangereux. Elle est représentée comme étant amorale, chaotique, corrompue et malhonnête (Kennedy et Coelho, 2019). Le Canada, quant à lui, est présenté comme devant utiliser la force et l'ordre pour corriger ce problème venant d'outre-mer :

[9] Selon un article, « Les chefs de police du Canada estiment que la décriminalisation de la possession simple de drogues illicites constituerait la meilleure façon de lutter contre la toxicomanie et les surdoses, parfois mortelles » (Bronskill, 2020).

> *'It's disturbing to learn that there are individuals in society who will sell non-regulated compounds… in spite of their danger,' said [Ed] Knaus. […] Listing a controlled substance is a good first step, said Schiavetta of Calgary police. But what is really needed is a crackdown on the 'thousands' of synthetic drug labs in China, and the import of their products into Canada.* (Blackwell, 2016)

En contrepartie, les principales figures héroïques dans ce cadre sont les policiers, qui mettraient leur vie à risque pour protéger le grand public : *« Police also [Alberta health officials] deserve credit […]. The Alberta Law Enforcement Response Teams, a group that targets serious and organized crime, has confiscated more than 16,000 fentanyl pills in the past year »* (Calgary Herald Editorial Board, 2015a).

Cadre médicalisé (n=70 articles)

Le cadre médicalisé se distingue de celui prohibitif par sa mobilisation d'une conceptualisation pharmacologique de la dépendance. Selon cette perspective, les opioïdes sont compris comme étant « intrinsèquement » addictifs, c'est-à-dire que toute personne exposée – en contexte médical ou non – est perçue comme courant le risque de développer une dépendance : *« It's impossible to become addicted without exposure. […] The bigger issue is there are simply too many people on opioids »* (Robertson et Howlett, 2016).

Le système médical occupe un rôle central dans ce récit, où la surprescription d'opioïdes par les médecins est mise en exergue : *« Most health-care experts agree that the root cause of most opioid addiction is over-prescription of pain management drugs »* (Vaccarino et Manget, 2017).

Cette expansion de l'usage médical des opioïdes est d'ailleurs présentée comme fondée sur la désinformation véhiculée par l'industrie pharmaceutique :

> *That pharmaceutical companies, and the medical 'thought leaders' they paid and promoted, ran very compelling marketing campaigns convincing us that there was an unmet need to treat chronic pain and that opioids including OxyContin were safe and effective for this purpose.* (Sud, 2016)

Dans ce cadre médicalisé, les médecins et les compagnies pharmaceutiques sont les principales cibles du blâme. Si, à l'instar du cadre « prohibitif », les vendeurs sont aussi présentés comme des opportunistes, il est cependant considéré, dans le cadre médicalisé, qu'ils ont saisi une part d'un marché initialement créé par les médecins :

> *The appetite and the street market for opioids has gone through the roof. Fentanyl is so potent that you don't need much to get high or to ward of withdrawal symptoms. Juurlink believes the spike in overdose deaths is a result of a surge of doctors prescribing opioids.* (Aguilar et Rizza, 2017)

Quant aux personnes « dépendantes »[10], elles sont présentées comme des victimes, initiées au monde des drogues contre leur gré et à leur insu, par la voie médicale qui devait les protéger. À cet égard, le modèle de la « pente descendante » est utilisé comme stratégie discursive pour démontrer que l'utilisation d'opioïdes prescrits post-blessure mène à la dépendance : « *It was after he was given fentanyl — a drug 50 times more potent than heroin — following a gunshot wound to the shoulder during a robbery and that Adam Vickerson began his long, painful and costly spiral downward* » (Grimaldi, 2018).

Ce statut de victime est aussi potentialisé par l'attention portée aux histoires de personnes décédées :

> *What Janis Radtke misses about her daughter are the daily conversations, those loving exchanges many take for granted, never really thinking the next might be the last. They spoke on the phone three or four times a day, sometimes just to check in, other times to talk about their lives, their plans for the future. But the calls that had become so natural for mom stopped coming in March.* (Southwick, 2015d)

La victimisation se cristallise d'ailleurs par la médicalisation, c'est-à-dire par la conceptualisation de la dépendance comme une « maladie » subi par l'individu : « *The good news is that by recognizing that addiction is a chronic disease, we can effectively treat the vast majority of addicts* » (Vaccarino et Manget, 2017).

En ce qui a trait aux stratégies argumentatives, les récits s'inscrivant dans ce cadre généralisent le risque en argumentant que trop de personnes seraient en contact avec des opioïdes (et donc à risque de dépendance et de surdose) via le système médical. Afin de réduire cette exposition, il serait donc primordial de réguler l'accès aux opioïdes médicaux par des mesures de surveillance :

> *Ontario Health Minister Eric Hoskins, meanwhile, took a good first step to stopping the over-prescribing of opioids last November when he passed on the names of 86 doctors to Ontario's College of Physicians and Surgeons for investigation after they were flagged by a new computerized narcotics monitoring system for their "unusual" prescribing patterns.* (Star Editorial Board, 2017)

En ce qui concerne les interventions auprès de ceux qui sont dépendants aux opioïdes prescrits, l'accès aux traitements par agoniste opioïdes ainsi qu'aux centres de désintoxication est prôné :

> *'[…] I think a key thing for us to do is to continue to expand access to opioid replacement therapy as well as other treatment models so that people are able to get the treatment that they need,' said Brandy Payne.* (The Canadian Press, 2016)

[10] L'adjectif a*ddicted* est souvent utilisé dans les médias anglophones pour décrire les personnes ayant de la difficulté à contrôler leurs usages de substances psychoactives. Nous avons traduit ce mot par « personnes dépendantes ».

Dans ce cadre, la naloxone serait une mesure insuffisante puisque temporaire, mais nécessaire afin de traiter ultérieurement la dépendance : *« Naloxone is designed to reduce the harm of fentanyl use, but it does nothing to address root causes behind addictions, with physicians reporting long waits for treatment »* (Southwick, 2015a).

Ainsi, les stratégies de réduction des méfaits véhiculées devraient participer à la diminution des méfaits liés à l'exposition aux opioïdes et ultimement, mener vers l'abstinence : *« Slowly people are coming to grips with this idea that for many individuals abstinence is not an achievable goal in the near future, and that the best way to get to that goal is through harm reduction measures »* (Southwick, 2016).

Cadre structurel (n=91 articles)

Un troisième récit, cadré de façon « structurelle », se démarque des deux précédents par sa tenue de la prohibition des drogues comme responsable des surdoses mortelles. Selon les informations véhiculées dans ce cadre, les politiques prohibitionnistes sont à blâmer puisqu'elles créent un marché illégal et non régulé : *« It is prohibition that allows the unregulated illicit-drug market to thrive, and at a time where that market is flooded with powerful synthetic opioids like fentanyl and carfentanil, we are seeing a dramatic uptake in overdose deaths »* (Woo, 2017b).

La prohibition est aussi perçue comme la cause d'une stigmatisation qui alimenterait la crise en : 1) poussant à la consommation solitaire ; 2) limitant l'accès aux soins de santé et services sociaux ; et 3) entraînant des lacunes dans la réponse politique, qui serait désintéressée et discriminerait des populations marginalisées :

> *Daly said the federal government should immediately decriminalize all illicit drugs so people no longer have to use alone in fear, where there's no help if they overdose.* (Shaw, 2017)
>
> *[I]t's really hard to get people to come out and seek help. It's hard to seek help for something that is considered a criminal act.* (Woo et Hager, 2018)
>
> *From its beginning, much of the evolution of the HIV epidemic can be explained by political, professional and public denial, delay and discrimination.* (Gilmore, 2017)

À cet égard, les gouvernements fédéral et provinciaux sont l'objet d'importantes accusations en raison d'une insuffisance perçue de leur réponse. Certains acteurs mobilisent le deuil des familles ayant perdu un proche pour argumenter la complaisance et la négligence du gouvernement : *« That's 241 more families stumbling through grief. We just don't think that the government has acted with any sense of urgency »* (Schwartz, 2017).

Dans ce récit, les personnes dépendantes ne sont donc pas criminelles, mais victimes d'inégalités et d'oppressions qui les marginalisent et les privent des ressources qui leur

permettraient de vaincre la dépendance. Bien que les surdoses puissent affecter tout le monde – cette généralisation étant aussi argumentée par les cadres précédents –, elles toucheraient les personnes socialement et psychologiquement vulnérables en plus grande proportion. L'accent est donc mis sur les inégalités sociales, la pauvreté et le manque d'accès au logement comme causes structurelles des surdoses : *« Anyone can be a drug user, but the majority of B.C.'s overdose deaths are happening among people who are poor, homeless or unstably housed and forced to depend on social services »* (Stajduhar et Mollison, 2017).

Puisque les principaux problèmes ne proviennent pas des drogues elles-mêmes, mais des politiques gouvernementales prohibitionnistes, la décriminalisation et la légalisation sont présentées comme solutions à la crise :

> *Decriminalization is a sound, effective solution to some of the myriad of fiscal, public health, social and public safety issues caused by the criminalization of drug possession.* (Powell, 2017)

> *Westfall, whose group supports legalization of narcotics, including fentanyl, said police resources should be dedicated to other measures, such as drug treatment or housing.* (Chan, 2017)

Les arguments mobilisés dans le cadre structurel soutiennent aussi que les solutions devraient être orientées vers les besoins des populations les plus vulnérables : *« But the solution for the most vulnerable addict […] includes stable housing and ensuring those discharged from the hospital or jail have support. [Somers] also recommends better collaboration with First Nations communities, which have a disproportionate number of victims »* (Culbert, 2017).

Les stratégies prônées incluent donc les logements abordables, les sites d'injection supervisés, les sites de prévention de surdoses, l'accès aux services en santé mentale, l'accès à la naloxone, les cliniques d'héroïne médicale et la distribution d'opioïdes sécuritaires. Dans cette perspective, les pratiques de réduction des méfaits sont de grande importance : *« A renowned HIV/AIDS clinic in Vancouver that helped pave the way in harm reduction by first offering supervised-injection service 14 years ago now wants to treat opioid addiction with injectable drugs »* (Woo, 2017c).

Néanmoins, ces pratiques sont jugées insuffisantes puisqu'elles n'abordent pas les racines sociales, politiques et économiques de la crise. Il est donc avancé que ces stratégies pourraient être financées par l'argent présentement dépensé sur la répression, une idée qui ferait de plus en plus consensus dans différentes communautés, dont celle scientifique :

> *According to a new report by the Drug Policy Alliance, there is also growing public, political and scientific consensus that governments should redirect the billions spent on the futile war on drugs to expand drug treatment and other health services.* (Powell, 2017)

Cadre sanitaire (n=117 articles)

Finalement, le cadre sanitaire problématise la crise en misant sur les surdoses et leur caractère potentiellement létal :

> *Two more deaths put spotlight on fentanyl ; Metro Vancouver users often unaware their drugs are being cut with the cheap-but-deadly opioid*
>
> *'[…] even the suspicion of a link to fentanyl warrants another public safety announcement,' [Cpl. Geoff Harder of North Vancouver RCMP] said. 'If you use street drugs, you should take precautions. The risk of overdosing while using opiate-based drugs, including fentanyl, is high.'* (Sinoski, 2015)

Ce cadre se caractérise par une généralisation du risque de surdoses qui, quoique notée dans les cadres criminel et médical, prend de l'ampleur ici : *« 'Opioid overdoses affect our friends, our co-workers, our neighbours, and we need to do everything we can to prevent preventable deaths', says Dr. James Talbot »* (Calgary Herald Editorial Board, 2015a).

Dans cette perspective, toutes les drogues ont le potentiel d'être contaminées par le fentanyl, ce qui menace la vie non seulement de l'individu dépendant, mais aussi de l'usager récréatif : *« The mayor said youth need to rethink some of the prevalent misconceptions about the safety of recreational drug use »* (Ip et Crawford, 2016).

Les informations ancrées dans le cadre sanitaire et (re)mises en circulation par les médias soulignent que tous les citoyens seraient affectés, même si ces derniers croient que le problème se limiterait aux personnes dépendantes :

> *Perhaps the biggest challenge has been that the public at large has not felt, so far, that the fentanyl crisis affects them. They continue to believe it is a problem faced by addicts and drug abusers, who rely on illegal substances. There has been little public sympathy, and many people perceive fentanyl to be of little risk to them, far removed from everyday life.* (Watt, 2017)

En effet, ce cadre met en lumière le fait que plusieurs groupes sociaux « innocents » sont touchés, comme les enfants (syndrome de sevrage, deuil, décès), les familles (deuil, décès) et les intervenants de première ligne (épuisement).

Une stratégie médiatique importante permettant de généraliser la crise consiste à présenter les histoires de jeunes blancs qui avaient tout pour réussir, mais qui décèdent à la suite d'une expérimentation ayant mal tourné. Ils sont présentés comme purs et innocents, des personnes « ordinaires » et de « bonnes familles » qui n'auraient pas de problèmes sous-jacents :

> *Tina Espey would have been 22 today, looking forward to the future, perhaps planning a family and working toward a career as a nurse or an orthodontist. But she barely got to see adulthood, her life tragically cut short by fentanyl.* (Khandaker, 2015)

De plus, la conceptualisation de la dépendance comme une maladie permet d'argumenter que la dépendance peut toucher tout consommateur puisqu'il y aurait un passage « facile » du choix initial de l'usage au non-choix de la maladie :

> *'It blew me away because this kid absolutely loved life,' said Yvonne, who asked that her last name not be used. 'It started as a choice, and then he got addicted to it; his personality grabbed on to it. It was a disease.'* (Osborne, 2015)

Selon ce cadre, si les consommateurs ont exercé le choix initial de consommer, ils sont déresponsabilisés et présentés comme méritant de l'aide, car : 1) la maladie leur a fait perdre le contrôle ; 2) ils ont essayé de s'en sortir, mais les services étaient insuffisants ; et 3) ils risquent de consommer des substances contaminées. Le consommateur, passant du criminel au malade, « mériterait » alors des services médicaux :

> *A criminal crackdown might appeal to some, but it is a distraction. The only option with a real chance of saving lives is for Ottawa and the provinces to treat the crisis as a public-health matter, and focus all their best resources on harm reduction.* (Globe and Mail Editorial Board, 2017)

Plus précisément, les arguments déployés dans ce cadre encouragent l'augmentation de l'accès aux pratiques de réduction des méfaits, jugées primordiales puisqu'elles permettent de diminuer le nombre de surdoses. Cadrées de façon plus médicale que politique (cadre structurel), les informations sur les stratégies de réduction des méfaits sont aussi contextualisées dans le cadre plus large de l'approvisionnement toxique en drogues : « *Addiction physician Keith Ahamad said expanded heroin-assisted treatment is a more feasible way for drug users to avoid the toxic drug supply than drug legalization – which many are calling for but won't reasonably happen any time soon* » (Woo, 2017a).

De plus, les informations véhiculées dans ce cadre priorisent des interventions de santé publique à grande échelle, telles que l'éducation populaire, la distribution de naloxone la mise sur pied d'une équipe d'urgence, la surveillance épidémiologique et la surveillance frontalière :

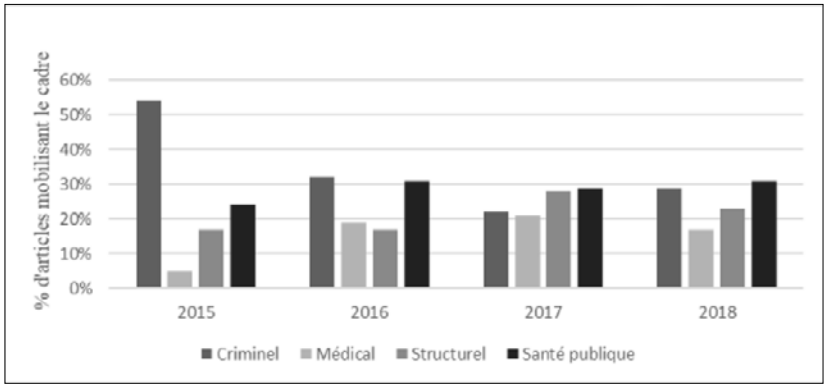
> *The recently released federal budget earmarked $231.4-million to tackle the problem across the country, with a large chunk dedicated to measures such as public-health campaigns, data tracking and border-security measures.* (McQuigge, 2018)

> *Mark Haden, adjunct professor at the University of B.C.'s School of Population and Public Health, said naloxone needs to be made more widely available but is only a « band-aid » on a bigger problem [, drug prohibition].* (Eagland, 2016)

L'évolution du cadrage

Notons que l'ensemble de ces cadres n'occupent pas la même importance tout au long de la crise (voir figure 1). De façon générale, les articles publiés en 2015 ont plus tendance à (re)mettre en circulation un cadre prohibitif, qui rapporte principalement les propos des policiers, sont orientés vers les vendeurs et producteurs et avertissent les utilisateurs des dangers de la consommation des drogues récréatives contaminées. La diffusion des cadres médicalisé, structurel et sanitaire augmente surtout en 2016 avec l'arrivée du W-18 et du carfentanil[11] , et d'une plus grande présence des débats entourant l'accès aux services en dépendance et la pertinence provinciale de déclarer l'état d'urgence en santé publique. En 2017 et 2018, si ces quatre cadres coexistent, la popularité de celui prohibitif décroît, au profit d'une augmentation du pourcentage d'articles qui font (re)circuler un cadre sanitaire : la crise prenant de l'ampleur, on la conçoit moins comme un enjeu exceptionnel relevant d'actes illégaux, mais plutôt comme un problème sanitaire dont le risque est généralisé. Somme toute, on témoigne d'un passage d'un cadrage prohibitif, présentant le risque comme étant éloigné et le produit de figures du blâme « lointaines » et peu ordinaires (comme le vendeur criminel ou la Chine), à un cadrage sanitaire, plus contextualisé, qui problématise l'enjeu comme un problème « proximal » et accuse des figures communes telles que les autorités fédérales. Cette même évolution du lointain au proximal est perçue dans les récits d'épidémies de maladies contagieuses (Mayor et al., 2013 ; Roy et al., 2020), ce qui suggère que des tendances discursives semblables s'opèrent lors de crises sanitaires, même si celles-ci sont de natures différentes.

Figure 1 – **Évolution temporelle des cadres**



[11] Le carfentanil est un opioïde synthétique 100 fois plus puissant que le fentanyl et 10 000 fois plus toxique que la morphine (Santé publique Ottawa, 2020).

Discussion

Chaque cadre médiatique emploie une étiquette particulière pour nommer la crise : on parle de la crise du fentanyl (cadre prohibitif), des opioïdes (cadre médicalisé), de l'approvisionnement en drogues contaminées (cadre structurel) et des surdoses (cadre sanitaire). Le cadre prohibitif met l'accent sur la dangerosité des drogues et accuse surtout les vendeurs. Il prône la criminalisation via les interventions de policiers héroïques. Dans le cadre médicalisé, la dangerosité inhérente des opioïdes, leur surprescription et le rôle joué par les médecins et les compagnies pharmaceutiques sont mis en évidence. L'accent est mis sur la réduction de l'accès aux opioïdes médicaux et l'implantation, en amont, de stratégies visant l'abstinence. Le cadre structurel, quant à lui, mise sur le lien entre les surdoses mortelles, d'une part, et la prohibition, la stigmatisation et l'insuffisance des services actuels, d'autre part. La décriminalisation est proposée comme solution phare afin de lever les barrières sociétales qui vulnérabilisent les consommateurs. Enfin, le cadre sanitaire souligne une préoccupation à l'égard des surdoses, dont le risque serait généralisé à toute la population. Une variété d'interventions qui permettent de réduire le nombre de décès est prônée.

Quoique ces cadres mobilisent des récits différents, argumentant des causes et solutions particulières et produisant des héros, des méchants et des victimes qui leur sont propres, certains points de recoupement peuvent être identifiés. De façon générale, dans l'ensemble des récits recensés, le principal responsable des problèmes vécus est non pas les consommateurs, comme l'ont recensé plusieurs auteurs (Boyd et al., 2016 ; Reinarman et Levine, 1997), mais bien la substance elle-même. Peu importe la source de leur approvisionnement (légale ou non), les opioïdes seraient intrinsèquement dangereux. Ce blâme de la substance, tirant sa source dans le récit pharmacologique de la dépendance où la substance détournerait (*hijack*) le circuit neurologique de la récompense et priverait le consommateur de son agentivité (Lewis, 2018), s'associe à une accusation institutionnalisée, ciblant ses producteurs (Big Pharma et ceux illégaux), ses pourvoyeurs (les médecins et les vendeurs sur le marché noir) et les différents paliers gouvernementaux (pour la lenteur de leurs actions). Notons que si les consommateurs ne sont pas les principaux boucs émissaires et s'ils ne sont pas présentés comme « criminels », cela n'est pas pour dire que l'on constate un rejet global de la criminalisation : on assisterait plutôt à un déplacement du blâme vers les vendeurs (Kennedy et Coelho, 2019). Somme toute, plutôt que de révéler un processus de transformation des consommateurs en boucs émissaires, une lecture transversale des cadres met en lumière l'émergence de deux nouvelles figures interreliées dans le champ de la dépendance, le consommateur-victime-citoyen et l'entrepreneur de compassion.

Le consommateur-victime-citoyen et l'entrepreneur de compassion

Contrairement aux représentations médiatiques des consommateurs de drogues dans les crises précédentes (Boyd et al., 2016 ; Reinarman et Levine, 1997), la figure du « consommateur-criminel » est invisibilisée par une dynamique de victimisation. En effet, les choix

individuels menant à la consommation sont rarement abordés par les médias et, lorsque mentionnés, ils sont présentés comme ayant été faits lors d'une étape exploratoire. La figure du consommateur-victime est plutôt privilégiée, celle-ci étant employée de façon différente selon les cadres : l'individu est tantôt victime d'une maladie (cadre prohibitif, médicalisé), tantôt des vendeurs de fentanyl sans scrupules (cadre prohibitif), tantôt de douleurs chroniques, des pratiques médicales ou du marketing pharmaceutique (cadre médicalisé), tantôt de la prohibition, de la stigmatisation, de traumas et d'abus (cadre structurel), tantôt d'accidents (cadre sanitaire).

L'émergence du consommateur-victime est facilitée par une perspective médicalisée, dont la popularité est croissante (Orsini, 2017), qui déresponsabilise l'usager en présentant sa consommation comme symptomatique d'un problème dont l'origine serait neurobiologique. Une autre stratégie facilitant la construction de l'usager-victime relève de la médiatisation des discours de personnes décédées et des patients vivant avec des douleurs chroniques. L'absence de la voix des personnes dépendantes et toujours vivantes permet de déculpabiliser les utilisateurs et de conserver l'image de la « victime idéale » qu'on ne peut pas blâmer (Christie, 1986 ; Kennedy et Coelho, 2019). Elle se distancie de son opposé, les auteurs du soi-disant « vrai » crime, notamment les producteurs et les pourvoyeurs.

Le consommateur n'est cependant pas que victime : il est aussi citoyen à part entière. L'humanisation de l'usager et l'identification à la victime et sa famille sont d'importantes stratégies discursives employées dans les différents cadres. On contextualise les histoires des consommateurs, décrivant leur rôle familial, leur vocation professionnelle, leurs aspirations et le deuil de leur famille. Ce consommateur-citoyen émerge dans les discours qui médicalisent la dépendance et généralisent le risque en misant sur le citoyen « moyen » affecté, notamment celui de type caucasien et appartenant à la classe moyenne. En effet, la crise est cadrée comme une situation où toutes les classes sociales, les races et les régions géographiques seraient à risque plus ou moins égal de surdose (Barberio et Ladd, 2019 ; Kennedy et Coelho, 2019). C'est ainsi qu'elle peut être perçue comme un événement urgent, puisqu'elle touche des strates sociales qui ne vivent habituellement pas de problèmes sociaux et qui ne « devraient pas » être touchées.

La mobilisation de cette figure de consommateur-victime-citoyen recadre la crise du fentanyl comme un événement produit, et plus précisément, produit par des failles dans le système de soins. La figure de consommateur-victime-citoyen permet, sous l'optique de la compassion, d'argumenter l'insuffisance des services actuels et de plaider pour de meilleurs soins. Ce faisant, elle alimente (et est alimentée par) une seconde figure, celle des « entrepreneurs de compassion ». Alors que la prohibition des drogues fut soutenue par ce que Becker (1985) nomma des « entrepreneurs de morale », nous appelons « entrepreneur de compassion » l'individu qui encourage la régulation des usages de drogues par des logiques de soins plutôt que punitives. Les entrepreneurs de compassion sont donc les divers types d'acteurs présents dans chacun des cadres (les policiers, les médecins, les activistes en réduction des méfaits et les acteurs en santé publique), qui utilisent l'appel à la compassion afin de

revendiquer la mise en place de nouveaux services. Ils soutiennent la nécessité d'implanter des traitements et des services en réduction des méfaits en fonction des besoins médicaux et de santé mentale. Leurs demandes sont légitimées par des arguments moraux et médicaux, mettant l'accent sur la nature « innocente » et « malade » des usagers (Barberio et Ladd, 2019 ; Kennedy et Coelho, 2019 ; McLean, 2017). La médicalisation permet donc à la fois d'inclure, en plaidant pour des services compassionnels, et d'exclure, en étiquetant les consommateurs comme ayant un problème individuel, une maladie. Elle permet aux usagers de drogues d'obtenir l'accès à des soins de santé, tout en les maintenant en marge de la norme.

« Soins » en réduction des méfaits

À cet égard, notre analyse alimente une réflexion sur les représentations médiatisées du concept de réduction des méfaits. Mobilisé au sein des quatre cadres recensés, il apparaît que ce concept est polysémique, « à la mode », approprié par quiconque et investi de significations diverses afin qu'il cadre avec le point de vue de l'acteur. Par exemple, les cadres prohibitif et médicalisé soutiennent l'idée que les interventions en réduction des méfaits seraient des pratiques « temporaires » permettant ultimement l'accès aux traitements et, idéalement, l'abstinence. Le cadre structurel considère que les pratiques actuelles seraient insuffisantes puisqu'elles ne répondent pas aux besoins des populations les plus vulnérables : la « bonne » réduction des méfaits serait alors synonyme d'interventions sociales qui s'attaquent aux enjeux sociaux. Finalement, la réduction des méfaits, dans un cadre sanitaire, est comprise dans la perspective plus large de l'approvisionnement toxique en drogues. Elle équivaudrait à faciliter l'accès aux ressources actuelles, tant en misant sur des approches spécialisées, comme les sites d'injection supervisés et l'approvisionnement sécuritaire en opioïdes, que sur des stratégies plus larges, telles que la distribution de naloxone.

Si la définition du concept varie, nous constatons néanmoins un succès social et une diffusion accrue des récits cadrés selon les perspectives médicalisée et sanitaire qui ont tendance à passer sous silence les inégalités sociales, au profit d'un changement sur le plan individuel (Kennedy et Coelho, 2019 ; Moore et Fraser, 2006). En effet, à l'exception des sites non sanctionnés de prévention des surdoses, la visée politique popularisée de la réduction des méfaits renvoie plus à l'accessibilité à des soins de santé, et moins à une remise en question des structures de pouvoir en place. Ainsi, nous proposons l'emploi du terme « soins en réduction des méfaits » afin de refléter cette inscription dans une perspective sanitaire.

Conclusion : la fin d'un paradigme ?

Les cadres (prohibitif, médicalisé, structurel et sanitaire) qui forment le portrait médiatisé de la crise des opioïdes au Canada mobilisent la figure du consommateur-victime-citoyen, qui renvoie à l'individu commun dont les rêves et l'engagement socio-économico-familial sont effacés par des vendeurs opportunistes et malhonnêtes, des médecins tombés sous les

griffes des industries pharmaceutiques et un gouvernement refusant d'instaurer les soins appropriés. Cette figure justifie ainsi l'intervention des entrepreneurs de compassion, qui demandent une plus grande accessibilité à ce que nous appelons les « soins en réduction des méfaits », un concept polysémique qui inclut des pratiques aussi diversifiées que l'accès aux lits de désintoxication, la distribution de naloxone, les traitements agonistes aux opioïdes et l'accès à de l'héroïne pharmaceutique. Enfin, les cadres médiatisés de la crise exposent les méfaits d'un approvisionnement toxique en substances psychoactives, dont les différentes figures de blâme sont le fentanyl (cadre prohibitif), les opioïdes légaux ou illégaux (cadre médicalisé), la dangerosité des substances contaminées (cadre sanitaire) et les politiques répressives (cadre structurel).

Bien que les méfaits d'un approvisionnement toxique en substances psychoactives affectent davantage les populations marginalisées depuis déjà longtemps (Boyd et al., 2016 ; Reinarman et Levine, 1997), une particularité de la crise des surdoses de fentanyl relève du fait que la classe moyenne est aussi considérée comme à risque. Historiquement, lorsque des produits associés à des groupes ethniques minoritaires (ex. : l'opium fumé par les immigrants chinois) commençaient à être consommés par la classe moyenne blanche, on les interdisait par peur que cela nuise à la souveraineté du pays (Boyd et al., 2016). Les résultats mis en lumière par notre analyse nous permettent d'émettre l'hypothèse de la fin prochaine de ce paradigme de la dissuasion des usages de certaines substances par la criminalisation. Ses limites, notamment son rôle dans la participation à la création d'un marché d'approvisionnement non régulé et, de fait, à la vulnérabilisation des consommateurs, sont désormais soulignées par les différents cadres médiatisés. En effet, la prédominance du cadre de sanitaire qui généralise le risque de surdoses à l'entièreté de la population mène plutôt à une mobilisation et à l'indignation sociale : les policiers admettent maintenant les limites de la criminalisation ; les acteurs médicaux critiquent la problématisation de l'enjeu comme un problème d'ordre « criminel » ; les activistes demandent la décriminalisation à des fins morales, sociales et de santé ; et certains acteurs en santé publique commencent à se dire ouverts à la décriminalisation de la possession simple[12]. Plus précisément, le consommateur-victime-citoyen apparaît comme une figure pivot qui permet d'unir les préoccupations des différents cadres médiatisés. Contrairement à la figure du consommateur-criminel médiatisée lors de crises précédentes (Reinarman et Levine, 1997), celle-ci permet de « dés-altériser » l'usager de substances psychoactives en le présentant comme un « individu normal ». La médiatisation, et l'apparente acceptation sociale, de la figure du consommateur-victime-citoyen permet d'ouvrir un éventail d'interventions qui étaient antérieurement difficilement acceptées par différentes institutions et strates sociales, dont les décideurs politiques. C'est ainsi que les idées de décriminalisation de la possession simple et d'un approvisionnement sécuritaire en opioïdes font leur chemin dans le paysage discursif des interventions possibles à la crise des opioïdes, autrefois davantage limitées aux stratégies répressives.

[12] Les autorités de santé publique de différentes régions (dont Toronto et Montréal) ont notamment donné leur appui à la décriminalisation via des communiqués officiels en 2018 (La Presse canadienne, 2018).

Références

Agence de santé publique du Canada. (2020). *Méfaits associés aux opioïdes au Canada*. https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides/

Aguilar, B. et Rizza, A. (2017, 29 juillet). Toronto police issue safety alert after four suspected fentanyl deaths. *Toronto Star.*

Alcabes, P. (2009). *Dread: How fear and fantasy have fueled epidemics from the Black Death to avian flu.* Public Affairs.

American Press Institute. (2014). The rational and attentive news consumer. Dans *The Personal News Cycle: How Americans choose to get their news.* American Press Institute. https://www.americanpressinstitute.org/publications/reports/survey-research/rational-attentive-news-consumer/

Atlani-Duault, L., Mercier, A., Rousseau, C., Guyot, P. et Moatti, J. P. (2015). Blood libel rebooted: traditional scapegoats, online media, and the H1N1 epidemic. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 39*(1), 43-61. https://doi.org/10.1007/s11013-014-9410-y

Barberio, A. et Ladd, B. (2019). *Alberta's Opioid Crisis: Any Person, any Place, any Time?* [communication orale]. Canadian Public Health Association Conference, Ottawa.

Becker, H. S. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance.* Éditions Métailié.

Bernstein, L. et Ingraham, C. (2017, 21 décembre). Fueled by drug crisis, US life expectancy declines for a second straight year. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/national/health-science/fueled-by-drug-crisis-us-life-expectancy-declines-for-a-second-straight-year/2017/12/20/2e3f8dea-e596-11e7-ab50-621fe0588340_story.html

Bigey, M. et Simon, J. (2018). Analyse des discours d'escorte de communication sur Twitter : essai de typologie des tactiques d'accroches et de mentions. Dans A. Mercier et N. Pignard-Cheynel (dir.), *Commenter et partager l'actualité sur Twitter et Facebook* (p. 55-86). Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Blackwell, T. (2016, 3 mars). The W-18 Problem; A lethal opioid invented in Canada has hit the Streets; and it's 100 times more potent than fentanyl. *Calgary Herald*, N1.

Boyd, S. C., Carter, C. I. et MacPherson, D. (2016). *More harm than good: Drug policy in Canada.* Fernwood Publishing.

Bronskill, J. (2020, 9 juillet). Décriminalisez les drogues, disent les chefs de police du Canada. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/national/2020-07-09/decriminalisez-les-drogues-disent-les-chefs-de-police-du-canada.php

Calgary Herald Editorial Board. (2015a, 11 avril). Fighting Fentanyl. *Calgary Herald*, A23.

Calgary Herald Editorial Board. (2015b, 21 novembre). Fighting Fentanyl. *Calgary Herald,* A21.

Chan, C. (2017, 17 août). Millions of dollars' worth of opioids and weapons seized in police sting. *Vancouver Sun*, A6

Christie, N. (1986). The ideal victim. Dans E. A. Fattah (dir.), *From crime policy to victim policy : Reorienting the justice system* (p. 17-30). Palgrave Macmillan.

Cicero, T. J., Ellis, M. S. et Surratt, H. L. (2012). Effect of abuse-deterrent formulation of OxyContin. *New England Journal of Medicine, 367*(2), 187-189.

Cole, Y. (2016a, 18 octobre). Leaders huddle in search of drug scourge solutions. *Calgary Herald*, A8.

Cole, Y. (2016b, 13 décembre). New tablets with fentanyl analogue on the streets. *Calgary Herald*, A7.

Culbert, L. (2017, 6 mai). The Forgotten Issue; Each day in B.C., four people fatally overdose: What politicians are saying (or not saying). *Vancouver Sun*, A10.

Granfield, R. et Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.

D'Angelo, P. (2010). Conclusion : Arriving at the horizons of news framing analysis. Dans P. D'Angelo et J. A. Kuypers (dir.), *Doing News Framing Analysis: Empirical and Theoretical Perspectives* (p. 356–368). Routeledge.

Dollar, C. B. (2019). Criminalization and drug "wars" or medicalization and health "epidemics": How race, class, and neoliberal politics influence drug laws. *Critical Criminology, 27*(2), 305-327. https://doi.org/10.1007/s10612-018-9398-7

Dry, S. et Leach, M. (2010). *Epidemics: science, governance and social justice.* Routledge.

Dunne, A. D. (2017). An investigation of print media's portrayal of the opioid epidemic. *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications, 8*(2), 27-35.

Eagland, N. (2016, 4 mars). B.C. braces for arrival of W-18; New synthetic opiate is up to 100 times stronger than fentanyl. *Vancouver Sun*, A9.

Ellis, E. et Lindsay, B. (2016, 14 avril). B.C. declares public health emergency after fentanyl overdoses. *Vancouver Sun*.

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication, 43*(4), 51-58.

Farmer, P. (2006). *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame.* University of California Press.

Fife, R. et Chase, S. (2017, 22 mai). RCMP, China strike deal to combat opioids. *Globe and Mail*, A1.

Fischer, B., Pang, M. et Tyndall, M. (2019). The opioid death crisis in Canada: crucial lessons for public health. *The Lancet Public Health, 4*(2), e81-e82. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30232-9

Fischer, B., Varatharajan, T., Shield, K., Rehm, J. et Jones, W. (2018). Crude estimates of prescription opioid-related misuse and use disorder populations towards informing intervention system need in Canada. *Drug and alcohol dependence, 189*, 76-79. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.024

Fischer, B., Vojtila, L. et Rehm, J. (2018). The 'fentanyl epidemic' in Canada–some cautionary observations focusing on opioid-related mortality. *Preventive medicine, 107*, 109-113. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.001

Gerlach, N. A. (2016). From outbreak to pandemic narrative: Reading newspaper coverage of the 2014 Ebola epidemic. *Canadian Journal of Communication, 41*(4), 611-630.

Gilmore, R. (2017, 13 février). How to fight the fentanyl epidemic. *Globe and Mail*, S2.

Globe and Mail Editorial Board. (2017, 11 octobre). To fix this, stick to harm reduction. *Globe and Mail*, A14.

Gouvernement du Canada (2020). *Health Canada Clarifies Position on W-18*. https://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2016/58866a-eng.php

Grimaldi, J. (2018, 14 mars). Ex-Hells Angel gets 10 years in prison for role in Keswick, Ont., fentanyl scheme. *Toronto Star*.

Hewlett, B. et Hewlett, B. (2008). *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*. Wadsworth Books.

Ho, C. (2016, 12 mars). Man given 3-year sentence for drug trafficking on Blood reserve. *Calgary Herald*, A7.

Hong, J. (2017, 18 mai). Sherbourne Health Centre latest to offer naloxone in midst of opiate crisis. *Toronto Star*.

Howlett, K. (2016, 22 avril). W-18 warning was delayed four months. *Globe and Mail*, A4.

Howlett, K. et Grant, K. (2016, November 17). Ottawa plans better opioid abuse tracking. *Globe and Mail*, A1.

Howlett, K. et Grant, K. (2017, 31 janvier). Guidelines for painkiller prescriptions silent on acute-pain treatment. *Globe and Mail*, A2.

Ip, S. et Crawford, T. (2016, 15 septembre). Forums aim to inform families about fentanyl. *Vancouver Sun*, A7.

Joffe, H. et Haarhoff, G. (2002). Representations of far-flung illnesses: the case of Ebola in Britain. *Social Science and Medicine, 54*(6), 955-969. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00068-5

Johnston, G. (2019). The kids are all white: Examining race and representation in news media coverage of opioid overdose deaths in Canada. *Sociological Inquiry, 90*(1) 123-146. https://doi.org/10.1111/soin.12269

Juurlink, D. N. et Dhalla, I. A. (2012). Dependence and addiction during chronic opioid therapy. *Journal of Medical Toxicology, 8*(4), 393-399. https://doi.org/10.1007/s13181-012-0269-4

Kennedy, L. et Coelho, M. (2019). "Absolutely the worst drug I've ever seen": Risk, governance, and the construction of the illicit fentanyl "crisis." *Theoretical Criminology, 24*(4), 612-632. https://doi.org/10.1177/1362480619841907

Khandaker, T. (2015, 17 août). Rising deaths prompt growing worries about fentanyl. *Toronto Star*.

Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., Kreiner, P., Eadie, J. L., Clark, T. W. et Alexander, G. C. (2015). The prescription opioid and heroin crisis: A public health approach to an epidemic of addiction. *Annual Review of Public Health, 36*(25), 1-25. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122957

Kuypers, J. A. (2010). Framing analysis from a rhetorical perspective. Dans P. D'Angelo et J. A. Kuypers (dir.), *Doing news framing analysis: Empirical and theoretical perspectives* (p. 286-311). Routledge.

La Presse Canadienne (2018, 27 juillet). Montréal appuie Toronto dans son appel à la décriminalisation des drogues. *Le Devoir.* https://www.ledevoir.com/societe/533362/montreal-appuie-toronto-dans-son-appel-a-la-decriminalisation-des-drogues

Lewis, M. (2018). Brain change in addiction as learning, not disease. *New England Journal of Medicine, 379*(16), 1551–1560.

Mayor, E., Eicher, V., Bangerter, A., Gilles, I., Clémence, A. et Green, E. (2013). Dynamic social representations of the 2009 H1N1 pandemic: Shifting patterns of sense-making and blame. *Public Understanding of Science, 22*(8), 1011-1024. https://doi.org/10.1177/0963662512443326

McGinty, E. E., Kennedy-Hendricks, A., Baller, J., Niederdeppe, J., Gollust, S. et Barry, C. L. (2015). Criminal activity or treatable health condition? News media framing of opioid analgesic abuse in the United States, 1998–2012. *Psychiatric Services, 67*(4), 405-411. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500065

McKeen, A. (2017, 17 novembre). Thompson tragedy should be «tipping point» for police: harm-reduction worker. *Toronto Star.*

McLean, K. (2017). From "Junkies" to "Soccer Moms": Newspaper Representations of Overdose, 1988–2014. *Critical Criminology, 25*(3), 411-432. https://doi.org/10.1007/s10612-017-9350-2

McQuigge, M. (2018, 14 mars). Trudeau says addressing opioids a top priority as Hamilton sees spike in overdoses. *Globe and Mail*, A10.

Mendoza, S., Rivera, A. S. et Hansen, H. B. (2019). Re-racialization of addiction and the redistribution of blame in the white opioid epidemic. *Medical anthropology quarterly, 33*(2), 242-262. https://doi.org/10.1111/maq.12449

Moore, D. et Fraser, S. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3035-3047. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.067

Nisbet, M. C. (2010). Knowledge into action: Framing the debates over climate change and poverty. Dans P. D'Angelo et J. A. Kuypers (dir.), *Doing news framing analysis : Empirical and theoretical perspectives* (p. 59-99). Routledge.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2020). *Fentanyl : fiche drogue.* https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl_fr

Ontario Public Drug Programs Division. (2012). *Change in Funding Status of Oxycodone Controlled Release Tablet – (Discontinuation of OxyContin and introduction of OxyNEO)*. http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/drugs/ons/docs/oxy_faq.pdf

Orsini, M. M. (2017). Frame analysis of drug narratives in network news coverage. *Contemporary drug problems, 44*(3), 189-211. https://doi.org/10.1177/0091450917722817

Osborne, R. (2015, 2 juin). Fentanyl death toll on the rise. *Calgary Herald*, A10

Passifiume, B. (2017, 16 août). Police lay charges after seizing nearly $700K in drugs during raid. *Calgary Herald*, A3.

Powell, B. (2017, 11 août). Toronto activists say decriminalizing drugs will save lives. *Toronto Star*.

Reinarman, C. et Levine, H. G. (1997). *Crack in America: Demon drugs and social justice*. University of California Press.

Robertson, G. et Howlett, K. (2016, 30 décembre). Patent '738. *Globe and Mail*, A1.

Robinson, M. et Ip, S. (2017, 18 janvier). Vancouver, province release plans to combat record number of drug overdose deaths. *Vancouver Sun*.

Robinson, L., Yu, R. et Patel, S. (2018). Chronic pain management and the development of opioid use disorder. *University of Western Ontario Medical Journal, 87*(1), 55–57. https://doi.org/10.5206/uwomj.v87i1.1907

Roy, M., Moreau, N., Rousseau, C., Mercier, A., Wilson, A. et Atlani-Duault, L. (2020). Ebola and localized blame on social media: analysis of Twitter and Facebook conversations during the 2014-2015 Ebola epidemic. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 44*, 56-79. https://doi.org/10.1007/s11013-019-09635-8

Santé publique Ottawa. (2020). *Fentanyl et Carfentanil*. https://www.santepubliqueottawa.ca/fr/public-health-topics/fentanyl-and-carfentanil.aspx

Schwartz, Z. (2017, 26 août). Minister's request to speak at overdose awareness event rejected. *Calgary Herald*, A3.

Shaw, R. (2017, 20 janvier). B.C. should give clean drugs to users, health officials urge. *Vancouver Sun*, A1.

Simon, J., Toullec, B., Badouard, R., Compagno, D., Mercier, A., Pignard-Cheynel, N. et Sebbah, B. (2015, 24 octobre). *L'influence des discours d'accompagnement sur le partage social : identifier et analyser les discours d'escorte sur Twitter* [communication orale]. Journées de Recherche Internationale : « Médias sociaux et corpus de communication médiée par les réseaux. Annotation, analyse, données libres », Rennes, France.

Sinoski, K. (2015, 4 août). Two more deaths put spotlight on fentanyl; Metro Vancouver users often unaware their drugs are being cut with the cheap-but-deadly opioid. *Vancouver Sun*, A1.

Smith, B. et McGannon, K. R. (2018). Developing rigor in qualitative research: Problems and opportunities within sport and exercise psychology. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 11*(1), 101-121. https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1317357

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Souders, M. C. et Dillard, K. N. (2014). Framing connections: Improving the relationship between rhetorical and social scientific frame studies, including a study of GW Bush's framing of Immigration. *International Journal of Communication, 8*(21), 1008-1028.

Southwick, R. (2015a, 30 octobre). AHS forms command center to stem rising fentanyl toll. *Calgary Herald*, A1.

Southwick, R. (2015b, 16 mars). Fentanyl fight falling behind; Alberta lags B.C. in warning users as fatal overdoses soar. *Calgary Herald*, A1.

Southwick, R. (2015c, 31 août). Stepping up fentanyl awareness; Police, educators combining to carry message into the city's schools. *Calgary Herald*, A3.

Southwick, R. (2015d, 13 août). 'What more could I have done?'; Mom mourns daughter as doctor calls fentanyl deaths a 'health crisis'. *Calgary Herald*, A3.

Southwick, R. (2016, 25 mars). Fentanyl users cleared to receive naloxone without prescription. *Calgary Herald*, A7.

Stajduhar, K. et Mollison, A. (2017, 11 juillet). Community-agency workers, street family hit hard by province's surging opioid crisis. *Globe and Mail*, S1.

Star Editorial Board. (2017, 8 mars). Ontario should follow B.C. and Alberta's lead on opioids. *Toronto Star*.

Stark, E. (2015, 26 mars). Calgary police issue warning on fentanyl; Abuse of popular street drug linked to 100 deaths in province last year. *Calgary Herald*, A4.

Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research.* Sage publications.

Sud, A. (2016, 31 octobre). Rethinking use of opioids for chronic pain; There's no evidence that these medications are helpful. *Toronto Star*, E5.

Tait, C. (2016, 22 octobre). Baby in stable condition in hospital after suspected contact with fentanyl. *Globe and Mail*, A19.

The Canadian Press. (2016, 28 décembre). Police chief calls for action on opioid crisis; Alberta Calgary officer wants broad strategy created. *Vancouver Sun*, N4.

Tiger, R. (2017). Race, class, and the framing of drug epidemics. *Contexts, 16*(4), 46–51. https://doi.org/10.1177/1536504217742391

Tyndall, M. (2018). An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: a regulated opioid distribution program. *CMAJ, 190*(2), E35–E36. https://doi.org/10.1503/cmaj.171060

Vaccarino, C. et Manget, J. (2017, 7 novembre). How Canada can properly deal with the opioid crisis. *Toronto Star*, A13.

Van Gorp, B. (2010). Strategies to take subjectivity out of framing analysis. Dans P. D'Angelo et J. A. Kuypers (dir.), *Doing news framing analysis: Empirical and theoretical perspectives* (p. 84-109). Routledge.

Vojtila, L., Pang, M., Goldman, B., Kurdyak, P. et Fischer, B. (2019). Non-medical opioid use, harms, and interventions in Canada – a 10-year update on an unprecedented substance use-related public health crisis. *Drugs : Education, Prevention and Policy, 0*(0), 1–5. https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1645094

Wagner-Egger, P., Bangerter, A., Gilles, I., Green, E., Rigaud, D., Krings, F., Staerklé, C. et Clémence, A. (2011). Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: heroes, villains and victims. *Public Understanding of Science, 20*(4), 461-476. https://doi.org/10.1177/0963662510393605

Wald, P. (2008). *Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press.

Watt, J. (2017, 21 mai). Fentanyl crisis mistakes echo response to HIV/AIDS. *Toronto Star,* A17.

Woo, A. (2016a, 27 janvier). Firefighters to carry overdose remedy. *Globe and Mail,* S1.

Woo, A. (2016b, 28 juillet). Clark aims to tighten border security, halt opioid traffic. *Globe and Mail*, S1.

Woo, A. (2017a, 4 mars). PM attends roundtable on opioid crisis. *Globe and Mail,* S3.

Woo, A. (2017b, 14 mars). B.C.'s top court sets stricter sentences for fentanyl dealers. *Globe and Mail,* A1.

Woo, A. (2017c, 27 juin). Groundbreaking AIDS clinic turns attention to opioid crisis. *Globe and Mail*, S1.

Woo, A. et Hager, M. (2018, 28 mars). Opioids claim more lives than road crashes. *Globe and Mail*, A1.

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Drogues et santé : perspectives de personnes qui consomment par injection à Montréal

Hélène Poliquin, Ph. D, Conseillère scientifique spécialisée,
Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé,
Institut national de santé publique du Québec

Karine Bertrand, Ph. D, Professeure titulaire,
Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
et Directrice scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

Michel Perreault, Ph. D, Psychologue-chercheur, Centre de recherche,
Institut Universitaire en santé mentale Douglas et Professeur agrégé,
département de psychiatrie, Université McGill

Correspondance

Hélène Poliquin
190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2
helene.poliquin@inspq.qc.ca
Téléphone : 514 864-1600

Remerciements

Les auteurs remercient les participants à l'étude et les organismes communautaires sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée. Ils remercient les organismes subventionnaires : la Bourse doctorale d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best de l'Institut de recherche en santé du Canada, les Fonds de recherche du Québec-Santé, l'Institut universitaire sur les dépendances, l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, BMO groupe financier et la Fondation de l'Université de Sherbrooke.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Introduction. Les personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI) sont confrontées à de multiples menaces à leur santé et à leur vie, alors qu'elles sont sujettes à la répression et à la marginalisation sociale.

Méthodologie. Une étude qualitative a été réalisée dans le but de comprendre les liens qu'établissent des PUDI entre l'usage de substances psychoactives (SPA) et la santé, ainsi que d'explorer leurs perceptions quant à leur état de santé. Vingt-six entrevues individuelles et deux groupes focalisés ont été menés auprès d'un total de 30 participants. Ces démarches ont eu lieu dans trois organismes communautaires en réduction des méfaits. Les données ont été analysées thématiquement.

Résultats. Les participants se perçoivent pour la plupart en santé, ceci malgré leur consommation de SPA ou leurs diagnostics médicaux. En revanche, d'autres s'estiment en très mauvaise santé principalement en raison de leurs symptômes, limitations fonctionnelles ou problèmes psychiques et psychologiques. Même si l'usage de drogues peut parfois s'inscrire dans une forme d'autodestruction, il peut également constituer un moyen de faire face aux difficultés de la vie et de se maintenir en santé en évitant notamment le sevrage éprouvant des opioïdes. C'est surtout le mode de vie associé, dont la quête du produit, la privation de sommeil, la rupture de liens avec des proches, qui est perçu comme nuisible à la santé. Ainsi, l'un des objectifs centraux exprimés par les participants en lien avec leur santé est de pouvoir mieux contrôler leur usage de drogues et d'alcool.

Conclusion. Le fait que plusieurs PUDI semblent entretenir le désir de voir leur consommation de SPA réduite sans pour autant viser l'abstinence peut contribuer à aiguiller les programmes et les services sociaux et de santé qui leur sont destinés vers une approche de réduction des méfaits.

Mots-clés : opioïdes, perspectives, personnes qui font usage de drogues par injection, réduction des méfaits, santé, substances psychoactives

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Drug use and health: perspectives of people who inject drugs in Montreal

Abstract

Introduction. Persons who use drugs by injection (PUDI) face multiple threats to their health and life in addition to being subject to repression and social marginalization.

Methodology. A qualitative study was carried out to understand the links that PWID establish between psychoactive substance use and health, as well as to explore how they perceive their own health. Twenty-six one-on-one interviews and two focus groups were conducted with a total of 30 participants. The study took place in three community harm reduction organizations. The data were analyzed thematically.

Results. The participants, for the most part, perceive themselves to be in good health, despite their drug consumption or their medical diagnoses. On the other hand, others consider themselves to be in very poor health mainly because of their symptoms, functional limitations, emotional and psychological problems. While drug use can sometimes be part of a self-destructive dynamic, it can also be a way to cope with life challenges and maintain health, including avoiding very trying opioid withdrawal. It is above all the associated lifestyle, such as the quest for the product, sleep deprivation or the severing of ties with relatives, which are all elements perceived as harmful to health. Thus, one of the central objectives expressed by participants in relation to their health is to be able to better control their drug and alcohol use.

Conclusion. The fact that many PWID seem to have a desire to have their drug consumption reduced without necessarily aiming for abstinence may help to direct the health and social programs and services intended for them towards a harm reduction approach.

Keywords: opioids, perspective, persons who inject drugs, harm reduction, health, psychoactive substances

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Drogas y salud: perspectivas de personas que consumen por inyección en Montreal

Resumen

Introducción. Las personas que utilizan drogas por inyección (PUDI) se ven confrontadas a múltiples amenazas para su salud y su vida, al tiempo que están sujetas a la represión y la marginalización sociales.

Metodología. Se realizó un estudio cualitativo para comprender los lazos que establecen los PUDI entre el uso de sustancias psicoactivas (SPA) y la salud, así como para explorar su percepción en lo que hace a su estado de salud. Se llevaron a cabo veintiséis entrevistas individuales y se realizaron dos grupos focalizados en un total de 30 participantes. Estos procesos tuvieron lugar en tres organismos comunitarios que trabajan en la reducción de daños. Los datos se analizaron de manera temática.

Resultados. Los participantes se perciben en su mayoría como saludables, a pesar de su consumo de SPA o de sus diagnósticos médicos. Por el contrario, otros se consideran con muy mala salud, principalmente a razón de sus síntomas, limitaciones funcionales o problemas psíquicos y psicológicos. Aun si el uso de drogas puede a veces inscribirse en una forma de autodestrucción, puede también constituir un medio de enfrentar las dificultades de la vida y de mantenerse en salud evitando principalmente la espantosa desintoxicación de los opioides. Sería sobre todo el modo de vida relacionado, es decir, la búsqueda del producto, la privación de sueño, la ruptura del lazo con los seres queridos, lo que se percibe como dañino para la salud. Uno de los objetivos centrales expresados por los participantes en relación con su salud es el de controlar mejor el uso de las drogas y el alcohol.

Conclusión. El hecho que son numerosos los PUDI que parecen acariciar el deseo de reducir su consumo de SPA sin proponerse la abstinencia puede contribuir a incentivar los programas y servicios sociales y de salud que les son destinados hacia un enfoque de reducción de daños.

Palabras clave: opioides, perspectivas, personas que utilizan drogas por inyección, reducción de daños, salud, sustancias psicoactivas

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

Cet article porte sur les liens qu'établissent des personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI) entre la santé (autant physique que mentale) et la consommation de drogues ou substances psychoactives (SPA). Au fil des siècles, l'évolution de chaque société a été marquée par certaines SPA, qu'elles aient été plus ou moins acceptées socialement et intégrées à des rituels et à des rites de passage religieux ou animistes ou qu'elles aient été réprimées puisque considérées dangereuses, pathologiques ou déviantes (Valleur et Matysiak, 2006). S'accentue toutefois à partir 20e siècle l'interdiction de l'usage de SPA, si bien que dans plusieurs pays, dont le Canada, cette pratique demeure réprimée et stigmatisée, en particulier si l'usage se fait par injection (Beauchesne, 2006 ; Quirion, 2016). Conséquemment, des dynamiques complexes de défavorisation, de désaffiliation et d'exclusion sociales sont communes chez les PUDI et contribuent aux conséquences associées à l'usage de drogues sur la santé (Brogly et al., 2003 ; Latkins et al., 2012 ; MacNeil et Pauly 2011 ; Muncan et al., 2020 ; Olsen et al., 2012 ; Roy et al., 2007).

L'usage de drogues par injection

Montréal concentre environ 70,0 % des PUDI du Québec (Leclerc et al., 2013). La cocaïne y est la SPA la plus injectée, suivie de près par les médicaments opioïdes et l'héroïne (Leclerc et al., 2018). À Montréal comme ailleurs, les PUDI consomment souvent de multiples substances par injection et autrement dont par inhalation ou oralement (ex. : alcool, cannabis, crack, amphétamines) (Leclerc et al., 2018).

Les raisons du recours à l'injection sont multiples. L'injection de drogues, le plus souvent intraveineuse, procure un effet immédiat et intense en raison de son absorption rapide par l'organisme. Une quête hédonique de plaisirs plus intenses (Quintin, 2012 ; Tremblay et Olivet, 2011), d'ivresse ou de sensations fortes (Fernandez, 2014 ; Peretti-Watel, 2011) y est associée. Certains individus peuvent vouloir gérer le stress et les épreuves de la vie quotidienne (Caiata Zufferey, 2002 ; Reynaud, 2006) ou atténuer des souffrances psychiques et psychologiques (Darke, 2013 ; Hall et Queener, 2007), dont celles liées à des traumatismes ancrés dans l'enfance et l'adolescence (Darke et Torok, 2014 ; MacNeil et Pauly, 2011 ; Peirce et al., 2011).

Toutefois, même si l'usage s'inscrit dans une recherche de mieux-être, lorsqu'aux prises avec la dépendance aux opioïdes, les PUDI peuvent ressentir de très pénibles symptômes de sevrage physiques ou psychologiques qualifiés de façon récurrente comme de véritables « descentes aux enfers » (Hughes, 2007 ; Peretti-Watel, 2011). Quant aux stimulants, leur usage se caractérise par des épisodes compulsifs pouvant excéder 30 injections par jour, une dépendance davantage d'ordre psychologique ou neurobiologique et un état de manque décrit comme un grand sentiment de vide ou de détresse (Schneeberger, 2000).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Problèmes de santé et psychosociaux affectant les PUDI

Il y a lieu de se préoccuper de la santé globale, autant physique et mentale, des personnes qui consomment des SPA et tout particulièrement de celles qui font usage de drogues par injection. Ces dernières sont confrontées à de multiples menaces à leur santé et à leur vie. Elles sont 14,7 fois plus à risque de décéder que la population générale (Mathers et al., 2013) avec la surdose comme première cause de mortalité (Gouvernement du Canada, 2021 ; Nambiar et al., 2015).

Les lésions des tissus mous et du système vasculaire (abcès, plaies, ulcères, phlébites) ainsi que leurs complications potentiellement fatales (septicémies, endocardites, péricardites) sont fréquentes (Hope et al., 2010 ; Roose et al., 2009 ; Topp et al., 2008). De plus, au Québec 13,7 % des PUDI vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et 63,1 % ont déjà contracté le virus de l'hépatite C (VHC) (Leclerc et al., 2018). Ces infections sont liées à une transmission par le sang, le plus souvent par le biais de l'injection. Les PUDI affichent aussi des taux élevés de détresse psychologique ou de troubles mentaux antérieurs à la consommation ou exacerbés ou déclenchés par cette dernière (Côté et al., 2019 ; Kidorf et al., 2010 ; Mackesy-Amiti et al., 2015). Enfin, tristement, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les PUDI (Gjersing et Bretteville-Jensen, 2014 ; Nambiar et al., 2015).

Liens perçus entre la santé et l'usage de drogues

Plusieurs études suggèrent que les PUDI se soucient de leur santé (Brogly et al., 2003 ; Caiata Zufferey, 2002 ; Drumm et al., 2005 ; Duterte et al., 2001 ; Meylakhs et al., 2015 ; Mizuno et al., 2003 ; Olsen et al., 2012 ; Poliquin, 2018 ; Wozniak et al., 2007) et déploient divers moyens pour la préserver (Drumm et al., 2005 ; Duterte et al., 2001 ; Olsen et al., 2012). Toutefois, ces études n'ont pas porté spécifiquement sur les liens que les PUDI établissent entre leur santé et leur consommation de SPA tout particulièrement celles en situation de grande précarité sociale.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer la perspective de PUDI vivant dans des conditions de précarité sociale et en consommation active de drogues quant à leur santé et aux liens entre leur santé et leur consommation de SPA. Notamment, comment considèrent-elles que leur consommation affecte leur santé ? Mieux comprendre ces liens peut contribuer à concevoir des interventions préventives et en réduction des méfaits qui tiendraient davantage compte de leurs perceptions et de leurs visées pour améliorer leur situation. Comme le soulignent Bibeau et Perreault (1995) qui ont mené une étude auprès de PUDI en contexte de grande marginalité sociale à Montréal, aucune explication théorique ni aucune analyse des problèmes ne vaut l'interprétation qu'en font les principales personnes intéressées.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Méthodologie

Devis

Les analyses présentées découlent d'une étude qualitative plus large sur la signification de la santé et du prendre soin de soi pour des PUDI qui a été guidée par une perspective interactionniste symbolique (Poliquin, 2018). Cette approche consiste essentiellement à « rendre compte » et à « tenir compte » de la perspective des individus dans l'appréhension des réalités sociales (Poupart, 2011) et de leurs significations qui sont modulées par plusieurs éléments, dont les parcours et les évènements de vie, les valeurs et les croyances. Pour ces raisons, les concepts (ex. : santé, consommation, etc.) sont initialement définis de façon très large sans appui sur des définitions ou cadres théoriques préalables (Blumer, 1969).

Échantillonnage et recrutement

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient : avoir consommé des drogues par injection au cours du dernier mois, être âgé de plus de 18 ans ; être capable de fournir un consentement libre et éclairé. Le recrutement a été majoritairement effectué par l'auteur principale (HP) dans le cadre d'activités d'observation participante (ex : lorsqu'elle était présente sur les lieux de façon très informelle lors d'activités de distribution de matériel d'injection, ou d'activités de réinsertion sociale comme des ateliers, des cuisines collectives, etc.) dans trois des organismes communautaires de Montréal offrant des services de réduction des méfaits à des personnes consommatrices de drogues. Les intervenants de ces organismes ont également favorisé le recrutement en recommandant des participants potentiels à l'auteure principale. L'emploi de la méthode boule de neige a permis de recruter des personnes ne fréquentant pas ou peu les organismes communautaires ciblés. Elle a consisté à demander aux participants de parler de l'étude à leur entourage et à fournir les coordonnées de l'auteure aux personnes intéressées. Ceci a permis de recruter 6 des 30 participants.

Collecte de données et considérations éthiques

Au total, 30 participants ont pris part à l'étude, soit à une entrevue individuelle, à un groupe focalisé ou les deux. Toutes les entrevues individuelles d'une durée moyenne de deux heures (n = 26 entrevues avec 15 hommes et 11 femmes) ont été menées par l'auteure principale dans divers lieux, dont au sein des organismes communautaires, des lieux publics, tels qu'un café ou un lieu tranquille comme un parc ou encore le domicile des participants. Elles permettaient aux personnes de s'exprimer plus librement sur leur vécu singulier. Le canevas d'entrevue comportait des questions ouvertes sur des thèmes reliés à la signification de la santé, à la description de la santé et aux interrelations perçues entre la santé et la consommation de substances psychoactives. De plus, deux groupes focalisés (un groupe de huit femmes et un groupe de 11 hommes) d'une durée de deux heures chacun ont été réalisés (par HP) afin de recueillir des données complémentaires favorisées par les dynamiques de

groupe (Krueger et Casey, 2000). Douze participants ont à la fois participé aux entrevues individuelles et à un groupe focalisé.

Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites. La collecte des données s'est échelonnée de juin 2014 à juin 2015. Une somme de 40 $ a été versée à chaque participant pour sa participation à une entrevue individuelle ou à un groupe focalisé. La recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Projet #2015-755, 14-025). Les noms ont été remplacés par des pseudonymes et toutes les données d'identification ont été retirées.

Analyse des données

L'analyse thématique des données a été réalisée selon la méthode de Miles et al. (2014) et à partir du sens donné par les participants conformément à la perspective épistémologique interactionniste mobilisée. Le verbatim et les notes d'observation ont été regroupés par thèmes et catégories de thèmes, à l'aide du logiciel N'Vivo 9, selon une grille mixte construite à partir des questions d'entrevue et des thèmes émergents. L'écriture et la réécriture de mémos (notes d'analyse à partir du verbatim), et les discussions entre les membres de l'équipe de recherche ont contribué à approfondir l'analyse.

Description des participants

Les 30 participants à l'étude sont âgés de 20 à 59 ans (âge médian : 44 ans). Ils consomment des drogues par injection depuis 4 à 30 ans, principalement de l'héroïne, des médicaments opioïdes (tels que la morphine ou l'hydromorphone) ainsi que de la cocaïne. Vingt-quatre participants sont principalement des consommateurs d'opioïdes tandis que quatre s'injectent de la cocaïne comme drogue de choix. Néanmoins, 22 participants affirment avoir consommé de la cocaïne au cours des six derniers mois. Aussi, la plupart sont des polyconsommateurs d'autres SPA telles que du cannabis ou des amphétamines, et boivent de l'alcool. Plusieurs déclarent un faible revenu, sont désaffiliés socialement et sont dans des conditions de vie très précaires avec neuf (sept hommes et deux femmes) vivant ou ayant vécu dans la rue au cours de six mois précédents. La grande majorité dit avoir été incarcérée et tous ont eu des démêlés avec la justice.

Les résultats sont présentés selon les principaux thèmes émergents liés aux perceptions de la santé et aux interrelations entre la santé et la consommation de SPA.

Résultats

Perceptions de leur état de santé

Certains participants considèrent leur état de santé comme étant « pas pire », malgré les diagnostics médicaux et la consommation de SPA, alors que d'autres la perçoivent comme étant « affectée » notamment par les maladies, la souffrance, et l'usage de drogues et d'alcool.

Une santé « pas pire » malgré les diagnostics médicaux et la consommation

Pour répondre à la question « J'aimerais savoir comment ça va ta santé en ce moment ? », plusieurs répondent en se comparant aux autres personnes (consommatrices de drogues par injection ou non). Bon nombre de participants se disent « normaux » puisque leur santé n'est ni très bonne ni très mauvaise, mais plutôt « pas pire » ou « moyenne ». Ceci tout particulièrement parce qu'ils se trouvent « fonctionnels », soit capables d'être autonomes, de travailler ou de se débrouiller pour subvenir à leurs besoins. C'est le cas de Linda (cinquantaine) qui s'injecte de l'héroïne quotidiennement et de la cocaïne occasionnellement : « *Moi, ça va bien, pour une bonne femme de [X] ans. Oui, je me sens pas mal en santé. Je suis active. Je consomme pas mal tous les jours* ».

Typiquement, les participants se disent d'emblée en santé et puis nuancent en énumérant une série de problèmes de santé (ex : VIH, VHC, douleurs musculosquelettiques, etc.) ou relativisent selon leurs capacités à être actifs, leurs contextes de vie, dont l'itinérance, leurs maladies, leur âge ou leur consommation actuelle ou passée. « *J'ai des antidouleurs, pour les os. Mais là, je suis rendu à 5X ans, là, je ne suis plus à 20 ans !* » lance Dominic (cinquantaine) qui affirme que sa santé est bonne. Clairement pour plusieurs, le fait de se sentir en santé peut coexister avec des maladies, maux et symptômes :

> *À part mes six hépatites, mon VIH, ça va ben ! Je suis correct, là. [...] je suis quand même… pas si pire. On n'en meurt plus maintenant, c'est une maladie comme une autre. C'est juste qu'il faut que je fasse plus attention, ça c'est un fait, sinon ma santé elle se dégrade vite. [...] À part mes problèmes genre VIH, pis hépatites, j'ai pas… je suis normal, là, par exemple. Je dors bien, je mange bien.* (Philippe, quarantaine)

Une santé affectée par les maladies chroniques, la souffrance et la consommation

En contrepartie, certains participants ne se perçoivent pas du tout en santé et évoquent différents problèmes de santé, dont des douleurs chroniques ou d'autres symptômes. Caroline explique que sa santé fragile ne lui permet plus de soutenir le rythme de vie associé à une consommation plus intensive :

> *T'sais, je le sais pas combien de temps qu'il me reste. Je vis comme sur du temps emprunté. La docteure, quand j'ai appris que j'avais une cirrhose, elle me donnait*

> *comme six mois à vivre si je consommais encore, pis deux ans si j'arrêtais. Là, ça fait comme ma sixième année, six ans.* (Caroline, quarantaine)

Des troubles mentaux ou des problèmes de santé physique empêchent certaines PUDI rencontrées de pouvoir se réaliser pleinement, dont se chercher du travail ou un logement et pouvoir mieux profiter de la vie. Plusieurs se disent affectées psychologiquement par des traumas vécus dans leur enfance et décrivent un cumul de problèmes de santé. Ainsi, Pierre-Luc, ayant vécu dans de multiples familles d'accueil et sans domicile fixe depuis sa sortie du centre jeunesse, dit se sentir très seul. Souffrant aussi de douleurs chroniques, sans nuance, il affirme :

> *J'ai pas la santé. J'ai quatre vertèbres d'écrasées, trois disques d'écrasés dans le dos, j'ai un talon cassé en deux, pis j'ai un ligament d'étiré. J'ai levé des sacs de mortier, pis ça a déchiré dans mon dos. [...] Depuis ce temps-là, je suis sur la morphine. À tous les jours.* (Pierre-Luc, cinquantaine)

Les liens entre la santé et la consommation

Les participants font plusieurs liens entre la santé et la consommation de SPA, ces derniers étant classés selon les principaux thèmes émergents que sont la consommation pour se maintenir en santé ou la consommation liée au désespoir et s'inscrivant dans une grande négligence de soi. Toutefois, la substance consommée et surtout le mode de vie associé à la consommation sont déterminants. Enfin, le contrôle de la consommation est un thème important relié à la santé tout comme le désir ambivalent d'abstinence puisque la consommation aux yeux de plusieurs participants comporte également plusieurs avantages.

Consommation pour se maintenir en santé

La consommation est vue par plusieurs comme une façon de conserver leur santé et est souvent liée à leur capacité de fonctionner et à un certain équilibre de vie, voire de survie, même si elle se fait parfois au détriment de l'attention au corps. En outre, pour ceux qui sont dépendants aux opioïdes, obtenir leur dose quotidienne apparaît essentiel pour se sentir bien et en santé, être autonome, et remplir diverses activités et rôles sociaux, comme quêter ou « squeeger » pour payer leur consommation ou se rendre dans les organismes communautaires pour chercher de la nourriture et du matériel d'injection. La dépendance que certains participants nomment « *habit* » et qui les lie aux opioïdes est largement exprimée en des termes de souffrance et d'épreuves. Pour Denis ou Nicolas, tous deux vivant dans la rue, sans leur dose quotidienne d'opioïdes, ils sont « malades » et ne peuvent que très difficilement « fonctionner », notamment quêter pour payer leur consommation.

> *Je pense que ma consommation fait partie de… intégrante de prendre soin de soi parce que si j'ai pas de morphine, je suis malade.* (Denis, quarantaine)

> *Parce que veut veut pas, quand je me lève le matin j'ai pas l'impression d'être en santé pantoute là. Mais quand je m'envoie mon premier hit, là, ôte-toi de là, je suis flambant neuf comme si je venais de sortir du ventre de ma mère, t'sais là. […] Je suis prêt à courir le marathon, pis ça là [il pointe son cou], je ne le sens plus. Je sens pu rien. Ça fonctionne ben là.* (Nicolas, trentaine)

En effet, comme Nicolas, quelques PUDI interviewées se plaignent de douleurs surtout musculosquelettiques ou liées à des maladies chroniques. Quelques-uns ont d'ailleurs débuté les opioïdes avec une prescription médicale, dont pour Gabrielle avec de l'hydromorphone (Dilaudid®) alors qu'elle avait 16 ans. Une fois devenue dépendante et faute d'avoir un médecin pour lui en represcrire, elle s'est mise à s'en procurer sur le marché illégal et puis à se l'injecter. Elle décrit les effets du manque comme une expérience fort éprouvante émotionnellement, psychologiquement et physiquement. Son quotidien est centré sur la gestion de son sevrage ainsi que de ses émotions pénibles qui ressurgissent immanquablement sans injection de Dilaudid® aux quatre heures.

> *Quand ça fait longtemps, là, quand ça fait longtemps que tu es en sevrage, là, quand tu as dépassé les deux premiers jours, c'est rough, là ! Tu n'es pas capable de dormir, tu n'es pas capable de manger, tu n'es pas capable de rien faire, tu es à bout, là, tu n'es plus capable. Puis là, tout ça te remonte parce que tout ce que tu as gelé commence à sortir tranquillement. Fait que c'est heavy, là !* (Gabrielle, vingtaine)

Également, en plus de rechercher du plaisir («tripper»), bon nombre de participants mentionnent que consommer aide à soulager leur détresse psychologique, à se «calmer les nerfs», à se détendre et à gérer leurs émotions, dont leur colère ou leur sentiment de solitude. Aussi, l'usage de drogues, que ce soit par injection ou autrement, est présenté comme un mécanisme de «*coping*», dont par Francis, qui consomme pour oublier ses problèmes :

> *J'en fume pas beaucoup [du cannabis], puis j'en fume… à une bonne dose, là, c'est bon pour mon… c'est bon pour mon VIH. […] Ça… ça me relaxe, ça détend les muscles, ça détend ma tête, ça détend tout. C'est une forme de relaxation.* (Francis, vingtaine)

Pour certains participants, par ses effets stimulants ou anesthésiants, la cocaïne permet d'accroître le sentiment de performance et d'estime de soi, et d'engourdir leur souffrance, toutes des dimensions qu'ils relient au sentiment d'être en santé. D'ailleurs, le terme d'«automédication» est employé par quelques participants pour décrire la raison qui les pousse à consommer. Loïc vivant en situation d'itinérance, cherche ardemment à surmonter les épreuves de la vie en consommant, quitte à ne plus rien ressentir :

> *C'est comme si j'étais une manière de zombie, là. […] Oui, la coke, pis le crack, ça me fait ça genre. Après, t'sais, quand même que je te dirais, il y a un char qui me rentrerait dedans, là, ça me ferait : bah ! OK. […] ça t'aide à passer à travers toutes les épreuves de la rue, pis tout ça.* (Loïc, vingtaine)

Consommation et désespoir

Plusieurs participants nomment avoir, et parfois pour de longues périodes, consommé alors qu'ils étaient en état de détresse, de désespoir profond ou de perte d'intérêt pour la vie et donc pour leur santé. D'autres ont parlé d'états dépressifs souvent accompagnés d'idéations suicidaires. La consommation peut également être décrite en des termes d'autodestruction ou de « suicide à petit feu », ou de périodes nihilistes (« *je me foutais de tout !* ») qui peuvent mener, par exemple, à l'utilisation de n'importe quelle seringue pour s'injecter :

> *Moi, je sais qu'il y a eu de moments où je me câlissais de toute. Je me câlissais de mourir, je me câlissais de toute. J'avais pas de seringues oestie, j'allais fouiller dans les poubelles oestie où je savais que j'en avais piqué une. Quand même qu'elle était toute croche, je la dépliais. Et j'ai pogné l'hépatite A, l'hépatite C. Il vient un moment donné que un moment donné quelqu'un, ça dépend qu'est-ce qu'il vit […] Si le gars est suicidaire un peu, un moment donné il s'en câlisse ! Il se crisse pas mal de tout !* (Jérémie, cinquantaine)

Les interrelations entre les états psychiques et la consommation sont très complexes. Aussi la perception d'être en mauvaise santé peut accentuer un sentiment de désespoir, comme le suggère le témoignage de Loïc. :

> *C'est parce que je pense que je ne tofferai pas longtemps. Rendu là, pourquoi je ne me gèlerais pas ? Parce que la seule affaire qui m'empêchait vraiment un petit peu de me geler, c'est que je me dis : si je me gèle trop, je vas mourir de bonne heure en crisse, t'sais ! Ça fait que… Là, j'ai… C'est pas une peur, là, mais c'est genre… t'sais, genre, si j'ai un flo, admettons, à un moment donné, que je me case, pis que j'ai un flo, ben ostie, je vas crever dans sa face, là. Je le sais pas, là.* (Loïc, vingtaine)

La consommation et la santé, une question de substance

À la question qui se voulait neutre, « Dans quelle mesure ta consommation influence-t-elle ta santé ? », bon nombre de participants répondent que leur corps est affecté par un cumul de facteurs qu'ils associent à leur consommation de SPA, dont le VHC ou une cirrhose, qui peuvent aussi être liés à leur consommation d'alcool. Tous les participants sont conscients qu'ils s'exposent à de graves conséquences en s'injectant des drogues, tels que des surdoses potentiellement mortelles, des infections, dont des abcès et péricardites ou encore des psychoses toxiques et des troubles cognitifs. Aussi, les participants se sont exprimés sur le stress, l'anxiété, l'irritabilité, la colère vécus, et qu'ils relient à des hauts et des bas de la consommation qui finissent par affecter leur santé.

Les participants discutent des effets des SPA perçus sur leur santé en fonction des substances. Parmi les SPA rapportées comme particulièrement nocives se trouvent l'alcool, le tabac ainsi que les stimulants, dont la cocaïne, le speed et le crystal meth. D'ailleurs, le tabac puisqu'il est susceptible de causer un cancer, est considéré par quelques-uns comme l'habitude la

plus nocive pour leur santé, dont pour Patrick (quarantaine) qui affirme spontanément : « *C'est la cigarette qui va me tuer, pas l'héroïne* ». Les opioïdes sont vus par plusieurs PUDI comme favorisant leur mieux-être, ceci malgré la crainte de surdose d'opioïdes verbalisée par plusieurs, surtout en raison des produits qui peuvent être « coupés » avec du fentanyl. Des participants considèrent que l'héroïne ou la morphine sont des substances bénéfiques et « naturelles » pour le corps, qui soulignent-ils, produit naturellement ses propres endorphines. Même si des participants nomment des effets indésirables que peuvent avoir les opioïdes (ex. : perte d'appétit, fatigue, somnolence, sevrage, etc.), pour la plupart, les stimulants sont perçus généralement comme plus nocifs, entre autres pour Judith et Linda :

> *Non, non, ça affecte pas [l'héroïne]. Je suis capable de fonctionner comme… t'sais, quand je travaille, je suis capable de fonctionner pareil. J'ai consommé la veille, je suis capable de me lever comme rien [...] c'est quand je faisais de la coke. Oh oui, je mangeais juste… je mangeais une fois par jour, pis c'était un hot-dog, un petit sac de chips, pis des chocolats, that's it. Je mangeais très mal. Ben oui, je pesais 90 livres.* (Judith, quarantaine)

> *L'héroïne, tu peux faire semblant de faire partie de la société. Moi, j'ai travaillé des années, je suis allée à l'école, tout le long sur l'héro. Mais c'est vrai, une fois que j'ai commencé à mettre la coke dedans, c'est là que tu perds ta job. [...]. Mais si tu continues seulement sur l'héro, si tu t'organises comme il faut, t'as ton hit pour le matin, tu peux rentrer à l'heure. À l'heure de dîner, tu peux aller chercher ton autre point ou quart de gramme, ou ce que t'as besoin. Puis. Tu t'organises. Tu fais de l'argent…* (Linda, cinquantaine)

Plusieurs participants ont abordé les effets délétères perçus de la cocaïne « poudre » ou du crack, entre autres, la perte d›appétit et de poids, de problèmes de peau (démangeaisons, psoriasis, etc.) ainsi que les idées, comportements obsessifs ou paranoïaques, les hallucinations ou les psychoses associés à la prise de stimulants. Selon Julie (quarantaine), les consommateurs de stimulants affichent de plus en plus de signes de troubles mentaux (comme parler seul) qu'elle associe à la mauvaise qualité et à l'adultération des drogues sur le marché. D'ailleurs, plusieurs participants ont cessé ou tentent de diminuer la cocaïne pour préserver leur santé mentale, dont Sylvain qui s'en tient essentiellement aux opioïdes :

> *Y en a qui ont pogné toutes sortes de maladies à cause de ça [la cocaïne]. Il y en a qui viennent fous, paranoïer au boutte, là… Je me suis dit : non, je veux pas que ça m'arrive non plus.* (Sylvain, quarantaine)

Le terme « zombie » est d'ailleurs utilisé pour décrire une personne qui consomme beaucoup stimulants tels que la cocaïne, le crack ou la méthamphétamine.

> *C'est sûr que quand tu croises quelqu'un qui a l'air d'un zombie, tu t'imagines que la personne, ça fait des jours qu'elle n'a pas mangé là, je veux dire, les joues creuses, bon, les yeux absents. C'est souvent des gens… Bien, souvent, c'est plus les stimulants, je dirais, qui causent ça. Je veux dire, les problèmes de santé sont plus marqués physiquement pour l'apparence qu'avec les opioïdes, par exemple.* (Gabrielle, vingtaine)

Aussi, en plus d'accroître les risques d'être victimisées et de subir des violences de toutes sortes, les effets de la cocaïne (ex. : distorsion cognitive, paranoïa, hallucinations, etc.), augmentent selon les personnes consultées la probabilité d'être repérées et interceptées par les policiers surtout pour des personnes, qui, comme Nicolas, sont sans domicile fixe et qui sont sujettes à la surveillance policière, ce qui peut avoir de graves conséquences sur leur santé :

> *Ben, sur la poudre [cocaïne], c'est dangereux parce que tu n'entends pas. Tu peux pas… Puis là, si tu vois un flic, tu vois une arme, tu peux dérailler carrément, pis lui sauter dessus. S'il t'agresse, pis il te pointe le gun, il te dit : « Tabarnac ! »* Toi, *tu sais pas si c'est un policier ou si c'est quelqu'un, là, un de tes chums qui décide de te sortir en morceaux, pis dire : « Eille, je vais jouer avec toi, là. » Tu le sais pas, t'entends les chutes Niagara, pis tu vois rien, pis t'entends les choses, pis tu vois des choses que… comme une autre dimension. En tout cas.* (Nicolas, trentaine)

Ainsi, selon leur volonté de réduire les méfaits associés à leur consommation et d'avoir une meilleure emprise de leur quotidien, certains affirment s'être éloignés de la cocaïne, dont Sébastien. Ce dernier juge que la cocaïne est plus nuisible à sa santé, le met davantage à risque de surdose et affirme que « *l'héroïne m'a sauvé de la cocaïne* ». Sébastien décrivant des états dépressifs et suicidaires vécus les lendemains d'épisodes de consommation compulsive de cocaïne :

> *J'étais pas tout le temps parti sur la go pour aller en chercher d'autre […] Ben, je dormais pas. C'est… c'est très mauvais, ostie, le cœur qui te débat, tu dors pas pendant… Pis en plus de ça, t'as le cash, t'sais, à un moment donné, après ça, tu te rends compte que tu viens de dépenser 400 $, ostie, ça fait deux jours que tu dors pas, t'es complètement épuisé, là, t'sais ? T'es déjà épuisé de pas avoir dormi, pis toute. Là, t'es down d'avoir tout dépensé. Tu te sens comme une merde. Tu te dis : t'es un junkie, t'as les bras tout défaits. Parce que tu t'es pas injecté rien qu'une fois, là, tu t'es injecté plein de fois. Tu dis : fuck off, ostie, regarde, je finis ça, là, je vais me pendre. Pfft ! J'ai déjà pensé à ça.* (Sébastien, quarantaine)

Toutefois, la consommation d'héroïne s'est avérée chez Sébastien tout aussi souffrante. Il relate également avoir déjà pensé se suicider alors qu'il vivait un sevrage d'héroïne. Enfin, d'autres trouvent que la cocaïne ne les affecte pas autant que les opioïdes qui créent une réelle dépendance physique :

> *Comme la coke : si tu n'en as pas, bien tu n'en as pas, tu capotes un peu, mais ça, l'héro, c'est physique, t'sais… Si ta tête dit : « Ah, aujourd'hui, je n'en fais pas », mais ton corps lui, il va dire qu'il en a besoin, t'sais, c'est vraiment… Ce n'est pas psychologique, c'est physique.* (Simon, trentaine)

Le mode de vie nuisible à la santé davantage que la substance elle-même

Au-delà de la consommation de SPA ou du fait de s'injecter ces substances, selon la plupart des participants, ce serait davantage le mode de vie associé à cet usage qui finit par miner leur moral, leur bien-être global et leurs capacités de pouvoir remplir divers rôles sociaux, tous des éléments qui définissent ce qu'est la santé pour eux. Ce mode de vie peut se résumer à la poursuite de la drogue dans des contextes et des dynamiques de grande précarité et de stigmatisation sociale qui fait en sorte que le soi et le soin de soi sont négligés. C'est le cas pour Loïc, dépendant aux opioïdes. La criminalisation des drogues et la répression policière associée affectent leur capacité à être bien et en santé.

> *Quand tu cours après de la dope, les flics courent après toi, t'sais… C'est comme un gros cercle vicieux que j'étais tanné. Obligé de faire du squeegee, courir après la dope, tu cours après la dope, les flics courent après toi, il faut que tu retournes faire du squeegee. Si tu retournes faire du squeegee, les flics sont sur le coin. Ou t'es malade, t'as pas le choix de squeeger pareil, mais là, les flics sont là, tu peux pas.* (Loïc, vingtaine)

Tous ont mentionné que la précarité sociale (instabilité résidentielle, itinérance, chômage, désaffiliation sociale, etc.) et la pauvreté qui vient de pair avec leur consommation affectent leur santé et bien-être général. De plus, lors d'épisodes de consommation très intensive, l'énergie est déployée pour «*courir après la drogue et courir après l'argent*», entre autres pour les femmes s'adonnant au travail du sexe «*à faire un client, un hit, un client un hit*». De surcroît, plusieurs participants vont négliger de manger, de se soigner, de se divertir, d'entretenir des relations sociales, ce qui à la longue, selon eux, affecte leur santé globale.

> *Ton… ton mode de vie aussi va faire que… Si t'as un mode de vie qui est… qui est… que te mène un bord pis sur l'autre, qui… C'est parce que t'as pas vraiment de break quand t'es… t'es sur la rue, hein…* (Mike, cinquantaine)

Le contrôle de la consommation pour se maintenir en santé

Un thème émergent lié aux interrelations entre la santé et leur consommation est celui du contrôle de la consommation de SPA, tout particulièrement de drogues injectées ainsi que d'alcool. D'emblée, alors qu'aucune question d'entrevue ne porte sur le contrôle de la consommation, la plupart des participants mentionnent que leur santé relève aussi de leur capacité à maintenir la quantité et l'intensité des substances consommées dans une certaine limite. La plupart des participants disent ne pas souhaiter l'abstinence totale, mais essentiellement vouloir regagner une emprise sur leur vie en diminuant leur consommation de sorte qu'elle ne prenne pas toute la place. Valérie compare sa consommation d'héroïne, qu'elle considère sous contrôle, à la consommation sociale d'alcool.

> *Mais c'est sûr que si je pars sur un petit buzz le jour du chèque, le lendemain, je vais être moins en forme pour aller travailler. Mais ça, je pense, c'est comme n'importe qui qui*

> *va prendre un verre avec ses amis, là. T'sais, mais sinon, je pense, je fais quand même attention. Je ne passe plus des jours sans dormir. Je ne passe plus… Je suis capable de me mettre des limites.* (Valérie, trentaine)

Certes, quelques participants disent aussi spontanément n'avoir aucune intention d'arrêter ou de diminuer de consommer, dont Patrick (quarantaine) qui exprime le souhait de déménager dans un pays où l'héroïne est moins chère afin d'y finir ses jours. Toutefois, sans qu'il s'agisse d'une question d'entrevue, en lien avec leur santé, un bon nombre affirment adopter diverses stratégies pour réduire leur consommation ou pour s'éloigner d'une ou de plusieurs SPA. À cet égard, dans une perspective d'autogestion de leur consommation qui inclut des considérations pour leur santé globale, plusieurs participants affirment avoir cessé la cocaïne et s'être tournés vers les opioïdes. Souvent, la détérioration de l'état de santé agit comme un catalyseur pour reprendre contrôle sur leur consommation de SPA, parfois le temps d'une pause. Yvon (cinquantaine) a ainsi cessé l'injection de cocaïne et d'héroïne lorsque son état de santé s'est aggravé : « *Mon système était faible parce que je me shootais trop. T'sais, j'ai arrêté de me shooter pendant trois semaines, pis paf, je pétais le feu, là!* »

Entre le désir d'abstinence et l'ambivalence

Un thème central des analyses est celui de « s'en sortir », soit de rompre avec le cycle vicieux de quête du produit et de s'éloigner des conditions associées (ex : le crime, le travail du sexe, l'itinérance et l'isolement social) qui selon les participants affectent leur santé et bien-être d'où le désir exprimé d'avoir accès à des thérapies en dépendance ou désintoxication en temps opportun. La plupart des participants déploient diverses stratégies pour contrôler leur consommation : évaluer les pour et les contre de consommer, se tenir occupés, faire du sport, éviter les autres consommateurs, s'éloigner de la ville ou de lieux qui les incitent à consommer. Éviter de trop consommer est essentiel pour certains, comme l'explique Mike.

> *J'y pense deux fois avant d'aller me geler, astheure. Je suis en train de calculer les efforts que ça va me prendre avant d'aller me geler. Je calcule dans quel état je va être après que je me sois gelé. Je calcule qu'est-ce que ça va me donner de me geler.* (Mike, cinquantaine)

Toujours en discutant des interrelations perçues entre leur consommation et leur santé, spontanément, un bon nombre de participants expriment souhaiter cesser complètement de consommer des SPA, la plupart non sans ambivalence. Denis en dépit d'un récent diagnostic de VIH, de sa situation d'itinérance et du fait qu'il « ne rajeunit pas », n'est pas certain de vouloir arrêter, lui qui consomme activement depuis qu'il a 18 ans.

> *C'est sûr qu'éventuellement, l'idéal, ça serait d'arrêter, mais… bof! Est-ce que… j'ai le goût d'arrêter ou pas? Ou est-ce que j'ai le goût de continuer ou de pas continuer? Je le sais pas. Je vais te dire ben franchement… [silence] j'ai… [silence] Disons que je… je rajeunis pas.* (Denis, quarantaine)

Les perceptions et désirs sont très variables quant à la poursuite ou non de la consommation. Pour d'autres participants, leur consommation s'inscrit nécessairement dans une spirale d'évènements et de conditions nuisibles à leur bien-être général. L'arrêt leur apparaît comme une solution incontournable. Par exemple, Yvon, qui vit avec le VIH, souhaite surtout cesser l'alcool, la pire drogue selon lui, et éventuellement l'abstinence puisqu'il constate que son état de santé se détériore. Quelques participants se disent surtout « tannés » et « écœurés » de leur vie centrée sur la consommation tout comme des sevrages, qui sont vécus comme des épreuves plutôt pénibles. Leur objectif est d'atteindre un meilleur équilibre entre leur consommation et d'autres sphères de leur vie. Notamment, ils souhaitent disposer de plus de temps et d'argent pour le travail, les relations interpersonnelles, le retour aux études ou pour des loisirs comme aller au restaurant ou au cinéma, toutes des dimensions de la vie qui sont pour les participants à l'étude, reliées à la santé et qui sont affectées par la consommation surtout lorsqu'elle régit une bonne part de leur quotidien. Judith aimerait cesser l'alcool et l'héroïne afin de pouvoir davantage profiter de la vie :

> *Manger mieux… Je sais pas, peut-être me payer la traite, des fois. Aller voir un film, crime, ça fait longtemps que j'ai pas été au cinéma. My God ! Manger au restaurant. T'sais, je veux dire, prendre cet argent-là, pis… Ben, tu comprends-tu ?* (Judith, quarantaine)

Toutefois, plusieurs personnes interviewées se disent incapables, par elles-mêmes, de diminuer ou de cesser de consommer. C'est le cas de Loïc qui vient d'obtenir un logement supervisé qui l'a grandement aidé à mieux structurer sa vie, notamment mieux manger et dormir, mais qui n'arrive pas à cesser de consommer.

> *J'aimerais ça arrêter, c'est le temps, là, j'ai mon appart, pis ça va… t'sais, ça pourrait aller ben. Pis je ne suis plus capable ! Je suis comme… C'est pour ça que la détox, ça va être vraiment bénéfique.* (Loïc, vingtaine)

Aussi, même si pour certains participants, l'idéal semble être d'arrêter de consommer, la plupart veulent surtout pouvoir « gérer » (terme qu'ils emploient) leur sevrage et contrôler leur consommation pour plusieurs raisons, dont celle d'être plus en santé autant physique que mentale. Toutefois, ces derniers veulent aussi continuer de consommer des SPA qui leur apportent du plaisir en plus de constituer un moyen de se tenir dans le monde entre autres par les effets psychoactifs souvent apaisants qu'elles procurent.

Discussion

Cette étude qualitative auprès de 30 personnes participantes avait pour but de décrire les liens qu'elles établissent entre la consommation de drogues et la santé. Le cadre épistémologique de l'interactionnisme symbolique avait pour but de « dégager les significations vécues par les acteurs et de mettre en évidence les logiques qui sous-tendent leurs actions » (Le Breton, 2008, p. 3). La présente discussion porte sur quatre principaux thèmes, soit la

perception de leur état de santé, les effets perçus des substances sur la santé, les effets du mode de vie sur la santé, ainsi que la motivation à contrôler leur consommation en vue d'améliorer leur santé globale.

Perception de leur état de santé

Cette étude qualitative a exploré la perception qu'ont les participants de leur santé. De façon générale, ces derniers s'estiment en relative bonne santé, et ceci « malgré » leur consommation, leur âge ou leurs maladies. Selon l'étude plus large, la santé est importante pour des PUDI alors qu'elle est essentiellement vue comme une ressource permettant de fonctionner, d'être autonome et de se réaliser tout en constituant une valeur à la fois sociale et intrinsèque à la vie (Poliquin, 2018 ; sous presse). Ces résultats font écho à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; 1946) selon laquelle la santé est : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité » (p. 1). Toutefois, une certaine désirabilité sociale associée à la santé et à la performance sociale pourrait inciter les participants à se dire d'emblée en santé (Bolam et al., 2003 ; Pierret, 1984 ; Pollock, 1993). Dans une logique méritocratique, la santé peut constituer une preuve de réussite sociale et la maladie un échec, voire une défaillance morale (Pollock, 1993).

Effets perçus des substances sur la santé

Indéniablement, selon les participants à l'étude, la consommation de SPA peut engendrer de la détresse psychologique et plusieurs formes de négligence liées au corps et aux besoins fondamentaux. En effet, une bonne part des participants disent que leur santé a été affectée par les années de consommation, entre autres leur santé mentale. Plusieurs participants ont abordé le suicide et les idées suicidaires d'où l'importance de s'attarder à la santé mentale et au bien-être global des PUDI dans l'offre de services. Par ailleurs, les analyses démontrent aussi que l'usage de drogues dont l'héroïne ou la cocaïne est autant un facteur de marginalisation sociale qu'un moyen d'adaptation à cette marginalisation (Draus et al., 2010). En effet, plusieurs PUDI composent avec de la souffrance, de la douleur, des difficultés existentielles et des sentiments de solitude, d'exclusion ou de désespoir au point où consommer représente parfois une forme d'automédication. Les mêmes participants, dans le cadre de l'étude plus large, témoignent que leur enfance et leur adolescence difficiles ont contribué grandement à leur initiation et à leur enlisement dans la consommation de SPA (Poliquin, 2018). En outre, selon l'étude de Pettersen et al. (2018), des personnes dépendantes à l'héroïne ayant vécu des traumatismes de l'enfance ou qui souffrent de maladie mentale ne perçoivent pas nécessairement la drogue comme leur problème principal, mais plutôt, comme une solution à leurs *vrais* problèmes.

Toutefois, certaines SPA sont davantage associées à la marginalisation sociale et criminalisation, et perçues comme plus dommageables à la santé notamment l'alcool ou les stimulants,

ce qui a aussi été démontré par d'autres (Paul et al., 2020 ; Shearer et al., 2020). La présente étude met en lumière que les opioïdes ne sont pas nécessairement perçus comme particulièrement nocifs pour la santé, ceci malgré l'épidémie de surdoses actuelle et les interventions de santé publique pourtant essentielles (accès au médicament antagoniste la naloxone, campagne contre les surdoses, etc.). Ce résultat est à interpréter avec prudence puisque l'étude s'est déroulée en 2014 à 2015, au début de la crise des surdoses qui sévit actuellement en Amérique du Nord. Aussi, la consommation d'opioïdes est davantage associée à l'impression de « pouvoir fonctionner » que celle de stimulants (cocaïne, crack, crystal meth). Pour cette raison, des participants à l'étude se sont éloignés des stimulants pour adopter plutôt l'usage d'opioïdes. Ce changement de substance pour une autre peut être vu comme une stratégie de réduction des méfaits et a été rapporté par d'autres (Bozinoff et al., 2017).

Cette étude aborde différents rapports qu'établissent des PUDI entre les substances consommées et leur santé. En outre, cette étude suggère que l'usage de SPA par injection peut constituer un moyen pour se tenir dans le monde, faire face à l'adversité et se montrer « fonctionnel » et autonome. D'abord, la consommation d'opioïdes constitue chez les personnes devenues dépendantes un moyen de se maintenir en santé puisqu'elle permet d'éviter le sevrage très éprouvant (Frank, 2017 ; Friedman et al., 2007, 2004 ; Meylakhs et al., 2015). D'ailleurs, ne plus subir de sevrage est l'une des principales incitations à rechercher un traitement par agoniste des opioïdes (TAO), ce qui permet d'être en santé ou « fonctionnel » autant physiquement, psychologiquement que socialement (Harris et al., 2012 ; Poliquin et al., 2018 ; Rhodes et al., 2011).

Un mode de vie nuisible à la santé

Les participants sont nombreux à considérer que leur mode de vie (vivre dans la rue, devoir quêter, négliger de manger, de dormir, courir sans cesse après l'argent et leurs produits de consommation) est plus dommageable à leur santé que les substances elles-mêmes, surtout en contexte de répression policière. L'étude de Crabtree et ses collaborateurs (2015) auprès de PUDI à Vancouver a aussi mis en lumière le fait que les conditions ou le mode de vie associés à la consommation intensive finissent tôt ou tard et à des degrés variables par affecter l'intégrité physique, psychologique et psychique des PUDI. En effet, tout ce qui doit être mobilisé pour obtenir leurs drogues tend à occuper l'essentiel du quotidien des participants, ce qui aggrave leur marginalisation sociale. En l'occurrence, de nouvelles interventions prometteuses en réduction des méfaits pourraient améliorer la qualité de vie des PUDI, dont l'accès à des SPA plus sécuritaires (*safe supply*), les services de « *drug checking* » pour vérifier à l'aide de bandelettes si les substances ont été adultérées et diminuer les risques de surdoses (Karamouzian et al., 2018), les services d'hébergement qui acceptent et supervisent la consommation d'alcool (*managed alcohol programs*) (Pauly et al., 2018). Également, la prescription d'opioïdes injectables accessible dans plusieurs pays européens permet aux PUDI qui ont échoué à des traitements plus conventionnels (méthadone par exemple) d'éviter le sevrage et d'agencer leur vie autour d'autres projets que la recherche de drogues (Fischer

et al., 2002 ; Frank, 2017 ; Gelpi-Acosta, 2015). L'instauration de zones de tolérance de la consommation afin de minimiser les interventions policières et le stress associé sont aussi des interventions qui s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits.

Motivations à chercher de l'aide et à réduire leur consommation

Les participants ont spontanément parlé d'abstinence, de diminution et de contrôle de la consommation lorsqu'on leur a demandé quels liens ils établissent entre leur santé et leur consommation ou comment leur consommation affecte leur santé. Le désir exprimé par les participants à l'étude de préserver leur autonomie et leur santé mentale est un levier d'intervention à explorer. Une étude montréalaise démontre d'ailleurs que 31,0 % des PUDI participantes affichent une détresse psychologique (Côté et al., 2019). D'autres auteurs soulignent l'importance de services en santé mentale de première ligne et selon une approche de réduction des méfaits pour des personnes très marginalisées, dont itinérantes (Côté et al., 2019 ; Magwood et al., 2020).

Enfin, il importe de souligner que plusieurs participants se retrouvent à la confluence d'inégalités de santé dont le faible revenu, la faible scolarisation, les chances limitées à l'emploi, les traumatismes liés à l'enfance ou encore les troubles mentaux. La présente étude démontre que la consommation peut être une solution apportée à des difficultés existentielles sous-jacentes et que cesser de consommer n'est pas souhaité à court terme pour plusieurs PUDI interviewées d'autant plus si elles se sentent fonctionnelles et si elles éprouvent de la satisfaction dans la vie.

La présente étude témoigne de l'importance de prendre en compte la perspective des premières personnes concernées avant de songer à des interventions auprès d'elles. Il importe de tenir compte entre autres des raisons qui motivent leur consommation de SPA et des rapports qu'elles entretiennent avec ces différentes substances. Davantage de recherches qualitatives sur la polyconsommation et les effets recherchés selon les substances permettraient de mieux prendre en compte le point de vue des personnes qui consomment et de penser avec et pour elles à des moyens de réduire les méfaits et d'améliorer leur qualité de vie surtout lorsque cette consommation engendre la défavorisation sociale et des souffrances.

Limites

L'une des forces de cette étude est de présenter des analyses contextualisées et nuancées entourant la consommation de SPA. Elle comporte toutefois plusieurs limites. D'abord, la présente étude ne peut prétendre rendre compte de toutes les perspectives des PUDI sur les liens entre la consommation et la santé. Elle ne tient pas compte des différences liées au genre, à la diversité sexuelle ou aux origines ethnoculturelles. Aussi, même avec un échantillonnage visant une diversité des points de vue (Saldana, 2015), la plupart des personnes participantes sont très marginalisées socialement. Une bonne part d'entre elles souffraient de troubles mentaux alors que neuf participants vivent en situation d'itinérance. Enfin, la

plupart sont aux prises avec d'importantes difficultés économiques. Ce constat amène à une grande prudence pour ce qui est de la transférabilité des résultats à d'autres PUDI.

Une autre limite importante est que la plupart des participants, soit 80,0 %, sont principalement des consommateurs d'opioïdes. Seulement quatre s'injectent de la cocaïne comme drogue de choix, même si 22 ont consommé de la cocaïne au cours des six derniers mois. Cette difficulté peut être liée au fait que l'injection d'opioïdes à Montréal était en hausse marquée durant la période de collecte de données de mai 2014 à juin 2015 (Leclerc et al., 2013). Aussi, des participants mentionnent qu'il était plus difficile de trouver de la cocaïne en poudre dans certains quartiers de Montréal, ce qui peut avoir mené à un biais de sélection. Aussi, la crise des surdoses impliquant notamment le fentanyl, n'était qu'à ses débuts au Québec en 2014-2015 laissant peu de recul aux participants pour s'exprimer sur les risques accrus et potentiellement mortels de ces produits, ainsi que sur les liens qu'ils établissent entre cette consommation et leur santé.

Conclusion

Cette étude présente la consommation de drogues non seulement comme un problème, mais également comme une solution ou une stratégie proactive favorisant le mieux-être et la santé. Cette étude éclaire également sur l'importance de connaître les motivations et les conditions de vie, physiques, mentales ou sociales qui poussent les personnes à consommer afin de penser avec et pour elles à des solutions alternatives surtout lorsque cette consommation affecte leur santé et leur bien-être. Ainsi, contrôler sa consommation de drogues est un objectif central relié à la santé pour plusieurs personnes participantes. Entre autres, concevoir que des PUDI entretiennent le désir de diminuer leur consommation de SPA sans pour autant viser l'abstinence peut contribuer à aiguiller les programmes de réduction des méfaits et les services de santé et sociaux qui leur sont destinés. Cette étude souligne aussi l'importance de prendre en compte la consommation au-delà de ses dimensions problématiques et néfastes et de la mettre dans le contexte plus large des déterminants de la santé. Ces derniers peuvent constituer des problèmes parfois plus grands que leur consommation, entre autres, les politiques délétères en matière de drogues ainsi que les conditions sociales comme le fait d'être sans emploi, sans logement adéquat et désaffilié socialement.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., Tweed, E. J. D., Lewer, D., Vittal Kaikireddi, S. et Hayward, A. C. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet, 391*(10117), 241-250. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X

Bastien, R. (2013). Réduction des méfaits, critique interne et régime de différenciation des préventions. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques* (p. 129-156). Presses de l'Université Laval

Beauchesne, L. (2006). *Les drogues : les coûts cachés de la prohibition*. Bayard Canada Livres inc.

Bertrand, K., Nadeau, L. et Flores, J. (2012). Femmes, toxicomanie et inadaptation sociale grave : l'intégration des services au long cours. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 9-44). Presses de l'Université du Québec.

Bibeau, G. et Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises. À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Boréal.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.

Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain, K., Murphy, S. et Gleeson, K. (2003). Just do it': an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups. *Critical Public Health*, *13*(1), 15-31. https://doi.org/10.1080/0958159031000100170

Bozinoff, N., Small, W., Long, C., DeBeck, K. et Fast, D. (2017). Still "at risk": An examination of how street-involved young people understand, experience, and engage with "harm reduction" in Vancouver's inner city. *International Journal of Drug Policy, 45*, 33-39. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.006

Broadhead, R., Kerr, T., Grund, J. P. et Altice, F. L. (2002). Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, *32*(1), 329-356. https://doi.org/10.1177/002204260203200113

Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Papelu, A. et Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of Injection Drug User Quality of Life Scale. *Substance Use and Misuse*, *38*(7), 965-992. https://doi.org/10.1081/JA-120017619

Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité. *Trajets*, (1), 63-77.

Côté, P., Ghabrash, M. F., Bruneau, J., Roy, É., Dubreucq, S., Fortier, E. et Jutras-Aswad, D. (2019). Association between mental health service utilisation and sharing of injection material among people who inject drugs in Montreal. Canada. *Addictive Behaviors*, *96*, 175-182. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.010

Crabtree, A., Latham, N., Bird, L. et Buxton, J. (2015). « *It's powerful to gather* »: *a community-driven study of drug user's and illicit drinkers' priorities for harm reduction and health promotion in British Columbia, Canada* [thèse de doctorat, University of British Columbia]. UBC Theses and Dissertations. https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0166799

Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Odile Jacob Poche.

Darke, S. (2013). Pathways to heroin dependence: time to reappraise self-medication. *Addiction*, *108*(4), 659-67. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04001.x

Darke, S. et Torok, M. (2014). The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug use among regular injecting drug users. *Addiction, 109*(4), 610-616. https://doi.org/10.1111/add.12428

Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. et Hickman, M. (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, *376*(9737), 285-301. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60742-8

Draus, P. J., Roddy, J. et Greenwald, M. (2010). "I always kept a job": income generation, heroin use and economic uncertainty. *Journal of Drug Issues, 40*(4), 884-869. https://doi.org/10.1177/002204261004000405

Drumm, R. D., McBride, D., Metsch, L., Neufeld, M. et Sawatsky, A. (2005). "I'm a health nut!": Street drug users accounts of self-care strategies. *Journal of Drug Issues*, *35*(5), 607-629. https://doi.org/10.1177/002204260503500311

Duterte, M., O'Neil, S., McKearin, G., Sales, P., Murphy, T. et Murphy, S. (2001). Walking the tightrope: balancing health and drug use. *Journal of Psychoactive Drugs*, *33*(2), 173-183. https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400482

Fernandez, F. (2014). La morale du shoot. Responsabiliser les injecteurs de drogues ? *Anthropologica, 56*(1), 205-215. https://www.jstor.org/stable/24469651

Fischer, B. (1999). Prohibition, public health and a window of opportunities: An analysis of Canadian drug policy, 1985-1997. *Policy Studies, 20*(3), 197-210. https://doi.org/10.1080/01442879908423778

Fischer, B., Chin, A. T., Kuo, I., Kirst, M. et Vlahov, D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use & Misuse*, *37*(4), 495-522. https://doi.org/10.1081/JA-120002807

Frank, D. (2017). "I was not sick and I didn't need to recover": Methadone maintenance treatment (MMT) as a refuge from criminalization. *Substance abuse & Misuse*, *0*(0), 1-12. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1310247

Friedman, S. R., Maslow, C., Bolyard, M., Sandoval, M., Mateu-Gelabert, P. et Neaigus, A. (2004). Urging others to be healthy: "intravention" by injection drug users as a community prevention goal. *Aids Education and Prevention: Official Publication of the International Society for Aids Education*, *16*(3), 250-263. https://doi.org/10.1521/aeap.16.3.250.35439

Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C. et Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: User's culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of user' groups. *International Journal of Drug Policy*, *18*(2), 107-117. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.006

Gelpi-Acosta, C. (2015). Challenging biopower: "Liquid cuffs" and the "Junkie" habitus. *Drugs Education and Prevention Policies*, *22*(3), 248-254. https://doi.org/10.3109/09687637.2014.987219

Gjersing, L. et Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *BMC Public Health*, *14*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-440

Gouvernement du Canada. (2018). *Piliers de la stratégie canadienne sur les drogues et autres substances.* https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/piliers-strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html

Gouvernement du Canada. (2021, 23 juin). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada.* https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants

Hall, D. H. et Queener, J. E. (2007). Self-Medication Hypothesis of Substance Use: Testing Khantzian's Updated Theory. *Journal of Psychoactive Drugs*, *39*(2),151-158. https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399873

Harris, M., Treolar, C. et Maher, L. (2012). Staying safe from hepatitis C: Engaging with multiple priorities. *Qualitative Health Research*, *22*(1), 31-42. https://doi.org/10.1177/1049732311420579

Hope, V., Marongiu, A., Parry, J. et Ncube, F. (2010). The extent of injection site infection in injecting drug users: findings from a national surveillance study. *Epidemiogy and Infection, 138*(10), 1510–1518. https://doi.org/10.1017/S0950268810000324

Hughes, K. (2007). Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health & Illness*, *29*(5), 673-691. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01018.x

Karamouzian, M., Dohoo, C., Forsting, S., McNeil, R., Kerr, T. et Lysyshyn, M. (2018). Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, *15*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12954-018-0252-8

Kidorf, M., King, V. L., Peirce, J., Burke, C., Kolodner, K. et Brooner, R. K. (2010). Psychiatric distress, risk behavior, and treatment enrollment among syringe exchange participants. *Addictive Behaviors*, *35*(5), 499–503. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.033

Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2000). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research* (3e éd.). Sage Publications.

Latkin, C. A., Davey-Rothwell, M., Yang, J.-Y. et Crawford, N. (2012). The Relationship between Drug User Stigma and Depression among Inner-City Drug Users in Baltimore, MD. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 90*(1), 147-177. https://doi.org/10.1007/s11524-012-9753-z

Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique*. Presses de l'Université de France.

Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C. (2013). *Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal. Synthèse.* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782896732753b.pdf

Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2018). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016* (ISSN électronique : 1918-4557). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2516

Levy, J. (2014). *The harms of drug use: Criminalisation, misinformation, and stigma.* International Network of People that Use Drugs (INPUD). https://www.inpud.net/The_Harms_of_Drug_Use_JayLevy2014_INPUD_YouthRISE.pdf

Mackesy-Amiti, M. E., Donenberg, G. R. et Ouellet, L. J. (2015). Prescription opioid misuse and mental health among young injection drug users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 41*(1), 100–106. https://doi.org/10.3109/00952990.2014.940424

MacNeil, J. et Pauly, B. (2011). Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*, *30*(1), 26-32. https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00188.x

Magwood, O., Salvalaggio, G., Beder, M., Kendall, C., Kpade, V., Daghmach, W., Habonimana, G., Marshall, Z., Snyder, E., O'Shea, T., Lennox, R., Hsu, H., Tugwell, P. et Pottie, K. (2020). The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS ONE, 15*(1), e0227298. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227298

Massé, R. (2013). Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques* (p. 41-70). Presses de l'Université Laval.

Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. et Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin World Health Organisation, 91*(2), 102–123. https://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/12-108282.pdf

Meylakhs, P., Friedman, S. R., Mateu-Gelabert, P., Sandoval, M. et Meylakhs, N. (2015). Taking care of themselves: how long-term injection drug users remain HIV and Hepatitis C free. *Sociology of Health & Illness*, *0*(0), 1-16. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12226

Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook.* Sage.

Mizuno, Y., Percell, D., Borowski, T., Knight, K. et the SUDIS Team. (2003). The life priorities of HIV-seropositive injection drug users: Findings from a community- base sample. *AIDS and Behavior, 7*(4), 395–403. https://doi.org/10.1023/b:aibe.0000004731.94734.77

Mondou, I. (2013). De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques* (p. 19-40). Presses de l'Université Laval.

Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J. et Ompad, D. C. (2020). They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal, 17*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8

Nambiar, D., Agius, P. A., Stoové, M., Hickman, M. et Dietze, P. (2015). Mortality in the Melbourne injecting drug user cohort study (MIX). *Harm Reduction Journal, 12*(1), 1-5. https://doi.org/10.1186/s12954-015-0089-3

Noël, L., Godin, G. et Alary, M. (2002). Processus de marginalisation et risque pour le VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. *Psychotropes, 2*(8), 7-27. https://doi.org/10.3917/psyt.082.0007

Olsen, A., Banwell, C., Dance, P. et Maher, L. (2012). Positive health beliefs and behaviours in the midst of difficult lives: Women who inject drugs. *International Journal of Drug Policy, 23*(4), 312-318. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.003

Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.* https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Palmateer, N., Kimber, J., Hickman, M., Hutchinson, S., Rhodes, T. et Goldberg, D. (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction, 105*(5), 844–859. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02888.x

Paul, B., Thulien, M., Knight, R., Milloy, M. J., Howard, B., Nelson, S. et False, D. (2020). "Something that actually works": Cannabis use among young people in the context of street entrenchment. *PLoS ONE, 15*(7), e0236243. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236243

Pauly, B., Vallance, K., Wettfaufer, A., Clifton, C., Brown, R., Evans, J., Gray, E., Krysowaty, B., Ivsins, A., Schiff, R. et Stockwell, T. (2018). Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug and Alcohol Review, 37*(Suppl. 1), S132–S139. https://doi.org/10.1111/dar.12681

Peirce, J. M., Kolodner, K., Brooner, R. K. et Kidorf, M. S. (2011). Traumatic Event Re-exposure in Injecting Drug Users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 89*(1), 117-128. https://doi.org/10.1007/s11524-011-9619-9

Peretti-Watel, P. (2011). Ritualisations et processus identitaires chez les usagers et ex-usagers d'héroïne. *Drogues, santé et société, 10*(1), 13-50. https://doi.org/10.7202/1007847ar

Pierret, J. (1984). Les significations sociales de la santé. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie* (p. 217-256). Éditions des Archives Contemporaines.

Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. et Davidson, L. (2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? a qualitative study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 12*, 1-8. https://doi.org/10.1177/1178221817752678

Poliquin, H., Dassieu, L., Perreault, M. et Bertrand, K. (2018). Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal. *Psychotropes, 24*(3-4), 111-134. https://doi.org/10.3917/psyt.243.0111

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Poliquin, H. (2018). *Significations de la santé et du prendre soin de soi pour des personnes qui font usage de drogues par injection et perspectives de ces dernières sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. http://hdl.handle.net/11143/15030

Poliquin, H. (sous presse). Significations de la santé pour des personnes s'injectant des drogues et hautement précarisées. *Drogues, santé et société.*

Pollock, K. (1993). Attitudes of mind as means of resisting illness. Dans A. Radley (dir.), *World of Illness: biographical and cultural perspectives on health and disease* (p. 49-70.). Routledge.

Poupart, J. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme: des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, *30*(1), 178-199.

Quirion, B. (2016). Contrôle des drogues et mondialisation : enjeux et limites de la régulation internationale. *Drogues, santé et société, 15*(1), 1-18. https://doi.org/10.7202/1037780ar

Quintin, J. (2012). *Éthique et toxicomanie : les conduites addictives au cœur de la condition humaine.* Liber.

Reynaud, M. (2006). *Traité d'addictologie*. Flammarion.

Rhodes, T. (2009). Editorial Essay: Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy, 20*(3), 193-201. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003

Rhodes, T. et Treolar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: a qualitative synthesis. *Addiction*, *103*(10), 1593-1603. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02306.x

Rhodes, T., Bivol, S., Scutelniciuc, O., Hunt, N., Bernays, S. et Busza, J. (2011). Narrating the social relations of initiating injecting drug use: Transitions in self and society. *International Journal of Drug Policy, 22*(6), 445-454. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.07.012

Roose, R. J., Hayashi, A. S. et Cunningham, C. O. (2009). Self-management of injection-related wouds among injecting drug users. *Journal of Addictive Disease*, *28*(1), 74-80. https://doi.org/10.1080/10550880802545200

Roy, E., Nonn, E., Haley, N. et Cox, J. (2007). Hepatitis meanings and preventative strategies among street-involved young injection drug users in Montreal. *International Journal of Drug Policy*, *18*(5), 397-405. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.005

Saldana, J. (2015). *Thinking qualitatively. Methods of the mind*. Sage Publications

Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*, *36*(1), 7-15. https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90300-S

Schneeberger, P. (2000). *Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au Québec* (ISBN : 978-2-550-36022-3). Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. https://www.cqld.ca/publications/etudes-recherche/portrait-consommateurs-de-cocaine-contemporains-quebec/

Shearer, R. D., Howell, B. A., Bart, G. et Winkelman, T. N. A. (2020). Substance use patterns and health profiles among us adults who use opioids, methamphetamine, or both, 2015-2018. *Drug and Alcohol Dependence*, *214*, 108162. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108162

Sointu, E. (2006). The search for wellbeing in alternative and complementary health practices. *Sociology of Health & Illness*, *28*(3), 330-349. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00495.x

Topp, L., Iversen, J., Conroy, A., Salmon, A. M. et Maher, L. (2008). Prevalence and predictors of injecting-related injury and disease among clients of Australia's needle and syringe programs. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, *32*(1), 34-37.

Tremblay, M., Olivet, F. (2011). De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes. *Drogues, santé et société*, *10*(1), 169-196.

Valleur, M. et Matysiak, J.-C. (2006). *Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge.* Armand Colin.

Wozniak, L., Prakash, M., Taylor, M. et Wild, C. (2007). Everybody's got it, but… Situational and strategic participation in normalized HCV discourse among injection drug users in Edmonton, Canada. *International Journal of Drug Policy*, *18*(5), 388–396. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.006

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence

Vincent Wagner, Ph. D, chercheur en établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Yan Ferguson, M. Sc, professionnel de recherche, Institut universitaire sur les dépendances

Karine Hudon, B.A., chargée de projet, Institut universitaire sur les dépendances

Marie-Ève Goyer, MD, M. Sc, professeure adjointe de clinique,
département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

Jorge Flores-Aranda, Ph. D, professeur, École de travail social,
Université du Québec à Montréal

Correspondance
Vincent Wagner
Institut universitaire sur les dépendances
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
950, rue Louvain Est, Montréal, QC – H2M 2E8
vincent.wagner.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Introduction : Les personnes en situation de précarité et présentant un usage d'opioïdes sont confrontées à de nombreuses barrières à l'accès et à la rétention en soin. Des services dits à bas seuil d'exigence visant à réduire lesdites barrières ont été implantés. Néanmoins, il existe une grande variation dans la définition de ces services. Cet article souhaite identifier les caractéristiques essentielles de l'approche à bas seuil d'exigence pour les personnes en situation de précarité et faisant usage d'opioïdes.

Méthodologie : Une revue narrative de la littérature a été réalisée en focalisant la collecte et l'analyse des données sur trois axes : (1) la philosophie d'intervention sous-tendant l'approche ; (2) l'offre de soins et de services ; (3) l'organisation de cette offre. Nous avons retenu 47 articles scientifiques pour analyse.

Résultats : L'analyse portant sur la philosophie d'intervention souligne plusieurs constats relatifs à la vision de la personne et du cadre de soin dans l'approche à bas seuil d'exigence. Le second axe d'analyse s'intéresse à la largeur de l'offre de service à proposer pour répondre à l'intégralité des besoins et objectifs des personnes. Celle-ci contiendra des ressources de première ligne et des ressources spécialisées. Le troisième axe met en lumière les considérations reliées à l'organisation de cette offre. Nous évoquons tout d'abord la composition et le fonctionnement des équipes, l'intégration des ressources dans un continuum où la collaboration, la mobilité et le processus de référence sont essentiels, avant de pointer le rôle du cadre de soin et des règles d'utilisation des ressources.

Conclusion : Cette recension souligne les éléments clés de l'approche à bas seuil d'exigence et suggère d'étendre ces caractéristiques fondamentales à l'intégralité des services de santé et sociaux. Cela contribuera à la bonification de l'accessibilité des programmes, notamment pour les personnes présentant un usage de substances psychoactives et des problématiques connexes.

Mots-clés : bas seuil d'exigence, utilisation d'opioïdes, précarité, besoins complexes, accessibilité des services, organisation des soins

Precarity and opioid use: a narrative review on the low threshold approach

Abstract

Introduction: People in situation of precariousness and using opioids face several barriers to health and social care services. Low threshold resources aiming to reduce these barriers were created. However, there is some discrepancy when describing their goals and definition. This article seeks to identify core characteristics of low threshold services targeting people in situation of precariousness and using opioids.

Methods: We conducted a narrative literature review, following three themes: (1) the philosophy of intervention underlying the low threshold approach; (2) the specific services and interventions that need to be offered; (3) services organization and management of these resources. We included 47 articles for analysis.

Results: The analysis related to the philosophy of intervention highlighted several observations regarding the upmost consideration given to the person and the overall care and support environment. The second theme described the diversity of interventions to offer in order to answer appropriately to these persons needs and objectives, involving for instance primary care and specialized resources. The last topic emphasized considerations regarding the organization and management of these services. For example, we described the stakeholders' teams composition and functioning, the resources and services integration in a continuum where collaboration, mobility and the reference processes are crucial. We also noted the importance of both care and support environments and services' internal regulations.

Conclusion: This review highlighted key elements defining the low threshold approach. We also suggested that these core characteristics could be useful when considering every health and social services. This would contribute to the overall accessibility and quality of resources targeting people using psychoactive substances and associated issues.

Keywords: low threshold, opioid use, precariousness, complex needs, services accessibility, healthcare management

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Precariedad y consumo de opioides: revisión narrativa de un enfoque de bajo umbral de exigencia

Resumen

Introducción: Las personas que se encuentran en situación de precariedad y que consumen opioides deben afrontar numerosas barreras para lograr el acceso y la retención de la atención sanitaria. Para reducir estas barreras, se han implantado los llamados servicios de bajo umbral de exigencia. Sin embargo, existe una gran variedad en lo que hace a la definición de estos servicios. En este artículo se trata de identificar las características esenciales del enfoque de bajo umbral de exigencia para las personas en situación de precariedad que consumen opioides.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura, centrando la atención en la colecta y el análisis de los datos sobre tres ejes: 1) la filosofía de intervención subyacente al enfoque; 2) la oferta de atención y servicios; 3) la organización de dicha oferta. Se han retenido 47 artículos científicos para el análisis.

Resultados: El análisis de la filosofía de intervención destaca numerosas constataciones relativas a la visión de la persona y del marco de atención en el enfoque de bajo umbral de exigencia. El segundo eje del análisis presenta la amplia oferta de servicio que se propone para responder a la integralidad de las necesidades y objetivos de las personas. Esta oferta contendrá recursos de primera línea y especializados. El tercer eje destaca las consideraciones relacionadas con la organización de dicha oferta. Evocamos en primer lugar la composición y el funcionamiento de los equipos, la integración de los recursos en un continuo en el cual la colaboración, la movilidad y el proceso de referencia son esenciales, antes de apuntar hacia el papel que juegan el marco de atención y las reglas de utilización de los recursos.

Conclusión: Esta reseña subraya los elementos clave del enfoque de bajo umbral de exigencia y sugiere el interés de ampliar estas características fundamentales a la integralidad de los servicios de salud y sociales. Se contribuirá así a la bonificación del acceso a los programas, principalmente para las personas que consumen de sustancias psicoactivas y presentan problemáticas conexas.

Palabras clave: bajo umbral de exigencia, consumo de opioides, precariedad, necesidades complejas, acceso a los servicios, organización de la atención

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

Accéder à des soins de qualité est essentiel pour promouvoir l'équité en santé (Organisation mondiale de la santé, 2009a). Le manque d'accessibilité représente un enjeu affectant négativement la santé des populations les plus marginalisées (Hyppolite et al., 2019). Parmi celles touchées par ces inégalités d'accès, nous retrouvons les Premières Nations, les personnes issues de la communauté LGBTQ2S+, les personnes immigrées et réfugiées, les personnes faisant partie d'une minorité ethnique, en situation d'itinérance, celles vivant avec des problèmes de santé mentale, ou encore celles qui utilisent des drogues par injection (UDI) (Santé Canada, 2001). Les inégalités d'accès aux services de santé vécues par ces groupes sont modulées par des barrières géographiques, économiques, organisationnelles, socioculturelles et relationnelles (Hyppolite et al., 2019).

Dans le contexte de la crise liée aux surdoses d'opioïdes, les personnes consommant des opioïdes, et notamment celles présentant un trouble lié à cet usage, représentent une population pour qui il est important de favoriser l'accès aux services, notamment en raison des risques importants auxquels ces dernières sont exposées (décès, surdoses, violences, criminalité, infections transmissibles sexuellement et par le sang, etc.). La consommation d'opioïdes aurait été responsable de 4 460 décès au Canada en 2018, soit 11,8 décès pour 100 000 habitants (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020). Au Québec, sur la même année, le nombre de décès apparemment liés à cette consommation était de 424 (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020). Bien que ce nombre demeure moins important que celui dans d'autres provinces canadiennes, nous observons une augmentation de 26,8 % du nombre moyen de décès attribuables à la consommation d'opioïdes entre les années 2010 et 2014 (Shemilt et al., 2017).

Il reste toutefois difficile de dresser un portrait des personnes consommant des opioïdes, notamment en raison de la variété des profils existants et de l'absence de données fiables. Les données disponibles suggèrent néanmoins que la consommation d'opioïdes est particulièrement prévalente chez les personnes UDI (Leclerc et al., 2019). A fortiori, celles-ci présentent souvent des facteurs de vulnérabilité psychosociale, dont l'instabilité résidentielle, qui les rendent davantage à risque de vivre des méfaits liés à cette consommation (Brisson, 2011 ; Leclerc et al., 2019 ; Poliquin, 2017).

Le traitement pharmacologique par agonistes opioïdes (TAO), avec interventions psychosociales complémentaires, représente une option de choix pour les personnes développant un trouble de l'utilisation des opioïdes (Organisation mondiale de la santé, 2009b ; Taha et al., 2018). Ce traitement a un effet positif contre les méfaits psychosociaux et sur la santé associés à la consommation (Clausen et al., 2008 ; Gowing et al., 2011 ; Kerr et al., 2005 ; Langendam et al., 2001), tout en participant à la réduction du fardeau sanitaire et socio-économique (Bansback et al., 2018 ; Health Canada, 2002). Néanmoins, l'accessibilité de ce traitement reste à améliorer, notamment au Québec (Champagne et al., 2018 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, s. d.), et pour les personnes en situation de précarité (Gryczynski et al., 2014 ; Kourounis et al., 2016 ; Poliquin et al., 2018 ; Strike et al., 2013).

Afin de réduire les barrières d'accès au TAO rencontrées par les personnes en situation de précarité, des modèles à bas seuil d'exigence ont été développés durant les années 1980 (Strike et al., 2013). Ces derniers ont obtenu des résultats intéressants en matière de rétention des usagers dans les services et de diminution des méfaits reliés à la consommation d'opioïdes (Millson et al., 2007 ; Strike et al., 2013). Le terme de bas seuil d'exigence fait souvent référence à la réduction du nombre et de l'intensité de l'impact des barrières représentées par les critères d'accès et de rétention dans les services (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Islam, Topp, Conigrave et Day, 2013 ; Strike et al., 2013). Néanmoins, l'organisation concrète de ce type de programme n'est pas uniforme, et ce terme est utilisé pour désigner une large gamme de services (Dassieu, 2013 ; Islam, Topp, Conigrave et Day, 2013 ; Strike et al., 2013).

Dans ce contexte, notre objectif a été d'entreprendre un examen critique de la littérature scientifique pour mieux saisir les caractéristiques communes des services à bas seuil d'exigence permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité, et plus particulièrement les personnes consommant des opioïdes. Les résultats de cette démarche contribueront à améliorer l'accessibilité, la capacité de rétention et la qualité des services, en plus de soutenir le développement de nouveaux programmes pour les personnes en situation de précarité et consommant des opioïdes. Pour soutenir cette démarche, nous avons réalisé une recension narrative de la littérature répondant à la question suivante : « Quelles sont les caractéristiques des programmes à bas seuil d'exigence permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité et en particulier celles présentant une consommation d'opioïdes ? »

Méthodologie

Pour orienter notre démarche et mieux saisir les différentes facettes d'un programme à bas seuil d'exigence, la question de recherche a été déclinée en trois sous-questions :

- Quelles sont les philosophies d'intervention favorisant la prestation de services à bas seuil d'exigence visant les personnes en situation de précarité, et en particulier celles consommant des opioïdes ?
- Quels types de services sont offerts dans le cadre de programmes à bas seuil d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, et en particulier à celles consommant des opioïdes ?
- Comment sont organisés les services à bas seuil d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, et plus particulièrement à celles consommant des opioïdes, et par qui sont-ils offerts ?

Stratégie de recherche

L'équipe de recherche a bénéficié de l'appui d'une personne-ressource avec une expertise en recherche documentaire pour élaborer la stratégie de recherche au sein de la littérature scientifique. Son assistance a notamment porté sur le choix des bases de données, la

détermination et la combinaison des termes de recherche. Nous avons ainsi interrogé six bases de données en santé et sciences humaines et sociales : *Medline*, *Cinahl Plus*, *PubMed*, *Embase*, Érudit, CAIRN. Différentes combinaisons de termes de recherche ont été employées, en relation avec les trois sous-questions présentées ci-haut, en mettant l'accent sur les types de service et les clientèles cibles. Nous avons initialement considéré ces termes en anglais, puis leurs équivalents en français. Le tableau 1 propose un résumé thématique des termes considérés.

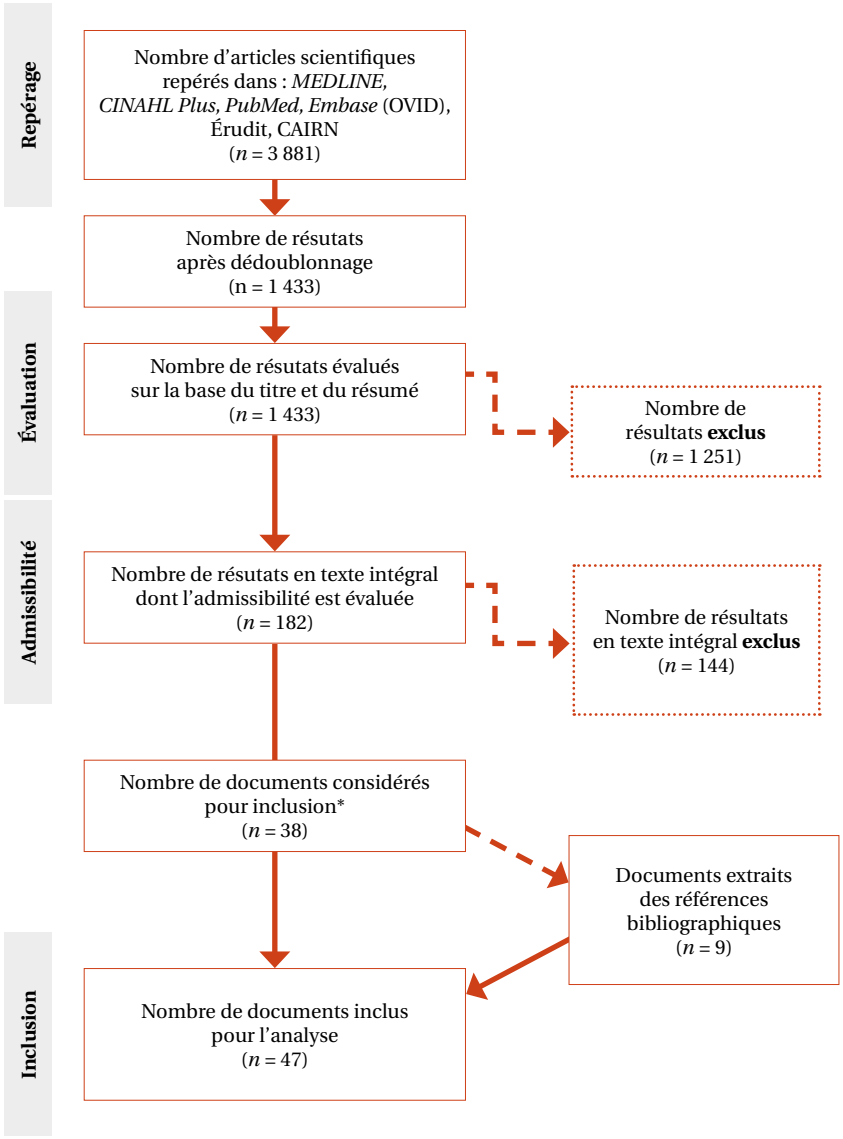
TABLEAU 1 – **Présentation thématique des termes de recherche**

Critères d'inclusion		
DIMENSIONS CONSIDÉRÉES	**EXEMPLES DE TERMES EN ANGLAIS**	**EXEMPLES DE TERMES EN FRANÇAIS**
Types de services et niveau d'accessibilité / seuil d'accès	Low-threshold, low barrier, community-based, outreach, service, care, treatment, intervention, program, mobile, etc.	Bas seuil d'exigence, exigences peu élevées, communautaire, de proximité, service, soin, traitement, intervention, programme, mobile, etc.
Clientèle	Hard to reach, marginalized, disadvantaged, underprivileged, unaffiliated, precarious, unstable, excluded, unreachable, substance use, substance, drug, use, misuse, abuse, addiction, injection, etc.	Difficile à rejoindre, marginalisée, défavorisée, désaffiliée, précaire, exclue, substances, drogues, usage, mésusage, abus, addiction, injection, etc.

Note. Compte tenu de la variation dans les règles de syntaxe en vigueur au sein des différentes bases de données scientifiques explorées, nous ne présentons pas la totalité des troncatures et déclinaisons qui ont dû être considérées pour chacun des termes de recherche.

Les références identifiées à ce stade ont permis de constituer une première base de données. Les doublons ont ensuite été supprimés. Plusieurs critères d'inclusion ont été appliqués pour sélectionner les documents à intégrer dans le corpus final : (i) des articles publiés dans des revues scientifiques avec comité de relecture ; (ii) rédigés en langue anglaise ou française ; (iii) avec une date de publication comprise entre les années 2000 et 2019, afin de repérer un maximum d'études sur les initiatives à bas seuil d'exigence ; (iv) traitant de thématiques en lien avec l'offre de service à bas seuil d'exigence ciblant les personnes en situation de précarité et consommant des opioïdes (TAO), services en dépendance et réduction des méfaits reliée à l'usage de substances psychoactives, en santé mentale, soins liés au VIH et au VHC, ou accompagnement des personnes en situation d'itinérance) ; (v) avec un devis expérimental, quasi expérimental, ou rapportant une étude de cohorte observationnelle ou de cas, permettant de rapporter les effets d'un tel programme ou l'expérience des usagers, intervenants et gestionnaires. Les études à devis qualitatif ou mixte étaient tout autant considérées. À partir de ces critères, nous avons procédé à l'examen des titres, résumés et de toutes informations de publication pertinentes (par exemple, le type et la date de publication). Un total de 38 articles a été retenu à ce stade. Pour compléter notre démarche, nous avons choisi d'examiner les références bibliographiques des 38 documents retenus. À la suite de cette étape, neuf autres articles ont été identifiés, répondant aux mêmes critères d'inclusion. La figure 1 ci-après détaille la stratégie de recherche documentaire.

FIGURE 1 – **Étapes de la démarche de recension**



Note. À ce stade, les références bibliographiques des 38 documents ont été parcourues. En appliquant les mêmes critères d'inclusion, nous avons extrait neuf documents supplémentaires à ajouter au corpus d'analyse.

Évaluation de la qualité

La qualité des documents composant le corpus (*n* = 47) a été évaluée à l'aide d'une grille développée par Hawker et al. (2002). Cette grille propose neuf items, pour neuf dimensions à considérer dans un article scientifique, et ce, quel que soit le design de l'étude rapportée (par exemple, un cadre théorique pertinent et une définition claire des objectifs ou hypothèses de recherche ; le caractère approprié de la méthodologie, etc.). La cotation de chaque item

se faisait au moyen d'une échelle allant de 4 (*Good)* à 1 (*Very poor*). Le score total, somme des scores aux neuf items, variait de 9 à 36. Un score élevé rend compte d'un excellent degré de qualité. L'objectif n'était pas d'exclure des documents considérant ce score, mais plutôt de pondérer et de mieux contextualiser leur apport à l'analyse. Cette démarche a été effectuée par le second auteur (YF), formé à l'utilisation de la grille et supervisé par le premier auteur (VW).

Analyse des données

Nous avons extrait les données pertinentes (lieu de l'étude, population concernée, domaine d'intervention, variables et autres indicateurs pertinents mesurés, méthode et procédure déployée, et principaux résultats selon les thématiques associées à nos trois sous-questions de recherche) à l'aide d'un outil de type « grille de lecture ». Les données brutes obtenues ont fait l'objet d'une analyse thématique pour repérer les points convergents et divergents en lien avec la philosophie d'intervention, les services offerts et l'organisation de ces derniers (Braun et Clarke, 2006 ; Paillé et Mucchielli, 2012). Nous nous sommes appuyés sur une grille de codage, construite à partir des questions de recherche initiales puis raffinée de manière itérative, pour organiser l'information des documents au sein de catégories, permettant une analyse de plus en plus fine. Par exemple, nous avons considéré la thématique de l'offre de soin selon les catégories suivantes : consommation à moindre risque, usages et troubles liés à l'utilisation des opioïdes et d'autres substances ; accompagnement social et besoins de base ; soins de première ligne et spécialisés ; activisme. Cette démarche a été effectuée par VW, appuyé par YF et le dernier auteur (JFA). VW et JFA sont deux chercheurs spécialisés en recherche qualitative en sciences de la santé. YF a bénéficié d'une formation sur la réalisation de l'analyse thématique à l'aide du logiciel Nvivo 12, logiciel utilisé dans cette démarche. Plusieurs moments de partage sur l'analyse en cours ont également été effectués au sein de l'équipe de recherche.

Résultats

Description des documents retenus

Parmi les 1 442 articles repérés, 47 ont été retenus pour analyse. Ces articles rapportent des études réalisées au Canada ($n = 20$), aux États-Unis ($n = 11$), en Australie ($n = 7$), au Royaume-Uni ($n = 4$), en Nouvelle-Zélande ($n = 2$), en Norvège ($n = 1$) et en Finlande ($n = 1$). Une étude ne spécifie pas l'origine de la population qu'elle décrit. La majorité des études s'intéresse exclusivement aux usagers de substances psychoactives ($n = 18$). D'autres vont plutôt considérer la présence simultanée de plusieurs problématiques ($n = 17$). Le tableau 2 propose un récapitulatif des différentes études incluses.

TABLEAU 2 – **Documents retenus pour analyse**

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Anderson, J. E. et Larke, S. C. (2009). Navigating the mental health and addictions maze: A community-based pilot project of a new role in primary mental health care. *Mental Health in Family Medicine, 6*(1), 15-19.	Décrire et évaluer un programme de soutien visant à assurer le lien aux services appropriés aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale et/ou de consommation de substances dans la région de Sooke en Colombie-Britannique (Canada)	Canada	Entrevues semi-structurées et questionnaires de satisfaction	145 usagers	Correcte
Bardwell, G., Anderson, S., Richardson, L., Bird, L., Lampkin, H., Small, W. et McNeil, R. (2018). The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. *The International Journal on Drug Policy, 55*, 40-46. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.004	Explorer les mécanismes par lesquels la remise d'allocations de travail influence la participation des personnes utilisatrices de drogues au sein d'un organisme de réduction des méfaits et de quelle manière cette participation influence leur santé et différents indicateurs de santé psychosociale.	Canada	Entrevues semi-structurées	23 personnes membres et bénévoles	Bonne
Beattie, A., Marques, E. M. R., Barber, M., Greenwood, R., Ingram, J., Ayres, R., Neale, J., Rees, A., Coleman, B. et Hickman, M. (2016). Script in a Day intervention for individuals who are injecting opioids: A feasibility randomized control trial. *Journal of Public Health (Oxford, England), 38*(4), 712-721. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv161	Évaluer la faisabilité d'un essai randomisé contrôlé visant à évaluer la capacité de l'intervention *Script in a Day* à attirer et retenir des personnes utilisatrices de drogues injectables fréquentant un service à bas seuil	Angleterre	Essai randomisé	100 PUDI utilisant les services du *Bristol Drug Project*	Bonne
Blank, M. et Eisenberg, M. (2013). Tailored Treatment for HIV+ Persons with Mental Illness: The Intervention Cascade. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 63(0 1), S44-S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318293067b	Décrire une méthode d'intervention en cascade destinée à augmenter l'adhérence au traitement du VIH chez des individus séropositifs vivant avec un problème de santé mentale, et présenter les données préliminaires relativement à son efficacité.	États-Unis	Étude expérimentale longitudinale	238 individus séropositifs présentant des troubles de santé mentale et qui sont suivis en clinique de santé mentale	Correcte

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Borne, D., Tryon, J., Rajabiun, S., Fox, J., de Groot, A. et Gunhouse-Vigil, K. (2018). Mobile Multidisciplinary HIV Medical Care for Hard-to-Reach Individuals Experiencing Homelessness in San Francisco. *American Journal of Public Health, 108*, S528-S530.	Décrire le programme *Homeless-Health Outreach Mobile Engagement* (HHOME) destiné aux personnes sans-abri infectés au VIH dans la ville de San Francisco.	États-Unis	Étude de cas descriptive	61 clients utilisateurs du programme	Bonne
Brownrigg, B., Taylor, D., Phan, F., Sandstra, I., Stimpson, R., Barrios, R., Lester, R. et Ogilvie, G. (2017). Improving linkage to HIV care at low-threshold STI/HIV testing sites: An evaluation of the Immediate Staging Pilot Project in Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 108*(1), e79-e84. https://doi.org/10.17269/cjph.108.5753	Évaluer un projet pilote ISPPC (*immediate staging pilot project*) visant à améliorer la liaison des personnes VIH+ vers les services et soins.	Canada	Étude de cohorte prospective	108 individus ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH dans l'une des deux cliniques VIH bas seuil au cours des 12 mois du projet pilote	Bonne
Carter, J., Zevin, B. et Lum, P. J. (2019). Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. *Addiction Science & Clinical Practice, 14*(1), 20-20. https://doi.org/10.1186/s13722-019-0149-1	Évaluer le taux de rétention en traitement TAO et la consommation d'opioïdes chez des personnes vivant en situation d'itinérance à San Francisco et ayant bénéficié des services d'un projet d'une équipe de médecine de rue.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	95 personnes	Bonne
Chatterjee, A., Obando, A., Strickland, E., Nestler, A., Harrington-Levey, R., Williams, T. et LaCoursiere-Zucchero, T. (2017). Shelter-Based Opioid Treatment: Increasing Access to Addiction Treatment in a Family Shelter. *American Journal of Public Health, 107*(7), 1092-1094. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303786	Décrire les premiers résultats d'un programme de TAO offert dans le contexte d'un refuge pour familles situé dans un motel au Massachusetts.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	10 patients ayant reçu une prescription de buprénorphine pendant au moins 3 mois	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Christie, T. K. S., Murugesan, A., Manzer, D., O'Shaughnessey, M. V. et Webster, D. (2013). Evaluation of a low-threshold/ high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in Saint John, New Brunswick, Canada: One year retention rate and illicit drug use. *Journal of Addiction, 2013*, 753409. https://doi.org/10.1155/2013/753409	Évaluer le taux de rétention en traitement après un an et le taux de consommation d'opioïdes et de cocaïne dans une clinique de TAO à bas seuil à Saint John au Nouveau-Brunswick.	Canada	Étude de cohorte prospective	179 PUDI inscrites à une clinique TAO	Bonne
Collins, A. B., Parashar, S., Hogg, R. S., Fernando, S., Worthington, C., McDougall, P., Turje, R. B. et McNeil, R. (2017). Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative: A qualitative study in Vancouver, Canada. *Journal of the International AIDS Society, 20*(1), 21407. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21407	Explorer comment le modèle de services intégrés déployé par l'organisation *Dr. Peter Centre* (DPC) influence l'accessibilité et la rétention en traitement chez les usagers vivant avec le VIH et qui consomment des drogues.	Canada	Entrevues semi-structurées	30 utilisateurs des services du *Dr Peter Centre*	Bonne
Damon, W., Small, W., Anderson, S., Maher, L., Wood, E., Kerr, T. et McNeil, R. (2017). « Crisis » and « everyday » initiators: A qualitative study of coercion and agency in the context of methadone maintenance treatment initiation. *Drug and Alcohol Review, 36*(2), 253-260. https://doi.org/10.1111/dar.12411	Explorer l'expérience vécue à l'entrée en traitement d'usagers suivant un TAO dans le but de comprendre la manière dont les perceptions à l'égard du traitement se construisent et comment celles-ci influencent la rétention en traitement.	Canada	Entrevues semi-structurées	29 personnes UDI ayant tenté et échoué ou réussi à suivre un TAO dans les 6 derniers mois	Bonne
Dombrowski, J. C., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A. et Golden, M. R. (2018). The Max Clinic: Medical Care Designed to Engage the Hardest-to-Reach Persons Living with HIV in Seattle and King County, Washington. *AIDS Patient Care and STDs, 32*(4), 149-156. https://doi.org/10.1089/apc.2017.0313	Décrire le processus de prise en charge des patients admis à la *Max Clinic* durant ses deux premières années d'existence et décrire les caractéristiques des patients pris en charge.	États-Unis	Audit (dossiers cliniques)	95 patients de la *Max Clinic*	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. *Santé mentale au Québec, 37*(1), 31. https://doi.org/10.7202/1012642ar	Décrire le modèle de gestion des soins utilisés par l'Unité de psychiatrie de toxicomanie du CHUM qui offre des soins aux individus ayant une comorbidité santé mentale et toxicomanie.	Canada	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne
Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *The International Journal on Drug Policy, 24*(3), 257-264. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002	Explorer les barrières d'accès aux soins qui sont vécus par les usagers d'un centre de services à bas seuil destinés aux individus ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de drogues à Oslo en Norvège.	Norvège	Entrevues semi-structurées et observation participante	66 utilisateurs des services de l'organisme	Bonne
Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F. et Swain, K. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services, 57*(2), 12.	Comparer les effets de deux modèles de gestion des soins (*assertive community treatment* et traitement standard) pour les personnes présentant une comorbidité santé mentale et troubles liés à l'usage de substances.	États-Unis	Essai randomisé contrôlé	198 individus ayant des problèmes de consommation ET des problèmes de santé mentale	Bonne
Evans, J. (2011). Exploring the (bio) political dimensions of voluntarism and care in the city: The case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place, 17*(1), 24-32. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.05.001	Explorer les « espaces de soins » fréquentés par les personnes sans-abri dans une perspective biopolitique à l'aide d'une étude de cas située dans un organisme offrant des services à bas seuil aux personnes sans-abri dans une ville de taille moyenne en Ontario.	Canada	Ethnographie	33 usagers	Bonne
Fernandez, J., McNeill, C., Haskew, M. et Orr, T. (2006). Low threshold: A future model for drug service provision ? An evaluation of the model used in South Islington Drug Services. *Journal of Research in Nursing, 11*(1), 42-46. https://doi.org/10.1177/1744987106059581	Décrire la transformation d'une structure de services en toxicomanie à partir du point de vue et du rôle des infirmier(e)s.	Angleterre	Étude de cas descriptive	34 clients du *South Islington Drugs Service*	Faible à correcte

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Gauthier, G., Eibl, J. K. et Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug and Alcohol Dependence, 191*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029	Évaluer le taux de rétention en traitement TAO, chez des patients suivant un TAO pour la première fois, selon le lieu de dispensation (pharmacie communautaire ou pharmacie en clinique spécialisée) de leurs prescriptions.	Canada	Étude de cohorte rétrospective	3 743 patients âgés de 15 ans et plus suivant un TAO pour la première fois	Bonne
Gibson, B. A., Morano, J. P., Walton, M. R., Marcus, R., Zelenev, A., Bruce, R. D. et Altice, F. L. (2017). Innovative Program Delivery and Determinants of Frequent Visitation to a Mobile Medical Clinic in an Urban Setting. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved, 28*(2), 643-662. https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0065	Explorer les habitudes d'utilisation des services offerts par le *Community Health Care Van* à New Haven (Connecticut) et évaluer l'utilisation de services en fonction des caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs.	États-Unis	Analyse de dossiers cliniques des patients entre janvier 2004 et décembre 2012 (sur une période de neuf (9) ans)	8 415 clients uniques ayant effectué un total de 29 728 visites à la clinique mobile	Bonne
Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M., Orford, J., McGovern, D., Mueser, K. T., Clutterbuck, D. R., Godfrey, E., Maslin, J., Day, E. et Tobin, D. (2006). A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: Impact on teams and service users. *Journal of Mental Health, 15*(5), 577-591. https://doi.org/10.1080/09638230600902633	Évaluer l'implantation d'un modèle de soins intégré destiné aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation de substances dans des équipes d'interventions intensives dans la communauté (*assertive outreach*). Évaluer si les changements observés dans les pratiques professionnelles ont un impact sur les résultats des personnes bénéficiant des services.	Angleterre	Étude de cohorte prospective	Évaluation des pratiques professionnelles: 5 équipes de travail de proximité composées de 69 personnes 58 clients ayant comorbidité santé mentale et consommation de substances	Bonne
Hall, G., Neighbors, C. J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., Muench, F., Borys, S., McDonald, R. et Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(4), 511-515. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.002	Comparer les caractéristiques des individus ayant reçu des services d'un service mobile offert aux personnes dépendantes aux opioïdes et difficiles à rejoindre au New Jersey aux caractéristiques des individus suivant un TAO standard.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	7 503 individus	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Hay, B., Henderson, C., Maltby, J. et Canales, J. J. (2017). Influence of Peer-Based Needle Exchange Programs on Mental Health Status in People Who Inject Drugs: A Nationwide New Zealand Study. *Frontiers in Psychiatry, 7*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00211	Évaluer la santé mentale et le bien-être de personnes fréquentant différents types de services d'échanges de seringues en Nouvelle-Zélande.	Nouvelle-Zélande	Enquête	315 utilisateurs de services d'échanges de seringues en Nouvelle-Zélande	Bonne
Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A., Haber, P. S. et Day, C. A. (2013). Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for ? A case study from Sydney, Australia. *The International Journal on Drug Policy, 24*(4), 326-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.002	Évaluer la capacité d'un centre de soins de première ligne destiné à une clientèle UDI à attirer et retenir les individus en traitement. Évaluer l'efficacité de ce centre à offrir des services de prévention et des soins à cette population.	Australie	Audit (dossiers cliniques)	384 dossiers cliniques de la période juillet 2006 à décembre 2009	Bonne
Islam, M., Shanahan, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A. et Day, C. A. (2013). The cost of providing primary health-care services from a needle and syringe program: A case study: The cost of providing PHC from a NSP. *Drug and Alcohol Review, 32*(3), 312-319. https://doi.org/10.1111/dar.12019	Procéder à une analyse économétrique portant sur les coûts associés à l'instauration d'un service de soins de première ligne à l'intérieur d'un programme d'échange de seringues à Sydney en Australie.	Australie	Analyse économétrique basée sur les données de fréquentation sur une année fiscale (2009-2010)	1 252 visites à la clinique	Bonne
Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 82*(2), 267-275. https://doi.org/10.1093/jurban/jti050	Décrire le fonctionnement, les statistiques d'utilisation et les caractéristiques des individus fréquentant un service d'injection supervisée (SIS) mené par les pairs dans le quartier *Downtown Eastside* de Vancouver.	Canada	Étude de cas descriptive	100 utilisateurs du SIS	Bonne
Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S. et Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review, 27*(6), 602-612. https://doi.org/10.1080/09595230801995668	Évaluer, le nombre, le taux et le type de références ainsi que les caractéristiques des individus ayant obtenu une référence vers d'autres services de la part d'un centre d'injection supervisée de Sydney en Australie.	Australie	Étude de cohorte prospective	325 clients du ayant reçu une référence vers d'autres services	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D. et Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health & Social Care in the Community, 2*6(1), 56-64. https://doi.org/10.1111/hsc.12461	Explorer les perspectives de différents acteurs et usagers d'un modèle d'interventions brèves visant à assurer la continuité et l'engagement des soins pour des personnes sans-abri de Toronto.	Canada	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	52 personnes (Usagers, professionnels du programme, gestionnaire du programme et partenaires du programme)	Bonne
Langendam, M. W., van Brussel, G. H. A. et Coutinho, R. A. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health, 91*(5), 774-780. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774	Évaluer les effets des programmes TAO à la méthadone sur la mortalité chez les consommateurs d'héroïne d'Amsterdam aux Pays-Bas.	Pays-Bas	Étude de cohorte prospective	827 utilisateurs des programmes de TAO de la ville d'Amsterdam	Bonne
Lee, S., Castella, A. de, Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kerr, R., Hollows, A., Wilkins, S. et Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: An integrated approach. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(6), 505-512.	Évaluer les effets d'un modèle d'organisation de services en santé mentale destinée aux personnes sans-abri de la ville de Melbourne en Australie.	Australie	Audit (dossiers cliniques)	417 dossiers patients suivis durant les deux premières années de l'initiative	Bonne
Little, J. et Franskoviak, P. (2010). So glad you came ! Harm reduction therapy in community settings. *Journal of Clinical Psychology, 66*(2), 175-188. https://doi.org/10.1002/jclp.20673	Décrire l'application d'une thérapie basée sur la réduction des méfaits et les services offerts par l'organisme *Harm Reduction Therapy Center* dans deux organismes communautaires de San Francisco.	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P. et Powis, J. (2015). Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *The International Journal on Drug Policy, 26*(10), 1007-1013. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012	Évaluer les effets sur l'état de santé et sur l'état psychosocial d'un modèle de soins pour le VHC destiné aux personnes consommatrices de drogues présentant des problèmes de santé mentale et/ou des problèmes psychosociaux complexes dans la ville de Toronto.	Canada	Étude cohorte prospective	78 personnes utilisatrices du programme	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. et Hopkins, S. (2007). Reduction in Injection–Related HIV Risk After 6 Months in a Low-Threshold Methadone Treatment Program. *AIDS Education and Prevention, 19*(2), 124-136. https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.2.124	Évaluer les effets d'un TAO à bas seuil d'exigence sur les comportements à risque pour le VIH en lien avec l'utilisation de seringues chez une cohorte de clients de Toronto et de Kingston.	Canada	Étude de cohorte prospective	183 participants au programme de TAO ayant complété le suivi à 6 mois après entrée en traitement	Bonne
Milne, R., Price, M., Wallace, B., Drost, A., Haigh-Gidora, I., Nezil, F. A. et Fraser, C. (2015). From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. *The International Journal on Drug Policy, 26*(10), 1020-1027. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.009	Décrire un programme de traitement du VHC à bas seuil d'exigence offert dans une clinique de santé communautaire à Victoria.	Canada	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Moriarty, H., Kemp, R. et Robinson, G. (2001). Hepatitis services at an injecting drug user outreach clinic. *The New Zealand Medical Journal, 114*(1128), 105-106.	Décrire le modèle d'organisation des services d'une clinique offrant des services VHC aux personnes UDI de Wellington en Nouvelle-Zélande.	Nouvelle-Zélande	Étude de cas descriptive	s.o.	Correcte
Newman, A. I., Beckstead, S., Beking, D., Finch, S., Knorr, T., Lynch, C., MacKenzie, M., Mayer, D., Melles, B. et Shore, R. (2013). Treatment of chronic hepatitis C infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Canadian Journal of Gastroenterology, 27*(4), 217-223.	Évaluer le succès d'une offre de traitement VHC destiné à un groupe d'actuels et d'anciens utilisateurs de drogues par injection infectés au VHC qui fréquente une clinique multidisciplinaire de première ligne à Kingston, Ontario (Canada).	Canada	Étude observationnelle prospective	34 clients de la *Street Health Clinic*	Correcte
Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stoové, M. A., Kelsall, J., Austin, K. et Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community-based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal, 5*(1), 8. https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-8	Explorer la perspective d'un pair-aidant et des clients d'une clinique de traitement VHC offrant un modèle d'organisation des services intégrés VHC et toxicomanie, concernant le rôle du pair-aidant.	Australie	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	1 pair aidant + 9 clients en traitement ou en attente d'un traitement	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Penn, R. A., Strike, C. et Mukkath, S. (2016). Building recovery capital through peer harm reduction work. *Drugs and Alcohol Today, 16*(1), 84-94. https://doi.org/10.1108/DAT-08-2015-0039	Explorer le potentiel d'un programme d'emploi à bas seuil à favoriser le développement de « *capital de rétablissement* » de personnes utilisatrices de drogues, et explorer les mécanismes et l'organisation par lesquels cela s'opère.	Canada	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	15 *peer worker* 5 employés du programme 4 utilisateurs du programme	Bonne
Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C. et Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal Of Public Health, 98*(1), 33-36.	Évaluer la capacité d'un programme de TAO à bas seuil à favoriser la rétention en traitement chez une clientèle marginalisée a et documenter l'évolution des conditions de vie, des comportements à risque, et de la consommation de substances psychoactives (SPA) des personnes en traitement.	Canada	Étude de cohorte prospective	114 utilisateurs des services de la clinique	Bonne
Powers, C., Comfort, M., Lopez, A. M., Kral, A. H., Murdoch, O. et Lorvick, J. (2017). Addressing Structural Barriers to HIV Care among Triply Diagnosed Adults: Project Bridge Oakland. *Health & Social Work, 42*(2), e53-e61. https://doi.org/10.1093/hsw/hlx013	Décrire le fonctionnement et les stratégies à la base du programme *Project Bridge Oakland* (PBO) visant à répondre aux besoins de personnes triplement diagnostiquées et judiciarisées de la région d'Oakland en Californie.	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Schütz, A., Moser, S., Schwanke, C., Schubert, R., Luhn, J., Gutic, E., Lang, T., Schleicher, M., Haltmayer, H. et Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis, 25*(7), 870-873. https://doi.org/10.1111/jvh.12857	Démontrer la faisabilité d'un modèle de dispensation de la médication VHC de façon simultanée aux personnes suivant un TAO et qui sont accompagnées d'un professionnel de la santé dans un service à bas seuil ou en pharmacie.	Autriche	Étude de validation de concept (*proof of concept study*)	40 personnes utilisatrices de drogues injectables à risque de non-adhérence traitement VHC	Bonne
Shanley, J., Richardson, A. M. et Sherval, J. (2003). Evaluation of a pilot low-threshold methadone programme. *Journal of Substance Use, 8*(4), 271-278. https://doi.org/10.1080/14659890310001636747	Évaluer les effets de programme de TAO à bas seuil d'exigence situé à Édimbourg en Écosse.	Écosse	Étude de cohorte prospective	69 utilisateurs du programme	Faible

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Sorsa, M. A., Kiikkala, I. et Åstedt-Kurki, P. (2018). Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: Grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis, 11*(2), 88-100. https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0025	Explorer et décrire l'engagement dans une démarche d'aide auprès de femmes mères possédant un double diagnostique santé mentale et troubles de consommation de substances fréquentant un service à bas seuil d'exigence destiné aux familles vivant avec un problème de consommation.	Finlande	Ethnographie	12 membres du personnel de l'organisme 2 utilisatrices du programme	Bonne
Stancliff, S., Joseph, H., Fong, C., Furst, T., Comer, S. D. et Roux, P. (2012). Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: The need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. *Journal of Addictive Diseases, 31*(3), 278-287. https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694603	Évaluer l'efficacité de rétention d'un programme de TAO à bas seuil pour des personnes dépendantes aux opioïdes marginalisées dans la ville de New York.	États-Unis	Étude de cohorte prospective	100 utilisateurs du programme	Correcte
Strike, C., Millson, M., Hopkins, S. et Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment? *The International Journal on Drug Policy, 24*(6), e51-56. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.005	Explorer les raisons, les moyens mis en place ainsi que les obstacles rencontrés dans la réduction des barrières d'accès à trois programmes de TAO offerts par trois organisations au Canada.	Canada	Entrevues semi-structurées	24 intervenants 46 usagers	Bonne
van Beek, I. (2007). Case study: Accessible primary health care–a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *The International Journal on Drug Policy, 18*(4), 329-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.005	Décrire le modèle de prestation de soins du *Kirketon Road Centre* qui offre des services de première ligne aux PUDI et aux personnes travailleuses du sexe.	Australie	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Villeneuve, P. J., Challacombe, L., Strike, C. J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S. et Millson, P. E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use, 11*(2), 137-149. https://doi.org/10.1080/14659890500256945	Évaluer les changements dans le *health related quality of life* (HRQOL) chez une cohorte de consommateurs d'opioïdes six (6) mois après le début d'un traitement de TAO dans deux cliniques à bas seuil d'exigence de Kingston et de Toronto en Ontario.	Canada	Étude de cohorte prospective	183 participants au programme de traitement méthadone et ayant complété le suivi à 6 mois après entrée en traitement	Bonne
Wood, S. et Austin, S. (2009). Building Bridges in Bridgeport for HIV-Positive Substance Abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 8*(1), 20-34. https://doi.org/10.1080/15381500902736129	Décrire la structure d'organisation des services d'une organisation offrant des services aux personnes consommatrices de drogues infectées au VIH dans la région de Bridgeport au Connecticut (États-Unis).	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne

Note. Les scores mesurant la qualité d'un document varient de 9 à 36, avec une valeur élevée indiquant une meilleure qualité scientifique, selon les critères de Hawker, Payne, Kerr, Hardey, et Powell (2002). Les valeurs seuils utilisées dans le cadre de cette étude s'établissaient comme suit : **Faible** (9-18), **Correcte** (18-27), ou **Bonne** (27-36).

Résultats de l'analyse

Philosophie d'intervention

Approche holistique et considération de la personne

L'intervention à bas seuil d'exigence s'appuie sur une vision holistique de la personne, considérant ses difficultés, ses ressources, ses valeurs, ses objectifs et ses besoins (Millson et al., 2007 ; Strike et al., 2013 ; van Beek, 2007 ; Villeneuve et al., 2006). Les enjeux liés au genre, à l'orientation sexuelle, à l'appartenance culturelle, aux traumatismes vécus, et à tout élément de l'histoire de vie doivent être pris en compte (Damon et al., 2017 ; Gibson et al., 2017 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Milne et al., 2015 ; Powers et al., 2017 ; Sorsa et al., 2018). Cette approche exige de reconnaître l'individu comme un être complexe, ne se résumant pas qu'à une seule de ses problématiques (Sorsa et al., 2018). La prise en charge doit se préoccuper simultanément des problématiques somatiques, psychiatriques, psychothérapeutiques, sociales et éducatives, etc. (Damon et al., 2017 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Lee et al., 2010 ; Milne et al., 2015).

Promouvoir un environnement sécuritaire

Il apparaît essentiel de proposer un environnement calme, chaleureux, soutenant et respectueux des spécificités individuelles (Anderson et Larke, 2009 ; Evans, 2011 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Milne et al., 2015 ; Moriarty et al., 2001 ; Norman et al., 2008 ; Sorsa et al., 2018). Promouvoir un tel environnement passe par le fait d'assurer une transparence dans la communication entre intervenants et usagers (Lamanna et al., 2018). Les services décrits dans la littérature se caractérisent ensuite souvent par l'attention apportée au fait de limiter la stigmatisation et la discrimination à l'intérieur des espaces où ont lieu les interventions (van Beek, 2007). Enfin, en plus du relatif anonymat des lieux, la préservation de la confidentialité dans les rencontres est à prioriser (Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; van Beek, 2007).

Un ancrage dans la réduction des méfaits

Ces services s'intègrent dans une logique de réduction des méfaits (Bardwell et al., 2018 ; Borne et al., 2018 ; Collins et al., 2017 ; Graham et al., 2006 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Langendam et al., 2001 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Mason et al., 2015 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Moriarty et al., 2001 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; Perreault et al., 2007 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012). Dans ce cadre, des interventions visant la réduction et la prévention des méfaits associés aux conduites à risque sont préconisées (par exemple, réduction de la mortalité, amélioration de l'état de santé et des conditions de vie, développement d'un ensemble de compétences psychosociales, réintégration des individus dans leur environnement social, etc.), sans pour autant que l'abstinence de la consommation ne représente un objectif imposé (Evans, 2011 ; van Beek, 2007).

Déconstruire les barrières à l'accès et au maintien en soins

L'intervention à bas seuil d'exigence se caractérise par la volonté de faciliter l'accès aux ressources d'aide (Bardwell et al., 2018 ; Blank et Eisenberg, 2013 ; Carter et al., 2019 ; Christie et al., 2013 ; Damon et al., 2017 ; Milne et al., 2015 ; Schütz et al., 2018 ; Shanley et al., 2003). Plusieurs documents insistent sur le besoin de réduire les obstacles, administratifs ou relatifs à un objectif imposé d'abstinence, intervenant à l'entrée et durant le soin (Evans, 2011 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012). L'intervention doit aussi être pensée comme une manière de créer des liens et de faciliter le contact avec d'autres services (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013).

Articuler la prise en charge aux besoins et objectifs de la personne

La littérature souligne la nécessité d'articuler des ressources pour répondre aux besoins des personnes, tout en tenant compte de leurs envies et de leurs objectifs personnels (Hall et al., 2014 ; Lamanna et al., 2018 ; Schütz et al., 2018). Cela peut avoir lieu par l'intégration et la coordination d'équipes interdisciplinaires, aux approches diverses, mais également par

l'inclusion de l'entourage, la famille, les pairs, et la personne elle-même, dans la planification de la prise en charge (Chatterjee et al., 2017 ; Dubreucq et al., 2012 ; Gibson et al., 2017 ; Hay et al., 2017 ; Lamanna et al., 2018 ; Lee et al., 2010 ; Mason et al., 2015 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; Sorsa et al., 2018 ; Villeneuve et al., 2006 ; Wood et Austin, 2009). S'inscrire dans cette démarche, c'est reconnaître et appuyer l'expertise et l'expérience des personnes (Bardwell et al., 2018 ; Lamanna et al., 2018). Le processus de planification est itératif, remodelé selon les évolutions dans le contexte de vie, les difficultés et préoccupations des personnes (Sorsa et al., 2018).

Offre de services

Il faut tout d'abord souligner la diversité des interventions à bas seuil d'exigence repérées lors de cette recension. Pour comprendre cette variabilité, il faut se référer au contexte qui accueille les services (par exemple, le réseau public de santé et des services sociaux, un organisme du milieu communautaire), aux objectifs associés, et à la population ciblée. Nous présentons ici les différentes interventions repérées au sein des services à bas seuil d'exigence.

Consommation à moindre risque, troubles liés à l'utilisation des opioïdes et d'autres substances

La littérature met de l'avant l'importance d'offrir un TAO aux personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (Chatterjee et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Dubreucq et al., 2012 ; Fernandez et al., 2006 ; Gibson et al., 2017 ; Hall et al., 2014 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; Perreault et al., 2007 ; Stancliff et al., 2012 ; van Beek, 2007 ; Villeneuve et al., 2006). Plus largement, des services assurant la consommation à moindre risque de toutes substances psychoactives sont souvent proposés (Bardwell et al., 2018 ; Collins et al., 2017 ; Evans, 2011 ; Gibson et al., 2017 ; Hall et al., 2014 ; Hay et al., 2017 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Kimber et al., 2008 ; Langendam et al., 2001 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Newman et al., 2013 ; Perreault et al., 2007 ; Schütz et al., 2018 ; Shanley et al., 2003 ; Stancliff et al., 2012 ; van Beek, 2007 ; Villeneuve et al., 2006).

Dans ce cadre, les personnes ont accès à du matériel de consommation stérile et des kits de prévention des surdoses. L'accès à des services d'injection supervisée est également noté (Bardwell et al., 2018 ; Collins et al., 2017 ; Kerr et al., 2005). Une évaluation et un accompagnement quant à la consommation de substances, quelle que soit la substance considérée, peuvent être proposés (Norman et al., 2008). Dans le cadre de cette prise en charge, les personnes reçoivent une prescription médicamenteuse appropriée et un *counseling* adapté (par exemple, gestion des *cravings* ou de la rechute) (Newman et al., 2013). Enfin, il est nécessaire de pouvoir gérer les situations graves, notamment liées aux intoxications majeures et aux surdoses (Kimber et al., 2008).

Accompagnement social et besoins de base

Ces services sont caractérisés par un soutien concernant l'accès au logement, à la formation, à l'emploi, à la sécurité alimentaire, aux aides sociales, la couverture sociale et maladie ou un support dans les démarches juridiques (Chatterjee et al., 2017 ; Collins et al., 2017 ; Evans, 2011 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Lamanna et al., 2018 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Perreault et al., 2007 ; Strike et al., 2013 ; van Beek, 2007 ; Villeneuve et al., 2006). La réponse à un ensemble de besoins dits de base est souvent proposée : le soutien à l'alimentation (par exemple, service de repas, offre de denrées) (Collins et al., 2017 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Evans, 2011 ; Lee et al., 2010 ; Sorsa et al., 2018 ; Strike et al., 2013), un hébergement (Collins et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Evans, 2011 ; Lee et al., 2010 ; Milne et al., 2015 ; Schütz et al., 2018), pouvoir se laver et disposer de vêtements propres (Collins et al., 2017 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Evans, 2011 ; Sorsa et al., 2018 ; Strike et al., 2013), ou accéder à des moyens de télécommunications et à Internet (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Sorsa et al., 2018 ; Strike et al., 2013). Proposer une aide financière d'urgence, sous la forme d'opportunités de travail rémunéré sans qualification, représente aussi une option (Bardwell et al., 2018 ; Penn et al., 2016).

Soins de première ligne et spécialisés

Certains programmes offrent du *counseling* portant sur la promotion de la santé (Gibson et al., 2017 ; Langendam et al., 2001). D'autres vont proposer des services de laboratoire (par exemple, bilans sanguins, urinaires, sérologiques) (Fernandez et al., 2006 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013). Par extension, et au besoin, cela s'accompagne d'un suivi médical de première ligne (Collins et al., 2017 ; Evans, 2011 ; Langendam et al., 2001 ; Mason et al., 2015 ; Perreault et al., 2007 ; van Beek, 2007). Plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'offrir des soins pour les plaies et les abcès chez les personnes UDI (Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Kimber et al., 2008 ; van Beek, 2007). Les personnes fréquentant ces services peuvent aussi bénéficier d'un accès facilité à des prescriptions médicamenteuses, incluant la prophylaxie VIH, et à la vaccination (Borne et al., 2018 ; Millson et al., 2007 ; van Beek, 2007).

Des actions de promotion de la santé et de prévention autour des pratiques sexuelles sécuritaires, des enjeux de la grossesse et de la contraception sont retrouvées dans plusieurs services (Moriarty et al., 2001 ; Norman et al., 2008 ; Penn et al., 2016 ; Shanley et al., 2003 ; van Beek, 2007). L'accès à des moyens de contraception et des tests de grossesse est facilité (Gibson et al., 2017). Simultanément, les personnes peuvent bénéficier d'un dépistage, puis d'un suivi, des maladies infectieuses, incluant VIH, VHC, VHB et toute autre infection transmissible sexuellement et par le sang (Borne et al., 2018 ; Brownrigg et al., 2017 ; Collins et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Mason et al., 2015 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Moriarty et al., 2001 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; Shanley et al., 2003 ; Strike et al., 2013 ; van Beek, 2007 ; Villeneuve et al., 2006).

Certains services proposent des soins plus spécialisés. Cela peut inclure les aspects nutritionnels et le suivi du diabète (Gibson et al., 2017 ; Milne et al., 2015), les troubles cardiaques et pulmonaires (Gibson et al., 2017), des soins gynécologiques et obstétricaux (Sorsa et al., 2018), les soins dentaires (Milne et al., 2015), ou encore les soins palliatifs (Newman et al., 2013). D'autres programmes offrent une évaluation détaillée des comorbidités en santé mentale (Anderson et Larke, 2009 ; Kimber et al., 2008), et une prise en charge de ces problématiques (Borne et al., 2018 ; Carter et al., 2019 ; Chatterjee et al., 2017 ; Dubreucq et al., 2012 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Little et Franskoviak, 2010).

Activisme

Finalement, ces services ont pour intérêt le développement d'une activité militante ou de plaidoyer (advocacy) en direction des autorités administratives, économiques et politiques, ainsi qu'auprès de la communauté (Bardwell et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Les actions à cibler peuvent concerner les thématiques de la pauvreté, de la dépendance, des services de santé ou encore des pratiques policières (Bardwell et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Certains usagers ont ainsi la possibilité de communiquer lors de conférences, de rencontres avec les instances politiques locales, sur la question de la défense des droits des personnes, de la lutte contre la pauvreté, ou encore contre la stigmatisation des personnes faisant usage de substances psychoactives (Bardwell et al., 2018).

Organisation des services

Équipes interdisciplinaires

Plusieurs services reposent sur une large équipe interdisciplinaire : médecins généralistes, infirmières cliniciennes ou praticiennes, intervenants psychosociaux, psychiatres, pairs aidants, en plus des gestionnaires, du personnel administratif et de sécurité (Borne et al., 2018 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Graham et al., 2006 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Mason et al., 2015 ; Milne et al., 2015 ; Schütz et al., 2018 ; van Beek, 2007). D'autres professionnels spécialisés peuvent aussi être intégrés : nutritionnistes, médecins spécialistes en maladies infectieuses, hépatologues, professionnels en soins dentaires, intervenants spécialisés en toxicomanie, en itinérance, conseillers en orientation, ergothérapeutes, etc. Ceux-ci peuvent être employés sur place à temps plein, ou présents lors de plages horaires ciblées. La composition des équipes varie selon les objectifs d'intervention.

Certains services désignent un intervenant pivot, un *case manager*, avec qui l'individu aura le plus de contact (Lamanna et al., 2018 ; Powers et al., 2017). En plus d'assurer le suivi de la personne, celui-ci peut être responsable de l'évaluation des besoins et des objectifs individuels, du bon lien thérapeutique entre l'équipe et la personne, et de la réduction des barrières en traitement (Fernandez et al., 2006 ; Lamanna et al., 2018 ; Wood et Austin, 2009). D'autres modèles misent sur la prise en charge des individus par plusieurs membres de l'équipe,

voire l'équipe entière, afin de partager la charge (*caseload*) de suivi (Fernandez et al., 2006 ; Graham et al., 2006). D'autres services appuient les principes de l'intervention intensive dans la communauté (*Assertive Community Treatment*) où il est recommandé d'avoir un ratio client/intervenant assez bas. Le ratio d'un intervenant pour 10 à 15 clients est proposé (Essock et al., 2006 ; Graham et al., 2006). La communication et le partage d'information entre intervenants revêtent alors une importance capitale (Dombrowski et al., 2018).

Intégration dans un même lieu physique, références et collaborations

Plusieurs organisations centralisent leur offre d'interventions au sein d'un même lieu (Essock et al., 2006 ; Graham et al., 2006 ; Milne et al., 2015 ; van Beek, 2007 ; Wood et Austin, 2009). Néanmoins, compte tenu de la diversité des besoins et des objectifs des personnes, développer des passerelles vers des ressources alliées, et le processus de référencement vers celles-ci, représentent des aspects essentiels à considérer (Borne et al., 2018 ; Brownrigg et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Essock et al., 2006 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; Kerr et al., 2005 ; Kimber et al., 2008 ; Lamanna et al., 2018 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Millson et al., 2007 ; Norman et al., 2008 ; Shanley et al., 2003 ; Stancliff et al., 2012 ; Strike et al., 2013 ; Villeneuve et al., 2006 ; Wood et Austin, 2009).

Dans certains cas, la ressource à bas seuil d'exigence est située à l'intérieur d'une plus large structure (par exemple, une clinique à l'intérieur d'un plus vaste campus hospitalier) (Dombrowski et al., 2018 ; Moriarty et al., 2001 ; Villeneuve et al., 2006). Cela permet de réagir rapidement et d'adapter facilement le suivi (Essock et al., 2006 ; Gauthier et al., 2018 ; Milne et al., 2015 ; Shanley et al., 2003 ; Wood et Austin, 2009). Ces services misent aussi sur la création de corridors de services intégrant de nombreuses ressources (cliniques sans rendez-vous, lieux de restauration, refuges, groupes de médecine familiale, structures spécialisées et milieux hospitaliers, milieu carcéral, ressources communautaires et milieux de vie, etc.) et le développement de liens avec de nombreux partenaires (groupes de soutien, regroupements activistes, représentants politiques et économiques, services de police, etc.) (Anderson et Larke, 2009 ; Beattie et al., 2016 ; Borne et al., 2018 ; Carter et al., 2019 ; Dombrowski et al., 2018 ; Evans, 2011 ; Kerr et al., 2005 ; Kimber et al., 2008 ; Lamanna et al., 2018 ; Mason et al., 2015 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012 ; Wood et Austin, 2009).

Les liens vers les ressources alliées doivent être envisagés en amont des prises en charge et entretenus au fil du temps (Anderson et Larke, 2009 ; Borne et al., 2018 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Différentes modalités d'accompagnement peuvent être considérées : prendre rendez-vous pour la personne, l'accompagner physiquement aux ressources, la contacter à intervalles réguliers afin d'assurer le suivi de la référence (Anderson et Larke, 2009 ; Borne et al., 2018 ; Brownrigg et al., 2017 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). L'apport d'un intervenant pivot s'avère significatif pour arrimer les services aux objectifs et aux besoins individuels (Anderson et Larke, 2009).

Mobilité des équipes

Les services à bas seuil d'exigence se caractérisent par la présence des intervenants dans l'espace communautaire (Borne et al., 2018 ; Lamanna et al., 2018 ; Langendam et al., 2001 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; van Beek, 2007). Cela se traduit par le fait de chercher les personnes là où elles se trouvent et de les emmener vers la ressource appropriée (Beattie et al., 2016 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013), mais aussi par l'utilisation d'un véhicule automobile équipé pour l'intervention permettant de se rendre dans les différents quartiers d'une ville (Borne et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Hall et al., 2014 ; Langendam et al., 2001). Les équipes peuvent être appelées à intervenir dans les structures partenaires pour répondre aux besoins urgents, suivre et orienter les usagers, tout en renforçant les liens entre les services (Anderson et Larke, 2009 ; Carter et al., 2019 ; Chatterjee et al., 2017 ; Powers et al., 2017).

Structure de service adaptée et flexible

Les services à bas seuil d'exigence doivent être facilement accessibles, par exemple par le biais de la marche ou des transports en commun (Evans, 2011 ; Kimber et al., 2008 ; Lamanna et al., 2018 ; Mason et al., 2015 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012). En termes de localisation géographique, il apparaît pertinent de cibler les environnements (urbains ou non) où les personnes présentent davantage de difficultés à rejoindre les services (Milne et al., 2015 ; Sorsa et al., 2018). De nombreuses ressources sont conçues pour être ouvertes en continu (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Evans, 2011 ; Gibson et al., 2017 ; Graham et al., 2006). À défaut, les plages horaires sont adaptées au mode de vie des personnes à qui les services s'adressent (Kerr et al., 2005). Les soins sont souvent offerts sans rendez-vous (Brownrigg et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Graham et al., 2006 ; Lamanna et al., 2018). Sur le plan administratif, l'accueil n'est pas conditionné par le fait de posséder une preuve d'identité ou des documents d'assurance (Brownrigg et al., 2017 ; Graham et al., 2006), ni même d'être référé (Christie et al., 2013 ; Milne et al., 2015). Certains services sont gratuits, ou à prix très abordables, avec un remboursement rapide des frais engendrés (Graham et al., 2006 ; Langendam et al., 2001).

Ensuite, la consommation de substances psychoactives ne constitue pas un motif d'interruption du soin (Christie et al., 2013 ; Evans, 2011 ; Mason et al., 2015 ; Perreault et al., 2007 ; Strike et al., 2013). Il reste important d'assurer une surveillance dans le cadre du TAO afin d'éviter les usages détournés ou le trafic (Strike et al., 2013). Les équipes doivent s'attendre à être confrontées aux absences ou aux présences irrégulières des personnes utilisant ces services. Aucun aspect du suivi n'est présenté comme étant absolument obligatoire, et le règlement interne, s'il existe, est peu restrictif (Christie et al., 2013). La seule situation où une interruption de suivi est envisagée serait en cas d'agressivité marquée et de violence, quand la sécurité immédiate des autres usagers ou du personnel est menacée. Dans ce cas, il faut explorer les solutions pour éviter la sortie totale du soin (Christie et al., 2013 ; Strike et al., 2013). S'il y avait interruption de la prise en charge, il conviendrait de faciliter le retour vers le soin (Langendam et al., 2001).

Discussion

L'objectif de cette recension était de mieux saisir les caractéristiques des programmes à bas seuil d'exigence rejoignant les personnes en situation de précarité, notamment celles faisant usage des opioïdes. Nos questions de recherche portaient sur la philosophie d'intervention, l'offre de service et l'organisation de ces derniers. Nous allons maintenant revenir sur les différents constats soulignés et leur implication au sein du contexte québécois.

Des adaptations à multiples niveaux pour promouvoir des soins accessibles, globaux et respectueux des personnes

Les données de cette recension démontrent l'importance de pleinement considérer les spécificités de la personne dans la structuration de l'offre de soins. Sur le plan organisationnel, il s'agit de répondre de manière appropriée à la diversité des besoins, des attentes, ou encore des objectifs de la personne. Sur le plan interpersonnel, il est essentiel de bâtir des liens authentiques et respectueux. Certaines modifications de la prise en charge prennent alors une signification toute particulière, comme l'adaptation du langage à utiliser et la prise en considération des traumatismes vécus (*trauma-informed care*) (Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA), 2014). Adapter le langage, tant à l'oral que dans les documents associés aux soins, aux caractéristiques des usagers paraît être une étape importante dans un contexte où la littératie en santé demeure une problématique pour une partie de la population (Bernèche et al., 2012 ; Nanhou et Desrosiers, 2019). Ensuite, la prise en considération des traumatismes permet d'appréhender davantage la personne dans sa globalité, et de s'inscrire dans le respect de son intégrité (Damon et al., 2017 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Milne et al., 2015 ; Powers et al., 2017 ; Sorsa et al., 2018).

L'ancrage dans une approche holistique vient également mettre en relief la formation des intervenants. Cette démarche nécessite en effet que ces derniers disposent de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être permettant de proposer un accompagnement interdisciplinaire adéquat. Cet objectif apparaît toutefois encore délicat à atteindre, car il nécessite de faire appel à des domaines d'intervention qui évoluent encore trop en silos, notamment du fait de l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Enfin, promouvoir cette approche holistique revient aussi à redéfinir les cibles de performance considérées au sein de ce réseau. Proposer une prise en charge globale, répondant pleinement aux besoins, aux souhaits et aux objectifs des personnes, s'avère souvent coûteux en temps. Or, cela constituerait un élément en mesure de nuire à l'évaluation de la performance des structures selon les critères actuellement en place.

Enfin, l'individualisation des soins peut être limitée par les normes de pratiques proposées par les organismes régulateurs des professions, notamment médicales et paramédicales. Par exemple, dans le contexte d'un TAO, les conditions de vie d'une personne pourraient nécessiter qu'il lui soit offert des doses à emporter plus tôt que ce qui est habituellement prescrit

par ce cadre normatif. Ce conflit entre le jugement clinique des équipes d'intervenants et les normes de pratique vient limiter l'adaptation des soins aux réalités vécues par les personnes, tout en accroissant le ressenti par celles-ci d'un sentiment de contrôle exercé par les professionnels de santé sur leur vie.

Le bas seuil d'exigence, un partenariat centré sur la personne

En lien avec cette conceptualisation holistique de l'accompagnement, la prise en charge s'articule donc autour de la personne. Elle doit notamment miser sur les forces, tout en tenant compte des faiblesses et des objectifs de cette dernière. À cet égard, cette approche vient rappeler les principes de l'approche patient-partenaire mise de l'avant au Québec. Ces derniers portent notamment sur le partage des savoirs entre les intervenants et les usagers pour aboutir à la co-construction d'un accompagnement personnalisé (Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), 2019 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). En parallèle, le fait d'accorder une place importante aux objectifs propres à la personne doit faire réfléchir sur la notion de réussite en traitement. Le succès peut en effet être vu très différemment selon les personnes. Par exemple, en lien avec la consommation de substances psychoactives, certaines viseront l'abstinence, une régulation de leurs conduites de consommation, ou encore une amélioration de leurs conditions de vie, leur santé, etc.

Par extension, l'arrimage entre les objectifs de la personne et les valeurs propres au sein de l'équipe d'intervenants peut être complexe à obtenir. Cela doit pousser à la réflexion quant aux éléments clés faisant partie intégrante de la posture d'accompagnant. De plus, il est envisageable que le rôle de certains intervenants évolue, a fortiori dans le contexte, par exemple, de la crise des surdoses liées aux opioïdes sévissant au Canada. Le médecin passe d'une position de soignant à celle d'accompagnateur de l'usager, dans l'atteinte de ses objectifs et la gestion des risques auxquels il pourra être exposé. En soi, cette évolution dans la posture médicale représente un éloignement vis-à-vis du « paternalisme » médical souvent dénoncé par les personnes (Harris et McElrath, 2012 ; Poliquin et al., 2018).

Intégration, mobilité et travail de proximité

Nous évoquons enfin le caractère fondamental de l'intégration de multiples ressources dans la réponse à offrir aux personnes. Ici, le modèle du *one stop shop* représente une avenue pertinente, car il implique de regrouper un ensemble varié de ressources au sein d'une même structure, d'un même emplacement géographique, avec de nombreux bénéfices pour les usagers (van Beek, 2007 ; Wood et Austin, 2009). Plus largement, il faut repenser la structure des services au Québec en faveur de l'intégration. L'organisation actuelle est en effet encore trop compartimentée selon des problématiques précises, et ne favorise donc pas le développement de liens de collaboration entre ressources. Pour autant, le déploiement d'un tel modèle à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux s'accompagne de défis. Parmi ceux-ci se pose par exemple celui de pouvoir préserver la capacité des équipes à garder un pouvoir décisionnel minimal considérant leurs spécificités locales.

Il semble également important que ces services puissent être offerts au sein de la communauté, directement là où se trouve leur population cible. Cela contribuera à réduire les barrières à l'accès aux soins. La faisabilité de cette modalité dans un contexte non urbain reste toutefois à évaluer. En effet, une densité de population moins importante, un degré d'équipement en services et ressources plus faible, mais également de plus grandes distances à parcourir, représentent des défis spécifiques qu'il faut prendre en compte. Il reste à concevoir comment proposer une organisation des soins pertinente considérant les spécificités des différentes régions du Québec.

Limites

Ce travail comporte des limites. Tout d'abord, les populations étudiées dans les différentes études ne représentent vraisemblablement pas la diversité des personnes en situation de précarité et faisant usage des opioïdes. Ensuite, si notre démarche emprunte quelques caractéristiques d'une recension systématique (par exemple, l'élaboration d'une stratégie de recherche, l'utilisation de critères d'inclusion), il s'agit avant tout d'une démarche d'analyse narrative assez large sur un sujet donné de la littérature, dans une optique très descriptive qui limite alors sa capacité à couvrir de manière exhaustive toutes les données existantes sur cette thématique.

Conclusion

Cette recension de la littérature constitue un avancement dans la définition précise de ce que sont les services à bas seuil d'exigence. Les caractéristiques des services ici identifiées représentent en effet une base sur laquelle s'appuyer pour réfléchir plus largement à l'amélioration des services sociaux et de santé qui sont destinés aux personnes en situation de précarité et utilisant des substances psychoactives, dont les opioïdes. Qui plus est, en mettant l'accent sur un accueil et un accompagnement fondé sur le non-jugement, la flexibilité, l'autonomisation et l'autodétermination des personnes, les services à bas seuils d'exigence apparaissent comme une transposition concrète de la philosophie de la réduction des méfaits dans le domaine de l'intervention.

Ce travail justifie néanmoins de porter un regard critique sur le terme de bas seuil d'exigence en lui-même. En effet, il serait peut-être intéressant de supprimer ce qualificatif au profit de l'idée d'une plus grande adaptabilité des programmes de soins en santé, quelle que soit leur population cible. Cliver les services entre ceux au format « bas seuil d'exigence » versus des services « réguliers » revient alors à distinguer différentes populations, à créer une nouvelle compartimentation des soins, au risque de stigmatiser certaines personnes encore davantage. Force est de constater que les valeurs et l'organisation des services actuellement dits à bas seuil d'exigence pourraient globalement bénéficier à l'intégralité des services sociaux et de santé, et ce, dans l'intérêt de toutes les personnes en besoin de soins.

Références

Anderson, J. E. et Larke, S. C. (2009). Navigating the mental health and addictions maze: a community-based pilot project of a new role in primary mental health care. *Mental Health in Family Medicine, 6*(1), 15-19.

Bansback, N., Guh, D., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Harrison, S., Janmohamed, A., Krausz, M., MacDonald, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T. et Anis, A. H. (2018). Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: Findings from the SALOME randomized clinical trial. *Addiction, 113*(7), 1264-1273. https://doi.org/10.1111/add.14171

Bardwell, G., Anderson, S., Richardson, L., Bird, L., Lampkin, H., Small, W. et McNeil, R. (2018). The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. *The International Journal on Drug Policy, 55*, 40-46. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.004

Beattie, A., Marques, E. M. R., Barber, M., Greenwood, R., Ingram, J., Ayres, R., Neale, J., Rees, A., Coleman, B. et Hickman, M. (2016). Script In A Day intervention for individuals who are injecting opioids: A feasibility randomized control trial. *Journal of Public Health, 38*(4), 712-721. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv161

Bernèche, F., Traoré, I. et Perron, B. (2012). *Littératie en santé : Compétences, groupes cibles et facteurs favorables*. Institut de la statistique du Québec. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf

Blank, M. et Eisenberg, M. (2013). Tailored treatment for HIV+ persons with mental illness: The intervention cascade. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 63*(1), S44-S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318293067b

Borne, D., Tryon, J., Rajabiun, S., Fox, J., de Groot, A. et Gunhouse-Vigil, K. (2018). Mobile multidisciplinary HIV medical care for hard-to-reach individuals experiencing homelessness in San Francisco. *American Journal of Public Health, 108*, S528-S530.

Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis In psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Brisson, P. (2011). *Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI)* – Informations complémentaires*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/fiche-udi.pdf

Brownrigg, B., Taylor, D., Phan, F., Sandstra, I., Stimpson, R., Barrios, R., Lester, R. et Ogilvie, G. (2017). Improving linkage to HIV care at low-threshold sti/hiv testing sites: an evaluation of the immediate staging pilot project in Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 108*(1), e79-e84. https://doi.org/10.17269/cjph.108.5753

Carter, J., Zevin, B. et Lum, P. J. (2019). Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. *Addiction Science & Clinical Practice, 14*(1), 20-20. https://doi.org/10.1186/s13722-019-0149-1

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. Portrait de la situation. École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal. http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf

Chatterjee, A., Obando, A., Strickland, E., Nestler, A., Harrington-Levey, R., Williams, T. et LaCoursiere-Zucchero, T. (2017). Shelter-based opioid treatment: increasing access to addiction treatment in a family shelter. *American Journal of Public Health, 107*(7), 1092-1094. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303786

Christie, T. K. S., Murugesan, A., Manzer, D., O'Shaughnessey, M. V. et Webster, D. (2013). Evaluation of a low-threshold/high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in Saint John, New Brunswick, Canada: one year retention rate and illicit drug use. *Journal of Addiction, 2013*, 753409. https://doi.org/10.1155/2013/753409

Clausen, T., Anchersen, K. et Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after Opioid Maintenance Treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence, 94*(1-3), 151-157. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003

Collins, A. B., Parashar, S., Hogg, R. S., Fernando, S., Worthington, C., McDougall, P., Turje, R. B. et McNeil, R. (2017). Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative : a qualitative study in Vancouver, Canada. *Journal of the International AIDS Society, 20*(1), 21407. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21407

Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2020). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à décembre 2019)*. Agence de la santé publique du Canada. https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html#citation

Damon, W., Small, W., Anderson, S., Maher, L., Wood, E., Kerr, T. et McNeil, R. (2017). « Crisis » and « Everyday » initiators: a qualitative study of coercion and agency in the context of methadone maintenance treatment initiation. *Drug and Alcohol Review, 36*(2), 253-260. https://doi.org/10.1111/dar.12411

Dassieu, L. (2013). Les seuils de la substitution : Regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes, 19*(3-4), 149-172. https://doi.org/10.3917/psyt.193.0149

Dombrowski, J. C., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A. et Golden, M. R. (2018). The Max Clinic: medical care designed to engage the hardest-to-reach persons living with HIV in Seattle and King County, Washington. *AIDS Patient Care and STDs, 32*(4), 149-156. https://doi.org/10.1089/apc.2017.0313

Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. *Santé mentale au Québec, 37*(1), 31. https://doi.org/10.7202/1012642ar

Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. The International *Journal on Drug Policy, 24*(3), 257-264. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002

Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F. et Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services, 57*(2), 12.

Evans, J. (2011). Exploring The (bio)political dimensions of voluntarism and care in the city: the case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place, 17*(1), 24-32. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.05.001

Fernandez, J., McNeill, C., Haskew, M. et Orr, T. (2006). Low threshold: a future model for drug service provision ? an evaluation of the model used in South Islington drug services. *Journal of Research in Nursing, 11*(1), 42-46. https://doi.org/10.1177/1744987106059581

Gauthier, G., Eibl, J. K. et Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug and Alcohol Dependence, 191*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029

Gibson, B. A., Morano, J. P., Walton, M. R., Marcus, R., Zelenev, A., Bruce, R. D. et Altice, F. L. (2017). Innovative program delivery and determinants of frequent visitation to a mobile medical clinic in an urban setting. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved, 28*(2), 643-662. https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0065

Government of New-Brunswick. (2005). *Methadone maintenance treatment guidelines for New Brunswick addiction services.* https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_guidelines-e.pdf

Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E. et Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https:doi:10.1002/14651858.cd004145.pub4

Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M., Orford, J., McGovern, D., Mueser, K. T., Clutterbuck, D. R., Godfrey, E., Maslin, J., Day, E. et Tobin, D. (2006). A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: impact on teams and service users. *Journal of Mental Health, 15*(5), 577-591. https://doi.org/10.1080/09638230600902633

Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Jaffe, J. H., O'Grady, K. E., Olsen, Y. K. et Schwartz, R. P. (2014). Leaving buprenorphine treatment: patients' reasons for cessation of care. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(3), 356-361. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.004

Hall, G., Neighbors, C. J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., Muench, F., Borys, S., McDonald, R. et Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(4), 511-515. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.002

Harris, J. et McElrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research, 22*(6), 810-824. https://doi.org/10.1177/1049732311432718

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. et Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research, 12*(9), 1284-1299. https://doi.org/10.1177/1049732302238251

Hay, B., Henderson, C., Maltby, J. et Canales, J. J. (2017). Influence of peer-based needle exchange programs on mental health status in people who inject drugs: a nationwide New Zealand study. *Frontiers in Psychiatry, 7*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00211

Health Canada. (2002). *Best practices—methadone maintenance treatment.* https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cn2493-eng.pdf

Hyppolite, S.-R., Lauzier, S., Lefrançois, C., Manceau, L. M., Blain, S., Bouchard, S., Goyer, M.-E., Amar, M., Bérubé, A., Desponts, S., Frappier, P., Leclerc, S., Michaud, A.-M., Robert, M., Rodrigue, M., Shink, N., Vermette, S., Castel, J., Boissy, F., … d'Avignon, G. (2019). *Favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées—Volet 2 : Étude descriptive et comparative de trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de santé de proximité aux personnes marginalisées.* Réseau de connaissance en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1). http://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2018/02/Hyppolite-Dupere_Rapport-VF-2019-01-25.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2019, 27 septembre). *La prise de décision partagée : Une approche gagnante.* https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/soutenir-la-prise-de-decision-partagee.html

Islam, M., Shanahan, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A. et Day, C. A. (2013). The cost of providing primary health-care services from a needle and syringe program: a case study. *Drug and Alcohol Review, 32*(3), 312-319. https://doi.org/10.1111/dar.12019

Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M. et Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': what should be the criteria? *The International Journal on Drug Policy, 24*(3), 220-222. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005

Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A., Haber, P. S. et Day, C. A. (2013). Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for? A case study from Sydney, Australia. *The International Journal on Drug Policy, 24*(4), 326-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.002

Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 82*(2), 267-275. https://doi.org/10.1093/jurban/jti050

Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S. et Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney medically supervised injecting centre. *Drug and Alcohol Review, 27*(6), 602-612. https://doi.org/10.1080/09595230801995668

Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M.-M. et Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: lowering the treatment thresholds. *Drug and Alcohol Dependence, 161*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D. et Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: the role of brief interventions. *Health & Social Care in the Community, 26*(1), 56-64. https://doi.org/10.1111/hsc.12461

Langendam, M. W., van Brussel, G. H. A. et Coutinho, R. A. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health, 91*(5), 774-780. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774

Leclerc, P., Roy, É, Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2019). *Surveillance des maladies infectieuses chez les Utilisateurs de Drogues par Injection—Le réseau SurvUDI : Épidémiologie du VIH 1995-2017*—Épidémiologie du VHC 2003-2017. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2516_surveillance_maladies_infectieuses_utiisateurs_drogue_injection.pdf.

Lee, S., Castella, A. de, Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kerr, R., Hollows, A., Wilkins, S. et Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: an integrated approach. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(6), 505-512.

Little, J. et Franskoviak, P. (2010). So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *Journal of Clinical Psychology, 66*(2), 175-188. https://doi.org/10.1002/jclp.20673

Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P. et Powis, J. (2015). Beyond viral response: a prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *The International Journal on Drug Policy, 26*(10), 1007-1013. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012

Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. et Hopkins, S. (2007). Reduction in injection–related HIV risk after 6 months in a low-threshold methadone treatment program. *AIDS Education and Prevention, 19*(2), 124-136. https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.2.124

Milne, R., Price, M., Wallace, B., Drost, A., Haigh-Gidora, I., Nezil, F. A. et Fraser, C. (2015). From principles to practice: description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. *The International Journal on Drug Policy, 26*(10), 1020-1027. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.009

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s. d.). *Usagers ayant reçu des services de réadaptation dans le cadre d'un traitement de substitution entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2018* [document inédit]. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Gouvernement du Québec. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf

Ministry of Health of New Zealand. (2014). *New Zealand practice guidelines for opioid substitution treatment.* https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf

Moriarty, H., Kemp, R. et Robinson, G. (2001). Hepatitis services at an injecting drug user outreach clinic. *The New Zealand Medical Journal, 114*(1128), 105-106.

Nanhou, V. et Desrosiers, H. (2019). *Portrait statistique des adultes de 18 à 65 ans sans diplôme d'études secondaires au Québec. Résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA) 2012*. Institut de la statistique du Québec. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica-portrait-adultes-sans-diplome-etudes-secondaires.pdf

Newman, A. I., Beckstead, S., Beking, D., Finch, S., Knorr, T., Lynch, C., MacKenzie, M., Mayer, D., Melles, B. et Shore, R. (2013). Treatment of chronic hepatitis c infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Canadian Journal of Gastroenterology, 27*(4), 217-223.

Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stoové, M. A., Kelsall, J., Austin, K. et Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community-based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal, 5*(1), 8. https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-8

Organisation mondiale de la santé. (2009a). *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.

Organisation mondiale de la santé. (2009b). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 – L'analyse thématique. *Dans L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm

Penn, R. A., Strike, C. et Mukkath, S. (2016). Building recovery capital through peer harm reduction work. *Drugs and Alcohol Today, 16*(1), 84-94. https://doi.org/10.1108/DAT-08-2015-0039

Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C. et Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal Of Public Health, 98*(1), 33-36. https://doi.org/10.1007/BF03405382

Poliquin, H. (2017). Penser et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection. *Drogues, santé et société, 16*(2), 104-124. https://doi.org/10.7202/1041855ar

Poliquin, H., Dassieu, L., Perreault, M. et Bertrand, K. (2018). Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal. *Psychotropes, 24*(3), 111-134. https://doi.org/10.3917/psyt.243.0111

Powers, C., Comfort, M., Lopez, A. M., Kral, A. H., Murdoch, O. et Lorvick, J. (2017). Addressing structural barriers to HIV care among triply diagnosed adults: project Bridge Oakland. *Health & Social Work, 42*(2), e53-e61. https://doi.org/10.1093/hsw/hlx013

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Santé Canada. (2001). *« Certaines circonstances ». Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf

Schütz, A., Moser, S., Schwanke, C., Schubert, R., Luhn, J., Gutic, E., Lang, T., Schleicher, M., Haltmayer, H. et Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis c with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis, 25*(7), 870-873. https://doi.org/10.1111/jvh.12857

Shanley, J., Richardson, A. M. et Sherval, J. (2003). Evaluation of a pilot low threshold methadone programme. *Journal of Substance Use, 8*(4), 271-278. https://doi.org/10.1080/14659890310001636747

Shemilt, M., Langlois, É., Dubé, M.-A., Gagné, M., Perron, P.-A. et Dubé, P.-A. (2017). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 - mise à jour 2013-2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf

Sorsa, M. A., Kiikkala, I. et Åstedt-Kurki, P. (2018). Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis, 11*(2), 88-100. https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0025

Stancliff, S., Joseph, H., Fong, C., Furst, T., Comer, S. D. et Roux, P. (2012). Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: the need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. *Journal of Addictive Diseases, 31*(3), 278-287. https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694603

Strike, C., Millson, M., Hopkins, S. et Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment ? *The International Journal on Drug Policy, 24*(6), e51-56. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.005

Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884.html

Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (2015). *Federal guidelines for opioid treatment programs*. https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP

Taha, S., Santé Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H17-4-2018-fra.pdf

van Beek, I. (2007). Case study: accessible primary health care--a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *The International Journal on Drug Policy, 18*(4), 329-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.005

Villeneuve, P. J., Challacombe, L., Strike, C. J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S. et Millson, P. E. (2006). Change in health related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use, 11*(2), 137-149. https://doi.org/10.1080/14659890500256945

Wood, S. et Austin, S. (2009). Building bridges in Bridgeport for HIV-positive substance abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 8*(1), 20-34. https://doi.org/10.1080/15381500902736129

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Stratégies face à la crise des opioïdes : analyse des revues systématiques

Isabelle Savard, M.Sc., MPH, IPSPL, professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), membre de l'équipe de Recherche en infectiologie, sexualité et santé communautaire (RISSC+) et étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université McGill

Richard Little, M.Sc., économiste de la santé consultant et tuteur externe, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Monique Benoit, Ph. D., sociologue de la santé, professeure titulaire en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), membre de l'équipe de RISSC+

Sylvie Charette, Ph. D., infirmière, professeure agrégée en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), membre de l'équipe de RISSC+

Agathe Deschamps, MPH et spécialiste en santé publique au service cantonal de la santé publique du Canton de Neuchâtel, Suisse

Hugo Bissonnet, mMBA, directeur général, Centre Sida Amitié et membre de l'équipe de RISSC+

Correspondance :
Isabelle Savard
Université du Québec en Outaouais
5, rue Saint-Joseph, pièce J-2214
Saint-Jérôme (Québec), Canada J7Z 0B7
Téléphone : (450) 530-7616 poste 4818
isabelle.savard@uqo.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Contexte : L'Amérique du Nord subit une vague sans précédent de surdoses, souvent liées aux opioïdes. Elle touche les personnes utilisatrices de drogues, mais également celles qui consomment des opioïdes prescrits. Plusieurs stratégies sont utilisées pour réduire les méfaits et les décès liés aux surdoses. Cette étude vise à identifier les stratégies nord-américaines en réponse à la crise, ainsi que les obstacles et les facilitateurs dans leur développement et leur accès.

Méthodologie : Une analyse du contenu explicite de revues systématiques a été réalisée. La recherche documentaire a été faite dans les bases de données CINAHL, Medline, PsychINFO et PubMed en utilisant les lignes directrices PRISMA. Une évaluation de la qualité des articles retenus a été réalisée en utilisant l'outil d'évaluation du programme de compétences en évaluation critique (CASP).

Résultats : Neuf revues systématiques ont été retenues et concernaient des stratégies ciblant : la prescription d'opioïdes ou d'alternatives ; la distribution de naloxone ; les interventions psychosociales en conjonction avec les traitements aux agonistes des opioïdes ; et la recherche sur le trouble d'utilisation de substances opioïdes. Plusieurs obstacles et éléments facilitateurs ont été identifiés en lien avec ces stratégies. Elles sont le plus souvent déployées sur les plans communautaire et social, à grande échelle, et rarement sur les plans individuel et interpersonnel.

Conclusions : Cette étude a identifié des stratégies utilisées en Amérique du Nord face à la crise des opioïdes, leurs facilitateurs et leurs obstacles. À l'exception de la distribution de naloxone, les stratégies évaluées n'avaient que peu ou pas d'efficacité démontrée pour prévenir les surdoses ou les méfaits associés. Une réflexion s'impose quant à l'arrimage entre la recherche et les besoins des personnes à risque de surdose afin de réduire les complications et les décès liés aux opioïdes. Pour y arriver, il est nécessaire d'individualiser les stratégies en fonction des besoins des personnes.

Mots-clés : opioïde, surdose, décès, naloxone, stratégie, crise

Strategies to address the opioid crisis: A review of systematic reviews

Abstract

Background : North America is experiencing an unprecedented wave of overdoses, often related to opioids. It affects not only people who use drugs, but also those who use prescribed opioids. Several strategies are being used to reduce the harm and deaths associated with overdoses. This study aims to identify North American strategies in response to the crisis, as well as the barriers and facilitators to their development and access.

Methods: A review of systematic reviews was conducted. The literature search was conducted in the CINAHL, Medline, PsychINFO and PubMed databases using PRISMA guidelines. A quality assessment of the selected articles was conducted using the Critical Appraisal Skills Program (CASP) assessment tool.

Results: Nine systematic reviews were selected for strategies targeting: the prescription of opioids or alternatives; naloxone distribution; psychosocial interventions in conjunction with opioid agonist therapy; and research on opioid use disorder. Several barriers and facilitators were identified in relation to these strategies. They are most often deployed at the community and societal levels, on a large scale, and rarely at the individual and interpersonal levels.

Conclusions: This study identified strategies used in North America to address the opioid crisis, their facilitators, and barriers. Except for naloxone distribution, the strategies evaluated had little or no demonstrated effectiveness in preventing overdose or associated harms. Thought needs to be given to linking research to the needs of people at risk of overdose in order to reduce opioid-related complications and deaths. To achieve this, it is necessary to individualize strategies based on the needs of individuals.

Keywords: opioid, overdose, death, naloxone, strategy, crisis

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Estrategias ante la crisis de opioides: análisis de revisiones sistemáticas

Resumen

Contexto: América del Norte sufre una ola sin precedentes de sobredosis, a menudo relacionadas con los opioides, que afecta a las personas consumidoras de drogas e igualmente a quienes consumen opioides prescriptos. Se utilizan varias estrategias para reducir los daños y las muertes ligadas a las sobredosis. Este estudio tiene como objetivo la identificación de las estrategias norteamericanas en respuesta a la crisis, así como los obstáculos y los facilitadores en su desarrollo y su acceso.

Metodología: Se ha llevado a cabo un análisis del contenido explícito de revisiones sistemáticas. La búsqueda documental se ha realizado en las bases de datos CINAHL, Medline, PsychINFO y PubMed, utilizando las líneas directrices de PRISMA. Se ha hecho una evaluación de la calidad de los artículos retenidos utilizando la herramienta de evaluación del programa de competencias en evaluación crítica (CASP).

Resultados: Se retuvieron nueve revisiones sistemáticas concernientes a estrategias enfocadas en lo siguiente: la prescripción de opioides o de alternativas; la distribución de naloxona; las intervenciones psicosociales juntamente con los tratamientos con agonistas de los opioides y la investigación sobre el trastorno de utilización de sustancias opioides. Se identificaron numerosos obstáculos y elementos facilitadores relacionados con estas estrategias, que a menudo se aplican en los planos comunitario y social en gran escala y raramente en el plano individual o interpersonal.

Conclusiones: Este estudio ha identificado estrategias utilizadas en América del Norte ante la crisis de los opioides, sus facilitadores y sus obstáculos. Con la excepción de la distribución de naloxona, las estrategias evaluadas presentaban poca o ninguna eficacia demostrada para prevenir las sobredosis o los daños relacionados. Se impone una reflexión en lo que respecta al acercamiento entre la investigación y las necesidades de las personas que están a riesgo de sobredosis para poder reducir las complicaciones y las muertes ligadas a los opioides. Para lograrlo, es necesario individualizar las estrategias en función de las necesidades de las personas.

Palabras clave: opioide, sobredosis, muerte, naloxona, estrategia, crisis.

Introduction

Durant la dernière décennie, la « crise des opioïdes » a régulièrement fait la manchette des journaux, décrivant un nombre important de personnes succombant à une surdose (Dhalla et al., 2011). Cette crise, qui a pris naissance aux États-Unis il y a plus de trente ans, s'est répandue et amplifiée partout en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde, entraînant des coûts humains et sociaux sans précédent (Alho et al., 2020). Les États-Unis, épicentre de la crise, comptaient en 2020 un peu plus de 760 000 personnes décédées de surdose, dont les deux tiers étaient directement liés aux opioïdes (U.S. Department of Health and Human Services, 2020). Proportionnellement, le Canada suit une tendance similaire avec plus de 13 900 décès liés aux opioïdes survenus entre janvier 2016 et juin 2019, les données de 2019 montrant que 80,0 % de ces décès impliquaient le fentanyl ou ses analogues (Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses, 2019). Bien qu'atteints dans une moindre mesure, les pays membres de l'Union européenne ne sont pas épargnés, avec près de 9 500 décès liés aux surdoses enregistrés en 2017 (Alho et al., 2020). Les Nations Unies reconnaissent maintenant qu'il s'agit d'une épidémie de surdoses à l'échelle mondiale (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

Les experts s'entendent pour dire que l'origine de cette crise sanitaire et les facteurs ayant contribué à son développement et sa persistance sont très complexes puisque ceux-ci coexistent et interagissent à plusieurs niveaux (Morin et al., 2017). De plus, cette crise entraîne des coûts importants pour les soins de santé (ex. : hospitalisations, traitements, frais de laboratoire) (Ropero-Miller et Speaker, 2019 ; Ryan, 2018 ; Vadivelu et al., 2018), des coûts sociaux (ex. : perte de productivité, violence, précarité sociale) (Morin et al., 2017), des coûts judiciaires (Ropero-Miller et Speaker, 2019) et surtout, des coûts humains importants en termes de décès associés aux surdoses, mais aussi en morbidité pour les personnes aux prises avec un trouble de l'usage des opioïdes (TUO) (Florence et al., 2021).

Problématique et objectif de recherche

Dans ce contexte, des actions sont nécessaires pour sauver des vies et réduire les méfaits. Un volume important de publications sur différentes stratégies dans ce contexte est disponible, ce qui a donné lieu à de nombreuses revues systématiques. À notre connaissance, aucune revue systématique n'a tenté de comprendre l'étendue et la diversité des stratégies déployées. Dans le cadre de cette étude, nous empruntons à l'Organisation mondiale de la santé (2018) le terme « stratégie », défini comme l'ensemble des actions mises en œuvre en réponse à la crise des opioïdes afin de diminuer le nombre de surdoses, ou réduire les méfaits ou les décès liés à celles-ci. Ces stratégies ont pris différentes formes : lois, programmes

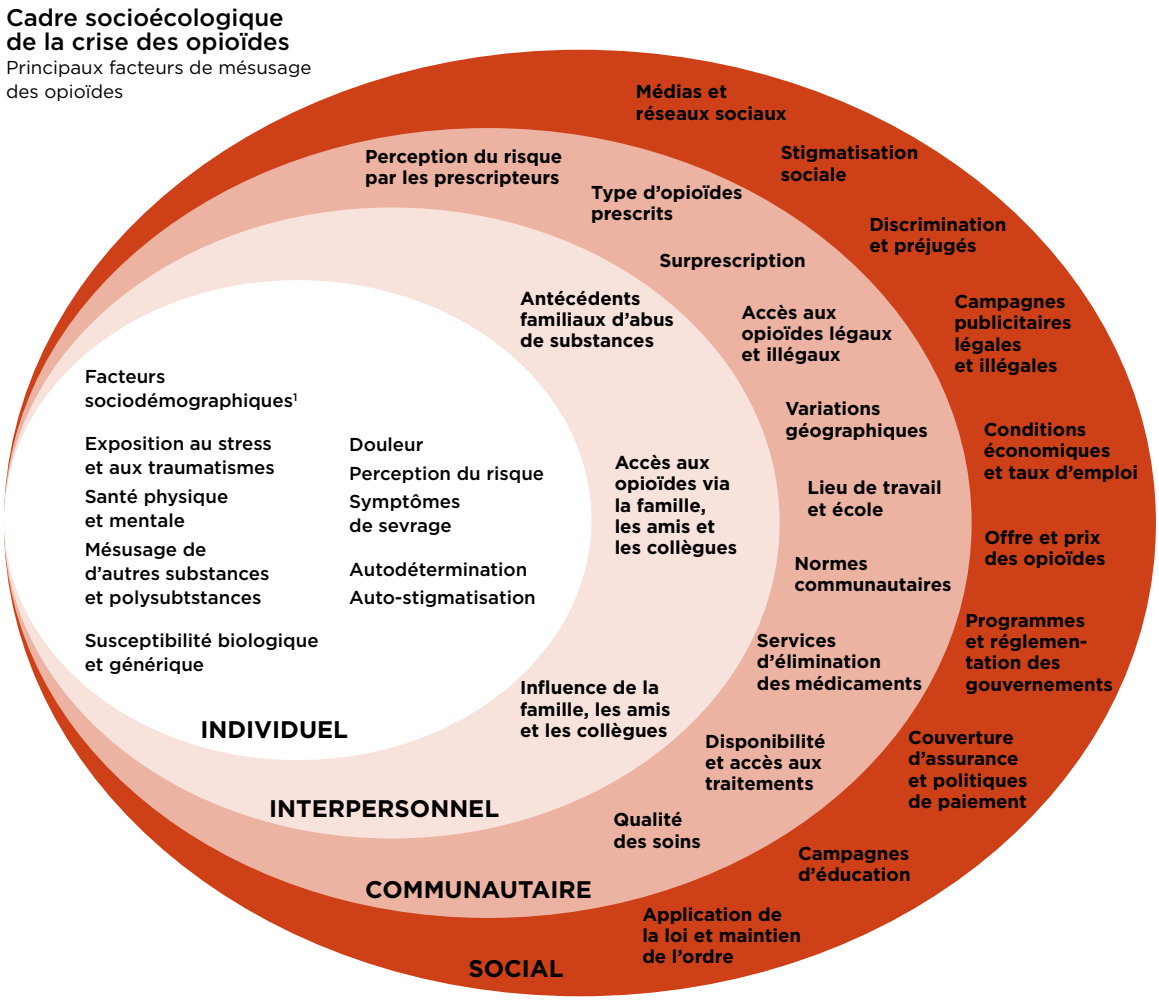
de santé publique, projets de recherche, interventions de santé ou sociales, changements de pratiques professionnelles, etc. Elles comprennent des « programmes » qui sont définis comme un ensemble d'actions développées par un organisme faisant autorité, généralement le gouvernement ou la santé publique et des « interventions », définies comme des actions entreprises pour, avec ou au nom d'un individu ou d'une population afin d'évaluer, d'améliorer, de maintenir, de promouvoir ou de modifier la santé, le fonctionnement ou l'état de santé (Organisation mondiale de la santé, 2018). Les décideurs et les responsables de la santé publique doivent pouvoir s'appuyer sur des données probantes pour déployer des stratégies appropriées. Devant le nombre important et la diversité des différentes stratégies déployées ces dernières années, il semble maintenant nécessaire de les recenser et de tenter de comprendre leur utilité.

L'objectif de cette étude est donc de rassembler et de synthétiser les revues systématiques existantes, comprenant des études sur les différentes stratégies utilisées dans le contexte de la crise des opioïdes, en tenant compte des obstacles et des facilitateurs de leur succès, particulièrement celles pouvant être utilisées ou adaptées en contexte québécois ou canadien. Cela permettra de guider les réflexions, les actions et les recherches futures en répondant à deux questions de recherche. 1. Quelles sont les stratégies déployées en réponse à la crise des opioïdes en Amérique du Nord ? 2. Et quels sont les obstacles et les facilitateurs pour ces stratégies dans ce contexte ?

Cadre de référence

Reconnaissant la complexité de la crise, un cadre socioécologique (Jalali et al., 2020) a été développé. Il représente les multiples sphères d'influence dérivées des facteurs individuels, des relations interpersonnelles et des influences communautaires et sociales, en soulignant la nécessité d'une approche plus large et plus intégrée qui inclut la prévention, le traitement et les interventions de secours en cas de surdose (figure 1).

Figure 1. Cadre socioécologique de la crise des opioïdes



Note. Tiré de « The opioid crisis : a contextual, socio-ecological framework », par M. S. Jalali et al., 2020, *Health Research Policy and Systems*, 18(87), p. 2. Reproduit et adapté avec la permission des auteurs.

Sur le plan individuel, les facteurs de risque incluent, entre autres, des facteurs sociodémographiques, la santé physique ou mentale et la douleur. Sur le plan interpersonnel, on note les antécédents familiaux d'abus de substance, l'accès à des opioïdes et l'influence de la famille, des amis et des collègues. Sur le plan communautaire, on retrouve, par exemple, le risque perçu par les prescripteurs, le type de médicaments opioïdes et la disponibilité des traitements. Finalement, sur le plan social, on note, entre autres, les médias et les réseaux sociaux, la criminalisation et les programmes gouvernementaux. Chacun de ces plans doit être considéré lors du développement de stratégies, diversifiées et intégrées, pour pouvoir atténuer la crise des surdoses (Jalali et al., 2020).

Méthodologie

Une analyse du contenu des revues systématiques recensées portant sur les principales stratégies utilisées en réponse à la crise des opioïdes a été réalisée. Elle comporte une phase de recherche, une phase de sélection et une phase d'analyse (Beaucher et Jutras, 2007 ; Maison, 2010). Ce choix méthodologique a été fait pour répondre à l'objectif de recherche, mais aussi pour des raisons de faisabilité en lien avec l'imposant volume d'articles publiés sur le sujet. Cette méthodologie très structurée permet de comparer et de mettre en relief les résultats de différentes revues systématiques et de résumer des données probantes qui peuvent porter sur différentes stratégies destinées à répondre à une problématique spécifique (Smith et al., 2011), dans ce cas-ci, la crise des surdoses. Ces résultats peuvent ensuite fournir aux décideurs les preuves dont ils ont besoin pour apporter des réponses concrètes à cette crise sanitaire (Smith et al., 2011).

Démarche méthodologique

Des groupes de mots et de descripteurs MeSH ont été identifiés (Tableau 1) et ont été combinés avec des articles booléens dans la stratégie de recherche. Celle-ci a été élaborée à partir des spécificités de chacune des bases de données sélectionnées et a été validée par un bibliothécaire universitaire.

TABLEAU 1 – **Groupes de mots et descripteurs MeSH**

Opioid	Crisis	Strategy	Barrier	Facilitator
Opioid*	Crisis	Strateg*	Barrier*	Facilitat*
Fentanyl	Epidemic	Program*	Obstacle*	Enabl*
		Resonse*	Impediment*	
		Intervention*	Drawback*	
			Difficult*	
			Problem*	

La recherche documentaire a été réalisée conformément aux lignes directrices PRISMA (Moher et al., 2009) dans quatre bases de données, soit CINAHL, Medline, PsychINFO et PubMed, sélectionnées afin d'inclure des articles de différentes disciplines et des stratégies diversifiées.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles inclus devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) revues systématiques ou méta-analyses ; 2) concernent les stratégies, programmes, réponses ou interventions face à la crise des opioïdes ; 3) disponibles en texte intégral ; 4) menés en

Amérique du Nord ; 5) publiés entre 2010 et juillet 2019. Les articles qui ne répondaient pas à ces critères ont été exclus.

Le choix de n'inclure que des revues systématiques et des méta-analyses a permis de réaliser cette étude dans un court délai compte tenu du grand volume d'articles disponibles, et d'obtenir des résultats de grande qualité. Cette approche permet ainsi d'inclure indirectement les résultats de très nombreux articles. Plusieurs termes et expressions ont été inclus pour recenser et décrire les différentes stratégies. Le choix de restreindre la recherche à l'Amérique du Nord a été fait, d'abord parce que ce continent est l'épicentre de la crise, a généré un grand volume d'articles et a une longue expérience en lien avec ce phénomène, mais aussi parce que nous croyons que ces stratégies peuvent être plus utiles et applicables au contexte québécois ou canadien, vu le contexte socioculturel plus semblable. Enfin, la recherche a été limitée aux articles publiés depuis 2010, lorsque l'épidémie de surdoses est devenue une crise sanitaire sans précédent (Dasgupta et al., 2018), jusqu'à juillet 2019, au moment de l'étude.

Sélection des articles

Les revues systématiques trouvées dans les bases de données ont été importées dans le gestionnaire de référence Endnote, puis dans l'application Web Rayyan (Ouzzani et al., 2016) pour la sélection des articles. Cette tâche a été réalisée indépendamment, à l'aveugle, par deux auteures de cette étude (IS et AD) et une troisième auteure (SC) a tranché pour l'article qui n'a pas fait consensus.

Évaluation de la qualité

La qualité des articles a été évaluée à l'aide de l'outil d'évaluation CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Il comprend dix questions qui permettent de poser un regard critique sur les articles pour juger de la validité et la fiabilité de leurs conclusions. Entre autres, il permet d'évaluer si l'article comprenait une question de recherche bien définie et si les articles importants et pertinents ont été inclus dans leur analyse.

Analyse des données

Une analyse thématique du contenu des revues systématiques a été réalisée. Quatre thèmes ont émergé à la lecture des articles, chacun représentant un type de stratégies ayant des attributs similaires, soit : celles ciblant la prescription d'opioïdes ou d'alternatives, la distribution de naloxone, l'utilisation conjointe d'interventions psychosociales avec les traitements aux agonistes des opioïdes (TAO) et l'innovation dans la recherche sur le TUO. Chaque stratégie a ensuite été associée à son plan socioécologique (figure 1) (Jalali et al., 2020). L'analyse des données rédigée par la chercheuse principale a été soutenue par les co-chercheur.euse.s.

Résultats

Description des études

La recherche documentaire a initialement permis d'identifier 54 documents, dont 38 décrivaient des stratégies en réponse à la crise des surdoses et 16 discutaient également de barrières et de facilitateurs au succès des stratégies. Après avoir éliminé les doublons (n=32), 22 articles ont été retenus et l'évaluation de leurs titres et résumés a abouti au rejet de 10 articles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Pour les 12 documents restants, une lecture complète du texte a permis d'en retirer 3 autres qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Au total, 9 articles ont été retenus pour l'analyse finale. La figure 2 présente le diagramme de flux. La fidélité interjuges était élevée avec une mesure d'accord Kappa de 0,91. Les neuf articles inclus ont été publiés dans neuf revues scientifiques différentes, la majorité provenant des États-Unis (n=8) et une (n=1) du Canada (Moride et al., 2019). Ensemble, ces revues systématiques ont tenu compte de 338 études et lois. La synthèse des articles inclus dans cette étude est présentée dans le tableau 2.

FIGURE 2 – **Diagramme de flux de la sélection des études**

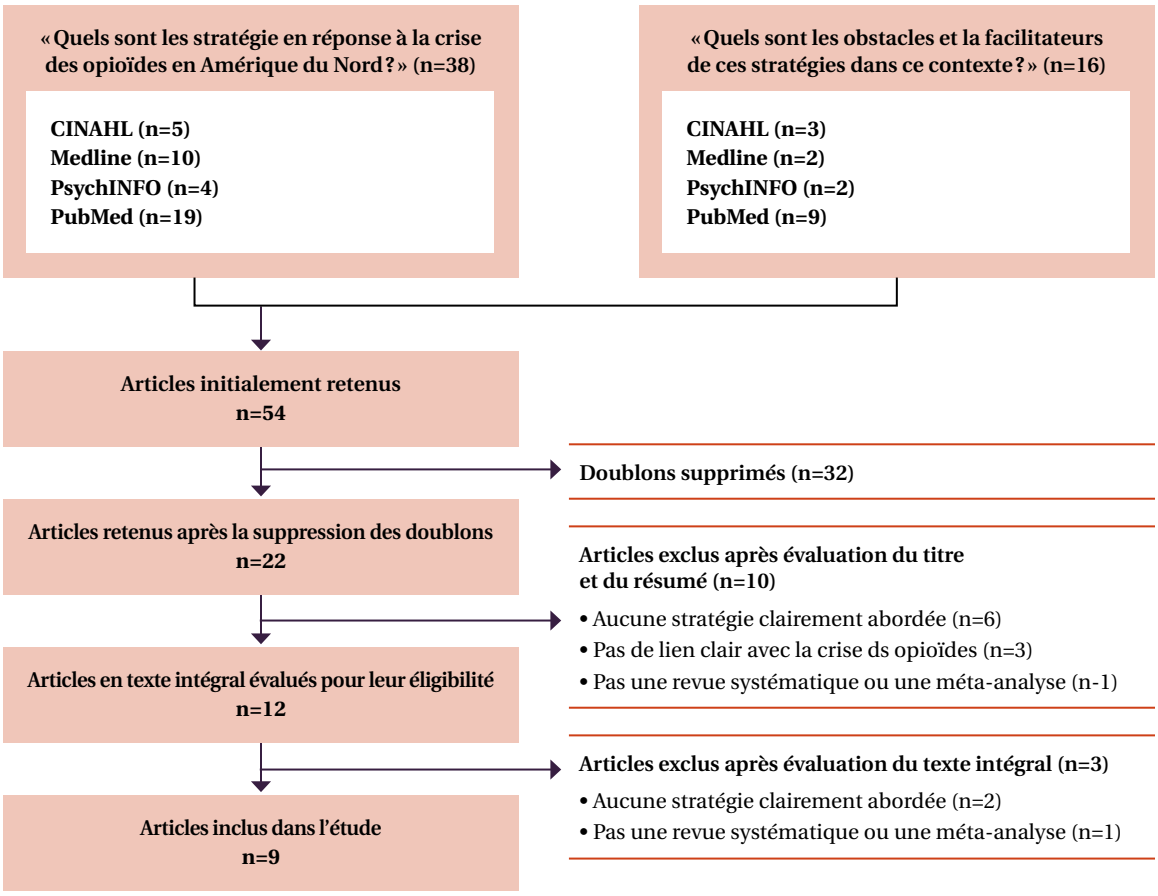


TABLEAU 2 – **Synthèse des études retenues**

Auteur(s), Année de publication	Titre	Lieu	Stratégie(s)	Nombre d'articles inclus (N) Années de publication des articles inclus	Méthodologie	Principales conclusions et commentaires
Davis et al. (2019)	Laws limiting the prescribing or dispensing of opioids for acute pain in the United States: A national systematic legal review	États-Unis (ÉU)	Lois ciblant la prescription d'opioïdes pour la douleur aiguë	Lois de tous les États (N=50), Lois en vigueur le 31 décembre 2017	Revue juridique systématique	26 États américains ont des lois encadrant les opioïdes prescrits pour le traitement de la douleur aiguë. La plupart ont été promulguées en 2017. Il n'y a aucune preuve de l'effet de ces lois sur les méfaits liés aux opioïdes.
Dugosh et al. (2016)	A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction	ÉU	Utilisation d'interventions psychosociales avec les TAO	N=27, 2008-2014	Revue systématique	L'intervention psychosociale en conjonction d'un TAO (autre que la méthadone) est peu étudiée. Grande variabilité des interventions psychosociales, difficile de les comparer. Selon ces études, l'effet serait très faible à nul.
Moningka et al. (2019)	Can neuroimaging help combat the opioid epidemic? A systematic review of clinical and pharmacological challenge fMRI studies with recommendations for future research	ÉU	Utilisation de l'IRMf en recherche sur le TUO	N=45, 2004-2016	Revue systématique	La réponse à un TAO peut différer selon les différences individuelles dans la fonction cérébrale, mais il n'y a aucune donnée sur les caractéristiques de ces fonctions pour le TUO. L'IRMf semble être une avenue prometteuse pour mieux comprendre le TUO mais davantage d'études sont nécessaires pour connaître l'effet sur les TAO et sur les individus.
Moride et al. (2019)	A Systematic Review of Interventions and Programs Targeting Appropriate Prescribing of Opioids	Canada	Stratégies ciblant la prescription d'opioïdes	N=116, Non disponible	Revue systématique	Les programmes de surveillance des ordonnances peuvent réduire le nombre de prescriptions d'opioïdes, le mésusage et les surdoses et augmenter la pertinence de leur utilisation selon les directives cliniques sur le plan populationnel. Il y a peu d'évidence de leur impact sur des patients.
Ponnapalli et al. (2018)	Systematic Literature Review of Prescription Drug Monitoring Programs	ÉU	Programmes de surveillance des ordonnances	N=27, 2013-2018	Revue systématique	Les programmes de surveillance des ordonnances ont eu un impact généralement positif sur la réduction de consommation d'opioïdes et sur les taux de morbidité et de mortalité associés. Les méthodologies et les variables hétérogènes rendent les résultats difficiles à comparer et à interpréter.

Auteur(s), Année de publication	Titre	Lieu	Stratégie(s)	Nombre d'articles inclus (N) Années de publication des articles inclus	Méthodologie	Principales conclusions et commentaires
Vyas et al. (2018)	The use of cannabis in response to the opioid crisis: A review of the literature	ÉU	Lois et politiques des États sur le cannabis médical	N=10, 2014-2017	Revue systématique	Les États dotés de politiques d'accès au cannabis médical pour la gestion de la douleur pourraient potentiellement réduire les décès associés aux médicaments opioïdes, améliorer la gestion de la douleur et réduire les coûts des soins de santé, mais les évidences en ce sens sont difficilement identifiables dans l'article.
Wetzel et al. (2018)	Interventions for Postsurgical Opioid Prescribing: A Systematic Review	ÉU	Pratiques de prescription d'opioïdes après une chirurgie	N=8, 2013-2018	Revue systématique	Les interventions ciblant les prescriptions d'opioïdes lors des congés post-chirurgicaux ont réduits le nombre de prescriptions de ces médicaments. Il n'y a aucune réduction subséquente des visites à l'urgence ou de demandes de renouvellement. Il y a un risque de traitement sous-optimal de la douleur postopératoire.
Behar et al. (2018)	Acceptability and feasibility of naloxone prescribing in primary care settings: A systematic review **Porte sur une stratégie, mais explore aussi les barrières et facilitateurs*	ÉU	Prescription de naloxone en première ligne	N=17, 2003-2017	Revue systématique	La prescription de naloxone est possible en première ligne. Elle est facilitée par l'éducation des professionnels de la santé et des patients, les alertes et outils intégrés au DMÉ et la communication ouverte sans jugement. Les barrières pour l'accès à la naloxone en première ligne ont été identifiées. La naloxone a réduit les événements indésirables liés aux opioïdes et renforcé le sentiment de sécurité des patients.
Mitchell and Higgins (2016)	Combating opioid overdose with public access to naloxone **Porte sur une stratégie, mais explore aussi les barrières et facilitateurs*	ÉU	Programmes de naloxone	N=38, 2010-2015	Revue systématique	Les programmes d'éducation aux surdoses avec distribution de naloxone ont démontré qu'il est possible de réduire les méfaits en cas de surdoses. Les obstacles pour les professionnels de la santé et pour les patients ont été soulevés et des recommandations pour adresser ces défis ont été formulées.

Qualité des articles

Les articles inclus ont été évalués par la chercheuse principale, aidée par le second auteur, à l'aide de l'outil CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) destiné à l'analyse critique des revues systématiques. Cette évaluation qualitative a montré que toutes les études abordaient une question de recherche claire, examinaient des articles appropriés et que leurs

résultats répondaient à leur(s) question(s). Deux articles (Dugosh et al., 2016 ; Moningka et al., 2019) n'ont utilisé que deux bases de données dans leur stratégie de recherche et certains critères d'inclusion pouvaient manquer de clarté, ce qui ne permet pas d'être certain que toutes les études pertinentes ont été incluses. Pour les revues systématiques qui comprenaient des données quantitatives (n=4) (Behar et al., 2018 ; Dugosh et al., 2016 ; Vyas et al., 2018 ; Wetzel et al., 2018), aucune n'a clairement discuté de l'exactitude des résultats en mentionnant, par exemple, les intervalles de confiance. Certaines (Dugosh et al., 2016 ; Vyas et al., 2018) ont mentionné la taille de l'échantillon et la valeur de p, mais sans détailler davantage. En plus d'étudier une stratégie, certains auteurs (Behar et al., 2018 ; Dugosh et al., 2016 ; Mitchell et Higgins, 2016 ; Moride et al., 2019 ; Vyas et al., 2018 ; Wetzel et al., 2018) ont également tenté de comprendre les avantages, les risques et les coûts liés à celle-ci (n=6).

La plupart des études ne mentionnent pas avoir fait l'évaluation de la qualité des articles inclus dans leur revue systématique. Seules deux études l'ont clairement décrit (n=2) (Moride et al., 2019 ; Wetzel et al., 2018), tandis que d'autres (n=2) (Behar et al., 2018 ; Mitchell et Higgins, 2016) ont mentionné la qualité des articles sans expliquer comment elle a été évaluée, ou dans certains cas (n=4) (Dugosh et al., 2016 ; Moningka et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018 ; Vyas et al., 2018), ne l'ont pas mentionnée du tout. Le manque de transparence sur l'évaluation de la qualité des articles peut laisser planer un doute sur la rigueur de leur méthodologie et donc, de leurs conclusions.

Types de stratégies en réponse à la crise des surdoses

Les stratégies repérées dans les articles retenus ont pu être classées sous quatre thèmes : celles ciblant la prescription d'opioïdes ou d'alternatives, la distribution de naloxone, l'utilisation conjointe d'interventions psychosociales avec les TAO et l'innovation dans la recherche sur le TUO.

Stratégies ciblant la prescription d'opioïdes ou d'alternatives

Les stratégies ciblant la prescription d'opioïdes ou d'alternatives étaient nombreuses, mais de nature hétérogène. Elles avaient pour objectif de réduire le nombre, la puissance ou la durée de médicaments opioïdes prescrits.

Dans le cadre socioécologique de la crise des opioïdes (Jalali et al., 2020), les stratégies ciblant les lois et les règlements relèvent du plan social. Une revue juridique systématique a analysé les lois états-uniennes qui concernent la prescription d'opioïdes, en présumant que ces lois étaient des moyens bien intentionnés de réduire les méfaits liés aux opioïdes (Davis et al., 2019). Au total, 26 États avaient de telles lois en vigueur et 65,0 % d'entre elles ont été adoptées depuis 2017, cette tendance suggérant que d'autres allaient être adoptés prochainement (Davis et al., 2019). Ces lois limitent le type de médicament prescrit, la durée, la posologie ou le nombre de comprimés par jour pouvant être prescrits. Une autre revue systématique (Vyas et al., 2018) a évalué les lois et les politiques de santé états-uniennes

relatives au cannabis médical. Les auteurs suggéraient que l'utilisation du cannabis médical était une alternative aux opioïdes pour la gestion de la douleur dans le contexte de la crise des surdoses. Ils ont voulu démontrer une association entre les États les plus permissifs en la matière et la réduction potentielle de prescriptions d'opioïdes, ainsi que de leurs méfaits associés. Selon cette étude, les États autorisant l'utilisation du cannabis médical avaient le potentiel de réduire la mortalité liée aux opioïdes, les hospitalisations, les surdoses, les coûts des soins de santé et d'améliorer la gestion de la douleur (Vyas et al., 2018).

D'autres stratégies concernaient les professionnels qui prescrivent des opioïdes ou les pharmaciens qui les dispensent. Il s'agit notamment de programmes de surveillance des prescriptions et de bases de données centralisées des prescriptions de chaque patient qui sont accessibles à tous les professionnels de la santé dans le but de lutter contre le détournement et l'abus d'opioïdes prescrits (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018). Les recherches visant à comprendre l'impact de ces programmes ne sont pas concluantes et les résultats diffèrent d'un État, ou province, à l'autre (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018). Moride et al. (2019) stipulent cependant que lorsque ces programmes de surveillance des ordonnances sont combinés à d'autres types de stratégies ciblant la prescription d'opioïdes, ceux-ci sont prescrits à de plus faibles doses. De plus, des changements dans les outils de prescription des dossiers médicaux électroniques (DMÉ), la formation des professionnels de la santé et la prise de décision partagée entre le professionnel et son patient ont démontré une efficacité pour réduire le nombre de prescriptions d'opioïdes. Néanmoins, aucune différence significative n'a été observée concernant le nombre de visites à l'urgence ou le nombre de renouvellements d'opioïdes. Les obstacles d'utilisation de ces programmes comprenaient des enjeux d'accessibilité et d'utilisation, le temps d'accès qui peut être long, et la faible intégration de ces programmes dans les DMÉ utilisés en première ligne (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018). Une autre stratégie étudiée est celle d'encadrer la prescription d'opioïdes au congé post-chirurgical afin de réduire les méfaits liés à ces substances (Wetzel et al., 2018). Bien que ce type de stratégie ait montré une diminution du nombre de prescriptions dans ce contexte, elles n'ont pas mesuré si la douleur des patients avait été soulagée de manière adéquate ni s'il y avait un effet à plus long terme sur les méfaits liés aux opioïdes (Wetzel et al., 2018).

Enfin, sur le plan individuel, une étude s'est intéressée aux programmes de gestion de la douleur qui utilisent des alternatives aux opioïdes (Moride et al., 2019). On sous-entend que si la douleur est contrôlée par des traitements alternatifs, il y aura moins de mésusage et de surdoses liés aux opioïdes. Ces stratégies se sont avérées efficaces pour réduire l'utilisation des opioïdes et augmenter l'utilisation d'alternatives, mais l'effet à long terme de ces interventions reste incertain (Moride et al., 2019).

Stratégies ciblant la distribution de naloxone

La naloxone est un antidote très efficace contre les intoxications aux opioïdes et peut être administrée pour contrer leurs effets, notamment en cas de surdose. Des programmes de distribution de naloxone, sur le plan socioécologique communautaire, visent à rendre cet antidote accessible aux personnes à risque de surdose et à leurs proches et ont été largement déployés et étudiés. Ils comprennent souvent un volet éducatif sur les surdoses qui lui, renseigne sur les signes et symptômes en cas de surdose, et sur comment et quand appeler à l'aide, commencer la réanimation et administrer la naloxone (Mitchell et Higgins, 2016). L'efficacité de tels programmes à renverser les symptômes de surdose est bien documentée (Behar et al., 2018 ; Mitchell et Higgins, 2016). Behar et al. (2018) recommandent que la prescription de cet antidote soit faite dans les services de santé en première ligne pour une meilleure accessibilité. Ces programmes sont facilités par la formation des prescripteurs, des outils intégrés dans le DMÉ ainsi que des lois et des politiques soutenant les stratégies de réduction des méfaits (Behar et al., 2018 ; Mitchell et Higgins, 2016). Les obstacles identifiés comprenaient, entre autres, le manque de formation, les lois restrictives, un manque de soutien politique, et des difficultés à identifier les patients potentiellement éligibles pour la naloxone. La stigmatisation sociale associée aux opioïdes et la crainte de répercussions juridiques en aidant des victimes de surdose font également obstacle aux programmes (Behar et al., 2018 ; Mitchell et Higgins, 2016). Une plus grande flexibilité de la « Loi du bon Samaritain », qui offre une protection juridique aux personnes qui appellent les secours lors d'une surdose (Gouvernement du Canada, 2019), pourrait faciliter une intervention rapide avec la naloxone et faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes interviennent sans crainte de représailles judiciaires (Mitchell et Higgins, 2016).

Interventions psychosociales en conjonction avec les TAO

Les TAO sont des traitements pharmacologiques prescrits pour le TUO et leur accessibilité et disponibilité se situent sur le plan socioécologique communautaire (Jalali et al., 2020). Une étude s'est intéressée à l'effet bénéfique potentiel de l'ajout d'une intervention psychosociale à ce type de traitement (Dugosh et al., 2016). Les auteurs ont relevé des approches d'intervention psychosociale très diversifiées (gestion de crise ; thérapie cognitivo-comportementale ; counseling en réduction des méfaits ; entrevue motivationnelle, etc.), rendant la comparaison difficile (Dugosh et al., 2016). Plus de la moitié des études incluses dans cette revue systématique ont conclu que toute intervention psychosociale, quelle qu'elle soit, avait un impact positif sur l'engagement des patients dans le TAO et sur la réduction de la consommation de drogues, mais ces résultats divergeaient d'une étude à l'autre (Dugosh et al., 2016).

La recherche sur le TUO

Une revue systématique (Moningka et al., 2019) a été réalisée sur une stratégie novatrice en recherche, soit l'utilisation de l'imagerie par résonnance magnétique fonctionnelle

(IRMf), afin de mieux comprendre le TUO. Les auteurs soutiennent que cette stratégie a le potentiel de permettre l'acquisition de nouvelles connaissances sur la physiopathologie et le traitement du TUO, agissant ainsi sur le plan socioécologique social, afin de permettre le développement d'interventions individualisées ou ciblées plus efficaces. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les différences individuelles de la fonction cérébrale sont liées à des différences dans la réponse au TAO. Ils ont trouvé que les personnes ayant une réponse neuronale moindre aux signaux liés aux substances opioïdes auraient une durée d'abstinence plus longue, ce qui pourrait conduire au développement de traitements qui ciblent spécifiquement ces réponses (Moningka et al., 2019). De plus, il semble y avoir des différences neurologiques dans la réponse aux opioïdes entre les femmes et les hommes, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre leurs implications (Moningka et al., 2019).

Discussion

Le cadre de la crise des opioïdes (figure 1) (Jalali et al., 2020) met en lumière les facteurs de risque liés aux opioïdes en fonction de leur niveau socioécologique. Avec la complexité de la crise des surdoses et l'évolution constante de celle-ci, chacun de ces niveaux doit être analysé afin de développer et de guider des stratégies adaptées, variées et efficaces pour réduire les méfaits et les décès liés aux surdoses (Jalali et al., 2020). Cette étude a identifié des stratégies agissant sur les plans social, communautaire et individuel, mais aucune ne s'est adressée aux facteurs interpersonnels.

Stratégies sur le plan social

Les stratégies agissant sur le plan social ont le potentiel d'avoir un effet indirect, mais à grande échelle sur les personnes à risque ou en surdose (Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, 2002). Parmi celles-ci se retrouvent notamment des lois encadrant la prescription et la délivrance d'opioïdes (Davis et al., 2019) ou d'alternatives à ces substances tel le cannabis médical pour la gestion de la douleur (Vyas et al., 2018), ainsi que la recherche sur le TUO utilisant l'IRMf (Moningka et al., 2019).

La législation encadrant la prescription d'opioïdes ou de cannabis médical se base sur la prémisse voulant que s'il y a moins d'opioïdes prescrits, il y aura moins de surdoses et de méfaits connexes. Néanmoins, la plupart des études visant à réduire le nombre d'ordonnances ou de renouvellements n'ont pas cherché à mesurer s'il y a une diminution des méfaits ou des décès et les études ayant cherché un tel lien n'ont pu démontrer que des preuves faibles, voire inexistantes (Barnett et al., 2017 ; Davis et al., 2019 ; Haegerich et al., 2014 ; Moride et al., 2019). Selon Davis et al. (2019) et Moride et al. (2019), aucune étude n'a pu démontrer qu'en diminuant la quantité d'opioïdes prescrits, il y aurait une réduction de l'abus ou de la consommation à long terme de ces substances.

Vyas et al. (2018) ont émis l'hypothèse que si les patients avaient accès au cannabis médical comme antalgique, ils utiliseraient moins d'opioïdes et que les méfaits liés à ces substances seraient ainsi réduits. Puisque dans le contexte, plusieurs stratégies sur plusieurs plans socioécologiques sont déployées simultanément, il est difficile de différencier l'effet de la législation encadrant l'accès au cannabis médical de celui d'autres stratégies concomitantes. Le cannabis médical n'a pas été clairement défini dans leur étude. Il était donc impossible de connaître la composition, le type et la teneur des différentes molécules actives, ni le mode d'administration de ce traitement. La plupart des études incluses dans leur revue systématique (Vyas et al., 2018) étaient basées sur des questionnaires qui présentaient plusieurs limites telles que le taux de non-réponse, les biais de recrutement ou d'autosélection. Néanmoins, les auteurs ont noté une diminution plus importante des méfaits liés aux opioïdes dans les États ayant accès au cannabis médical que dans ceux où les lois ne le permettaient pas (Vyas et al., 2018), mais en raison de la qualité douteuse de cette revue systématique, d'autres études nous semblent nécessaires pour supporter cette conclusion.

De plus, il ne semble pas y avoir de consensus sur l'utilisation du cannabis médical comme traitement antalgique. Bien que certaines études aient montré de faibles preuves de son efficacité dans la réduction de la douleur pour des conditions spécifiques telles que la sclérose en plaques (Corey-Bloom et al., 2012 ; Grant et al., 2012), les neuropathies associées au VIH (Lutge et al., 2013 ; Lynch et Campbell, 2011), les douleurs cancéreuses (Blake et al., 2017) et les douleurs neuropathiques chroniques (Jensen et al., 2015), de nombreuses études n'ont pas été concluantes et davantage d'études sont requises pour recommander une utilisation plus large du cannabis médical en gestion de la douleur (Hill et al., 2017 ; Shah et al., 2017). Malgré le faible niveau de preuve de son efficacité, compte tenu de son profil d'innocuité relativement bon (Jensen et al., 2015 ; Ware et al., 2015), il peut néanmoins être utile d'envisager l'essai d'un traitement de cannabis médical pour les patients dont les opioïdes prescrits sont inefficaces, provoquent des effets secondaires ou pour ceux qui sont à risque élevé de méfaits liés aux opioïdes (Ware et al., 2015).

Bien que la recherche sur le TUO en réponse à la crise des surdoses semble être une stratégie plutôt indirecte et surtout, avec un faible potentiel de bénéfice à court terme, elle a néanmoins été considérée dans cette étude pour plusieurs raisons. D'abord, dans leur étude sur l'utilisation de l'IRMf en recherche sur le TUO, Moningka et al. (2019) ont positionné cette stratégie directement en lien avec la crise actuelle des surdoses et ont explicité les retombées potentielles sur les traitements pour les personnes aux prises avec un TUO, qui sont particulièrement à risque de surdose. De plus, ce type d'étude permet d'accroître les connaissances scientifiques qui sont utilisées pour soutenir l'élaboration des politiques, des lois, des programmes de santé publique et des pratiques cliniques. Les études évaluées dans la revue systématique de Moningka et al. (2019) ont permis de souligner plusieurs lacunes dans les connaissances physiopathologiques du TUO et l'IRMf représente un moyen prometteur pour mieux comprendre cette condition et la diversité des réponses neurologiques aux signaux d'opioïdes, qu'elles soient liées à la génétique, au sexe, à l'ethnicité ou autres.

Cependant, ce type d'études nécessite l'accès à des laboratoires de recherche spécialisés, à des équipements coûteux et à un grand nombre de patients présentant un TUO, ce qui peut présenter des obstacles de taille. Bien que le développement des connaissances scientifiques ne soit pas inscrit comme étant un élément du cadre socioécologique de la crise des opioïdes (Jalali et al., 2020), nous jugeons qu'il pourrait y être ajouté sur le plan social vu son potentiel d'impact à grande échelle. De nombreux chercheurs s'entendent sur l'importance et la nécessité de la recherche en tant que stratégie face à la crise des surdoses, notamment en pour mieux comprendre l'effet des opioïdes (Baumann et al., 2018), les traitements du TUO (Pendergrass et al., 2019 ; Rasmussen et al., 2019 ; Volkow et Collins, 2017), les traitements antalgiques plus sécuritaires (Baumann et al., 2018 ; Rasmussen et al., 2019 ; Volkow et Collins, 2017) et les traitements pour renverser les surdoses (Baumann et al., 2018 ; Volkow et Collins, 2017). À défaut d'apporter des solutions à court terme, ces études ont le potentiel d'influencer et de guider les stratégies de demain.

Stratégies sur le plan communautaire

Sur le plan communautaire, des efforts importants sont en cours pour modifier le comportement des prescripteurs, des pharmaciens et des patients face aux ordonnances d'opioïdes. Cela dit, la plupart des études sont difficiles à comparer à cause de l'hétérogénéité de leurs méthodologies, faisant en sorte que les résultats sont limités et non concordants (Franklin et al., 2015 ; Haegerich et al., 2014). Des programmes de surveillance des médicaments via des bases de données centralisées, par exemple, sont déployés partout dans le monde (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018) de même que des programmes d'encadrement des opioïdes au congé post-chirurgical (Wetzel et al., 2018). Bien que certaines études aient mis en évidence une diminution du nombre de prescriptions d'opioïdes, de la mortalité et de la morbidité sur le plan populationnel, les données sur le plan individuel sur la prévention des méfaits manquent toujours pour soutenir de telles stratégies (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018). Le très grand nombre d'articles sur ce type de stratégies démontre l'engouement pour celles-ci, même s'il n'y a pas de preuves solides de leur efficacité pour la réduction des méfaits (Moride et al., 2019 ; Ponnapalli et al., 2018 ; Wetzel et al., 2018). Cela peut être dû en partie au fait que les changements de comportement des prescripteurs peuvent prendre du temps à se produire et que les données en temps réel sont rarement disponibles. Puisque de nombreuses stratégies sont déployées de façon concomitante, il devient également difficile de différencier l'impact d'une stratégie spécifique des facteurs de confusion et des modificateurs d'effet (Barnett et al., 2017 ; Haegerich et al., 2014). De plus, il est possible qu'autant d'efforts soient investis dans ce type de stratégies parce qu'elles sont accessibles, tangibles et mesurables, alors qu'il serait beaucoup plus difficile de développer et d'évaluer des stratégies qui tentent de modifier les déterminants de la santé pour la prévention primaire du TUO ou des surdoses aux opioïdes. Même si l'intention de ces programmes est la diminution de l'utilisation des opioïdes, ils peuvent avoir certains effets pervers comme celui de restreindre l'accès à ces substances aux personnes qui en ont besoin selon leur état de santé. Comme les opioïdes

prescrits sont généralement destinés à la gestion de la douleur, leur diminution ou leur arrêt pourrait être impossible ou cliniquement contre-indiqué (Frank et al., 2017). Certains patients pourraient avoir un soulagement insuffisant de leur douleur (Davis et al., 2019 ; Frank et al., 2017 ; Wetzel et al., 2018), ou cela pourrait même entraîner une mort prématurée (Weeks, 2016). Les contraintes concernant la prescription d'opioïdes sont potentiellement des mesures régressives, car si les patients doivent consulter un professionnel de la santé plus souvent pour faire renouveler leur médication, cela risque de leur infliger des coûts supplémentaires, plus de temps et des déplacements, affectant de manière disproportionnée les personnes les plus économiquement précaires, les menant à une plus grande vulnérabilité (Davis et al., 2019). De nombreux experts craignent également que les patients ayant un accès restreint à des opioïdes prescrits s'en procurent de façon illégale, ce qui augmenterait considérablement leur risque de surdosage (Barnett et al., 2017 ; Davis et al., 2019).

Toujours sur le plan communautaire, les stratégies de distribution de la naloxone sont largement déployées grâce à leur bonne acceptabilité sociale (Behar et al., 2018) et leur grande efficacité pour renverser les symptômes de surdoses (Behar et al., 2018 ; Bird et al., 2016 ; Kerensky et Walley, 2017 ; Mitchell et Higgins, 2016 ; Walley et al., 2013). L'accès gratuit et universel à la naloxone et aux programmes de prévention des surdoses est recommandé pour toutes les personnes à risque de surdose (McDonald et al., 2017). Celles-ci incluent les personnes sous traitement opioïde prescrit, de même que les personnes qui utilisent des drogues, peu importe leurs substances de choix, puisqu'il y a toujours des risques de contamination et de mélange des drogues (Rudd et al., 2016).

Finalement, Dugosh et al. (2016) ont conclu que l'ajout d'une intervention psychosociale à un TAO était bénéfique pour les patients, mais les preuves étaient équivoques ou ne montraient qu'un faible impact positif (Day et Mitcheson, 2017 ; Dugosh et al., 2016). Cela peut s'expliquer en partie par des difficultés méthodologiques, car les interventions psychosociales placebo pour les groupes témoins sont difficiles à réaliser et parce que les chercheurs ont inclus une grande diversité d'interventions psychosociales à leur étude, ce qui rend difficile leur comparaison (Dugosh et al., 2016). Ces auteurs ont interprété leurs résultats en faveur de l'ajout d'interventions psychosociales au TAO, mais sans fournir de preuves suffisantes pour le soutenir (Schwartz, 2016). Les patients peuvent toutefois bénéficier d'interventions ciblées pour certains problèmes liés à la toxicomanie, mais le succès du traitement du TUO est actuellement imputable au TAO, avec ou sans intervention psychosociale (Schwartz, 2016). L'effet supplémentaire de l'intervention psychosociale n'est pas clairement étayé par des preuves, ce qui implique que davantage d'études sont nécessaires et que le TAO ne devrait pas être retardé dans le but d'avoir accès à une thérapie psychosociale conjointe (Schwartz, 2016).

Stratégies sur le plan individuel

La douleur est un facteur de risque liés aux opioïdes sur le plan socioécologique individuel (Jalali et al., 2020) et une des stratégies s'y intéressant concerne des programmes de gestion de la douleur utilisant des alternatives aux opioïdes (Moride et al., 2019). Bien que les auteurs indiquent que ces programmes ont montré une diminution globale d'utilisation d'opioïdes et une augmentation de l'utilisation de traitements antalgiques alternatifs pour le traitement de la douleur, ils ne discutent pas de quelles alternatives ont été utilisés, de leur efficacité pour gérer la douleur, ni de leurs effets négatifs potentiels. Plusieurs chercheurs s'intéressent aux traitements non-opioïdes pour la gestion de la douleur en réponse à la crise des surdoses, par exemple, l'utilisation de la kétamine à faible dose (Karlow et al., 2018), l'utilisation de l'acupuncture (Burns et al., 2019 ; Yin et al., 2017) ou du cannabis médical (Bruce et al., 2018 ; Vyas et al., 2018). Malgré l'intérêt grandissant pour ce type de stratégies, l'efficacité de traitements alternatifs aux opioïdes ne semble pas faire consensus, mais la plupart des auteurs s'entendent sur le besoin d'individualiser les soins en réponse aux besoins de chaque patient en choisissant avec lui ou elle, de façon concertée, le traitement le plus adapté (Arnstein et Herr, 2019 ; Burns et al., 2019 ; Vyas et al., 2018).

Vue globale

L'analyse des stratégies face à la crise des opioïdes fait ressortir l'importance de réhumaniser les soins (Behar et al., 2018 ; Koh, 2015 ; Mitchell et Higgins, 2016) et de dispenser beaucoup plus de formation dans le contexte de la crise des surdoses, tant aux patients, qu'aux professionnels de la santé et à la population générale (Behar et al., 2018 ; Krieger et al., 2018). Il semble également essentiel que la « Loi du Bon Samaritain » soit respectée et que les équipes de policiers et d'ambulanciers soient bien formées pour l'appliquer, puisqu'on dénote davantage d'appels d'urgence en cas de surdose, contribuant ainsi à sauver des vies là où cette loi est en vigueur (Mitchell et Higgins, 2016 ; Zadoretzky et al., 2017). Dans une situation aussi complexe que l'épidémie de surdose d'opioïdes, les interventions ascendantes, dites *bottom-up*, sont particulièrement indiquées, car elles sont directement adaptées aux besoins des personnes à risque ou en surdose dans leur contexte (Palombi et al., 2019). Finalement, on observe que la plupart des interventions sont réalisées sur les plans socioécologiques les plus distants de l'individu, soit social et communautaire, mais que peu ou pas de stratégies n'ont été répertoriées sur les plans individuel ou interpersonnel. Il va sans dire qu'il est urgent, dans le contexte de la crise des surdoses, d'agir sur tous les plans socioécologiques des facteurs de risque liés aux opioïdes afin d'atténuer cette crise sanitaire.

Limites

La méthodologie de cette étude présente certaines limites. Puisque la plupart des revues systématiques incluses n'explicitaient pas leur processus d'évaluation de la qualité, il était parfois difficile de juger de la validité de leurs conclusions. En outre, nos résultats reflètent les

stratégies qui ont fait l'objet d'une revue systématique et peuvent inclure un biais de sélection puisque celles qui n'ont pas fait l'objet d'une revue systématique ne sont pas incluses. Compte tenu de la complexité du sujet, beaucoup d'études ont ciblé des indicateurs tangibles et mesurables, par exemple le nombre de prescriptions de médicaments opioïdes ou le nombre de décès par surdose (Baldwin et al., 2018 ; Haegerich et al., 2014 ; McDonald et al., 2017 ; Ponnapalli et al., 2018). Bien que ces données fournissent des connaissances importantes, d'autres indicateurs moins étudiés tels que l'approvisionnement des drogues, les facteurs socioéconomiques ou le niveau de détresse (Dasgupta et al., 2018) sont particulièrement importants pour comprendre la situation. Comme ceux-ci sont complexes et plus difficiles à mesurer de par la nature parfois illégale de la consommation de drogues, ces données sont manquantes dans la littérature scientifique. Les données de recherche plus récentes risquent également de ne pas avoir été prises en compte vu le temps que peuvent prendre les revues systématiques à être publiées.

Conclusion et recommandations

Cette étude a mis en évidence des stratégies déployées en réponse à la crise des surdoses d'opioïdes sur les plans socioécologiques individuel, communautaire et social. Elles ciblaient la prescription d'opioïdes ou d'alternatives, la distribution de naloxone, l'ajout d'interventions psychosociales en conjonction avec les TAO et l'utilisation de l'IRMf pour la recherche sur le TUO. Les principales recommandations qui ressortent de cette étude sont d'aborder les facteurs de risques de surdoses aux opioïdes en utilisant des stratégies sur tous les plans socioécologiques et d'offrir des soins holistiques, humains et centrés sur le patient pour répondre aux besoins des individus. La distribution de naloxone est la seule stratégie avec des preuves irréfutables de son efficacité pour sauver des vies, et doit continuer à être déployée, soutenue et accessible, en association avec les autres stratégies de réduction des méfaits déjà en place. À noter que cette stratégie est efficace pour renverser les symptômes de surdose, mais ne permet pas d'agir en amont pour prévenir les surdoses. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre l'impact de stratégies telles que celles ciblant la prescription d'opioïdes ou de traitements alternatifs, l'ajout d'interventions psychosociales en conjonction avec les TAO, ou la recherche en lien avec le TUO et les autres facteurs de risque de surdose dans le contexte de la crise des opioïdes. Davantage d'études canadiennes et québécoises sont souhaitables pour comprendre l'impact des stratégies dans le contexte local. En tant que société, il serait important de remettre en question notre approche à la santé, à la gestion de la douleur, et aux déterminants qui poussent les gens à consommer des opioïdes, parfois au risque de leur vie.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

Alho, H., Dematteis, M., Lembo, D., Maremmani, I., Roncero, C. et Somaini, L. (2020). Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *International Journal of Drug Policy, 76*, 102616. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102616

Arnstein, P. et Herr, K. (2019). Shifting focus : from the opioid crisis to quality pain management. *Journal of gerontological nursing, 45*(6), 3-5.

Baldwin, N., Gray, R., Goel, A., Wood, E., Buxton, J. A. et Rieb, L. M. (2018). Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: An observational analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 185*, 322-327. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.032

Barnett, M. L., Gray, J., Zink, A. et Jena, A. B. (2017). Coupling policymaking with evaluation—the case of the opioid crisis. *New England Journal of Medicine, 377*(24), 2306-2309.

Baumann, M. H., Kopajtic, T. A. et Madras, B. K. (2018). Pharmacological research as a key component in mitigating the opioid overdose crisis. *Trends in Pharmacological Sciences, 39*(12), 995-998. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tips.2018.09.006

Beaucher, V. et Jutras, F. (2007). Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Recherches qualitatives, 27*(2), 58-77.

Behar, E., Bagnulo, R. et Coffin, P. O. (2018). Acceptability and feasibility of naloxone prescribing in primary care settings: A systematic review. *Preventive Medicine, 114*, 79-87. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.06.005

Bird, S. M., McAuley, A., Perry, S. et Hunter, C. (2016). Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006–10) versus after (2011–13) comparison. *Addiction, 111*(5), 883-891.

Blake, A., Wan, B. A., Malek, L., DeAngelis, C., Diaz, P., Lao, N. et O'Hearn, S. (2017). A selective review of medical cannabis in cancer pain management. *Annals of palliative medicine, 6*(suppl 2), s215-s222.

Bruce, D., Brady, J. P., Foster, E. et Shattell, M. (2018). Preferences for medical marijuana over prescription medications among persons living with chronic conditions: Alternative, complementary, and tapering uses. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 24*(2), 146-153.

Burns, J. R., Kram, J. J., Xiong, V., Casadont, J. M. S., Mullen, T. A., Conway, N. et Baumgardner, D. J. (2019). Utilization of acupuncture services in the emergency department setting: a quality improvement study. *Journal of patient-centered research and reviews, 6*(2), 172.

Corey-Bloom, J., Wolfson, T., Gamst, A., Jin, S., Marcotte, T. D., Bentley, H. et Gouaux, B. (2012). Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: a randomized, placebo-controlled trial. *CMAJ, 184*(10), 1143-1150. https://doi.org/10.1503/cmaj.110837

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP appraisal checklists*. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf

Dasgupta, N., Beletsky, L. et Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health, 108*(2), 182-186. https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304187

Davis, C. S., Lieberman, A. J., Hernandez-Delgado, H. et Suba, C. (2019). Laws limiting the prescribing or dispensing of opioids for acute pain in the United States: A national systematic legal review. *Drug and Alcohol Dependence, 194*, 166-172. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.09.022

Day, E. et Mitcheson, L. (2017). Psychosocial interventions in opiate substitution treatment services : does the evidence provide a case for optimism or nihilism? *Addiction, 112*(8), 1329-1336.

Dhalla, I. A., Persaud, N. et Juurlink, D. N. (2011). Facing up to the prescription opioid crisis. *Bmj, 343*, d5142. https://doi.org/10.1136/bmj.d5142

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M. et Festinger, D. (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of Addiction Medicine, 10*(2), 93-103. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000193

Florence, C., Luo, F. et Rice, K. (2021). The economic burden of opioid use disorder and fatal opioid overdose in the United States, 2017. *Drug and Alcohol Dependence, 218*, 108350. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108350

Frank, J. W., Lovejoy, T. I., Becker, W. C., Morasco, B. J., Koenig, C. J., Hoffecker, L., Dischinger, H. R., Dobscha, S. K. et Krebs, E. E. (2017). Patient outcomes in dose reduction or discontinuation of long-term opioid therapy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine, 167*(3), 181-191. https://doi.org/10.7326/M17-0598

Franklin, G., Sabel, J., Jones, C. M., Mai, J., Baumgartner, C., Banta-Green, C. J., Neven, D. et Tauben, D. J. (2015). A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned. *American Journal of Public Health, 105*(3), 463-469.

Gouvernement du Canada. (2019). *À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html

Grant, I., Atkinson, J. H., Gouaux, B. et Wilsey, B. (2012). Medical marijuana: clearing away the smoke. *The open neurology journal, 6*, 18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3358713/pdf/TONEUJ-6-18.pdf

Haegerich, T. M., Paulozzi, L. J., Manns, B. J. et Jones, C. M. (2014). What we know, and don't know, about the impact of state policy and systems-level interventions on prescription drug overdose. *Drug Alcohol Depend, 145*, 34-47. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.001

Hill, K. P., Palastro, M. D., Johnson, B. et Ditre, J. W. (2017). Cannabis and pain: a clinical review. *Cannabis and cannabinoid research, 2*(1), 96-104.

Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. (2002). Understanding population health and its determinants. Dans *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. National Academies Press (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221225/

Jalali, M. S., Botticelli, M., Hwang, R. C., Koh, H. K. et McHugh, R. K. (2020). The opioid crisis: a contextual, social-ecological framework. *Health Research Policy and Systems, 18*(87), 2. https://doi.org/10.1186/s12961-020-00596-8

Jensen, B., Chen, J., Furnish, T. et Wallace, M. (2015). Medical marijuana and chronic pain: a review of basic science and clinical evidence. *Current Pain and Headache Reports, 19*(10), 50. https://doi.org/10.1007/s11916-015-0524-x

Karlow, N., Schlaepfer, C. H., Stoll, C. R., Doering, M., Carpenter, C. R., Colditz, G. A., Motov, S., Miller, J. et Schwarz, E. S. (2018). A systematic review and meta-analysis of ketamine as an alternative to opioids for acute pain in the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 25*(10), 1086-1097.

Kerensky, T. et Walley, A. Y. (2017). Opioid overdose prevention and naloxone rescue kits: what we know and what we don't know. *Addiction Science & Clinical Practice, 12*(1), 4. https://doi.org/10.1186/s13722-016-0068-3

Koh, H. (2015). Community approaches to the opioid crisis. *JAMA, 314*(14), 1437-1438.

Krieger, M. S., Goedel, W. C., Buxton, J. A., Lysyshyn, M., Bernstein, E., Sherman, S. G., Rich, J. D., Hadland, S. E., Green, T. C. et Marshall, B. D. L. (2018). Use of rapid fentanyl test strips among young adults who use drugs. *International Journal of Drug Policy, 61*, 52-58. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.009

Lutge, E. E., Gray, A. et Siegfried, N. (2013). The medical use of cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (4), Cd005175. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005175.pub3

Lynch, M. E. et Campbell, F. (2011). Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials. *British Journal of Clinical Pharmacology, 72*(5), 735-744. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2011.03970.x

Maison, P. (2010). La méta-analyse sur données résumées. *Recherche en soins infirmiers,* (2), 18-24.

McDonald, R., Campbell, N. D. et Strang, J. (2017). Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids—Conception and maturation. *Drug and Alcohol Dependence, 178*, 176-187. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.001

Mitchell, K. D. et Higgins, L. J. (2016). Combating opioid overdose with public access to naloxone. *Journal Of Addictions Nursing, 27*(3), 160-179. https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000132

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et Group, A. T. P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264-269. https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Moningka, H., Lichenstein, S., Worhunsky, P. D., DeVito, E. E., Scheinost, D. et Yip, S. W. (2019). Can neuroimaging help combat the opioid epidemic? A systematic review of clinical and pharmacological challenge fMRI studies with recommendations for future research. *Neuropsychopharmacology, 44*(2), 259-273. https://doi.org/10.1038/s41386-018-0232-4

Moride, Y., Lemieux-Uresandi, D., Castillon, G., de Moura, C. S., Pilote, L., Faure, M. et Bernartsky, S. (2019). A systematic review of interventions and programs targeting appropriate prescribing of opioids. *Pain Physician, 22*(3), 229-240.

Morin, K. A., Eibl, J. K., Franklyn, A. M. et Marsh, D. C. (2017). The opioid crisis: past, present and future policy climate in Ontario, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy, 12*, 1-7. https://doi.org/10.1186/s13011-017-0130-5

Organisation mondiale de la santé. (2018). *International Classification of Health Interventions (ICHI)*. Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. et Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews, 5*(1), 210.

Palombi, L., Olivarez, M., Bennett, L. et Hawthorne, A. N. (2019). Community forums to address the opioid crisis: An effective grassroots approach to rural community engagement. *Substance abuse : research and treatment, 13*, 1178221819827595.

Pendergrass, S. A., Crist, R. C., Jones, L. K., Hoch, J. R. et Berrettini, W. H. (2019). The importance of buprenorphine research in the opioid crisis. *Molecular Psychiatry, 24*(5), 626-632. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0329-5

Ponnapalli, A., Grando, A., Murcko, A. et Wertheim, P. (2018). Systematic literature review of prescription drug monitoring programs. *American Medical Informatics Association Annual Symposium Proceedings, 2018*, 1478-1487. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371270/pdf/2974898.pdf

Rasmussen, K., White, D. A. et Acri, J. B. (2019). NIDA's medication development priorities in response to the Opioid Crisis: ten most wanted. *Neuropsychopharmacology, 44*(4), 657-659.

Ropero-Miller, J. D. et Speaker, P. J. (2019). The hidden costs of the opioid crisis and the implications for financial management in the public sector. *Forensic Science International : Synergy, 1*, 227-238. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2019.09.003

Rothberg, R. L. et Stith, K. (2018). Fentanyl : A whole new world? *Journal of Law, Medicine & Ethics, 46*(2), 314-324. https://doi.org/10.1177/1073110518782937

Rudd, R. A., Aleshire, N., Zibbell, J. E. et Matthew Gladden, R. (2016). Increases in drug and opioid overdose deaths—United States, 2000–2014. *American Journal of Transplantation, 16*(4), 1323-1327. https://doi.org/10.1111/ajt.13776

Ryan, S. A. (2018). Calculating the real costs of the opioid crisis. *Pediatrics, 141*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2017-4129

Schwartz, R. P. (2016). When added to opioid agonist treatment, psychosocial interventions do not further reduce the use of illicit opioids: a comment on Dugosh et al. *Journal of Addiction Medicine, 10*(4), 283.

Shah, A., Craner, J. et Cunningham, J. L. (2017). Medical cannabis use among patients with chronic pain in an interdisciplinary pain rehabilitation program: Characterization and treatment outcomes. *Journal Of Substance Abuse Treatment, 77*, 95-100. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.03.012

Smith, V., Devane, D., Begley, C. M. et Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology, 11*(1), 1-6.

Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. (2019). *National report : Opioid-related harms in Canada web-based report.* Public Health Agency of Canada. https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids

U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Opioid crisis statistics.* https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/opioid-crisis-statistics/index.html

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World drug report 2020: Drug use and health consequences.* https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, V., Sramcik, J. et Kaye, A. D. (2018). The opioid crisis: a comprehensive overview. *Current Pain and Headache Reports, 22*(3), 1-6.

Volkow, N. D. et Collins, F. S. (2017). The role of science in addressing the opioid crisis. *New England Journal of Medicine, 377*(4), 391-394. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsr1706626?articleTools=true

Vyas, M. B., LeBaron, V. T. et Gilson, A. M. (2018). The use of cannabis in response to the opioid crisis: A review of the literature. *Nursing Outlook, 66*(1), 56-65. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.08.012

Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., Ruiz, S. et Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis. *Bmj, 346*, f174. https://doi.org/10.1136/bmj.f174

Ware, M. A., Wang, T., Shapiro, S., Collet, J.-P., Boulanger, A., Esdaile, J. M., Gordon, A., Lynch, M., Moulin, D. E. et O'Connell, C. (2015). Cannabis for the management of pain: Assessment of safety study (COMPASS). *The Journal of Pain, 16*(12), 1233-1242. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.07.014

Weeks, W. B. (2016). Hailey. *JAMA, 316*(19), 1975-1976. https://doi.org/10.1001/jama.2016.10251

Wetzel, M., Hockenberry, J. et Raval, M. V. (2018). Interventions for postsurgical opioid prescribing: A systematic review. *JAMA Surgery, 153*(10), 948-954. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2730

Yin, C., Buchheit, T. E. et Park, J. J. (2017). Acupuncture for chronic pain: an update and critical overview. *Current opinion in anaesthesiology, 30*(5), 583-592.

Zadoretzky, C., McKnight, C., Bramson, H., Des Jarlais, D., Phillips, M., Hammer, M. et Cala, M. E. (2017). The New York 911 Good samaritan law and opioid overdose prevention among people who inject drugs. *World Medical & Health Policy, 9*(3), 318-340. https://proxybiblio.uqo.ca:2087/doi/pdf/10.1002/wmh3.234

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Propositions pour l'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes au Québec

Yan Ferguson, M. Sc., professionnel de recherche, Institut universitaire sur les dépendances

Shany Lavoie, M.A., professionnelle de recherche, Institut universitaire sur les dépendances

Marie-Claude Plessis-Bélair, M.A., professionnelle de recherche,
Institut universitaire sur les dépendances

Vincent Wagner, Ph. D., chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Karine Hudon, BA, chargée de projet, Institut universitaire sur les dépendances

Marie-Ève Goyer, MD, M.Sc., professeure adjointe de clinique,
Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur, École de travail social,
Université du Québec à Montréal

Correspondance
Yan Ferguson
Institut universitaire sur les dépendances
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Hôpital Notre-Dame, Pavillon Lachapelle
1560, rue Sherbrooke Est, local TS3338
Montréal (QC) H2L 4M1
yan.ferguson.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Introduction : Dans le contexte de la crise de surdoses d'opioïdes sévissant actuellement au Canada, il est prioritaire d'investir des efforts pour identifier et promouvoir les meilleures pratiques cliniques au sein des services de santé et des services sociaux accompagnant les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Cet article vise à présenter les résultats d'une démarche participative visant à identifier les caractéristiques des services à bas seuil d'exigence et à déterminer les meilleures pratiques dans la prise en charge médicale du sevrage, et ce, dans la perspective d'améliorer l'accès et les services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes.

Méthodologie : Cette démarche a misé sur deux revues narratives de la littérature portant respectivement sur les caractéristiques des services à bas seuil et sur les meilleures pratiques sur la prise en charge médicale du sevrage. Des entretiens individuels et de groupes ont été menés auprès de cliniciens, d'intervenants communautaires et de personnes utilisatrices d'opioïdes dans différentes régions du Québec afin de dresser l'état des pratiques en services à bas seuil et en prise en charge médicale du sevrage.

Résultats : L'analyse des résultats a mené à l'élaboration de dix propositions d'amélioration des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec. Ces propositions touchent notamment à la philosophie d'intervention, l'organisation du continuum de services et à l'inclusion des pairs. Elles ont donc des implications concrètes pour les équipes de soins partenaires, les gestionnaires et les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois offrant des services aux personnes utilisatrices d'opioïdes.

Conclusion : La démarche employée pour arriver à l'élaboration de dix propositions d'amélioration des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec, par sa nature participative, a permis des retombées concrètes dans ce domaine. L'opérationnalisation de ces propositions permettra d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes. Pour ce faire, les acteurs clés devront pouvoir compter sur un soutien organisationnel et clinique afin de pouvoir les décliner localement.

Mots-clés : opioïdes, trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO), dépendance, précarité, démarche participative, guide clinique

Proposals for the improvement of opioid agonist treatment in Quebec

Abstract

Introduction: The actual opioid crisis highlights the need to invest in and promote best practices for people with opioid use disorder. This article aims to present results of a participative approach used in two research projects aimed at identifying the characteristics of low threshold programs and the best practices in the medical management of opioid withdrawal. The two projects ultimately share the objective of improving treatment for people with opioid use disorder and access to these services.

Methods: The two projects relied on two narrative reviews whose objectives were to identify best practices regarding low threshold services for people with opioid use disorder and the medical management of opioid withdrawal. Individual and group interviews were conducted with clinicians, community workers and people using opioids in different regions of Quebec in order to assess the state of practices in low-threshold services and in medical management of opioid withdrawal.

Results: The results of these two projects led to the publishing of ten proposals for the improvement of services for people with opioid use disorder in Quebec. These proposals relate to the intervention's philosophy, peer inclusion, and the continuum of care for people with opioid use disorder. These proposals have implications for clinical teams, administrators and stakeholders involved in services provision to people with opioid use disorder.

Conclusion: Throughout the process, the participative approach described in this article led to improvements in the way services are offered to people with opioid use disorder in Quebec. Ultimately, the improvement of the care for people who use opioids, involves the development of formation and training for healthcare professionals, the update of clinical guidelines regarding treatment of opioid use disorder, and the development of services to support healthcare professionals implementing those proposals.

Keywords: opioids, opioid use disorder (OUD), addiction, vulnerable people, participative approach, clinical guidelines

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Propuestas para el mejoramiento de las prácticas para el tratamiento del trastorno relacionado con el uso de los opioides en Quebec

Resumen

Introducción: En el contexto de la crisis de las sobredosis de opioides que hace estragos en la actualidad en Canadá, es prioritario invertir esfuerzos para identificar y promover las mejores prácticas clínicas en los servicios de salud y los servicios sociales que acompañan a las personas que presentan un trastorno relacionado con la utilización de opioides. Este artículo se propone presentar los resultados de un proceso participativo destinado a identificar las características de los servicios de bajo nivel de exigencia y determinar cuáles son las mejores prácticas en el tratamiento médico de la desintoxicación, con la perspectiva de mejorar el acceso y los servicios que se ofrecen a las personas usuarias de opioides.

Metodología: Este proceso se apoya en dos revisiones narrativas de la bibliografía referidas respectivamente a los servicios de bajo nivel de exigencia y a las mejores prácticas en el tratamiento médico para la desintoxicación. Se llevaron a cabo entrevistas individuales y grupales con clínicos, representantes comunitarios y personas usuarias de opioides en diferentes regiones de Quebec con el fin de establecer el estado de las prácticas en servicios de bajo nivel de exigencia y del tratamiento de la desintoxicación.

Resultados: El análisis de los resultados condujo a la elaboración de 10 propuestas de mejoramiento de los servicios ofrecidos a las personas usuarias de opioides en Quebec. Estas propuestas se refieren principalmente a la filosofía de la intervención, a la organización de un continuo de servicios y a la inclusión de pares. Tienen por lo tanto consecuencias concretas para los equipos de atención asociados, para los gestionarios y para quienes toman decisiones en la red de salud y de servicios sociales quebequenses que ofrecen servicios a las personas usuarias de opioides.

Conclusión: El proceso adoptado para llegar a la elaboración de 10 propuestas de mejoramiento de los servicios ofrecidos a las personas usuarias de opioides en Quebec ha permitido, por su naturaleza participativa, obtener efectos concretos en este terreno. La puesta en práctica de estas propuestas permitirá mejorar el acceso y la calidad de los servicios que se ofrecen a las personas usuarias de opioides, para lo cual los actores clave deberán contar con un apoyo organizativo y clínico que les permitirá aplicarlos localmente.

Palabras clave: opioides, trastorno relacionado con el uso los opiodes, proceso participativo, adiccion, precariedad, guia clinica

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

Le contexte

La crise des surdoses liées aux opioïdes qui secoue actuellement l'Amérique du Nord représente un enjeu de santé publique prioritaire pour les autorités sanitaires canadiennes et québécoises. Entre janvier 2016 et septembre 2019, au Canada, plus de 14 700 décès associés à la consommation d'opioïdes et 19 490 hospitalisations pour intoxication aux opioïdes ont été répertoriés (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020). Au Québec, entre janvier 2019 et mars 2020, 530 décès suspectés d'être liés à une surdose d'opioïdes ont été observés (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Bien que ce nombre semble moindre que pour d'autres provinces canadiennes, les données de surveillance québécoise indiquent une augmentation du nombre de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes depuis le début des années 2000 (Shemilt et al., 2017).

Pour les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), le traitement par agonistes opioïdes (TAO) représente l'option de choix (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCSA], 2018 ; Initiative canadienne de recherche en abus de substance [ICRAS-CRISM], 2018). Cependant, à l'instar de l'accessibilité à de nombreux services et soins de santé de première ligne, l'accessibilité à ce type de service demeure complexe, particulièrement pour les personnes vivant en situation de précarité. En effet, l'accès aux services peut être modulé par des barrières de différentes natures. Ces barrières peuvent notamment être d'ordre géographique, lorsqu'une personne éprouve des difficultés à accéder à un service en raison des distances à parcourir pour s'y rendre ; économique dans le cas où l'accès au service occasionne des frais directs ou indirects ; organisationnelle lorsque des critères d'accès stricts limitent l'accès à un service ; et enfin socioculturelle et relationnelle dans le cas où la personne éprouve des difficultés d'accès au service en raison d'un traitement différentiel basé sur des caractéristiques individuelles ou sur la base de son appartenance à un groupe (Hyppolite, 2019). Dans le cas précis des programmes de TAO, on note que ceux-ci présentent des seuils d'exigence qui répondent peu ou pas aux modes de vie de certaines populations en situation de précarité, notamment les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) (Poliquin et al., 2018). Ainsi, afin de répondre aux barrières d'accès au TAO vécus par ces personnes, des modèles de TAO dits à bas seuil d'exigence[1] ont été développés au cours des années 1980 (Strike et al., 2013).

Parallèlement, et parfois en réponse aux problèmes d'accès et d'un manque de flexibilité des TAO au Québec et ailleurs dans le monde, certaines personnes ayant un TUO vont formuler des demandes de sevrage rapide des opioïdes, et ce, malgré les risques associés à ce type de pratiques, tels les rechutes, les infections, les surdoses et la mortalité (Bentzley et al.,

[1] Les programmes à bas seuil d'exigence visent à réduire les barrières et des critères d'accès auxquels une personne doit faire face pour accéder aux services et en bénéficier dans le temps (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Islam et al., 2013).

2015 ; Bruneau et al., 2018 ; Dunn et al., 2011 ; Gandhi et al., 2003 ; Initiative canadienne de recherche en abus de substance [ICRAS-CRISM], 2018 ; Weinstein et al., 2018). En conséquence de quoi, les cliniciens doivent jongler avec la demande et les évidences scientifiques qui vont à l'encontre de cette pratique. Or, le peu d'information médicale et le peu de formation disponible pour les cliniciens québécois concernant les sevrages d'opioïdes représentent un enjeu. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de s'intéresser aux meilleures pratiques dans le domaine du TAO de sorte à maximiser les taux de succès du traitement, l'atténuation des symptômes de sevrage et la transition vers un traitement à long terme. De même, dans l'objectif de réduire le fardeau sanitaire et social associé au mésusage d'opioïdes, il apparaît important de réfléchir à la mise en place de différentes actions de réduction des méfaits, notamment à l'amélioration de l'accès au TAO (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018a, 2018b).

Les projets

Dans ce contexte, deux projets de recherche financés par le *Programme sur l'usage et les dépendances aux substances* (PUDS) de Santé Canada ont été menés entre 2018 et 2020 par les auteurs. Ces projets visaient à permettre une réflexion sur les avenues à privilégier pour faciliter l'accès, la rétention en TAO et l'amélioration des pratiques de prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. Ces deux projets ont reçu l'approbation du comité d'éthique dépendances, inégalités sociales et santé publique du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (dossiers # DIS-1819-48 et DIS-1819-49). Le premier projet, identifié ci-après par « projet de recherche sur les services à bas seuil », visait à documenter les différentes pratiques en prestation de soins et de services à bas seuil d'exigence afin de réfléchir à l'amélioration de l'accès au traitement de la dépendance aux opioïdes au Québec.

Le second projet de recherche, appelé ci-après « projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage », visait à documenter les pratiques sur la prise en charge médicale du sevrage afin de soutenir les cliniciens et les gestionnaires à mieux répondre aux demandes des personnes formulant une demande de sevrage d'opioïdes au Québec.

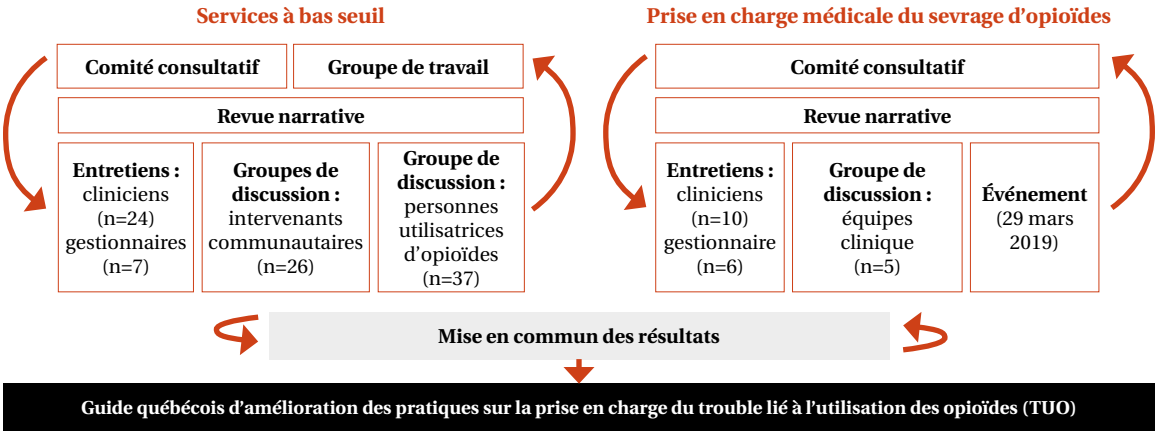
Objectif

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'une démarche participative visant à identifier les caractéristiques des services à bas seuil d'exigence et les meilleures pratiques dans la prise en charge médicale du sevrage, afin d'améliorer l'accès et les services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes. Dans un premier temps, nous détaillons la méthodologie à la base de cette démarche, et dans un second temps, nous présentons sommairement les dix propositions d'amélioration des pratiques en TUO. Enfin, nous discutons des implications de ces propositions pour l'organisation des soins et des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec.

Méthodologie

Les deux projets de recherche décrits ici ont employé des méthodes et activités de recherche similaires. Celles-ci sont résumées à la figure 1.

FIGURE 1 – **Activités de recherche**



Démarche participative et itérative

Pour chacun des projets présentés ci-haut, un comité consultatif a été formé avec pour mandat de conseiller, orienter et soutenir l'équipe de recherche concernant la pertinence des démarches des deux projets de recherche. Ces deux comités consultatifs étaient composés d'experts universitaires, de représentants des ordres professionnels, de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), de représentants du milieu communautaire possédant une connaissance de l'intervention auprès des personnes ayant un TUO et auprès des personnes en situation de précarité, de même que de personnes utilisatrices d'opioïdes. Les deux comités se sont rassemblés à quatre reprises pendant les deux années des projets.

Un groupe de travail a également été formé avec le mandat d'orienter et soutenir l'équipe de recherche relativement aux enjeux entourant la pratique et la prestation de soins et de services à bas seuil. Ce groupe de travail était composé d'un représentant des personnes utilisatrices d'opioïdes et de professionnels du RSSS et du réseau communautaire.

Les différents comités ont été consultés selon une logique itérative afin d'informer l'équipe de recherche sur les enjeux et de faciliter la participation des différents acteurs ciblés. Ainsi, les résultats des différentes étapes des deux projets ont été présentés à ces groupes de façon à assurer la pertinence de ceux-ci et à confirmer les étapes subséquentes. De même, les analyses préliminaires et les résultats de chacun des deux projets de recherche ont été soumis aux membres des différents comités pour validation et pour amorcer une réflexion générale

sur l'amélioration des pratiques en TUO au Québec. Enfin, les dix propositions d'amélioration des pratiques ont également été soumises à ces différentes instances pour validation et bonification.

Revues narratives

D'abord, une revue narrative de la littérature a été menée pour chacun des projets. L'approche narrative est décrite par Barnett-Page et Thomas (2009), comme permettant l'analyse d'un corpus hétérogène de données et de dresser un bilan des connaissances sur un sujet donné. Ce type d'approche a été favorisée à une approche systématique pour son adéquation à la nature exploratoire de l'étude et de ses objectifs, à savoir de jeter les bases d'une réflexion sur les avenues à privilégier pour faciliter l'accès, la rétention en TAO et l'amélioration des pratiques de prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes.

Ainsi, dans le cadre du projet portant sur les services à bas seuil, l'objectif de la revue était de documenter les caractéristiques et les modèles de prestation de services à bas seuil destinés aux personnes en situation de précarité avec une attention particulière pour les personnes ayant un TUO. Trois axes de recherche ont été explorés, à savoir : 1) la philosophie d'intervention, 2) les services offerts, et 3) l'organisation des services. La revue narrative menée dans le cadre du projet de recherche sur la prise en charge médicale du sevrage avait pour objectif d'identifier les meilleures pratiques médicales dans le cadre d'un sevrage d'opioïdes. Trois axes de recherche ont été explorés : 1) l'entrée dans les services lors d'une demande de sevrage d'opioïdes, 2) la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes, et 3) les interventions connexes au traitement pharmacologique principal.

Une stratégie de recherche documentaire a été développée pour chacun des deux projets et visait dans les deux cas une exploration de la littérature scientifique et grise. Plus spécifiquement, l'exploration de la littérature scientifique a été effectuée en interrogeant les bases de données suivantes : Medline, Cinahl Plus, PubMed, Embase, PsycINFO, Érudit et CAIRN. Les critères d'inclusion utilisés sont rapportés au tableau 1. L'exploration de la littérature en lien avec les services à bas seuil a permis de repérer 1 442 articles dont 42 ont été retenus aux fins de l'analyse. Dans le cas du projet sur la prise en charge médicale du sevrage, 1 738 articles ont été repérés parmi lesquels 39 articles (représentant 38 études) ont été retenus pour l'analyse (voir figure 2-3).

TABLEAU 1 – **Critères d'inclusion des revues narratives**

Littérature scientifique	**Critères d'inclusion**		
		SERVICES À BAS SEUIL	**PRISE EN CHARGE MÉDICALE DU SEVRAGE D'OPIOÏDES**
	Population	**Population** • Personnes en situation d'itinérance • Personnes utilisatrices de drogues injectables • Personnes à faible statut socioéconomique • Populations vulnérables • Personnes vivant avec le VIH/VHC • Personnes ayant un trouble de santé mentale	**Population** • Hommes ou femmes adultes (18 ans et plus) ayant un trouble de l'utilisation des opioïdes diagnostiqué selon les critères du DSM-IV ou du DSM-V – Tout degré de sévérité (léger, modéré, sévère) – Tout type d'opioïdes utilisé
	Intervention	Programme • Bas seuil • De proximité (*outreach*) • Communautaire	Sevrage d'opioïdes effectué au moyen d'agonistes opioïdes
	Résultats de recherche	Tous types de résultat	• Taux d'achèvement • Taux d'abstinence • L'atténuation des symptômes de sevrage • Effets indésirables • Transition vers un traitement à long terme
	Devis	Étude expérimentale Étude quasi expérimentale (*avec ou sans groupe de comparaison*) Étude de cohorte (*rétrospective ou prospective*) Étude de cas	Étude expérimentale Étude quasi expérimentale (*avec ou sans groupe de comparaison*) Étude pré-expérimentale Essai contrôlé randomisé Étude de cohorte (*rétrospectives ou prospectives*)
	Qualité méthodologique	Tous type	Tous type
	Langue de publication	Français Anglais	Français Anglais
	Année de publication	2000-2019	2000-2018
Littérature grise	**Critères d'inclusion**		
	Type de publication	Guide clinique portant sur la prise en charge des TAO	Guide clinique portant sur la prise en charge médicale des TAO
	Année de publication	2000-2019	2000-2018
	Provenance	Pays occidentaux	Pays occidentaux
	Langue de publication	Français Anglais	Français Anglais

Pour les deux projets, la stratégie de recherche de la littérature grise visait à répertorier spécifiquement les guides cliniques nationaux et internationaux se rapportant à la prise en charge clinique dans le cadre du TAO. Dans le cadre du projet portant sur les services à bas seuil nous avons, pour des raisons logiques et pragmatiques, également restreint l'exploration de la littérature grise aux guides cliniques nationaux et internationaux se rapportant à la

prise en charge clinique du TAO ; cela afin de permettre une réflexion concrète sur l'amélioration des services en TAO et une comparaison avec les programmes et services à bas seuil. L'exploration de la littérature grise a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google et par l'exploration de sites Web d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, nationales et internationales. À terme, respectivement 26 et 30 guides cliniques ont été retenus aux fins de l'analyse.

FIGURE 2 – **Étapes de la revue narrative du projet portant sur les services à bas seuil**

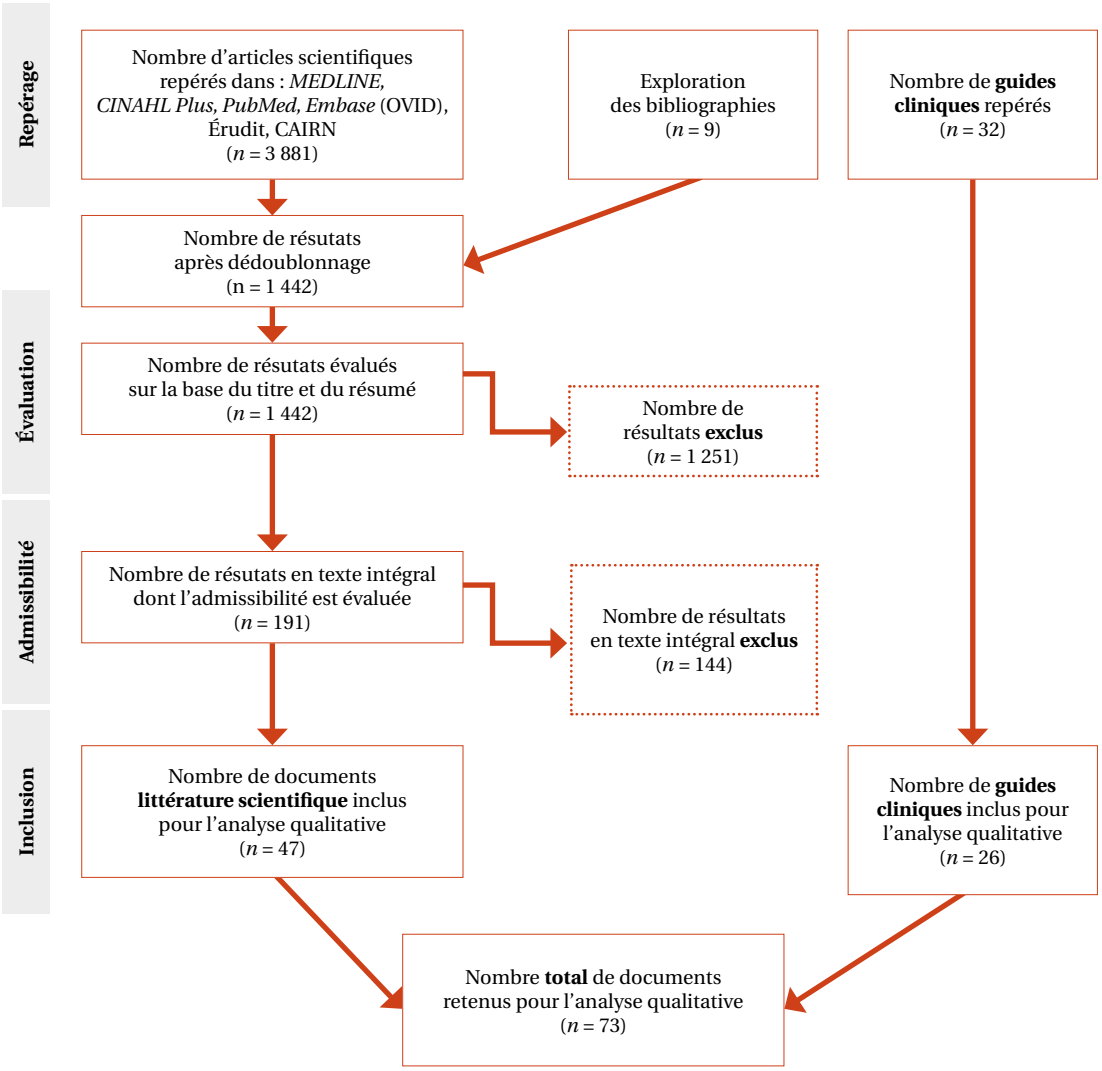
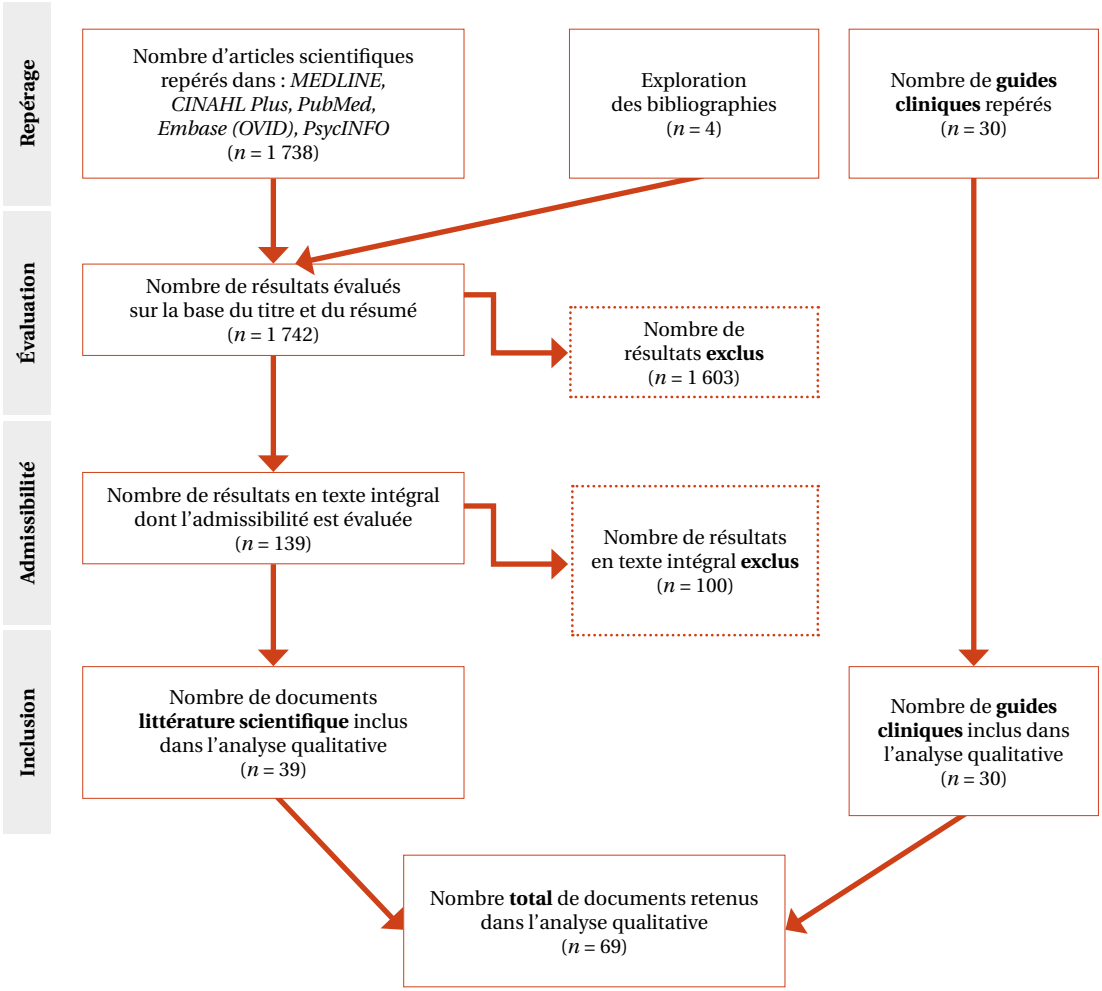


FIGURE 3 – **Étapes de la revue narrative du projet portant sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes**



Les informations obtenues à l'issue de la recherche de la documentation scientifique et de la littérature grise ont été systématiquement prélevées à l'aide de grilles d'extraction sous forme de fiches de lecture. L'information ainsi colligée a été organisée et analysée à l'aide du logiciel *Nvivo12* dans un projet et à l'aide d'un document *Excel* dans l'autre. L'ensemble de l'information a été examiné séparément par les membres de l'équipe de recherche (YF, VW, MCPB) selon une approche d'analyse thématique et sous la supervision du co-chercheur principal (JFA) (Barnett-Page et Thomas, 2009 ; Paillé et Mucchielli, 2012). Chacun des articles retenus a été évalué à l'aide d'une grille d'évaluation permettant d'apprécier la qualité des articles retenus nonobstant le type de devis utilisé (Hawker et al., 2002). Cette évaluation a permis de déterminer la force des différentes thématiques ainsi identifiées à la suite de l'analyse. Les résultats de ces démarches ont également été présentés aux comités consultatifs afin d'être validés et utilisés pour réfléchir les étapes subséquentes.

Entretiens

En complément aux deux revues narratives, des entretiens semi-dirigés et des groupes de discussion ont été menés par les membres de l'équipe de recherche (MCPB, KH et JFA) auprès d'équipes cliniques, d'intervenants communautaires et de personnes utilisatrices d'opioïdes de différentes régions du Québec. Ces entretiens individuels et de groupes avaient pour objectif de documenter la réalité et les pratiques de prise en charge médicale des TUO dans les services internes de gestion du sevrage d'établissements ayant une mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD) au Québec ainsi que la réalité des services à bas seuil en TUO au Québec. Préalablement aux entretiens en personne, un questionnaire a été rempli par les gestionnaires responsables de ces services afin de collecter des données sur l'organisation de leur service et sur les personnes qui le fréquentent.

Ultimement, dans le cadre du projet portant sur les services à bas seuil, sept gestionnaires et 24 cliniciens de programmes de TAO à « bas seuil » de six régions du Québec ont été rencontrés, de même que 26 intervenants d'organismes communautaires ainsi que 37 personnes utilisatrices d'opioïdes. La durée des entretiens individuels et de groupe variait entre une heure et trois heures. Dans le cadre du projet portant sur la prise en charge médicale du sevrage, six établissements ont été visités et un total de six gestionnaires et dix cliniciens ont été rencontrés en entretien de groupe. La durée moyenne de ces entretiens était d'une heure et trente minutes.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits et leur contenu a été soumis à une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel *Nvivo12* avec pour objectif de dégager les convergences et les divergences de points de vue concernant les différentes thématiques explorées (Paillé et Mucchielli, 2012). Les analyses ont été effectuées par les membres de l'équipe de recherche (MCPB, SL) sous la direction du co-chercheur principal (JFA) qui possède une grande expérience en analyse qualitative. À l'instar des résultats des revues narratives, les résultats ont également été partagés avec les membres des comités consultatifs.

Événement provincial sur la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes

Enfin, dans le cadre du projet de recherche portant sur la prise en charge médicale du sevrage, l'équipe de recherche a organisé un événement de réseautage et de transfert de connaissances qui a permis de rejoindre 63 différents professionnels de différentes régions du Québec œuvrant en CRD dans la gestion du sevrage d'opioïdes. Cette activité a permis de récolter davantage d'informations concernant la prise en charge des sevrages d'opioïdes en CRD au Québec. Les informations ont été colligées sous forme de notes manuscrites au cours d'ateliers de groupes où les participants étaient divisés par profession (médecins, infirmières, intervenants psychosociaux). Les résultats ont été compilés et résumés pour une utilisation par l'équipe de recherche. Ces résultats ont permis d'enrichir le portrait des services de sevrage en CRD et mieux orienter la collecte de données subséquente via les entretiens.

Triangulation des données

Les activités décrites ci-haut ont été menées dans le cadre d'une démarche participative visant à établir un dialogue entre la recherche scientifique, les savoirs cliniques et expérientiels. À cet effet, les résultats issus de ces différents domaines ont été mis en commun lors de séances de travail regroupant les membres de l'équipe de recherche (YF, SL, MCPB, KH, MEG, JFA) et ont servi de base à la formulation de propositions pour l'amélioration de la prise en charge du TUO au Québec. Plus spécifiquement, les résultats des entretiens menés dans le cadre des projets de recherche ont permis d'identifier les points d'amélioration au sein des services destinés aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec. Ensuite, les résultats des deux revues ont permis d'identifier les pistes de solutions pouvant être déployées dans le contexte provincial. Ultimement, les constats quant aux points d'amélioration des services ainsi que les pistes de solutions repérées dans la littérature scientifique ont été présentés aux différents comités consultatifs afin de valider leur pertinence et leur applicabilité à un contexte québécois. À la suite de ces consultations, ces propositions ont été raffinées par les membres de l'équipe de recherche pour être formulées sous forme de dix propositions d'amélioration des services en lien avec le TUO. Celles-ci sont présentées à la section suivante.

Résultats

Les dix propositions formulées par l'équipe de recherche à l'issue de la démarche présentée ici ont été réfléchies dans l'idée d'un continuum de services en adéquation avec les réalités plurielles des personnes utilisatrices d'opioïdes. Ces propositions visent à permettre aux différents acteurs œuvrant dans le milieu de la dépendance de réfléchir aux modifications à apporter dans l'organisation des services afin d'appliquer les meilleures pratiques. Nous proposons ici un survol de ces propositions et de leurs implications pour les équipes cliniques.

Proposition 1 — Ancrer la pratique auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes dans une philosophie de réduction des méfaits et une vision holistique.

Les résultats du projet portant sur les services à bas seuil dénotent l'importance de la philosophie de la réduction des méfaits et d'une approche holistique dans la prestation de services auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes. Soulignons qu'il ne suffit pas de déployer des pratiques ou des interventions de réduction des méfaits pour que celles-ci correspondent aux valeurs de cette philosophie. À titre d'exemple, les entretiens menés auprès de cliniciens et de gestionnaires ont permis de noter des divergences dans la mise en application des concepts philosophiques à la base de cette approche. Plusieurs cliniciens rencontrés éprouvaient un malaise face à la consommation concomitante au TAO et certains estimaient que l'abstinence devrait toujours être l'objectif ultime du traitement. Dans le même ordre d'idées, une disparité importante dans la pratique de la réduction des méfaits subsiste encore

aujourd'hui entre les différentes régions du Québec qui ont été visitées. Enfin, la vision holistique caractérisant les services destinés aux personnes en situation de précarité recensés dans la littérature met de l'avant l'importance de prendre en considération l'ensemble des besoins des personnes ainsi que les forces et les limites de celles-ci. Conséquemment, l'offre de services qui en découle est multifacette et mise sur des collaborations entre différents acteurs du RSSS et du réseau communautaire pour répondre aux besoins des personnes. Les entretiens ont dénoté la difficulté de mettre en application ce type de vision, notamment en raison d'un cloisonnement des différents services dont pourrait bénéficier la personne.

Proposition 2 — Démocratiser l'accès au traitement du TUO

Les besoins psychosociaux et de santé parfois complexes des personnes utilisatrices d'opioïdes ainsi que leurs réticences envers le réseau de la santé, exigent qu'une attention particulière soit portée à la manière dont les services de TAO leur sont offerts. Les obstacles dont il faut tenir compte sont tant organisationnels, géographiques et administratifs que relationnels. À cet effet, de nombreux cliniciens interrogés ont mentionné que les délais d'accès au TAO au Québec étaient trop longs et incompatibles avec la temporalité et l'urgence de la demande et des besoins des personnes utilisatrices d'opioïdes.

L'accessibilité géographique des TAO est également notée comme problématique par les personnes interrogées. Notamment, la disponibilité de l'ensemble de l'arsenal pharmacothérapeutique a été notée comme étant très variable selon les régions. Le manque de médecins prescripteurs dans certaines régions est également décrié, celui-ci participant à la diminution de l'accessibilité de ce type de traitement. Dans cette optique, il apparaît nécessaire de pouvoir offrir l'amorce du traitement et un accès à l'ensemble des molécules dans divers contextes tels que les services spécialisés, les urgences, les services psychiatriques, les centres de détention et les groupes de médecine familiale dans une logique de *No wrong door*. Ce principe vise à faciliter l'accès aux ressources dont une personne a besoin pour faire face aux problématiques qu'elle rencontre, et ce, peu importe à quel endroit où celle-ci s'adresse initialement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018a).

Proposition 3 — Assouplir le cadre réglementaire des ordres professionnels pour permettre la mise en place de modalités de traitement du TUO flexibles et adaptées.

Les entretiens menés auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes et d'intervenants communautaires ont souligné l'importance d'appliquer des modalités de traitement souples et adaptées à la réalité et aux problématiques de la personne afin de favoriser la rétention en traitement. À cet effet, les cliniciens interrogés ont mentionné être limités dans la flexibilité qu'ils peuvent accorder au traitement des personnes en raison du cadre réglementaire régissant le TAO qui prévalait au moment de les rencontrer. Ultimement, les modifications souhaitées par les cliniciens devraient avoir comme principe directeur la préséance du jugement clinique sur les règles professionnelles appliquées de façon rigide et unilatérale.

Les cliniciens ont cependant exprimé le désir de pouvoir compter sur un guide clinique pour les soutenir dans l'application de leur jugement clinique.

Proposition 4 — Accueillir la demande initiale de services et assurer la sécurité de la personne utilisatrice d'opioïdes

La littérature scientifique concernant les services à bas seuil relève l'importance d'accompagner les personnes utilisatrices d'opioïdes lorsque celles-ci font une demande de soins et de services. Plus précisément, on observe dans de nombreux services la présence d'une personne qui assure la liaison vers les différents services offerts dans la communauté. Au Québec, les cliniciens rencontrés ont mentionné que les démarches nécessaires pour avoir accès aux services dont les personnes utilisatrices d'opioïdes ont besoin sont souvent complexes et la navigation entre les différentes étapes peut être décourageante pour une personne utilisatrice d'opioïdes. Ceux-ci ajoutaient également que, dans le contexte de la crise des surdoses liées aux opioïdes, la réduction des barrières à l'accès aux services représente un enjeu prioritaire pour assurer la sécurité des personnes utilisatrices d'opioïdes.

Dans cette optique, la remise de matériel essentiel de réduction des méfaits dont la naloxone devrait être une pratique intégrée chez les différents professionnels susceptibles de rencontrer des personnes utilisatrices d'opioïdes (voir figure 4). Or, les entretiens menés dans différentes régions du Québec ont permis de relever des disparités importantes dans les pratiques de réduction des méfaits et dans le soutien offert par l'entremise de matériel de réduction des méfaits.

FIGURE 4 – **Matériel essentiel de réduction des méfaits**

Note. Tiré du *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)* (p. 37) [fichier PDF], par M.-È. Goyer, K. Hudon, S. Bell, Y. Ferguson, S. Lavoie et M.-C. Plessis-Bélair, 2020, http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/04/GuideTUO-FR-2020.pdf. © Institut universitaire sur les dépendances. Reproduit avec permission.

Proposition 5 — Effectuer une évaluation adaptée, débuter rapidement le TAO et choisir le meilleur contexte de soins

Les personnes utilisatrices d'opioïdes devraient pouvoir être évaluées directement par une équipe offrant le traitement du TUO afin de bénéficier d'un accès rapide et simplifié au TAO. Or, les entretiens menés auprès des cliniciens démontrent que les délais d'attente entre la demande initiale et la prise en charge subséquente varient de façon importante selon les régions (allant de la journée même jusqu'à un mois d'attente). Les cliniciens rencontrés mentionnent également vivre des frustrations face à ces délais et constatent que de longs délais d'attente peuvent décourager les personnes qui font une demande de traitement. Concernant, l'évaluation des personnes, ces cliniciens notent que les outils spécialisés sont souvent trop longs et peu adaptés aux personnes utilisatrices d'opioïdes notamment celles en situation de précarité. De même, certaines personnes interrogées mentionnent que ces évaluations sont contraignantes et intrusives. En somme, les modalités d'accès aux soins et services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes semblent peu correspondre aux besoins exprimés par ces personnes.

Proposition 6 — Favoriser des collaborations formelles avec les acteurs-clés

Afin de pouvoir répondre rapidement et de façon holistique aux besoins des personnes utilisatrices d'opioïdes, l'instauration et la formalisation de liens de collaborations représente un élément incontournable. Dans le cadre des entretiens menés auprès des professionnels, plusieurs personnes ont mentionné l'importance de développer des collaborations au sein du réseau de la santé afin de faciliter l'accès à un ensemble de services, de favoriser la rétention en traitement et d'encourager la prise en charge de la personne. Plus précisément, plusieurs cliniciens mentionnent l'aspect officieux des collaborations qui reposent principalement sur des liens professionnels et non pas entre les structures elles-mêmes.

La littérature scientifique consultée relativement aux services à bas seuil peut à cet effet servir d'inspiration pour l'organisation des services de TAO du Québec. En effet, de nombreux services à bas seuil repérés misent sur une offre de services exhaustive au sein d'un même lieu. Dans le cas où cela n'est pas possible, ces derniers peuvent miser sur des corridors de services durables et bien identifiés. Ainsi, des partenariats entre les équipes de soins, les pharmacies, les organismes communautaires (OC), les ressources d'hébergement en dépendance (RHD), les hôpitaux et les services correctionnels et de psychiatrie de chaque région devraient être mis en place et formalisés.

Proposition 7 — Intégrer les demandes de sevrage d'opioïdes dans un plan de traitement et d'accompagnement à long terme de la personne

Les résultats de l'analyse de la littérature scientifique et grise concernant la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes indiquent qu'il convient d'éviter le sevrage d'opioïdes chez une personne ayant un TUO en raison des risques d'abandon, de rechutes, de surdoses, de morbidité et de mortalité qui y sont associés.

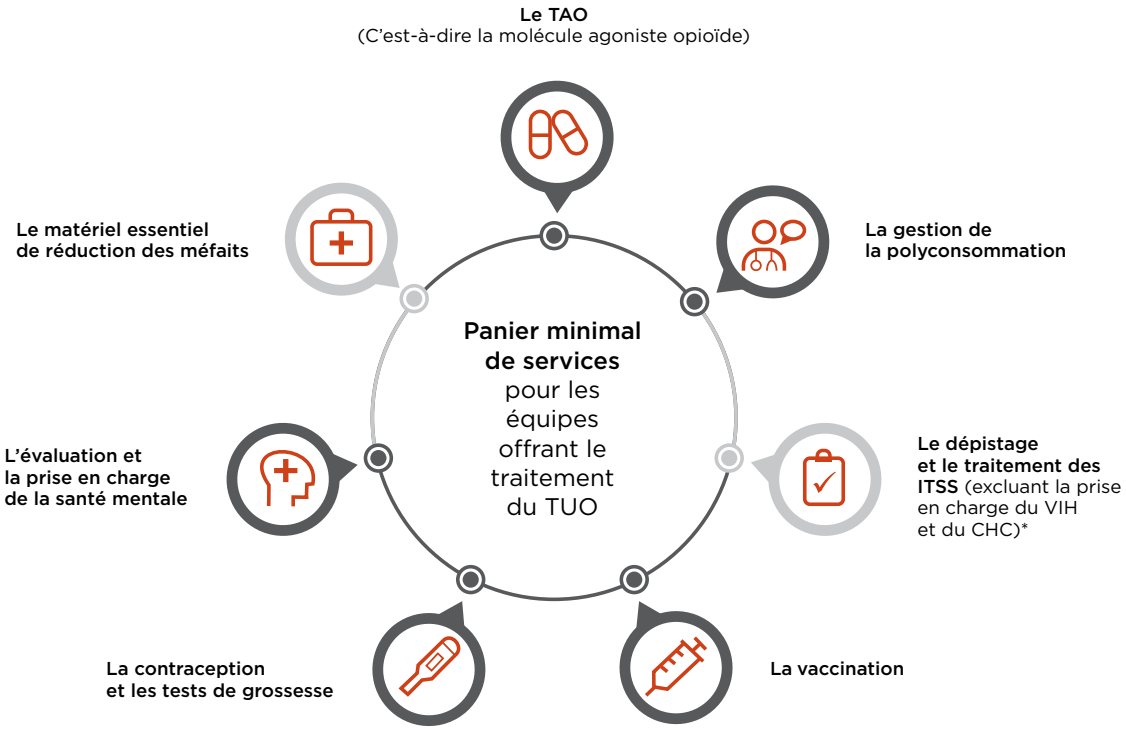
Les entretiens dénotent que des demandes de sevrage sont toujours faites au Québec malgré les contre-indications à cet effet. Les résultats de la revue de littérature portant sur la gestion médicale du sevrage semblent indiquer que les services de prise en charge du sevrage représentent en quelque sorte un premier point de contact avec le réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, cela représente une opportunité pour les équipes de soins de proposer des TAO. Dans ce contexte, la prise en charge du sevrage devrait s'inscrire dans une logique de plan de traitement et d'accompagnement à long terme. À cet effet, la littérature scientifique consultée recommande la mise en place d'un continuum de services favorisant une transition rapide vers un traitement de maintien lorsque la personne le désire. De même, certains cliniciens rencontrés mentionnent l'importance de créer des collaborations étroites entre les services de sevrage et les services de TAO.

Proposition 8 — Offrir le suivi du traitement du TUO en continu et en fonction de la précarité de la situation de la personne.

L'importance de la continuité du traitement a été notée par l'ensemble des intervenants consultés et ressort fortement de la littérature consultée comme étant un élément fondamental de la prise en charge des personnes utilisatrices d'opioïdes. De la même manière, les documents consultés mettent de l'avant l'importance de limiter l'attrition au traitement et le cas échéant, faciliter la reprise des traitements lorsque la personne fait une demande de retour en service.

Un second élément de la prise en charge également observé dans les écrits scientifiques et souligné par les cliniciens rencontrés, demeure que les personnes utilisatrices d'opioïdes ne représentent pas une catégorie homogène de personnes. Conséquemment, cela appelle à une réponse adaptée en fonction des besoins qui vont différer d'un individu à l'autre. De la même manière, l'intensité du suivi devrait être adaptée en fonction des besoins et des caractéristiques de la personne en traitement. Cependant, les résultats des projets présentés ici dénotent l'importance d'une offre minimale de services pour toutes les personnes utilisatrices d'opioïdes souhaitant entamer un TAO (voir figure 5).

FIGURE 5 – **Panier minimal de services pour les équipes offrant le traitement du TUO**

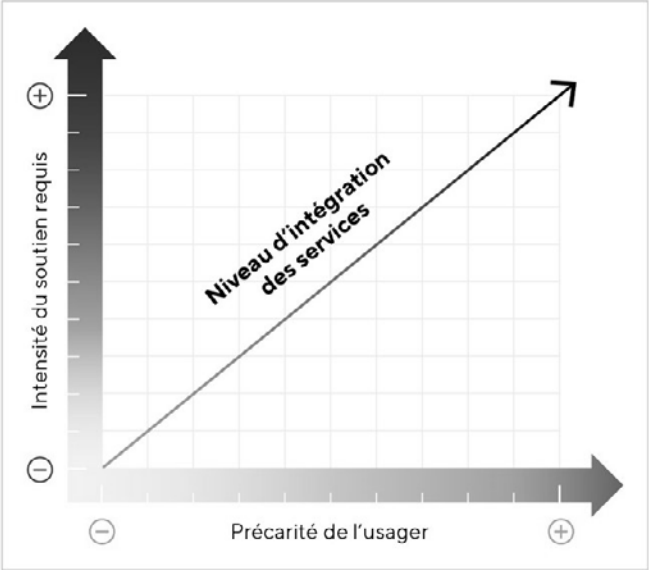


Note. * La prise en charge du VIH et du VHC ne fait pas partie du panier minimal bien que celle-ci soit encouragée, spécifiquement pour le traitement du VHC qui constitue un traitement rapide et circonscrit dans le temps.

Tiré de *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)* (p. 55) [fichier PDF], par M.-È. Goyer, K. Hudon, S. Bell, Y. Ferguson, S. Lavoie et M.-C. Plessis-Bélair, 2020, http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/04/GuideTUO-FR-2020.pdf. © Institut universitaire sur les dépendances. Reproduit avec permission.

Nous notons également que ces différents niveaux de besoins influenceront le modèle d'organisation des services. Ainsi, les personnes ayant davantage de besoins à combler devraient bénéficier de services plus intensifs au sein d'une même structure (voir figure 6). C'est-à-dire, tendre vers une intégration au sein d'un même espace physique (modèle *one stop shop*) à l'instar de certains programmes à bas seuil recensés.

FIGURE 6 – **Niveau d'intégration des services en fonction de la précarité de l'usager et de l'intensité de soutien requis**



Note. Tiré de *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)* (p. 56) [fichier PDF], par M.-È. Goyer, K. Hudon, S. Bell, Y. Ferguson, S. Lavoie et M.-C. Plessis-Bélair, 2020, http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/04/GuideTUO-FR-2020.pdf. © Institut universitaire sur les dépendances. Reproduit avec permission.

Proposition 9 — Promouvoir l'intervention par les pairs aidants au sein des équipes offrant le traitement du TUO

Plusieurs services à bas seuil recensés dans la littérature misent sur l'implication de pairs aidants au sein de la structure de services. Cependant, les entretiens menés auprès d'intervenants et de gestionnaires de services de TAO à bas seuil au Québec ont démontré qu'aucune de ces ressources ne s'appuie sur la présence de pairs aidants au sein de leur équipe. Or, lorsqu'interrogés sur la pertinence de cet ajout, tous étaient convaincus du bien-fondé d'intégrer des pairs aidant au sein de leurs équipes. Notamment, il a été mentionné que cela permettrait d'améliorer les services offerts aux personnes en suivi par une amélioration de la confiance et une meilleure communication avec l'équipe clinique ; les pairs aidants pouvant adopter un rôle de traducteur de la réalité de ces personnes.

Proposition 10 — Soutenir la stabilité des équipes offrant le traitement du TUO

Plusieurs personnes interrogées dans le cadre des deux projets de recherche notent la difficulté d'embaucher et de retenir du personnel qualifié au sein de leurs équipes, particulièrement dans les régions hors centre urbain du Québec. Cet élément va de pair avec le manque de formation observé relativement à la philosophie de la réduction des méfaits et dans la formation spécialisée dans la prise en charge médicale du sevrage d'opioïdes. Plusieurs solutions ont été proposées pour pallier ces difficultés de rétention du personnel. Ainsi, afin de répondre à ces préoccupations, les gestionnaires et les équipes offrant le traitement du TUO devraient avoir accès à du soutien tant clinique qu'organisationnel sous forme de formation continue basée sur les dernières données scientifiques ou sous forme de mentorat pour les équipes interdisciplinaires.

Discussion

Les propositions découlant des travaux de recherche présentés dans cet article ont des implications importantes pour l'organisation des services offerts aux personnes utilisatrices d'opioïdes au Québec. Ces implications interpellent à la fois les équipes de soins partenaires (équipe clinique), les gestionnaires des services de la santé et des services sociaux du Québec, ainsi que les décideurs responsables de l'organisation du RSSS. Nous présentons ici une courte discussion sur les principaux défis que ces propositions soulèvent pour chacun de ces groupes.

Équipe de soins partenaires

Les résultats des projets de recherche et les propositions qui en découlent mettent de l'avant l'importance du rôle décisionnel qu'a la personne utilisatrice d'opioïdes sur les objectifs et les modalités de son propre traitement. Ainsi, nous proposons d'adopter le vocable « équipe de soins partenaires » pour définir l'équipe clinique qui aura pour mandat d'accompagner la personne dans son traitement. La composition de l'équipe de soins peut être modifiée en fonction de l'intensité du suivi que la personne décidera de mettre en place en collaboration avec son équipe (proposition 8). Cependant, ce changement s'accompagne d'un questionnement et d'une tension chez les professionnels de la santé formés à agir en tant qu'experts et qui devront dorénavant adopter un rôle d'accompagnateur pour les personnes en TAO. Le défi pour les cliniciens sera d'adapter constamment leur pratique en fonction des caractéristiques, des besoins et des objectifs que la personne aura exprimés pour son traitement (proposition 1).

Réseau de la santé et des services sociaux

La question du cloisonnement des services est au cœur des défis auxquels devront faire face les gestionnaires du RSSS. En effet, l'intervention selon une approche holistique (proposition 1) nécessite des collaborations fortes qui sont à la fois interprofessionnelles et interorganisationnelles (proposition 6). Les gestionnaires du RSSS sont ainsi appelés à établir et à formaliser des corridors de services efficaces et durables permettant de répondre à l'ensemble des besoins des personnes ayant un TUO.

D'autre part, le besoin de formation des équipes cliniques à travers le Québec apparaît comme un défi important pour les gestionnaires du RSSS (proposition 10). Le développement d'une offre de formation continue et de mentorat aux membres des équipes de soins partenaires permettrait de répondre à cette préoccupation (proposition 2 et 10).

Décideurs

Enfin, comme noté précédemment, les personnes responsables de l'organisation du RSSS sont interpellées par l'importance de procéder à une révision des documents-cadres en lien avec le TAO (propositions 1,3,4 et 5). L'assouplissement du cadre réglementaire régissant le TAO, le développement de formations en continu, le développement d'un guide clinique en TUO et l'utilisation d'outils d'évaluation adaptés au TAO représentent autant d'éléments qui permettraient de favoriser une pratique professionnelle flexible et adaptée.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats appellent également à une démocratisation de l'accès aux TAO afin de garantir une couverture d'accès équitable aux services du TUO (proposition 2). Pour ce faire, les décideurs du RSSS pourraient envisager de faire la promotion du TAO auprès de différents milieux de pratiques (ex. : urgences, services psychiatriques, centres de détention et groupes de médecine familiale) et de la possibilité d'amorcer rapidement le TAO au sein de ces services. Ultimement, cela permettrait de mettre en pratique le principe du *No wrong door* tout en améliorant l'accessibilité du TAO au Québec.

Forces et limites[2]

La mise en place de deux comités consultatifs et d'un groupe de travail représente une grande force de la démarche présentée ici. L'existence de ces comités, l'implication de ses différents membres ainsi que le caractère itératif de la démarche ont permis d'enrichir de façon importante les activités de recherche et l'élaboration des dix propositions.

2 Nous invitons le lecteur intéressé à consulter le document « Rapport combiné des recherches : "Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec" et "La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation » (Plessis-Bélair et al., 2020) pour la présentation détaillée de la méthodologie employée pour chacun des deux projets ainsi que les limites associées.

De la même façon, en cohérence avec l'approche participative souhaitée par l'équipe de recherche, l'avantage de la démarche présentée est d'avoir pu consulter des personnes utilisatrices d'opioïdes afin d'explorer leur lecture des services actuels en TUO et de documenter leurs pistes de solutions. Ainsi, l'apport de représentants de personnes utilisatrices d'opioïdes aux différents comités a permis de renforcer la cohérence et surtout la pertinence des propositions qui ont été élaborées.

La démarche décrite ici présente toutefois certaines limites. D'abord, celle-ci repose sur des revues narratives de la littérature plutôt que systématique. Bien que ce choix ait pu permettre de répondre aux objectifs de cette étude, cela a potentiellement limité l'exhaustivité des résultats repérés à l'issue de la recherche documentaire. Dans le même ordre d'idées, les propositions ainsi développées auraient pu bénéficier d'être encadrées par une démarche standardisée reconnue dans le domaine de la santé tel que la démarche *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (The GRADE Working Group, 2021) permettant de pondérer de façon systématique la force des preuves présentées. Enfin, à l'instar d'autres démarches participatives, la démarche s'est avérée chronophage et a nécessité des investissements financiers importants. En effet, la mise en place, des comités consultatifs et du groupe de travail a nécessité un travail significatif d'organisation et de concertation tout comme les nombreux déplacements afin de rencontrer les différents acteurs et d'assurer une représentativité des régions du Québec.

Conclusion

La démarche de triangulation des résultats de recherche ayant mené à l'élaboration des dix propositions qui se retrouvent dans le *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)* (Goyer et al., 2020) représente un exemple d'une démarche participative porteuse d'enseignements. La démarche employée a permis de prendre en considération l'expérience vécue par les cliniciens et les gestionnaires œuvrant dans le domaine du TUO, mais aussi, et surtout, celle des personnes utilisatrices des services. Ces constats ont permis de formuler des propositions reflétant les résultats de la recherche scientifique, la pratique clinique et le savoir expérientiel. Sans être exhaustives, les propositions qui découlent de ces projets constituent un point de départ vers l'amélioration des pratiques sur la prise en charge du TUO pour le Québec.

En plus de l'apport aux connaissances québécoises sur le TUO, la démarche présentée s'est avérée être un moteur de changements positifs dans le domaine. En effet, de nombreuses occasions ont été saisies par l'équipe de recherche pour faire la diffusion des résultats des deux projets et ont permis des retombées concrètes. L'équipe de recherche a notamment pu contribuer à la révision du cadre réglementaire régissant la pratique du TAO qui a été effectuée dans la dernière année et qui permettra aux cliniciens d'adopter une pratique plus souple et flexible. De même, en continuité avec les travaux présentés ici, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a été mandaté pour élaborer un guide d'usage optimal des agonistes opioïdes pour le TUO afin de soutenir les prescripteurs en première ligne à offrir le TAO. Ultimement, la démarche décrite ici a mené à la création de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2020). Cette équipe a notamment comme mandat d'offrir un soutien pour répondre aux questions d'ordre clinique et organisationnel en lien avec les services en dépendance et en itinérance pour l'ensemble du Québec. Cette équipe assurera également un soutien à la mise en place des propositions d'amélioration des pratiques décrites ici.

Références

Barnett-Page, E. et Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical reviewfi. *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 59. https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59

Bentzley, B. S., Barth, K. S., Back, S. E. et Book, S. W. (2015). Discontinuation of buprenorphine maintenance therapy: perspectives and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *52*, 48-57. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.12.011

Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M.-È., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C. et Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, *190*(9), E247-E257. https://doi.org/10.1503/cmaj.170958

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA). (2018). *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf

Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2020). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à décembre 2019)*. Agence de la santé publique du Canada. https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html#citation

Dunn, K. E., Sigmon, S. C., Strain, E. C., Heil, S. H. et Higgins, S. T. (2011). The association between outpatient buprenorphine detoxification duration and clinical treatment outcomes: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, *119*(1-2), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.033

Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *The International Journal on Drug Policy, 24*(3), 257-264. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002

Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance. (2020). *Qui sommes-nous ?* http://dependanceitinerance.ca/qui-sommes-nous/

Gandhi, D., Jaffe, J., McNary, S., Kavanagh, G., Hayes, M. et Currens, M. (2003). Short-term outcomes after brief ambulatory opioid detoxification with buprenorphine in young heroin users. *Addiction*, *98*(4), 453-462. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00334.x

Goyer, M.-È., Hudon, K., Bell, S., Ferguson, Y., Lavoie, S. et Plessis-Bélair, M.-C. (2020). *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*. Institut universitaire sur les dépendances (IUD). https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/Guide%20TUO_VF_envoy%C3%A9e%20au%20MSSS%20le%202%20mars%202020.pdf

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. et Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, *12*(9), 1284-1299. https://doi.org/10.1177/1049732302238251

Hyppolite, S.-R. (2019). *Innover dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées*. Réseau-1 Québec. http://reseau1quebec.ca/recherche-et-ressources/projets-en-cours/comprendre-le-parcours-de-soins-des-personnes-marginalisees-et-leurs-besoins-pour-innover-et-ameliorer-les-soins-en-premiere-ligne/

Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS-CRISM). (2018). *Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec juillet 2017 à mars 2020*. https://www.inspq.qc.ca/surdoses-opioides/deces-attribuables-une-intoxication-aux-opioides/deces-relies-une-intoxication-suspectee-aux-opioides-ou-autres-drogues-au-quebec-2017-2019

Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M. et Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as "low-threshold": what should be the criteria? *The International Journal on Drug Policy*, *24*(3), 220-222. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre* (no 18-233-04W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01

Plessis-Bélair, M.-C., Goyer, M.-È., Ferguson, Y., Wagner, V., Bell, S. et Flores-Aranda, J. (2020). *Rapport combiné des recherches : « Vers de meilleures pratiques pour les personnes en situation de précarité et dépendantes aux opioïdes : optimiser l'accès et l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec » et « La prise en charge médicale dans le cadre de la gestion du sevrage des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) dans les CRD au Québec : documenter les meilleures pratiques par l'élaboration d'un guide pratique afin de soutenir le déploiement et l'organisation »*. Institut universitaire sur les dépendances. http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-combine-des-recherches-TUO.pdf

Poliquin, H., Dassieu, L., Perreault, M. et Bertrand, K. (2018). Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal. *Psychotropes*, *24*(3), 111-134.

Shemilt, M., Langlois, E., Dubé, M., Gagné, M., Perron, P. et Dubé, P. (2017). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2298

Strike, C., Millson, M., Hopkins, S. et Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment? *The International Journal on Drug Policy*, *24*(6), e51-56. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.005

The GRADE Working Group. (2021). *What is GRADE?* https://www.gradeworkinggroup.org/

Weinstein, Z. M., Gryczynski, G., Cheng, D. M., Quinn, E., Hui, D., Kim, H. W., Labelle, C. et Samet, J. H. (2018). Tapering off and returning to buprenorphine maintenance in a primary care Office Based Addiction Treatment (OBAT) program. *Drug and Alcohol Dependence*, *189*, 166-171. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.010

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Implantation d'un programme de prévention des surdoses géré par des pairs : l'expérience de PROFAN

Michel Perreault, Ph. D., chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Marie-Anne Ferlatte, Ph. D. (c), Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Ana Carolina Artunduaga, M. Sc, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Chantale Perron, B.A., Méta d'Âme

Guillaume Tremblay, M.A., Méta d'Âme

Diana Milton, B. Sc, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Correspondance
Michel Perreault, Ph. D.
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
6875, boul. LaSalle, Verdun, Québec, Canada H4H 1R3
514 761-6131, poste 2823
michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les participants à la formation et à l'évaluation du programme PROFAN, M. Guy-Pierre Lévesque, ancien directeur de Méta d'Âme ainsi que les pairs de cet organisme pour leur implication dans la collecte de données et dans l'évaluation du programme PROFAN et les intervenants de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) pour leur collaboration et leur participation dans les différentes étapes de l'évaluation du programme.

Financement

L'évaluation de la formation PROFAN a été financée en partie par l'organisme Méta d'Âme, l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS), un consortium national de recherche en toxicomanie financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par la Direction de la santé publique de Montréal.

Résumé

Contexte : PROFAN est un programme de prévention des surdoses initié en 2015 par l'organisme de pairs Méta d'Âme pour faire face à la « crise » des opioïdes qui commençait à sévir à Montréal. Au cours de sessions d'une journée, les pairs forment des « secouristes » pour intervenir dans les cas de surdoses.

Objectif : La description du programme et son évaluation visent à mettre en lumière les facteurs qui ont contribué au développement de PROFAN par un groupe de pairs.

Méthode : Cinq sources de données sont utilisées pour évaluer l'implantation du programme, soit des données d'opération, des entrevues individuelles, des échanges en comités, un questionnaire d'évaluation et des entrevues téléphoniques.

Résultats et conclusions : Depuis ses débuts, le programme a permis de former près de 2 000 participants, dont des personnes faisant usage de substances, des personnes de leur entourage ainsi que des acteurs du milieu communautaire de l'ensemble du Québec. L'engagement des pairs responsables de PROFAN a permis de mobiliser plusieurs acteurs tels que la Direction de la santé publique de Montréal (DSP), le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) et l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). Les résultats de l'évaluation d'implantation du programme PROFAN témoignent de son adoption par les partenaires, de son acceptabilité auprès des participants, de son adéquation aux demandes du public ciblé et de sa faisabilité. Les résultats sont rapportés à la lumière d'un modèle logique d'évaluation.

Mots-clés : pairs, réduction des méfaits, prévention surdoses, modèle logique, implantation, évaluation, naloxone

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Implementation of a peer-led overdose prevention program: the experience of PROFAN

Abstract

Context: PROFAN is an overdose prevention program initiated in 2015 by Meta d'Âme, a peer-led association, in response to the opioid crisis in Montreal. During sessions lasting a day, peers train "rescuers," to intervene in overdose situations.

Objective: The description of the program and its evaluation aim to highlight the factors that contributed to the development of PROFAN by a group of peers.

Methods: Five sources of data have been used to evaluate the implementation of the program: operational data, individual interviews, committee meetings, an evaluation questionnaire, and telephone interviews.

Results and conclusions: Since its beginnings, about 2000 participants, including persons who use drugs (PWUD), their relatives, and stakeholders from community organizations across Quebec have received training through the PROFAN program. The commitment and involvement of peers responsible for the program have allowed for the mobilization of many actors, such as the Montreal Public Health Directorate, the Centre de recherche et d'aide pour narcomanes [Cran], and the Association des intervenants en dépendance du Québec [AIDQ]. The results of the implementation evaluation of PROFAN highlight its adoption by its peers, its acceptability by participants, its appropriateness with regard to the needs of the target population, and its feasibility. Results are reported in light of the components of an evaluation logic model.

Keywords: peers, harm reduction, overdose prevention, logic model, implementation, evaluation, naloxone

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Implantación de un programa de prevención de sobredosis generado por pares: la experiencia de PROFAN

Resumen

Contexto: PROFAN es un programade prevención de sobredosis iniciado en 2015 por el organismo de pares Méta d'Âme para enfrentar la "crisis" de los opioides que comenzaba a azotar Montreal. Durante sesiones de un día, los pares forman "socorristas" para intervenir en los casos de sobredosis.

Objetivo: la descripción del programa y de su evaluación tienen como objetivo destacar los factores que contribuyeron a la creación de PROFAN por un grupo de pares.

Método: se utilizaron cinco fuentes de datos para evaluar la implantación del programa: datos de operación, entrevistas individuales, intercambios en comités, un cuestionario de evaluación y entrevistas telefónicas.

Resultados y conclusiones: el programa ha permitido desde el comienzo la formación de 2000 participantes, entre ellos personas que utilizan drogas, personas de su entorno e intervinientes del medio comunitario del conjunto de Quebec. El compromiso de los pares responsables de PROFAN permitió movilizar diversos actores tales como la Direction régionale de la santé publique de Montréal [DSP] [*dirección nacional de la salud pública de Montreal*], el Centre de recherche et d'aide pour narcomanes [Cran] [*el centro de investigación y ayuda para narcómanos*] y l'Association des intervenants en dépendance du Québec [AIDQ] [asociación de intervinientes en dependencia de Quebec]. Los resultados de la evaluación de la implantación del programa PROFAN son testigo de su adopción por los asociados, de su aceptabilidad entre los participantes, de su adecuación a los reclamos del público a quien está destinado y de su factibilidad. Los resultados se presentan a la luz de un modelo lógico de evaluación.

Palabras clave: reducción de delitos, prevención de sobredosis, modelo lógico, implantación, evaluación, naloxona

Introduction

La crise des opioïdes a touché plusieurs pays, dont les États-Unis et le Canada au cours des dernières années (Donroe et al., 2018). À Montréal, l'ampleur du problème s'est révélée davantage entre mai et août 2014, alors que la Direction de la santé publique de Montréal (DSP) a rapporté 83 surdoses graves dont 28 menant à un décès (Leclerc et Morissette, 2015).

Dans le contexte où les personnes qui utilisent des substances (PUS) consomment souvent en groupe, l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization [WHO]) recommande de former les PUS ainsi que leurs proches à l'administration de la naloxone, un antagoniste des opioïdes qui permet de renverser la dépression respiratoire engendrée par leur consommation (WHO, 2014). Ces formations, issues des *Take Home Naloxone Programs* (THN), sont généralement offertes par des organismes en réduction des méfaits (Bennett et al., 2011 ; Clark et al., 2014) et des instances de santé publique (Banjo et al., 2014 ; Chronister et al., 2018).

L'impact de ces programmes se traduit non seulement par une diminution du nombre de décès par surdoses d'opioïdes (voir McAuley et al., 2015), mais aussi par des effets psychologiques positifs, en fournissant aux participants les connaissances nécessaires pour assumer le rôle gratifiant de « secouriste ». Outre ce sentiment d'autonomisation, ce nouveau rôle peut également induire des changements dans les comportements de consommation en favorisant l'adoption de pratiques plus sécuritaires (Marshall et al., 2017 ; Wagner et al., 2014).

Dans un contexte de rétablissement, ces programmes font souvent appel à des pairs, soit dans le rôle d'éducateurs (pairs-formateurs), de décideurs ou de sources d'un savoir expérientiel riche (Marshall et al., 2018). Ces pairs peuvent aussi agir en tant qu'agents de liaison avec les PUS ciblés par les programmes (Greer et al., 2016). De plus, les pairs représentent souvent un modèle pour les personnes en recherche d'aide. Ils peuvent leur faciliter l'accès à un service, offrir un traitement ou un enseignement personnalisé, ou encore constituer une source de soutien social (Barker et al., 2018). En outre, les pairs sont fréquemment associés à l'éducation sur la réduction des méfaits dans le contexte de la prévention des surdoses (Marshall et al., 2015). Ce type de programme leur permet de jouer le rôle d'intervenant et de « secouriste » dans leur communauté et leurs réseaux (Bennett et al., 2011).

Hausse des décès de surdoses et création de PROFAN

Pour faire face à la « crise » des opioïdes à Montréal, le programme PROFAN (Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la Naloxone) a été initié par Méta d'Âme, un organisme de pairs composé de personnes faisant usage ou ayant fait usage d'opioïdes (PUO), en collaboration avec le Centre de recherche et d'Aide pour Narcomanes (Cran) et la DSP de Montréal. Dans un cadre de réduction des méfaits, le programme vise à transmettre des notions de prévention et de prise en charge des surdoses. Les participants y sont

aussi formés à l'administration de la naloxone ainsi qu'aux manœuvres de réanimation cardio-respiratoire.

La formation PROFAN se distingue des programmes courants de naloxone dans la mesure où des pairs ont été impliqués à chacune des étapes de son développement et de son implantation. Elle se distingue aussi par le contenu proposé, qui ne se restreint pas uniquement à l'administration de la naloxone, mais couvre aussi les techniques de réanimation cardio-respiratoire (RCR) et les pratiques préventives entourant les surdoses. Conséquemment, sa durée de sept heures est plus longue que celle de la majorité des programmes de formation de distribution de naloxone, dont certains peuvent ne durer que cinq minutes (Behar et al., 2015).

Afin d'identifier les facteurs qui ont contribué à la mise en place du programme PROFAN par un groupe de pairs, le présent article présente les résultats d'une évaluation d'implantation réalisée en collaboration avec l'équipe de Méta d'Âme.

Méthode

Cadre d'analyse

Les éléments qui caractérisent le processus d'implantation du programme PROFAN sont présentés sous forme de modèle logique (Porteous, 2009), en fonction de : 1) ses intrants (conditions qui ont favorisé sa mise en œuvre), 2) ses activités, 3) ses extrants (produits émanant du programme), 3) ses résultats et 4) son impact (voir figure 1). Le modèle logique permet de fournir une vue d'ensemble du programme, de sa planification à son évaluation, ainsi que de certains facteurs ayant facilité son implantation.

Le processus d'implantation est analysé à l'aide du cadre théorique proposé par Proctor et al. (2011), en fonction de quatre grands concepts : 1) l'**adoption** de la formation (*l'intention, la décision initiale ou les actions menées pour essayer d'implanter ou pour mettre en œuvre une innovation ou une pratique*) ; 2) son **acceptabilité** (*la perception qu'une pratique ou une innovation est acceptable, agréable ou satisfaisante selon les parties prenantes*) ; 3) son **adéquation** avec les demandes des différents publics cibles (*appropriateness* : *la perception qu'une pratique est adaptée pour répondre à un besoin ou à un problème*) ; 4) sa **faisabilité** (*jusqu'à quel point une nouvelle pratique parvient à être mise en place dans un milieu déterminé*).

Collecte de données

Cinq sources de données sont utilisées pour évaluer l'implantation du programme :

- Les données d'opération permettent de documenter la participation des publics ciblés et la faisabilité du programme.

- Des entrevues individuelles permettent de documenter la perspective des quatre membres de l'équipe de Méta d'Âme concernant l'adéquation des différentes versions de la formation avec les demandes des différents publics cibles ainsi que la capacité à recruter et à former des participants.
- Des échanges en comités d'orientation et de recherche permettent de documenter la perspective des principaux partenaires du programme.
- Un questionnaire d'évaluation composé de 14 questions à choix multiples et de 7 questions à développement administré aux participants au terme des sessions de formation permet de documenter la satisfaction générale des participants, leur niveau d'aisance à intervenir en situation de surdose, leur appréciation des modalités et du contenu de la formation (durée, langage et matériel utilisé), ce qui pourrait être amélioré, le niveau de connaissances des participants en lien avec les opioïdes, les thèmes qui pourraient être ajoutés à la formation, l'animation, ainsi que la facilité d'accès à des formations de ce type dans leur région (Ferlatte et al., 2020).
- Des entrevues téléphoniques avec les participants (n=75 PUS et leur entourage) trois mois après avoir suivi la formation, à l'aide d'un canevas d'entrevue adapté de Chartier-Otis (2011) permet de documenter l'acceptabilité de la formation (modalités, durée, satisfaction générale et suggestions d'amélioration) et son contenu, en plus d'évaluer l'impact de la participation sur le plan personnel et l'aisance à intervenir dans une situation de surdose (Marshall et al., 2017).

Analyse des données

Le contenu des entrevues individuelles et des groupes de discussion a été transcrit par l'équipe de recherche. Des grilles d'analyse, produites par Perreault et al. (2006) et Chartier-Otis (2011) dans le cadre du développement de formations pour des pairs, ont été adaptées aux fins d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2008). Les données descriptives provenant des questionnaires ainsi que les données d'opération (offre et participation aux sessions de formation) ont été compilées.

Résultats : description du programme et évaluation de son implantation

Les principales étapes de la mise en œuvre du programme PROFAN sont présentées en fonction du modèle logique d'évaluation et sont analysées à l'aide du cadre théorique proposé par Proctor et al. (2011).

1) Intrants

À partir des informations recueillies, trois principaux éléments sont identifiés comme des facteurs facilitant la mise en place d'une formation sur la prévention des surdoses d'opioïdes : 1) l'effet mobilisateur de la hausse des décès par surdose et l'urgence d'agir, 2) l'expertise et l'engagement de Méta d'Âme auprès de la population ciblée, et 3) la capacité de Méta d'Âme à mobiliser les principaux acteurs concernés pour soutenir la conception, l'adoption, l'accès aux ressources nécessaires et le déploiement du programme. Ces éléments sont abordés en détail ci-dessous.

Intrant #1. L'effet mobilisateur de la hausse des décès par surdose et l'urgence d'agir

Les promoteurs du programme considèrent que la hausse des décès par surdose survenue en 2014 a mis en évidence l'urgence d'agir et a facilité l'émergence et le soutien d'initiatives comme PROFAN. Cette situation aurait permis de mobiliser les principaux acteurs impliqués : les responsables du programme, les pairs-formateurs, les participants et les partenaires. De plus, l'équipe de Méta d'Âme était déjà familière avec les programmes mis en place par des pairs en Colombie-Britannique et aux États-Unis, et était prête à lancer un projet sur la prévention des surdoses. Les promoteurs avaient déjà sollicité différentes instances pour le développement d'un programme impliquant la naloxone bien avant la hausse importante de surdoses mortelles liées à l'utilisation d'opioïdes à Montréal. La clientèle de l'organisme avait d'ailleurs déjà exprimé son grand intérêt pour le développement d'une formation sur l'administration de la naloxone.

Comme ce type de programme avait déjà été démontré efficace pour diminuer le nombre de décès par surdose d'opioïdes (Banjo et al., 2014), il présentait un intérêt pour les acteurs en santé publique, tant au niveau régional, que provincial ou fédéral. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) avait d'ailleurs inscrit l'accès à la naloxone parmi ses priorités (Gouvernement du Québec, 2018).

Intrant #2. L'expertise de Méta d'Âme et son engagement auprès de la population ciblée

Fondé en 1999, Méta d'Âme est un organisme de pairs ayant développé une connaissance approfondie de la problématique des personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO). Depuis plus de 20 ans, ces pairs ont fait preuve de leadership dans le développement de programmes « par et pour » les PUO. À titre d'exemple, leur projet d'habitation Prométhéus est une initiative de logement transitoire qui offre un hébergement abordable à des PUO sous traitement pour un TUO. Depuis ses débuts, Méta d'Âme propose également des services de soutien communautaire aux PUO. La fréquentation de l'organisme témoigne de sa capacité à rejoindre et desservir cette clientèle.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Intrant # 3. La capacité de Méta d'Âme à mobiliser les principaux acteurs concernés pour soutenir la conception, l'adoption, l'accès aux ressources nécessaires et le déploiement du programme

L'implantation d'un programme nécessite de mettre en place les conditions permettant sa conception, son adoption, son soutien et son déploiement. Afin d'y parvenir, l'équipe de Méta d'Âme a mobilisé les partenaires concernés à chacune des étapes du projet.

Conception du programme : Les pairs de Méta d'Âme ont mis à profit leurs connaissances et leur savoir expérientiel ainsi que des expertises connexes complémentaires pour développer le contenu du programme. Certains éléments ont été inspirés de programmes préexistants, dont celui de Colombie-Britannique (BCTHN ; Deonarine et al., 2016). À Montréal, les pairs de Méta d'Âme ont fait appel à un organisme spécialisé pour le volet RCR de la formation. Ce volet était initialement offert par des instructeurs spécialisés, jusqu'à ce que les membres de l'équipe PROFAN soient formés et certifiés pour enseigner les manœuvres de RCR, en 2018. Un médecin spécialiste en dépendances ainsi que des infirmières du Cran ont participé au comité de travail pour assurer la pertinence et l'exactitude des aspects médicaux de la formation. Leur rôle consistait à soutenir les pairs-formateurs au cours des premières sessions de formation, jusqu'à ce que ces derniers maîtrisent suffisamment bien le contenu.

Adoption du programme : L'implication des partenaires clés au début du processus de développement du programme PROFAN a permis de profiter de leur expertise et de leur appui pour franchir les étapes menant à sa reconnaissance et à son adoption. À cet effet, Méta d'Âme a d'abord été parrainé par le Cran et a aussi développé un partenariat avec la DSP, ce qui a facilité la mise en place de la formation PROFAN à Montréal. À ce sujet, il importe de rappeler qu'en 2014, la naloxone n'était disponible que pour les médecins et les infirmières au Québec et que son administration par d'autres personnes soulevait plusieurs enjeux légaux (Paré, 2014). En effet une PUS, ou un proche témoin d'une personne en surdose n'avait ni accès à la naloxone, ni le droit de l'administrer. Pour permettre la réalisation du programme, la DSP a alors émis une ordonnance collective à l'intention de trois pharmaciens afin que les participants à la formation PROFAN puissent accéder à la naloxone (Cran, 2020).

Accès aux ressources financières, humaines, physiques et matérielles : L'équipe de Méta d'Âme a bénéficié d'un financement de la DSP pour la mise en place du programme PROFAN, en 2015, et de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM) pour l'évaluation de son implantation. Le programme a été sélectionné comme projet de démonstration dans le cadre de cette initiative financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). En 2018, Méta d'Âme a été mandatée par le MSSS pour former l'ensemble des PUS et des organismes communautaires du Québec. Pour appuyer le développement de la formation destinée au milieu communautaire, de même que pour soutenir le déploiement du programme à l'ensemble du Québec, l'équipe de Méta d'Âme s'est adjoint un partenaire déjà présent sur l'ensemble du territoire, l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). La collaboration des pairs de Méta d'Âme et des intervenants de l'AIDQ a

nécessité la clarification du rôle et de l'expertise de chacun, comme c'est fréquemment le cas dans les programmes où des pairs travaillent conjointement avec des professionnels (Greer et al., 2016). L'embauche d'un pair comme chargé de projet pour le déploiement du programme a constitué un facteur facilitant, tant pour la gouvernance du projet que pour le développement de liens avec les partenaires régionaux.

Les financements obtenus pour PROFAN en collaboration avec ses différents partenaires ont permis à Méta d'Âme de concevoir, de développer, de dispenser et d'évaluer la formation offerte aux groupes ciblés. Les ressources physiques (locaux du centre de jour de Méta d'Âme pour accueillir des groupes de participants) ainsi que les ressources matérielles (équipement informatique et audiovisuel, impression et téléphonie) ont aussi été rendues disponibles pour l'implantation du programme.

En ce qui a trait au recrutement de formateurs et de pairs pour travailler au programme PROFAN, la proximité des résidents de Prométhéus (le programme d'hébergement de Méta d'Âme situé au-dessus du centre de jour de Méta d'Âme) a facilité leur participation à la formation ainsi que leur implication dans le développement du programme.

Sur le plan de l'évaluation du programme, dès les débuts, les pairs de Méta d'Âme ont fait appel à une équipe du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas pour les accompagner dans l'implantation et l'évaluation des divers projets. Plusieurs rapports de recherche et articles scientifiques ont été publiés, lesquels ont permis, entre autres, de soutenir des demandes de subvention. Ces démarches ont fourni une rétroaction utile à la conception, à l'ajustement et à l'amélioration du programme, ajoutant par le fait même de la crédibilité et de la rigueur scientifique au projet et soutenant ainsi sa notoriété auprès des partenaires gouvernementaux et autres bailleurs de fonds.

Le développement de ces nombreux partenariats a également facilité le recrutement de membres pour les divers comités formés dans le cadre du programme : l'équipe de coordination, le comité d'orientation, le comité de travail et le comité de recherche. Ces comités ont été instaurés dès le début du projet avec tous les acteurs du milieu, ainsi que des membres de l'équipe de recherche et du MSSS pour guider le développement de la formation, son implantation à Montréal et son déploiement dans les autres régions.

Déploiement des activités dans l'ensemble du Québec : À l'échelle provinciale, la faisabilité du programme repose sur la capacité de ses responsables à recruter et à former des formateurs ainsi qu'à rejoindre les principaux acteurs régionaux du Québec afin de déployer l'offre de formation vers la population ciblée (pour accroître le niveau de « *penetration* » tel que défini par Proctor et al., 2011). Ce mandat, confié à un organisme dont les activités sont essentiellement concentrées dans le secteur du centre-est de Montréal, soulève plusieurs enjeux de faisabilité. À Montréal, la position privilégiée de Méta d'Âme dans le domaine des services communautaires aux PUO a facilité le recrutement de pairs-formateurs et de pairs pour assurer le soutien du programme. Pour le déploiement à travers les différentes régions du Québec, les pairs de Méta d'Âme ont identifié des personnes-ressources dans les milieux

et établi des partenariats avec eux pour rejoindre les acteurs les plus susceptibles de soutenir la promotion et l'organisation des activités. Ces partenariats ont été établis aussi bien avec les répondants en surdoses du réseau de la santé que les directeurs et les responsables des différents organismes communautaires liés à la problématique des surdoses d'opioïdes au Québec. Ils ont aussi été établis avec les organismes en itinérance et en santé mentale.

2) Activités

Au début du programme, les sessions de formation de PROFAN visaient à intervenir en cas de surdoses d'opioïdes. L'évolution de la situation des surdoses, dont une part importante n'est pas reliée aux opioïdes, ainsi que les demandes des milieux intéressés par ce type de formation ont amené l'équipe de PROFAN à élargir le contenu des formations au moment du déploiement vers les différentes régions du Québec.

Trois versions de la formation ont été développées afin d'en adapter le contenu en fonction des différents auditoires cibles et des différentes régions, et ainsi accroître son adéquation avec les demandes de ces auditoires.

À cette fin, la formation offerte aux PUS et leur entourage a été modifiée afin de répondre aux demandes des acteurs des milieux communautaires pour qui l'intervention lors de surdoses ne devait pas se limiter à l'identification des surdoses et à l'administration de la naloxone, mais devait aussi comporter un volet post-intervention. L'équipe de Méta d'Âme, en collaboration avec l'AIDQ, a mis à jour le contenu de la formation, et leurs partenaires régionaux ont offert des conseils pour l'adapter en fonction de leurs différentes réalités.

Activité #1. La formation des pairs-formateurs

Le contenu de la formation pour les pairs-formateurs d'une durée de sept heures a été développé en collaboration avec le Cran. Il a été révisé et ajusté par le chargé de projet de PROFAN et un médecin du Cran, puis révisé et approuvé par la DSP. Dans le contexte de l'évaluation formative du programme, la formation des pairs-formateurs a été suivie d'un groupe de discussion auprès des participants afin de recueillir leur rétroaction et d'effectuer les améliorations et les ajustements nécessaires. Cette procédure a aussi été appliquée pour les deux autres types de formation.

Activité # 2. Formation destinée aux PUS et à leur entourage

La formation destinée aux PUS et à leur entourage, également d'une durée de sept heures, porte sur l'identification des signes et des symptômes d'une surdose d'opioïdes, l'intervention dans une situation de surdose, l'application des techniques de RCR et l'administration de la naloxone.

Activité # 3. Formation destinée aux acteurs du milieu communautaire

C'est en avril 2019 que le déploiement du programme PROFAN a débuté à travers le Québec. Une mise à jour de la formation pour les PUS et leur entourage a été réalisée et une formation distincte a été conçue pour les acteurs du milieu communautaire.

Cette formation s'adresse aux personnes œuvrant dans le milieu communautaire qui sont susceptibles d'être confrontées à des situations de surdose d'opioïdes (ex. : intervenants, bénévoles, gardiens de sécurité, personnel administratif). Comme la majorité de ces participants sont des intervenants qui ont déjà reçu une formation RCR dans le cadre de leur emploi, le contenu de la formation a été modifié. Il est centré sur les notions de prévention et d'intervention, incluant l'administration de la naloxone et couvre sommairement une révision des étapes de RCR. Des vignettes de cas permettent d'aborder la prévention des risques de surdoses ainsi que les protocoles d'intervention des organismes pour faire face aux situations de surdoses. Enfin un volet d'intervention post-surdose vise à favoriser le retour à l'équilibre de la personne ayant été témoin ou victime d'une surdose.

3) Extrants

Les données d'opération du programme permettent d'évaluer la participation aux activités pour chacun des auditoires et chacune des régions visées. Les résultats témoignent de l'adéquation des formations avec les demandes et les besoins des différents publics cibles ainsi que de la faisabilité du programme.

Extrant #1. Pairs-formateurs recrutés et formés

Un total de sept pairs ont été recrutés parmi les PUO fréquentant Méta d'Âme et formés pour devenir pairs-formateurs.

Extrant #2. Formation des PUS et de leur entourage

En ce qui concerne la formation destinée aux PUS et leur entourage, les pairs-formateurs ont assuré la tenue de 81 sessions de formation à Montréal (810 participants) et de 13 sessions dans 11 autres régions du Québec (140 participants).

Extrant #3. Formation des acteurs du milieu communautaire

Quant à la formation destinée aux acteurs du milieu communautaire, 9 sessions de formation ont été organisées à Montréal (115 participants) et 50 sessions dans 13 autres régions du Québec (820 participants). Seules les régions les plus éloignées et difficiles d'accès ainsi qu'une région où il y avait déjà une offre de formation n'ont pas été couvertes.

Extrant #4. Déploiement provincial de la formation

Les pairs-formateurs ont été impliqués dans le déploiement de la formation dans 14 des 18 régions sociosanitaires du Québec.

4) Résultats du programme

En cinq années, 950 PUS et membres de leur entourage du Québec ont participé à une session de formation dans le cadre de PROFAN. Les participants ont par la suite été invités à remplir un questionnaire d'évaluation. Les résultats témoignent de l'acceptabilité de la formule, malgré sa durée beaucoup plus longue que les autres formations courantes.

L'évaluation globale de la formation révèle un indice d'appréciation élevé chez les participants. En effet, 15 % de ceux-ci rapportent être satisfaits et 83 % rapportent être très satisfaits ($N = 699$) (Ferlatte et al., 2019). En ce qui concerne la durée de la formation, 20 % des participants la jugent trop longue, et 13 % considèrent qu'elle comporte trop d'information. À l'inverse, plus de la moitié des participants (58 %) estiment que la durée de la formation n'est pas trop longue et 73 % considèrent que la quantité d'information transmise est adéquate. Les PUS et leur entourage rapportent une appréciation particulière pour les apprentissages tirés de la formation (dont l'administration de la naloxone), la qualité des formateurs, le dynamisme de la formation, ainsi que le vécu partagé et les interactions possibles au cours de la formation. La majorité des participants indique que le volet RCR de la formation est utile (97 %, $N = 194$) (Ferlatte et al., 2020).

En ce qui a trait aux acteurs du milieu communautaire, 935 personnes ont été formées. La très grande majorité des participants (95 %, N = 805) se disent satisfaits de la formation (78 % rapportent être tout à fait satisfaits et 17 % rapportent être satisfaits de la formation). Les acteurs du milieu communautaire soulignent leur appréciation particulière concernant les apprentissages tirés de la formation (dont l'emploi de la naloxone), l'animation, la présence de pairs-formateurs et les interactions au cours des sessions de formation (Ferlatte et al., 2020).

5) Impact

Impact sur les pairs-formateurs

Les résultats de l'évaluation du programme mettent en relief l'impact positif chez les pairs-formateurs, alors que les deux tiers d'entre eux rapportent une plus grande aisance pour intervenir en cas de surdose, à la suite de leur participation au programme.

Impact sur les PUS et leur entourage

Parmi les PUS et leur entourage, 75 ont accepté de participer à des entrevues individuelles. Plus des trois quarts de ces personnes (88 %) rapportent des changements post-formation

positifs, dont l'amélioration de leur estime de soi, un sentiment plus grand de responsabilité envers les autres, l'impression d'être en contrôle lors de situations d'urgence, davantage d'espoir quant à leur avenir et le sentiment de pouvoir surmonter les préjugés liés à l'usage d'opioïdes (Perreault et al., 2021). Le tiers des pairs-formateurs et 17 % ($n = 13$) des participants interrogés à la suite de la formation rapportent avoir cessé ou diminué leur consommation, ou avoir adopté des comportements de consommation plus sécuritaires après la formation (Marshall et al., 2017 ; Perreault et al., 2021). Ceci peut contribuer à diminuer les décès liés aux surdoses d'opioïdes et met en évidence l'impact d'un programme de prévention des surdoses piloté par des pairs.

Impacts sur les acteurs du milieu communautaire

Les 806 acteurs du milieu communautaire qui ont rempli un questionnaire d'évaluation se sentaient mieux outillés pour intervenir en cas de surdose grâce aux connaissances acquises au cours de la formation (91 %). Parmi eux, cinq participants ont spontanément ajouté que la formation avait contribué à modifier leur perception des PUS et de leur consommation (Ferlatte et al., 2020).

Discussion

Le programme PROFAN vise à prévenir et à réduire les décès liés aux surdoses d'opioïdes. Il a débuté au centre-ville de Montréal en tant qu'initiative locale, pour desservir des PUS et leur entourage. Sa pertinence et le dynamisme de ses promoteurs ont permis d'élargir la clientèle ciblée. PROFAN est maintenant offert dans l'ensemble du Québec aux PUS et leur entourage ainsi qu'aux acteurs du milieu communautaire. Trois principaux facteurs ont facilité l'implantation de PROFAN.

En premier lieu, le projet émanait d'un organisme établi depuis plus de vingt ans, comptant sur l'appui de partenaires engagés et influents dans le domaine. Cet appui était d'autant plus important qu'il a permis d'obtenir une ordonnance collective pour autoriser les pairs à se procurer et à administrer la naloxone. À cet effet, la situation de Méta d'Âme s'apparente à celle qui a prévalu en Colombie-Britannique. Le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), aussi un organisme de pairs, a favorisé la mise en place de plusieurs démarches de santé publique et de sensibilisation à la réalité des PUS. Depuis 1997, cet organisme offre des séances d'informations sur les risques et les troubles liés à l'usage des substances, des patrouilles de rue, des services d'échange de matériel de consommation, ainsi qu'une démarche d'intervention et de soutien par les pairs. Les obstacles rencontrés par VANDU, outre le stigma envers les PUS, sont principalement d'ordre financier ou en lien avec le roulement de personnel lié parfois au décès de certains de ses membres en raison des surdoses ou du VIH (Kerr et al., 2006). Les enjeux liés à la stabilité et à la précarité ont ainsi représenté l'un des principaux obstacles à son développement, comme c'est le cas pour bon nombre

d'organismes communautaires. Ces enjeux sont encore plus difficiles à surmonter pour les organismes récemment établis, tel que le Moss Park Overdose Prevention Site. Cette initiative a été établie à Toronto en 2017 par des pairs, des travailleurs en réduction des méfaits et des acteurs du milieu de la santé, alors qu'il n'y avait aucune autre offre d'injection supervisée en Ontario (Kolla et al., 2020), sans support préalable des autorités. Ce groupe axé vers la prévention a finalement reçu le soutien nécessaire du gouvernement pour s'installer dans des bâtiments plutôt que des tentes et poursuivre sa mission. D'autres projets de ce type n'ont malheureusement pas pu survivre dans le temps, soit parce qu'ils n'ont pas été reconnus par les instances gouvernementales (Kerr et al., 2005), soit parce que leur stabilité était précaire. Marshall et al. (2015) ont d'ailleurs noté l'importance de maintenir des relations positives dans la communauté, dont le soutien politique et la sécurité publique, pour assurer la réalisation des projets par les pairs.

Un second facteur ayant favorisé la mise en place et le développement de PROFAN réside dans le fait que les pairs de Méta d'Âme étaient déjà sensibilisés et engagés dans la lutte contre les surdoses d'opioïdes. Leur démarche pour développer le programme devançait le début de la crise des opioïdes au Québec, les positionnant en tant que ressource de pairs dotée de l'expertise et des contacts nécessaires pour mettre en œuvre un programme de distribution de naloxone à Montréal. Déterminés à réduire les surdoses et à former le plus grand nombre de personnes possible pour intervenir efficacement en cas de surdose, les pairs-promoteurs avaient le souci de développer différentes versions de la formation en fonction des besoins de chacun de leurs publics cibles : les pairs-formateurs, les PUS et leur entourage, et les acteurs des milieux communautaires. Leur engagement envers les objectifs du programme et sa réalisation a aussi contribué à assurer la faisabilité de son implantation. D'ailleurs, cinq ans après le début de PROFAN, la moitié des pairs-formateurs formés initialement étaient toujours actifs sur le plan des activités de formation, malgré le défi que représente le maintien d'un tel engagement dans le temps pour des pairs (Greer et al., 2016).

Finalement, l'équipe de Méta d'Âme, déjà bien ancrée avec les milieux concernés, a démontré son efficacité à réaliser l'implantation du programme en comptant sur ses ressources et ses partenariats. D'ailleurs, le processus de déploiement de PROFAN a permis aux pairs promoteurs d'étendre leur réseau de partenaires sur l'ensemble du Québec pour, éventuellement, assurer la viabilité du programme. Les liens ainsi établis leur ont permis d'identifier les besoins des différentes régions et d'ajuster leur formation en conséquence pour assurer sa pertinence et son adoption. Ces ajustements ont été possibles en raison de la volonté des pairs à évaluer leur programme de formation à chacune de ses étapes. Au moyen de consultations et d'outils de mesure intégrés dans une démarche d'évaluation formative, les pairs ont pu assurer une gestion « informée » de l'évolution de leur programme de manière à soutenir son développement et à procéder aux ajustements pertinents à chacune des étapes (Dehar et al., 1993). Les pairs ont d'ailleurs travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de recherche pour l'élaboration et l'administration des instruments de mesure servant à l'évaluation. Ils ont aussi été constamment informés des résultats pour apporter les ajustements nécessaires

à la formation (Cousins et Earl, 1992). Le monitorage des activités et la mesure des effets ont contribué à mettre en évidence les retombées du projet et pourront être utiles en ce qui a trait à la reddition de comptes auprès des bailleurs de fonds.

Les résultats témoignent de la faisabilité et de l'accessibilité du programme. En effet, les pairs promoteurs sont parvenus à déployer leur projet bien au-delà de leur réseau montréalais, pratiquement sur toutes les régions atteignables par les moyens de déplacement routier. Ils sont aussi en train d'initier un réseau de formation de formateurs à travers le Québec afin d'assurer l'accès au programme dans l'ensemble des régions.

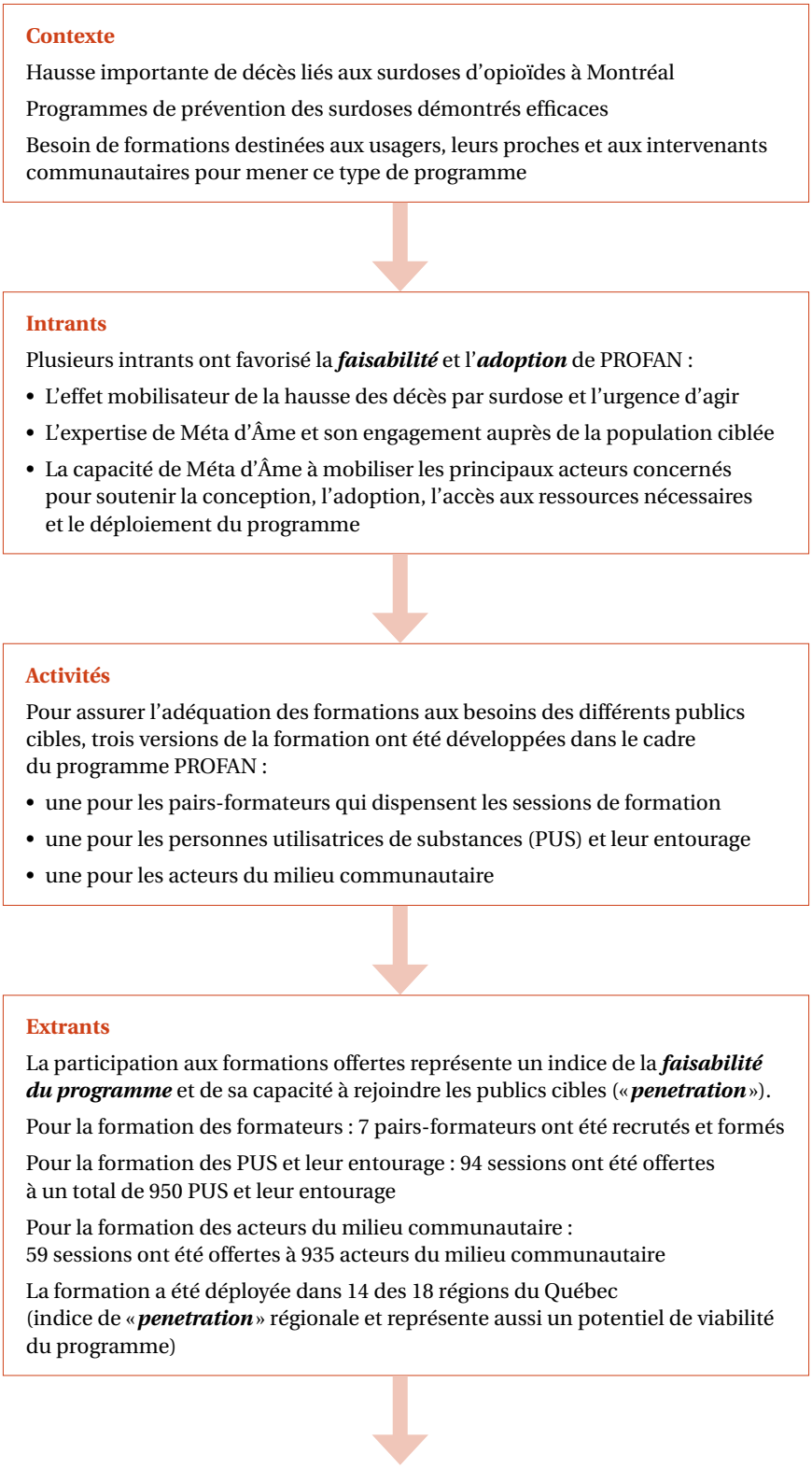
Conclusion

Le programme PROFAN se démarque par la volonté des pairs à maintenir une collaboration constante de toutes les parties prenantes dans son développement et sa coordination, impliquant des pairs, des intervenants et des chercheurs. Sous l'égide d'un groupe de pairs, ce travail de collaboration a permis d'allier le savoir expérientiel et le savoir professionnel pour monter un programme s'étendant bien au-delà des objectifs des autres programmes de distribution de naloxone. Cette collaboration a aussi assuré l'implantation du programme à Montréal et son déploiement dans la quasi-totalité des régions sociosanitaires du Québec. Un total d'environ 2 000 personnes a été formé, dont près de la moitié sont des PUS et leur entourage. Le nombre élevé de participants aux formations, malgré que celles-ci durent une journée complète, démontre l'acceptabilité d'un tel programme par des PUS. D'autres activités d'évaluation du programme sont en cours concernant l'acquisition de connaissances, l'effet préventif de la formation sur les surdoses et les bénéfices de l'adoption du rôle de secouriste par les PUS.

Dans le contexte où la prévalence des surdoses chez les PUS a continué à croître et s'est même accentuée au cours de la COVID-19 (Gouvernement du Canada, 2021), il apparaît des plus pertinent de poursuivre l'évaluation de l'implantation du programme PROFAN sur l'ensemble du Québec et son appropriation par les organismes régionaux, afin de contribuer à la prévention et à la prise en charge des surdoses.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

FIGURE 1 – **Modèle logique et éléments du cadre conceptuel de résultats d'implantation du programme PROFAN**



Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résultats

Les formations qui ont été offertes ont suscité un taux élevé de satisfaction :

- La très grande majorité des PUS et leur entourage a apprécié la formation (98 % des participants ont rapporté être très satisfaits ou satisfaits de la formation, incluant son contenu et sa longueur) ; cela représente un indice de son ***acceptabilité***
- Pour ce qui est des acteurs du milieu communautaire, la très grande majorité des participants (95 %) se sont dits satisfaits de la formation

Impact

Impact positif rapporté :

- Les deux tiers des pairs-formateurs ont rapporté une plus grande aisance pour intervenir en cas de surdose, à la suite de leur participation au programme
- Plus des trois quarts des PUS et de leur entourage (88 %) ont aussi indiqué des changements post-formation positifs, dont l'amélioration de leur estime de soi, un sentiment plus grand de responsabilité envers les autres, l'impression d'être en contrôle lors de situation d'urgence, davantage d'espoir quant à leur avenir et le sentiment de pouvoir surmonter les préjugés liés à l'usage d'opioïdes
- Le tiers des pairs-formateurs et 17 % des participants interrogés suite à la formation ont rapporté avoir diminué leur consommation ou avoir adopté des comportements de consommation plus sécuritaires

Note. Adapté de Porteous (2009) et Proctor et al. (2011).

Références

Baca, C. T. et Grant, K. J. (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*, *100*(12), 1823–1831. http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01259.x

Banjo, O., Tzemis, D., Al-Qutub, D., Amlani, A., Kesselring, S. et Buxton, J. A. (2014). A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone program. *CMAJ open*, *2*(3), E153.

Barker, S. L., Maguire, N., Bishop, F. L. et Stopa, L. (2018). Peer support critical elements and experiences in supporting the homeless: a qualitative study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *28*(4), 213–229. http://dx.doi.org/10.1002/casp.2353

Batista, P., Deren, S., Banfield, A., Silva, E., Cruz, M., Garnes, P., Cleland, C. M., Mehandru, S., LaMar, M. et Markowitz, M. (2016). Challenges in recruiting people who use drugs for HIV-related biomedical research: perspectives from the field. *AIDS Patient Care and STDs*, *30*(8), 379–384. http://dx.doi.org/10.1089/apc.2016.0135

Behar, E., Santos, G. M., Wheeler, E., Rowe, C. et Coffin, P. O. (2015). Brief overdose education is sufficient for naloxone distribution to opioid users. *Drug and alcohol dependence*, *148*, 209–212. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.009

Bennett, A. S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G. et Kral, A. H. (2011). Characteristics of an overdose prevention, response, and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania. *Journal of Urban Health, 88*(6), 1020–1030.

Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomane. (2020). *PROFAN*. http://www.cran.qc.ca/fr/nos-services-cliniques/espace-usager-ressources-communautaires/profan

Chartier-Otis, M. (2011). *Utilisation de l'Internet et formation de pairs-aidants pour surmonter les obstacles au traitement des troubles anxieux* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. http://www.archipel.uqam.ca/4144/1/D2135.pdf

Chronister, K. J., Lintzeris, N., Jackson, A., Ivan, M., Dietze, P. M., Lenton, S., Kearley, J. et Van Beek, I. (2018). Findings and lessons learnt from implementing Australia's first health service based take-home naloxone program. *Drug and alcohol review*, *37*(4), 464–471. http://dx.doi.org/10.1111/dar.12400

Clark, A. K., Wilder, C. M. et Winstanley, E. L. (2014). A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *Journal of addiction medicine*, *8*(3), 153-163. http://dx.doi.org/10.1097/ADM.0000000000000034

Cousins, J. B. et Earl, L. M. (1992). The case for participatory evaluation. *Educational evaluation and policy analysis*, *14*(4), 397-418. http://dx.doi.org/10.3102/01623737014004397

Dehar, M. A., Casswell, S. et Duignan, P. (1993). Formative and process evaluation of health promotion and disease prevention programs. *Evaluation Review, 172*, 204-220. http://dx.doi.org/10.1177/0193841X9301700205

Deonarine, A., Amlani, A., Ambrose, G. et Buxton, J. A. (2016). Qualitative assessment of take-home naloxone program participant and law enforcement interactions in British Columbia. *Harm Reduction Journal*, *13*(1), 17. http://dx.doi.org/10.1186/s12954-016-0106-1

Donroe, J. H., Socias, M. E. et Marshall, B. D. (2018). The deepening opioid crisis in North America: historical context and current solutions. *Current Addiction Reports, 5*(4), 454-463.

Dwyer, R., Fraser, S. et Dietze, P. (2016). Benefits and barriers to expanding the availability of take-home naloxone in Australia: A qualitative interview study with service providers. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *23*(5), 388-396. http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2016.1150964

Ferlatte, M., Milton D. et Perreault, M. (2019). *Rapport d'évaluation qualitative des formations PROFAN de 2015 à 2018* [ensemble de données inédit]. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Ferlatte, M., Milton, D. et Perreault, M. (2020). *Rapport d'évaluation PROFAN 2.0 pour le milieu communautaire et les usagers et leurs proches — Bilan mi-projet* [ensemble de données inédit]. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Ferlatte, M., Tremblay, G., Milton, D. et Perreault, M. (2020). *Constats de l'étude de besoin en formation de prévention des surdoses des régions sociosanitaires du Québec* [ensemble de données inédit]. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Glick, S. N., Prohaska, S. M., LaKosky, P. A., Juarez, A. M., Corcorran, M. A. et Des Jarlais, D. C. (2020). The Impact of COVID-19 on Syringe Services Programs in the United States. *AIDS and Behavior*, *24*(9), 2466-2468.

Gouvernement du Canada. (2021). *Données, surveillance et recherche concernant les opioïdes et autres substances.* https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche.html

Gouvernement du Québec (2018). *Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre 2018-20*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf

Greer, A. M., Luchenski, S. A., Amlani, A. A., Lacroix, K., Burmeister, C. et Buxton, J. A. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC Public Health*, *16*(1), 452. http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3136-4

Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, *82*(2), 267-275. http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jti050

Kerr, T., Small, W., Peeace, W., Douglas, D., Pierre, A. et Wood, E. (2006). Harm reduction by a "user-run" organization: a case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). *International Journal of Drug Policy*, *17*(2), 61-69. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.01.003

Kolla, G., Kenny, K. S., Bannerman, M., Boyce, N., Chapman, L., Dodd, Z., Ko, J. et Ovens, S. (2020). Help me fix: The provision of injection assistance at an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Canada. *International Journal of Drug Policy*, *76*, 102617. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102617

Leclerc, P. et Morissette, C. (2015). *Surdoses sévères liées à la consommation de drogues de rue à Montréal : Résultats de l'enquête de 2014 et recommandations.* CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-513-6.pdf

Madah-Amiri, D., Clausen, T. et Lobmaier, P. (2016). Utilizing a train-the-trainer model for multi-site naloxone distribution programs. *Drug and alcohol dependence*, *163*, 153-156. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.007

Marshall, Z., Dechman, M. K., Minichiello, A., Alcock, L. et Harris, G. E. (2015). Peering into the literature: a systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives. *Drug and Alcohol Dependence, 151*, 1-14.

Marshall, C., Perreault, M., Archambault, L. et Milton, D. (2017). Experiences of peer-trainers in a take-home naloxone program: results from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, *41*, 19-28. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.015

Marshall, C., Piat, M. et Perreault, M. (2018). Exploring the psychological benefits and challenges experienced by peer-helpers participating in take-home naloxone programmes: A rapid review. *Drugs: Education, Prevention and Pol*icy, *25*(3), 280-291.

McAuley, A., Aucott, L. et Matheson, C. (2015). Exploring the life-saving potential of naloxone: a systematic review and descriptive meta-analysis of take home naloxone (THN) programmes for opioid users. *International Journal of Drug Policy*, *26*(12), 1183-1188. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.09.011

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd.). Armand Colin.

Paré, I. (2014, 13 juin). Des écueils légaux bloquent l'accès à l'antidote. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/410883/surdoses-des-ecueils-legaux-bloquent-l-acces-a-l-antidote

Perreault, M., Pawliuk, N., Veilleux, R. et Rousseau, M. (2006). Qualitative assessment of mental health service satisfaction: strengths and limitations of a self-administered procedure. *Community mental health journal, 42*(3), 233-242.

Perreault, M. (20 octobre 2016). *Evaluation of the perspective of participants from an overdose prevention and naloxone administration training program* [communication orale]. Annual Meeting and Scientific conference of CSAM-SMCA & ISAM, Montréal, QC, Canada. https://csamconference.org/program/about/

Perreault, M., Artunduaga, A. C., Perron, C., Marshall, C., Ferlatte, M. et Milton, D. (2021). *Perceived impact of participation in a peer-training overdose prevention program* [document en préparation]. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Perron, C. (2016). *Rapport annuel de projet. PROFAN/Prévenir et Réduire les Overdoses – Former et Accéder à la naloxone*. Méta d'Âme.

Perron, C. (2019). *Rapport annuel des activités de PROFAN — 2018-2019*. Méta d'Âme.

Porteous, N. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde et C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-105). Presses de l'Université de Montréal.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research, 38*(2), 65-76.

Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., Downing, M. et Edlin, B. R. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *Journal of Urban Health*, *82*(2), 303-311. http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jti053

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L., Offor, E. et Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, *103*(10), 1648-1657. http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02314.x

Ti, L., Tzemis, D. et Buxton, J. A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *7*(1), 1-9. http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-7-47

Teague, G. et Riley, R. H. (2006). Online resuscitation training. Does it improve high school students' ability to perform cardiopulmonary resuscitation in a simulated environment? *Resuscitation*, *71*(3), 352-357. http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.05.007

Wagner, K. D., Davidson, P. J., Iverson, E., Washburn, R., Burke, E., Kral, A. H., McNeeley, M., Jackson Bloom, J. et Lankenau, S. E. (2014). "I felt like a superhero": The experience of responding to drug overdose among individuals trained in overdose prevention. *International Journal of Drug Policy*, *25*(1), 157-165. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.003

World Health Organization. (2014). *Substance use: Community management of opioid overdose*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137462/?sequence=1

Young, S., Williams, S., Otterstatter, M., Lee, J. et Buxton, J. (2019). Lessons learned from ramping up a Canadian Take Home Naloxone programme during a public health emergency: a mixed-methods study. *BMJ open*, *9*(10), e030046. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030046

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Déploiement d'un algorithme de soins en réponse à la crise des opioïdes

Annie Talbot, chercheuse, médecin, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Rania Khemiri, coordonnatrice de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Aïssata Sako, directrice de programme, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Luc Londei-Leduc, médecin, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Christine Robin, médecin, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de de l'Estrie - CHUS

Suzanne Marcotte, pharmacienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Guenièvre Therrien, médecin, Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Geneviève Goulet, médecin, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie - CHUS

Geneviève Beaudet Hillman, infirmière clinicienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Christine Ouellette, médecin, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Suzanne Brissette, chercheuse, médecin, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marcel Martin, médecin, Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Polina Titova, coordonnatrice de recherche, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Pierre Lauzon, médecin, Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Correspondance

Annie Talbot
Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
850, rue Saint-Denis, bureau S344
Montréal (Québec) Canada H2X 0A9
Téléphone : 514 890-8000, poste 13043
annie.talbot.md.chum@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les patients et le personnel soignant qui a collaboré au projet SuboxED, notamment mesdames Karell Bossé, Hélène Loiselle, Sylvie Hall et monsieur Sofiane Chougar. Nous voulons également remercier la Dre Julie Bruneau et le pôle Québec-Atlantique de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) ainsi que l'Institut universitaire sur les dépendances pour leur soutien.

Financement

L'étude a été financée par Santé Canada et le MSSS/Institut universitaire sur les dépendances (IUD) dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances. Notez que les opinions exprimées dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement la position de Santé Canada et du MSSS.

Divulgation de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts à divulguer. Un membre de la famille d'Annie Talbot travaille dans une entreprise pharmaceutique (sans aucun lien avec le projet SuboxED).

Résumé

Contexte : Entre janvier 2016 et juin 2020, le Canada a enregistré plus de 17 602 décès attribuables à des cas de surdose aux opioïdes ; une hausse inquiétante qui incite les professionnels de la santé à réfléchir à des interventions dans les salles d'urgence (SU) qui sont souvent la première ligne de soins pour les personnes à risque de surdose aux opioïdes (RSO).

En avril 2018, un groupe pluridisciplinaire de cliniciens a développé le projet SuboxED pour établir un processus de mise en œuvre d'un algorithme clinique pour la distribution de naloxone intranasale pour les patients à RSO et la prescription de buprénorphine-naloxone (B/n) dans trois SU du Québec pour les patients ayant un trouble de l'usage d'opioïdes (TUO).

Méthodologie : Le projet SuboxED se présente en deux phases, la phase pré et mise en œuvre et la phase d'évaluation clinique. Nous traiterons ici de la première phase qui s'est déroulée du 1er avril 2018 au 30 avril 2019 par un processus conçu en plusieurs étapes progressives : 1) constituer un groupe pluridisciplinaire de cliniciens ; 2) identifier trois SU, des cliniques TAO et les pharmacies partenaires au Québec ; 3) établir les critères d'éligibilité à la naloxone intranasale et la B/n basée sur les recommandations scientifiques pour créer l'algorithme ; 4) former le personnel des SU ; 5) mettre en œuvre l'algorithme pour les patients RSO.

Conclusion : Le projet SuboxED a développé un algorithme clinique en réponse à la crise des opioïdes au Québec et a contribué à la gratuité de la naloxone, tout en relevant de nombreux défis. La mise en œuvre de tel algorithme est faisable et devrait être déployée largement surtout en temps de pandémie. Une phase de l'évaluation clinique suivra.

Mots-clés : buprénorphine-naloxone, naloxone, algorithme, salle d'urgence, opioïdes, surdose

An algorithm of care as a response to the opioid crisis

Abstract

Between January 2016 and June 2020, Canada recorded more than 17,602 deaths attributable to opioid overdose, an increase that prompts healthcare professionals to develop clinical interventions aimed at decreasing population overdose. As emergency departments (EDs) are often the first point of care for people at risk of opioid overdose, the current intervention focused on dispensing take-home naloxone (THN) and initiating opioid agonist treatment (OAT) among ED patients who are at risk of opioid overdose (ROO). In 2018, the SuboxED project convened a multidisciplinary group of clinical experts to implement a clinical algorithm for dispensing THN and prescribing buprenorphine/naloxone (B/n) for at ROO patients in 3 Québec EDs.

Methodology: This project had two phases: 1) planning and implementation, and 2) evaluation. This article will describe the first phase, from April 1, 2018 to April 30, 2019, which included several progressive stages: 1) convening a multidisciplinary group of clinicians; 2) identifying the EDs, OAT clinics, and pharmacy partnerships in Quebec; 3) establishing the eligibility criteria for intranasal naloxone and B/n based on scientific recommendations; 4) developing training tools and the ED algorithm; and 5) implementing the algorithm for patients at ROO.

Conclusion: The SuboxED project developed a clinical algorithm in response to the opioid crisis in Quebec and contributed to improving naloxone access in EDs, despite many challenges. The implementation of such an algorithm is feasible and should be deployed widely, especially during health crises such as the COVID-19 pandemic. The clinical evaluation of the implementation process will follow.

Keywords: buprenorphine/naloxone, take-home naloxone, emergency room, overdose, opioid, algorithm

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Implementación de un algoritmo de asistencia en respuesta a la crisis de los opioides

Resumen

Contexto: entre enero de 2016 y junio de 2020 Canadá registró más de 17 602 casos de muertes atribuibles a casos de sobredosis de opioides, un aumento inquietante que incita a los profesionales de la salud a considerar las intervenciones que se pueden realizar en las salas de emergencia para disminuir los riesgos de sobredosis, puesto que las emergencias están a menudo en la primera línea de la atención médica en los casos de personas a riesgo de sobredosis de opioides.

En abril de 2018, un grupo multidisciplinario de personal médico desarrolló el proyecto SuboxED para establecer un proceso de puesta en práctica de un algoritmo clínico para la distribución de naloxona intranasal para los pacientes con riesgo de sobredosis de opioides y de la prescripción de buprenorfina-naloxona (B-n) en tres salas de emergencia de Quebec destinada a los pacientes que presentan un problema de consumo de opioides.

Metodología: el proyecto SuboxED se presenta en dos etapas, la etapa previa a la implementación y la implementación y la etapa evaluación clínica de la implementación. Trataremos aquí la primera etapa que se ha aplicado del 1 de abril de 22018 al 30 de abril de 2019 por medio de un proceso concebido en varias etapas progresivas: 1) constituir un grupo multidisciplinario de personal médico; 2) identificar tres salas de emergencia, las clínicas para pacientes que presentan problemas de consumo de drogas y las farmacias asociadas de Quebec; 3) establecer los criterios de elegibilidad para la naloxona intranasal y la B-n sobre la base de las recomendaciones científicas para crear el algoritmo; 4) formar el personal de las salas de emergencia; 5) implementar el algoritmo para los pacientes a riesgo de una sobredosis por opioides.

Conclusión: el proyecto SuboxED ha desarrollado un algoritmo clínico en respuesta a la crisis de los opioides en Quebec y ha contribuido a la gratuidad de la naloxona, debiendo enfrentar al mismo tiempo una cantidad de desafíos. La aplicación del algoritmo es factible y debería implementarse ampliamente, sobre todo en época de pandemia. Se realizará posteriormente una etapa de evaluación clínica.

Palabras clave: buprenorfina-naloxona, naloxona, algoritmo, sala de emergencia, opioides, sobredosis.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

L'Amérique du Nord s'est retrouvée confrontée à une augmentation dramatique des décès par surdose aux opioïdes, liée, entre autres, à l'usage médical abondant des opioïdes prescrits pour soulager les douleurs (National Center for Health Statistics, 2021). La disponibilité de ces substances a facilité leur usage à des fins non médicales et proscrites. Les rapports du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) déclaraient plus de 47 000 décès de surdose aux opioïdes au cours de l'année en 2018 aux États-Unis (CDC, 2019). Le Canada, deuxième pays au palmarès de la consommation d'opioïdes prescrit par habitant derrière les États-Unis, a enregistré entre janvier 2016 et juin 2020 une augmentation du nombre de surdoses fatales reliée aux opioïdes illicites ou prescrits (Commission globale des politiques en matière de drogues, 2018). Le gouvernement du Canada a publié un rapport en 2020 qui évalue à plus de 17 602 le nombre de décès attribuables à une intoxication aux opioïdes durant cette période. Une tendance à la hausse a aussi été observée pour le Québec avec 258 décès en 2016, 203 décès en 2107, 280 décès en 2018 et 643 décès entre juillet 2019 à septembre 2020 (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

L'augmentation du nombre de prescriptions des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses, l'utilisation à des fins non thérapeutiques et la disponibilité des opioïdes illicites comme le fentanyl sur le marché serait à l'origine des cas de surdose aux opioïdes (Scholl et al., 2017).

Population à risque

Le risque de décès par surdose aux opioïdes est plus élevé chez les personnes ayant un trouble d'usage d'opioïdes (TUO) qui sont momentanément sevrées après une incarcération ou un séjour hospitalier (Merrall et al., 2010).

En Ontario, une autre étude révèle que des surdoses mortelles ont eu lieu principalement chez des personnes qui avaient déjà reçu une ordonnance d'opioïdes dans les quatre semaines précédentes ou une prescription d'opioïdes à longue action ou à forte dose (Dhalla et al., 2009).

Les salles d'urgence : première ligne de front

Au-delà des visites aux SU pour surdose aux opioïdes, les SU sont sur la ligne de front lorsque vient le temps d'évaluer les patients à risque de surdose aux opioïdes (RSO) vu les différentes raisons qui amènent les patients à consulter (épisode de soins aigus nécessitant une prescription d'opioïdes, intoxications, aide en situation de sevrage, soulagement de la douleur chronique, association médicamenteuse, comorbidités et usage opioïdes, etc.).

Weiner et ses collaborateurs (2020) ont mené une étude rétrospective de 2011 à 2015 au Massachusetts (États-Unis), sur un échantillon de 17 241 patients ayant quitté les SU après

une surdose d'opioïde non mortelle. Cette étude rapporte un taux de mortalité de plus de 5,0 % pour les patients au courant de l'année suivant une surdose. Leece et ses collaborateurs (2020) ont étudié l'incidence et les facteurs de risque de mortalité auprès d'une cohorte de 6 140 patients en Ontario (Canada) entre janvier 2015 et 31 décembre 2016. Cette étude montre que 1,9 % des patients ont succombé à une surdose d'opioïdes l'année suivant leur séjour aux SU. Ils ont alors conclu à la nécessité de déployer un traitement adéquat et opportun dans les SU afin de prévenir d'éventuel cas de mortalité.

Certains patients à RSO qui visitent les SU sont des clientèles vulnérables qui sont désaffiliées du réseau de la santé. Leur seul contact avec le système de santé n'est que par des visites aux SU (Hoffman et al., 2019).

Naloxone : antidote aux surdoses d'opioïdes

Depuis 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise une meilleure accessibilité à la naloxone pour les personnes à RSO et leur entourage afin de prévenir les décès. La naloxone est un antagoniste à courte demi-vie des récepteurs opioïdes. Elle est un antidote efficace en cas de surdose pour renverser l'effet dépresseur sur les voies respiratoires et ainsi éviter un décès (OMS, 2014).

Historique de l'accès à la naloxone au Québec

Au Québec, depuis plus de quarante ans, la naloxone, sous sa forme intramusculaire ou intraveineuse, est utilisée par les professionnels de la santé pour des patients en surdose aux opioïdes dans les cliniques ou dans les centres de santé incluant les centres hospitaliers (CH). L'utilisation de la naloxone à emporter pour les personnes à RSO et leur entourage n'était pas encore disponible avant les années 2010. En 2013, à la suite d'une hausse des surdoses aux opioïdes à Montréal, le projet PROFAN (Prévenir et Réduire les Overdoses, Former et Accéder à la Naloxone) a vu le jour et a permis de faciliter l'accès à la naloxone à emporter et la remise de trousses de naloxone sous la forme intramusculaire (aiguilles, gants et instructions) aux personnes à RSO et leur entourage pour un usage hors milieu clinique. PROFAN a aussi créé des ateliers de formations par et pour les usagers de drogues et leur entourage sur la prévention des surdoses aux opioïdes et l'utilisation de la naloxone à emporter (CRAN, 2021).

En 2017, le gouvernement québécois a voulu améliorer l'accès à la naloxone aux personnes à RSO et leur entourage en mettant sur pied un programme universel gratuit géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de distribution de la naloxone à emporter, en administration intramusculaire dans un premier temps, sous forme d'ordonnance collective puis en pharmacie d'office et sans ordonnance, pour finalement inclure, dans un deuxième temps, la forme d'administration intranasale de la naloxone une fois commercialisée au Québec. Toutefois, le programme n'incluait pas la remise de la naloxone à emporter dans les SU des centres hospitaliers (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2017).

Trouble d'usage d'opioïdes : la buprénophine/naloxone comme traitement de première ligne

Une composante déterminante chez les patients à RSO est le TUO. Ainsi, au-delà de la prévention d'un décès par surdose aux opioïdes à la suite de l'administration de la naloxone, les patients avec un TUO peuvent aussi nécessiter un traitement par agoniste aux opioïdes (TAO) afin de réduire les risques de surdoses, les infections associées à l'utilisation des opioïdes et de diminuer la criminalité (Bruneau et al., 2018). La buprénorphine/naloxone (B/n), un des TAO disponibles sur le marché, est une association médicamenteuse de deux ingrédients actifs (la buprénorphine et la naloxone). La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes qui, par son action agoniste, supprime l'effet de sevrage, réduit les effets sur le système respiratoire et les risques de dépression respiratoire dû à une surdose. Elle est disponible sous la forme de comprimé sublingual (Stotts et al., 2009). La naloxone est ajoutée à sa composition pour éviter une surdose de buprénorphine par injection, et n'est pas active dans la forme sublinguale (Harris et al., 2000 ; Mendelson et al., 1997). La B/n prévient donc les symptômes de sevrage d'opioïdes et diminue le désir de consommer des opioïdes.

Selon les lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche en abus de aubstance (ICRAS), la B/n est considérée comme traitement de première ligne chez les patients ayant un TUO (Bruneau et al., 2018). Par ailleurs d'autres études soulignent les avantages économiques d'une induction à la B/n aux SU pour le système de santé comparativement à une psychothérapie de type intervention brève ou une référence dans un centre spécialisé en toxicomanie (Busch et al., 2017). Le mot induction à la B/n est utilisé dans ce texte comme synonyme d'initiation ou amorce à la B/n.

La buprénorphine/naloxone aux salles d'urgence

L'étude de 2017 de D'Onofrio et ses collaborateurs portent sur les patients avec un TUO ayant été initié à la B/n aux SU. Les données de cet essai clinique randomisé ont montré que 74,0 % des patients des groupes de randomisation à la B/n avaient une meilleure rétention dans leur traitement que ceux du groupe qui ont été référés à une clinique TAO. De plus, les auteurs de cette étude confirment que les patients du groupe B/n rapportent une diminution significative de leur consommation d'opioïde deux mois après l'amorce de la B/n aux SU. Ces effets n'ont cependant pas pu être observés six mois plus tard (D'Onofrio et al., 2017).

À la suite de la publication des résultats de cette étude et devant l'ampleur de la crise des surdoses aux opioïdes, des cliniciens américains aux États-Unis ont mis en place des programmes aux SU pour l'induction de la B/n chez les personnes ayant un TUO (Siegel, 2019). Au Canada (Alberta et Ontario), un programme de remise de trousse de naloxone a été mis en place dans l'hôpital urbain tertiaire Royal Alexandra à Edmonton (O'Brien et al., 2019), toutefois, sans amorce de la B/n chez les personnes ayant un TUO aux SU.

SuboxED : la genèse

En décembre 2017, pour endiguer cette urgence sanitaire, le projet SuboxED a été élaboré au Québec. Ce projet, subventionné par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) qui vise à appuyer les initiatives novatrices en promotion de la santé, en prévention et réduction des méfaits, s'arrime aux plans d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour faire face à la crise des opioïdes (MSSS, 2018).

Objectifs

Le projet SuboxED vise la création et la mise en œuvre de l'algorithme de la naloxone intranasale à des patients à RSO, l'amorce de la B/n chez les patients ayant un TUO identifié dès la SU et l'évaluation clinique six mois après la mise en œuvre de cet algorithme.

Nous décrivons dans cet article les étapes de la mise en œuvre de cet algorithme dans trois SU au Québec.

Éthique

Le protocole de recherche du projet SuboxED été évalué par le comité scientifique du CHUM, ensuite approuvé par le comité d'éthique de recherche (CER) du CHUM, désigné CER évaluateur du projet. Par la suite, les autorisations de poursuivre la recherche ont été sollicitées et obtenues auprès des comités d'éthique affiliés aux SU impliquées.

Méthodologie

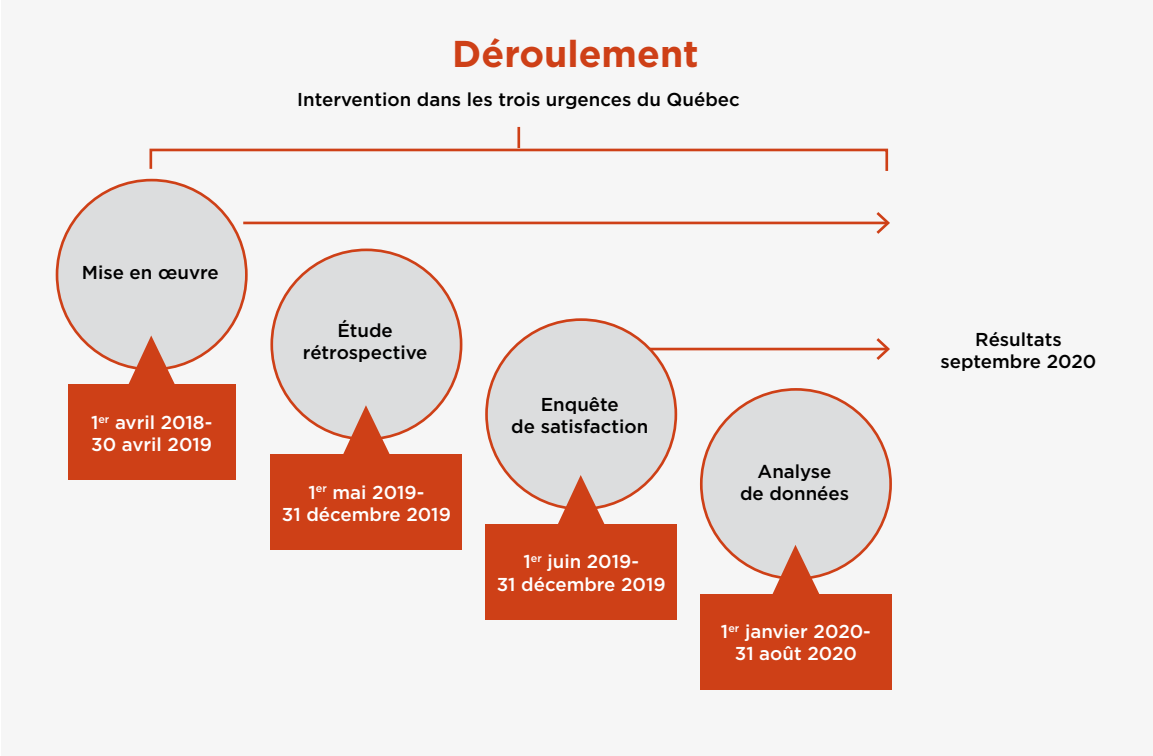
Description de la stratégie de la mise en œuvre

Sélection des trois SU participantes

Le projet SuboxED s'est déroulé du 3 décembre 2017 au 31 mars 2020 et a été mené au sein de trois SU du Québec (figure 1). Les trois SU sélectionnées sont : 1) le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un hôpital universitaire de Montréal en plein cœur du centre-ville de Montréal, offrant des services hautement spécialisés avec une estimation de 75 000 visites annuelles à la SU avec des équipes spécialisées en médecine des toxicomanies, disponible par consultations, 24 heures par jour, sept jours semaine (CHUM, 2019). On estime qu'environ 1 500 consultations sont effectuées au Service de la médecine des toxicomanies (SMT) en provenance de la SU ; 2) l'hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, un hôpital de quartier de Montréal dont les activités cliniques sont centrées sur la médecine de proximité avec une estimation de 47 000 visites annuelles qui ont également accès à des équipes spécialisées en médecine des toxicomanies sur consultations, 24 heures par jour,

sept jours semaine (Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019). On estime qu'environ 1 000 consultations sont effectuées au Service des toxicomanies et de médecine urbaine (STMU) en provenance de la SU ; et 3) l'hôpital Hôtel Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, situé au centre-ville de Sherbrooke, avec une estimation de 51 000 visites annuelles qui a accès aux services ambulatoires par référence du centre de réadaptation en dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, cinq jours par semaine entre 8 h et 17h. On estime qu'environ 87 références sont effectuées au centre de réadaptation en dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Hôpital Hotel Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2019).

FIGURE 1 – **Déroulement de la mise en œuvre SuboxED**



Note. * Pour le CHUS du 1er décembre au 31 janvier 2020.

Ces trois salles d'urgence ont été sélectionnées selon les critères suivants : 1) la volumétrie de leur clientèle, la diversité des patients reçus pour des intoxications, surdoses et autres affections liées à la consommation de substances, et les différences dans les soins et services offerts ; 2) la capacité et la volonté des équipes cliniques et de gestion des services d'urgences à intégrer rapidement un nouvel algorithme ; 3) la disponibilité de toutes les ressources matérielles, humaines, départementales et financières pour la mise en œuvre de SuboxED.

Sélection du groupe de cliniciens pluridisciplinaires

Un groupe de cliniciens pluridisciplinaires composés de pharmaciens d'hôpitaux, de médecins à l'urgence, de médecins ayant une expertise en toxicomanie, de résidents, d'infirmières en soins d'urgence et en toxicomanie ainsi que de gestionnaires d'hôpitaux a été formé. Préoccupés par la crise des opioïdes au sein des trois SU sélectionnés, ils ont décidé de mettre en commun leurs connaissances en soins d'urgence et en médecine des toxicomanies afin de développer et mettre en place un algorithme de distribution de la naloxone intranasale et de prescription de B/n au sein de ces SU pour les patients à RSO ou ayant un TUO.

De mars 2018 à avril 2019, ce groupe de cliniciens pluridisciplinaires s'est réunis une fois par mois pour : 1) réviser la revue de littérature ; 2) élaborer l'algorithme de dispensation de la naloxone et de prescription la B/n aux SU basée sur cette littérature ; 3) créer des liens avec trois cliniques de TAO affiliées à chaque SU ; 4) identifier les pharmacies d'officines partenaires ; 5) s'assurer de l'accès à la naloxone intranasale et de la B/n dans les SU ; 6) développer des outils cliniques propres à la mise en œuvre de l'algorithme ; 7) discuter des enjeux de mise en œuvre propres à chacune des SU ; 8) résoudre les enjeux découlant dans la mise en œuvre ; 9) cibler les formations nécessaires ; 10) créer le contenu de formation ; 11) répondre aux questions des équipes terrain des trois SU en lien avec la mise en œuvre (formation, outils, aspect clinique, etc.).

Le groupe de cliniciens pluridisciplinaires a travaillé conjointement avec les directions des soins infirmiers de chaque établissement de santé des trois SU, les pharmaciens d'officine, les pharmaciens des SU et les médecins à l'urgence des trois SU pour développer des plans de formation pour les équipes impliquées.

Sélection et rôles des trois cliniques TAO

Le Service de médecine des toxicomanies (SMT) du CHUM, le Service des toxicomanies et de médecine urbaine (STMU) de l'hôpital Notre-Dame du CIUSSS et la clinique externe de TAO du CIUSSS de l'Estrie-CHUS - établissement Centre Jean-Patrice-Chiasson, sont les cliniques TAO des trois sites où s'est déroulée la mise en œuvre du projet SuboxED. Les trois cliniques TAO ont été choisies selon la proximité aux SU et leur capacité à évaluer les patients initiés à la B/n aux SU dans un délai sept jours ou moins.

Ces collaborations ont permis de développer les processus de référence et de prise en charge des patients après leur congé des SU dans les trois cliniques TAO.

Sélection des huit pharmacies d'officine

Les huit pharmacies d'officine ont été sélectionnées selon leur expertise en TAO (induire en totalité ou partiellement, la B/n à leur pharmacie) et selon leur proximité démographique en lien avec les SU ainsi que les heures d'ouverture. Cette collaboration consistait à : 1) faciliter

le transfert des patients après leur congé de l'urgence et leur prise en charge subséquente ; 2) l'amorce de la B/n en pharmacie, lorsque prescrite ; 3) la remise et l'ajustement du dosage de la prescription de la B/n ainsi que la remise de naloxone intranasale par le pharmacien d'officine, lorsqu'indiqué (annexe 1).

Identification de la population cible

La population ciblée par le projet SuboxED est constituée des personnes qui visitent les SU et qui sont identifiées à RSO par les professionnels de la santé des SU.

Le groupe de cliniciens pluridisciplinaires a proposé une question unique d'identification des patients à RSO aux SU s'intégrant parfaitement au questionnaire de triage déjà existant des infirmières (figure 3), selon les définitions de l'OMS, CDC et INSPQ (OMS, 2014 ; CDC, 2019 ; INSPQ, 2017). De plus, il a été établi pour chacune des trois SU, que le dépistage des personnes à RSO se faisait soit par l'infirmière de triage, l'infirmière aux soins du patient ou par le pharmacien de la SU.

FIGURE 2 – **Questions de dépistage des patients au triage aux urgences**

SuboxED
URGENCES | SUBOXONE® | NALOXONE

Questions de dépistage des patients au triage des urgences

Ce questionnaire sera utilisé par l'infirmière de l'urgence dans Siurge pour CHUM et CHND, ou par feuille de triage dans le cas du CIUSSS de l'Estrie-CHUS comme document de référence afin d'être en mesure de répondre à la question de triage :

Est-ce que le patient est à risque de surdose aux opioïdes ?

Section infirmière de triage :

1. Est-ce que le patient est à risque de surdose aux opioïdes ?
   - Oui ☐
   - Non ☐

Afin de répondre à cette question, l'infirmière de triage aura ces questions, en référence :

1. Faites- vous usage d'opioïdes prescrits (hydromorphone ou Dilaudid, morphine ou Statex, oxycodone ou Supeudol, OxyNéo, codéine ou Empracet, fentanyl, méthadone, suboxone) ?
   - Oui ☐
   - Non ☐
2. Faites- vous usage d'opioïdes illicites ? (Achat ailleurs que dans une pharmacie, partage d'une prescription d'une autre personne, sur la rue)
   - Oui ☐
   - Non ☐
3. Patient est venu à l'urgence pour surdose d'opioïdes ?
   - Oui ☐
   - Non ☐
4. Êtes-vous en sevrage d'opioïdes ?
   - Oui ☐
   - Non ☐

Algorithme de soins pour la distribution de naloxone intranasale et l'induction de la B/n

Lors des rencontres préparatoires de la mise en œuvre, les médecins des SU ont mentionné le besoin de développer des outils d'identification des patients à RSO simple et facile à mettre en pratique comme c'est le cas des ordonnances préimprimées qui permettent une prise en charge sécuritaire et un algorithme en réponse aux besoins des patients à RSO ou TUO sans toutefois prolonger leur séjour aux urgences de façon inutile. Ces commentaires ont été pris en considération dans la création des outils.

Ainsi, les cliniciens pluridisciplinaires, aidés par la revue de littérature, ont élaboré un algorithme de soins décisionnel pour la remise de la naloxone intranasale chez les patients à RSO et la prescription de B/n pour les patients ayant un TUO, qui inclut l'identification du patient à RSO, la remise de la naloxone et la prescription de B/n.

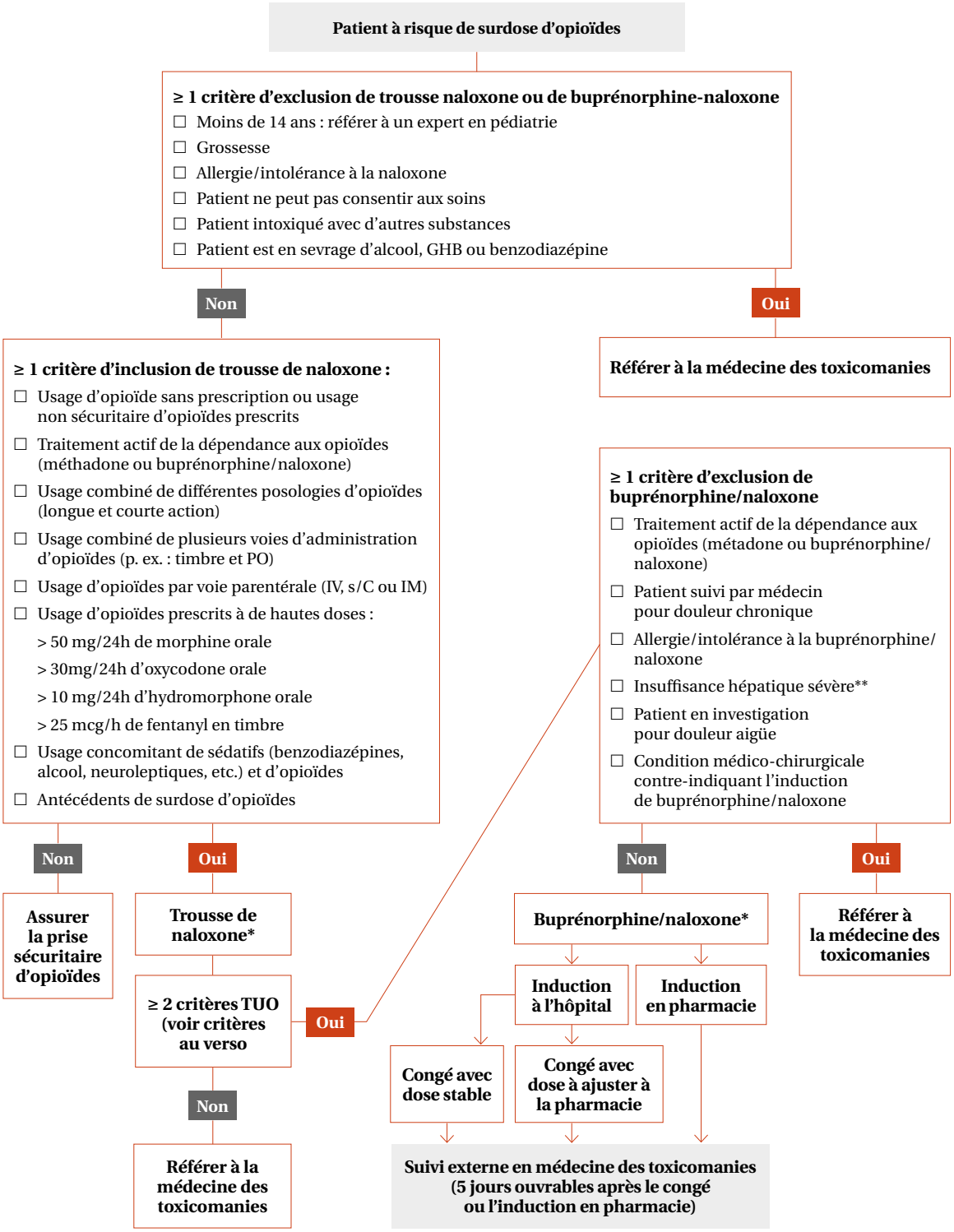
Tous les outils cliniques ont été révisés et approuvés par les instances incluant la direction des soins infirmiers, les comités des dossiers cliniques pour l'ajout d'outils cliniques dans les dossiers médicaux et les comités des pharmaciens des établissements respectifs.

Critères d'éligibilité des patients à la naloxone intranasale

Pour déterminer si un patient à RSO doit recevoir la naloxone intranasale, un outil clinique a été développé selon les critères établis par l'équipe pluridisciplinaire, basée sur les recommandations des lignes directrices de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le CDC et l'OMS (CDC, 2019 ; INESSS, 2018 ; INSPQ, 2017 ; OMS, 2014).

Des critères d'exclusion de remise de la naloxone ont aussi été intégrés (figure3).

FIGURE 3 – **Algorithme de prescription pour l'urgentologue de naloxone et induction à la buprénorphine-naloxone**



Note. (cc) BY-NC-SA

Critères d'éligibilité des patients à la B/n

Un outil clinique a été développé pour les médecins des SU afin de déterminer les critères d'éligibilité des patients à la B/n et la confirmation d'un diagnostic de TUO selon la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013), et les recommandations du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (Collège des médecins du Québec et al., 2020).

Les critères d'admissibilité pour une induction sont les suivantes :

- le patient doit avoir un diagnostic de dépendance selon le DSM-5 ou un comportement qui risque de mettre sa vie en danger ;
- le patient doit être âgé de plus de 14 ans ;
- le patient doit avoir un historique de consommation importante d'opioïdes et plusieurs tentatives de sevrage ;
- le patient doit consommer des opioïdes (confirmation par test urinaire ou historique médicale) ;
- et finalement, le patient doit pouvoir consentir et accepter les soins.

Les doses retenues d'induction de B/n, l'ajustement suggéré, la gestion des sevrages provoqués et les prescriptions types pour les pharmacies d'officines respectent à la fois les règles du Collège des médecins et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (Collège des médecins du Québec et al., 2020), en plus de respecter les propriétés pharmaceutiques de la B/n.

Formation du personnel des trois SU

Le programme de formation du projet SuboxED pour le personnel des SU, des pharmaciens d'officines et les professionnels des cliniques TAO portait sur la naloxone, la B/n et l'algorithme développé. Ce programme contenait deux types de formations : 1) deux modules de formation en ligne ; et 2) sessions d'échange sur la mise en œuvre de l'algorithme.

Lors des rencontres préparatoires de formation, les professionnels de la santé rencontrés ont mentionné le besoin de développer des outils de formation virtuelle afin de cibler tous les quarts de travail des SU et des pharmacies d'officines, des sessions de questions-réponses et du temps rémunéré libéré pour les formations des infirmières.

Modules de formation

Des infirmières et des médecins spécialisés en médecine des toxicomanies du CHUM, responsables de la formation, ont préparé deux modules de formation virtuelle de 20 minutes chacun. Le premier module porte sur l'utilisation de l'échelle *Clinical Opioid Withdrawal Scale* (COWS) (annexe 5). Cette échelle de 11 items permet l'évaluation des symptômes de sevrage aux opioïdes en combinant des symptômes subjectifs et objectifs observés chez le

patient. Elle est conçue pour être utilisée rapidement (< deux minutes) par les cliniciens. L'échelle et son pointage limitent la possibilité de réponses feintes (Wesson et Ling, 2003). Cet outil est un instrument valide et présente une sensibilité suffisante pour détecter un sevrage aux opioïdes (Tompkins et al., 2009).

La COWS est couramment utilisée pour l'induction à la buprénorphine ou à la B/n, mais peut également être utilisée dans l'évaluation du sevrage aigu des opioïdes dans d'autres contextes, comme le traitement TAO à la méthadone et le traitement de la douleur chronique.

Le deuxième module porte sur les critères de dispensation de la naloxone à emporter à partir d'un centre hospitalier pour les patients à RSO pour usage hors milieu clinique. Ces modules ont été spécialement conçus pour le personnel des SU et fournissent des informations générales sur l'utilisation de la naloxone, les facteurs de risque de surdose, ainsi que les signes et symptômes du sevrage des opioïdes ou de la surdose. Les modules de formation sont accessibles sur la plateforme provinciale de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) (ENA, 2019). Des prétests et des post-tests de vérification des compétences sont intégrés au programme de formation en ligne. Un suivi personnalisé systémique par l'aide-infirmière de la SU est prévu en cas d'échec.

De novembre 2018 à mars 2019, les deux modules en ligne ont été privilégiés dans le plan annuel de formation par les infirmières-chefs des SU. Ces formations, offertes dans le cadre de leur temps de travail, étaient rémunérées et accompagnées d'une attestation en plus d'un crédit de formation.

Parallèlement, un module de formation complémentaire en personne de soixante minutes a été offert aux équipes des SU et aux pharmaciens d'officines avec pour thématiques : 1) l'épidémiologie des TUO ; 2) les critères et diagnostics des TUO selon le DSM-5 ; 3) les indications du TAO ; 4) la naloxone intranasale et l'induction à la B/n aux urgences ; 5) les signes d'une surdose et l'éducation préventive ; 6) le protocole pour l'induction à la B/n et ses effets indésirables y compris le sevrage provoqué (figure 2), sur le temps de travail des infirmières.

Sessions d'échange sur la mise en œuvre de l'algorithme

La mise en œuvre projetée de l'algorithme et les outils cliniques ont été présentés au personnel des SU lors des réunions d'équipe pour sensibiliser le personnel des urgences à mettre en place de nouvelles pratiques fondées sur des données probantes, promouvoir la formation continue et favoriser l'intégration rapide de l'algorithme dans leurs pratiques. À l'hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, les formateurs tenaient régulièrement des réunions de trente minutes en personne dans le créneau réservé à la formation SuboxED pour répondre aux questions et expliquer le nouvel algorithme à tout le personnel des SU.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche du projet SuboxED été approuvé par le comité d'éthique pour la recherche du CHUM (MP-02-2019-7709-18.289) à titre de comité d'éthique évaluateur principal. L'autorisation d'effectuer la recherche à l'Hôpital Notre-Dame du CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal et à l'Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS été accordée par les comités d'éthique respectifs de ces établissements. Les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ont révisé et approuvé les ordonnances types de naloxone et de B/n destinées aux urgences ainsi que le contenu des formations (information sur l'induction à la B/n).

Résultats de la mise en œuvre

Les résultats principaux de mise en œuvre sont présentés selon trois axes principaux à savoir : 1) description de l'intervention clinique 2) les outils cliniques 3) le nombre de professionnels de la santé formés.

Description de l'intervention

Identification des patients à RSO au SU

Lors de l'évaluation par l'infirmière au triage ou l'infirmière aux soins, l'infirmière évaluait si le patient est à RSO. Dans le cas d'une réponse positive et après avoir coché la case adéquate sur l'outil de triage, l'infirmière appliquait une étampe de couleur sur la feuille de triage. Une fois les cas identifiés, elle ou le médecin traitant utilisait une pochette spécialement créée à cet effet et disponible aux SU. Cette pochette contenait l'évaluation pour la naloxone intranasale et l'induction de la B/n. Les pochettes étaient positionnées à différents postes de travail (des médecins et des infirmiers à l'urgence ainsi que dans l'aire ambulatoire) des trois SU. De plus, lorsque le le patient ne pouvait pas être évalué par l'infirmière de triage (patient inconscient), ou selon la situation clinique, le pharmacien de l'urgence pouvait émettre un avis au dossier du patient afin de recommander la naloxone intranasale ou une évaluation pour un TAO par le médecin à l'urgence, dans un deuxième temps (annexe 2).

Pour la composante : naloxone intranasale

Si un patient était jugé à RSO, soit par un système informatisé de triage (dans le cas du CHUM), soit par triage en personne (Hôpital Notre-Dame du CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Hôpital Hôtel Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS), l'infirmière du triage apposait une étampe « OPIOÏDE » sur le dossier du patient. Cette étampe permettait d'alerter le médecin aux SU qui déterminait l'admissibilité du patient à recevoir la naloxone intranasale à son congé de l'urgence. Les deux doses de naloxone intranasale étaient alors remises au patient avec une courte formation faite par le personnel infirmier ou par le pharmacien au patient et une carte portefeuille créée par Santé Canada d'instructions résumant les signes de

surdose aux opioïdes, les étapes d'utilisation de la naloxone et les processus d'intervention rapide en cas de surdose (annexe 3).

Pour la composante : induction à la B/n

Le triage se faisait à partir des patients identifiés à RSO. Ensuite, après une évaluation médicale, selon le diagnostic et les critères d'éligibilités, le patient pouvait recevoir ou non une prescription de la B/n (annexe 4). Les symptômes de sevrage des opioïdes étaient évalués selon l'échelle COWS (annexe 5).

Si le patient avait un TUO dont le score était > = 12 sur l'échelle COWS et qu'il présentait un sevrage modéré à sévère ou si le patient présentait les critères de TUO, un score < 12, mais n'avait pas utilisé d'opioïdes depuis un certain temps (> = cinq jours), l'induction de la B/n pouvait débuter avec une première dose de 4 mg de la b/n sublinguale (annexe 4). Le médecin de l'urgence réévaluait ensuite le patient entre 60 et 90 minutes après induction de la B/n pour s'assurer que celle-ci ne précipite pas le sevrage. En cas de sevrage induit, le médecin à l'urgence pouvait prescrire de l'analgésie de support et contacter le médecin ayant une expertise en toxicomanies, du CHUM ou de l'hôpital Notre-Dame du CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Si le patient avait un TUO et un score < 12 sur l'échelle COWS, une prescription de B/n était transmise par télécopieur à une pharmacie choisie par le patient parmi les huit pharmacies d'officine participantes au projet (annexe 1).

Si le patient ne manifestait aucun symptôme d'intoxication et qu'il avait encore des symptômes de sevrage, une dose supplémentaire de 4 mg de buprénorphine pouvait être donnée, et ce, toutes les deux heures, pour un maximum de 12 mg de buprénorphine lors des 24 premières heures.

Par la suite, le médecin de l'urgence devait rédiger la prescription puis la transmettre par télécopieur à la pharmacie d'officine partenaire choisie par le patient au congé de l'urgence. Il indiquait aussi la dose débutée à l'urgence et la dose à prendre à la pharmacie d'officine, avec des doses de buprénorphine à ajuster selon les symptômes de sevrage si nécessaire, pour un maximum total de 12 mg de buprénorphine pour les 24 premières heures (annexe 4).

Le département de l'urgence du CHUM et le département de l'hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal donnaient un rendez-vous de suivi dans les cinq jours au SMT ou à la clinique externe du STMU selon les SU impliquées. Dans le cas de la clinique externe TAO du CIUSSS de l'Estrie-CHUS-établissement Centre Jean-Patrice-Chiasson, le rendez-vous de suivi était donné dans les sept jours suivant le congé de la SU de l'hôpital Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Les informations de suivi après le congé de la SU (information sur la B/n, la date rendez-vous TAO et les coordonnées de la clinique TAO et de la pharmacie choisies) étaient remises aux patients.

Finalement, un médecin du SMT du CHUM était disponible 24 heures sur 24 pour répondre aux questions cliniques des médecins à l'urgence du CHUM et de l'hôpital Hôtel-Dieu CIUSSS Estrie-CHUS. Pour l'hôpital Notre-Dame du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, les patients étaient dirigés vers la clinique externe du STMU. Un médecin du STMU était disponible 24 heures sur 24 pour répondre aux questions.

Outils cliniques

Le groupe de cliniciens pluridisciplinaires a conçu des outils cliniques à l'intention des professionnels des SU pour faciliter la mise en œuvre de l'algorithme de remise de naloxone chez les patients à RSO et la prescription de la B/n chez les patients ayant un TUO.

Voici la liste des outils cliniques développés :

- algorithme de prescription de la naloxone intranasale et d'induction de la buprénorphine/naloxone (figure 2) ;
- question de dépistage des patients à RSO au triage des urgences (figure 3) ;
- prescription interne de la naloxone (annexe 6) ;
- échelle clinique de sevrage des opioïdes COWS (annexe 5) ;
- prescription interne et externe de la buprénorphine/naloxone (annexe 4) ;
- enseignement au patient de la buprénorphine-naloxone (annexe 3).

Formation du personnel

Nous avons formé 325 professionnels de la santé sur un total estimé de 400 professionnels. Ces professionnels de la santé ont suivi des modules de formations conçus par le projet SuboxED. Ces formations articulées autour de deux modules : 1) l'utilisation de l'échelle COWS entre mars 2019 et mai 2019 ; et 2) la dispensation de la naloxone en milieu hospitalier entre février 2019 et mai 2019.

Le tableau ci-après (tableau 1) résume les résultats descriptifs de nombre de participants pour chaque site.

TABLEAU 1 – **Taux de participation aux formations par site et résultats**

	Formation 1 Utilisation de l'échelle COWS	Formation 2 Dispensation de la naloxone en milieu hospitalier
	CHUM	
Participants inscrits (n)	269	189
Taux de bonne réponse post test (%)	78	67
Test non complété (n / %)	(57, 21)	(60, 32)
	Hôpital Notre-Dame du CIUSSS du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	
Participants inscrits (n)	48	45
Taux de bonne réponse post test (%)	79	82
Test non complété (n / %)	(9, 19)	(8,18)
	Hôpital Hôtel-Dieu du CIUSSS Estrie-CHUS	
Participants inscrits (n)	17	13
Taux de bonne réponse post test (%)	71	85
Test non complété (n / %)	(5, 29))	(2,15)

Discussion

Ce projet témoigne du fait que la mise en œuvre de l'algorithme clinique de la remise la naloxone intranasale et de la prescription de la B/n aux SU est faisable dans le contexte québécois d'un système de santé gratuit et universel.

Défis de la mise en œuvre

De nombreux défis ont été observés dans la mise en œuvre du projet SuboxED, et ce, à chacune des étapes, parmi lesquelles : 1) l'accès sans frais à la naloxone intranasale à emporter et à la B/n en CH et leur approvisionnement ; 2) la mise en place et le maintien des formations pour le personnel selon leur disponibilité ; 3) le taux élevé de roulement du personnel des 3 SU ; 4) la capacité organisationnelle multi sites à implanter ce nouvel algorithme et l'intégrer dans leur fonctionnement et leur réalité ; 5) l'ajout d'un triage supplémentaire dans une évaluation déjà extensive pour identifier les patients RSO ; 6) les démarches administratives différentes pour chacun des deux CIUSSS et du CHUM.

La coordination des soins après le congé des urgences a nécessité une étroite collaboration entre les cliniques externes de TAO et les pharmacies d'officine. Le projet SuboxED n'est possible que si le patient peut avoir un suivi après l'induction de la B/n dans une clinique TAO

après son congé de la SU dans un délai rapide (sept jours au moins dans ce projet) ; cet accès à des plages horaires rapides de cliniques TAO n'est malheureusement pas possible partout au Québec. Le SMT du CHUM offre un service de télé expertise médecine en toxicomanie, sept jours sur sept pour répondre aux questions cliniques des médecins du Québec, au-delà du projet SuboxED.

Disponibilité de la naloxone durant la mise en œuvre SuboxED

Comme précédemment mentionné, la naloxone intranasale à emporter était disponible gratuitement dans les pharmacies d'officine et les centres communautaires, via le programme PROFAN pour les personnes à RSO pour usage hors milieux cliniques.Cependant, elle ne pouvait pas être remise aux SU, car elle n'était pas couverte par la RAMQ dans les milieux hospitaliers au moment de la mise en œuvre du projet SuboxED.

Pendant l'élaboration du projet, plusieurs discussions ont eu lieu avec les représentants du MSSS, les membres du Comité national pour prévenir les surdoses aux opioïdes et plusieurs professionnels de la santé intéressés par les surdoses aux opioïdes au Québec. Avec l'appui des différents acteurs impliqués dans la prévention des surdoses aux opioïdes, le 25 octobre 2019, le MSSS a ajouté la naloxone intranasale à emporter à la liste des produits couverts par le régime d'assurance publique pour une dispensation de la naloxone pour usage hors milieu clinique aux personnes à RSO à partir d'une visite en milieu hospitalier. Ce programme de gratuité de remise de la naloxone aux personnes à RSO pour usage personnel à partir d'un milieu hospitalier explique en partie la réussite de la mise en œuvre du projet SuboxED, puisque les SU sont désormais à même d'offrir la naloxone aux patients à RSO lors d'une visite en CH pour un usage hors milieu clinique.

D'autres initiatives

Depuis la fin de SuboxED, d'autres SU au Québec ont manifesté un intérêt à intégrer un algorithme clinique inspiré par le projet SuboxED. En plus de s'inspirer des défis de la mise en œuvre de SuboxED, les SU québécoises intéressées réfléchissent à des mécanismes qui allègent et accélèrent l'intégration des outils développés et qui faciliteraient la remise de la naloxone et l'amorce de la B/n.

La deuxième phase du projet SuboxED consistera à évaluer sa mise en œuvre. L'étude effectuée évaluera l'utilisation de l'algorithme par une étude rétrospective des dossiers de patients à RSO aux SU et la satisfaction des cliniciens et des patients par une enquête. Elle permettra aussi d'évaluer le nombre de patients identifiés à RSO, le pourcentage de patients admissibles à la naloxone intranasale ou à la B/n et qui en ont reçu dans les trois SU à l'étude, le nombre de patients ayant quitté la SU avant d'avoir vu un médecin, le nombre de patients avec TAO amorcé à la SU vs en pharmacie et le niveau de satisfaction des professionnels de la santé et des patients ayant reçu la B/n.

Applicabilité de tel algorithme dans d'autres SU

Les SU desservant de plus petites populations ou en milieu rural se questionnent sur la pertinence de cet algorithme dans des milieux de soins où l'utilisation des opioïdes est moins répandue que dans les grandes villes. Or, selon l'ICIS, le taux d'intoxication aux opioïdes dans les localités plus petites est plus du double de celui observé dans les grandes agglomérations, et ce, même si la quantité d'opioïdes utilisés est moindre (ICIS, 2016). Par conséquent, toute SU gagnerait à se doter d'un algorithme de prévention active des surdoses post-séjour aux SU. Nous devons garder à l'esprit que les surdoses peuvent aussi survenir chez les patients qui reçoivent des opioïdes pour soulager la douleur, sans évidence de TUO (John et Wu, 2020).

Finalement, peu d'études ont été publiées sur la remise de la naloxone et de la prescription de B/n dans un système de soins gratuit et universel. L'étude principale de B/n aux SU est une étude dans un système de santé privé (D'Onofrio et al., 2017), qui n'inclut pas la remise de la naloxone et analyse principalement l'impact clinique d'une prescription de la B/n sur les patients ayant un TUO à travers le temps.

Conclusion

Le projet SuboxED a développé un algorithme clinique en réponse à la crise des surdoses aux opioïdes au Québec. Ce projet a été un catalyseur pour la gratuité de la naloxone à emporter aux SU au Québec. La remise de la naloxone intranasale à emporter et l'amorce et la remise de la prescription de B/n aux SU à des patients à RSO et ayant un TUO n'exigent rien de moins que la mobilisation et la volonté de tous les acteurs des SU, pharmacies d'officine et cliniques TAO. Le déploiement d'un tel algorithme dans les autres SU du Québec devrait être priorisé, tout en représentant un défi de taille. La prochaine étape du projet SuboxED consistera à évaluer l'implantation clinique dans trois SU six mois suivant l'intervention.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

ANNEXE 1 – **Liste des pharmacies participantes pour induction suboxone à la pharmacie**

Bannière	Propriétaires	Adresse	Coin de rue	Heures Ouverture	Fin de semaine	Téléphone	Télécopieur
Montréal							
Pharmaprix	Van Hoenacker & Tremblay	901, rue Ste-Catherine Est	St-André	8 h à 0 h	8h à 0 h	514 842-4915	514 842-9893
Pharmaprix	Francois Lalande	3845, rue Ontario Est	Valois	9 h à 22 h	9 h à 2 2h	514 524-7727	514 524-7117
Pharmaprix	Van Hoenacker & Tremblay	3861, rue St-Laurent	Roy	9 h à 22 h	9 h à 22 h	514 844-3550	514 844-4211
Pharmaprix	Félice Saulnier	1, avenue du. Mont-Royal	St-Laurent	8 h à 23 h	DIM. : 9 h à 22 h	514 284-1865	514 284-2461
Pharmaprix	Tran-Thang Vu	1580, rue Ontario Est	Champlain	9 h à 22 h	9 h à 22 h	514 528-1219	514 528-0565
Pharmaprix	Nabil Chikh	5122, chemin Côte-des-Neiges	Queen-Mary	24 h/24	24 h/24	514 738-8464	514 738-8469
Sherbrooke							
Pharmaprix	Michel Bourque	420, rue Belvédère Sud		8 h à 22 h	8 h à 21 h	819 566-6821	819 566-7700
Familiprix	Jean-Luc Trottier	731, rue Galt Ouest, suite 100		8 h 30 à 21 h	9 h à 17 h	819 822-2442	819 822-2443

ANNEXE 2 – **Note du pharmacien à l'urgentologue**

*** Note de la pharmacie
à faire joindre au dossier patient ***

Avis au prescripteur lors du congé :

Considérant l'administration de naloxone à l'urgence, une évaluation d'un trouble d'usage aux opioïdes potentiel devrait être envisagée.

Carte d'assurance maladie

Veuillez-vous référer à l'algorithme de prescription de naloxone et de buprénorphine-naloxone afin d'assurer cette évaluation complémentaire avant le retour à domicile.

Merci et en toute collaboration

_____, pharmacien(ne)

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

ANNEXE 3 – **Informations et manuel d'utilisation de la naloxone pour le personnel infirmier**

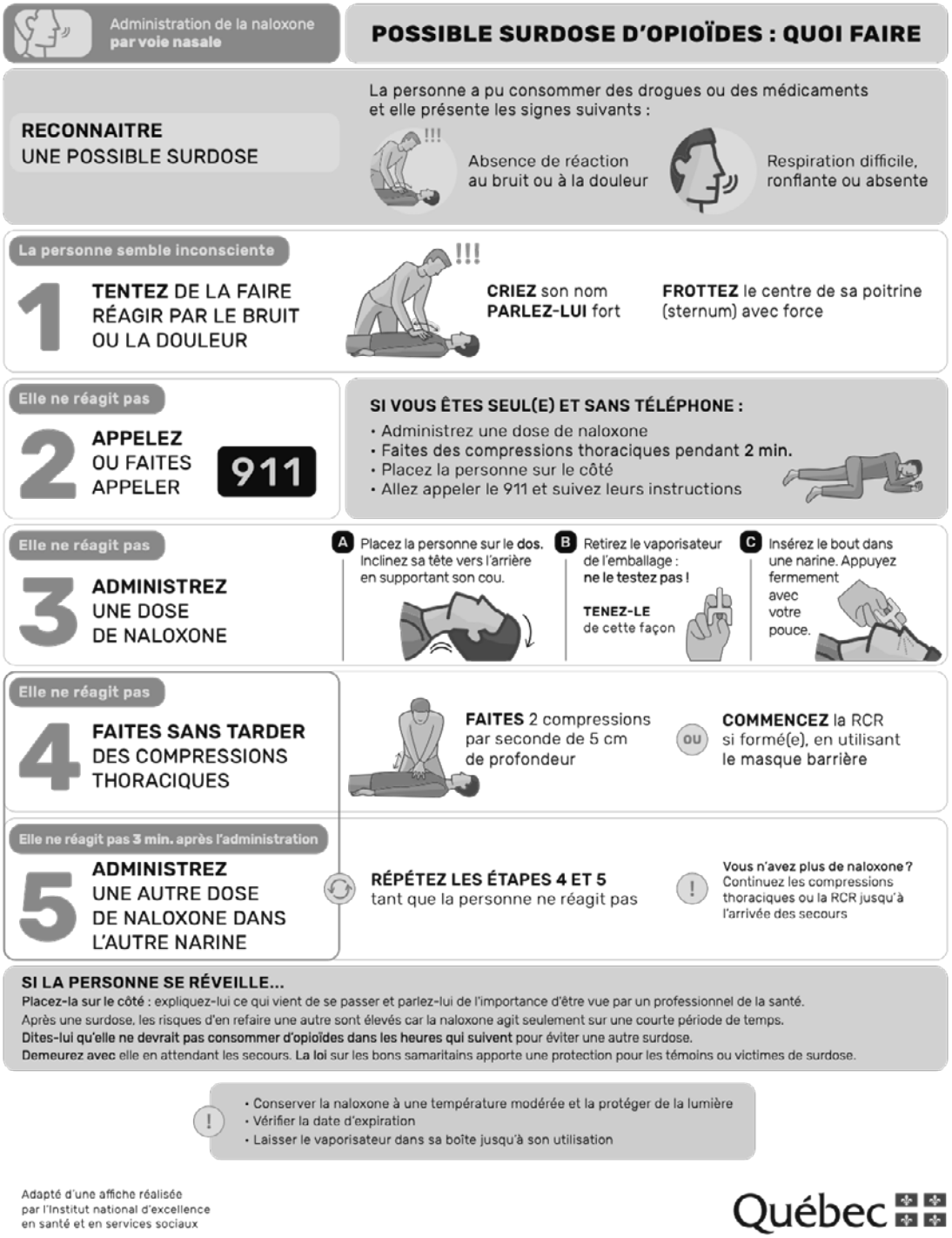
Enseignement sur l'usage de la naloxone au patient

- Tableaux des signes et symptômes d'une surdose aux opioïdes
- Interventions à faire en cas de surdose aux opioïdes
- Préparation et administration sécuritaire de la naloxone
- Surveillance et précautions à la suite de l'administration de la naloxone
- Conservation de la naloxone
- Aide-mémoire en cas de surdose aux opioïdes remis au patient

Carte d'information en cas de surdose à remettre dans la trousse de naloxone

Source : Santé Canada. (2018). *Surdose d'opioïdes : carte portefeuille. Sachez reconnaitre les signes d'une surdose d'opioïdes.* https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/opioid-overdose-wallet-cards-public-events/full-wallet-card-fr.pdf

Aide-mémoire destiné au patient sur l'usage de la naloxone



Source : MSSS. (2018). *Possible surdose d'opioïdes : quoi faire - Administration de la naloxone par injection.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002079/

ANNEXE 4 – **Enseignement destiné au patient sur l'usage de la b/n**

BUPRÉNORPHINE / NALOXONE

Fiche d'information pour le patient

JOUR 0 :

- Vous avez reçu une dose de **Buprénorphine/Naloxone** aujourd'hui.
- Jusqu'à la visite à la pharmacie demain, il se peut que vous ressentiez des symptômes de sevrage ou que les symptômes de sevrage réapparaissent.
- Vous pourrez aviser le pharmacien de vos symptômes à votre visite à la pharmacie, **demain, le jour 1**.
- **Demain, au jour 1**, le pharmacien pourra ajuster la dose de la **Buprénorphine/Naloxone** selon vos symptômes pour une dose totale permise de **12 mg par jour**, soit un **maximum de 6 comprimés par jour** jusqu'à votre première visite médicale, à la clinique.
- Aviser votre pharmacien si vous êtes endormi, confus ou ralenti.

JOUR 1 :

- Vous prendrez la quantité totale reçue le **jour 0** de **Buprénorphine/Naloxone** (même quantité de comprimés reçue hier).
- Selon vos symptômes de sevrage évalués par le pharmacien, vous pourriez recevoir plus de comprimés pour un **maximum 6 comprimés de 2 mg de Buprénorphine/Naloxone**, soit un **maximum de 12 mg** de Buprénorphine/Naloxone par jour.
- Vous pouvez aviser votre pharmacien pour diminuer la dose si vous êtes ralenti ou endormi.
- Ne pas prendre si vous êtes confus et consulter un médecin.

JOUR 2 ET JUSQU'À VOTRE PREMIER RENDEZ-VOUS MÉDICAL :

- Prendre la même dose que le jour 1, jusqu'à votre rendez-vous d'évaluation par un médecin d'une clinique médicale ayant une expertise en toxicomanie.

(cc) BY-NC-SA

BUPRÉNORPHINE / NALOXONE

Pour votre information:

VOUS DEVREZ VOUS PRÉSENTER À LA PHARMACIE TOUS LES JOURS POUR PRENDRE LES COMPRIMÉS DEVANT LE PHARMACIEN (AU DÉBUT DE VOTRE TRAITEMENT)

LES COMPRIMÉS NE S'AVALENT PAS. CE SONT DES COMPRIMÉS QUI SE METTENT SOUS LA LANGUE ET IL FAUT ATTENDRE QU'ILS SE DISSOLVENT COMPLÈTEMENT.

LA GAMME DE DOSES TYPIQUE DE LA BUPRÉNORPHINE/NALOXONE POUR SE SENTIR CONFORTABLE EST DE 8 - 24 mg/jour.

8-24mg

LA DOSE ADÉQUATE EFFICACE EST LA DOSE LA PLUS FAIBLE QUI VOUS PERMET D'ÊTRE CONFORTABLE SANS ÊTRE ENDORMI.

POUR TOUTE QUESTION CONCERNANT VOTRE MÉDICAMENT, CONTACTEZ VOTRE PHARMACIEN.

(cc) BY-NC-SA

ANNEXE 5 – **Prescriptions interne et externe de la b/n**

FUM-0002

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____
Surface corporelle (m^2) : _____
Allergies : _____ Aucune connue ☐
Réactions indésirables aux médicaments : _____

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE

Buprénorphine-naloxone en comprimé - Amorce de traitement

INCLUSION	☐ ≥ 2 critères diagnostiques de trouble de l'usage des opioïdes (voir verso de l'algorithme)
EXCLUSIONS	☐ Patient refuse la buprénorphine - naloxone ☐ Traitement actif de dépendance aux opioïdes (méthadone ou buprénorphine - naloxone) ☐ Patient est pris en charge pour douleur chronique par un médecin ☐ Patient intoxiqué avec d'autres substances ☐ Patient est en sevrage d'alcool, gamma-hydroxybutyrate (GHB) ou benzodiazépines ☐ Patient ne peut pas consentir aux soins ☐ Patient est en investigation pour douleur aigüe ☐ Condition médico-chirurgicale contre-indiquant l'induction de buprénorphine - naloxone ☐ Insuffisance hépatique sévère ☐ Patient a une allergie ou intolérance à buprénorphine - naloxone ☐ Patiente enceinte: consultation en médecine des toxicomanies, interne ou externe ☐ Patient < 14 ans

☐ **SI INCLUSION ET ABSENCE D'EXCLUSION, PRESCRIRE BUPRÉNORPHINE - NALOXONE**

	Dépistage drogues urinaires. Si refus, ne pas dépister et procéder aux prochaines étapes
P	Évaluer le sevrage aux opioïdes selon échelle COWS (*Clinical Opioid Withdrawal Scale*) STAT
R	Si plus de 5 jours depuis la dernière prise d'opioïde, donner buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg/co:
E	2 co sublingual x 1 dose, peu importe le score de COWS
S	Si échelle COWS < 12, aviser le médecin pour amorce en pharmacie communautaire
C	Si échelle COWS ≥ 12 débuter l'amorce : buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg/co : 2 co sublingual
C	q 2 h prn si patient non soulagé, jusqu'à un maximum de 12 mg de buprénorphine / 24 h
R	Évaluer sevrage aux opioïdes selon l'échelle COWS 1 h après la 1ère dose puis q 2 h par la suite
I	Aviser médecin si signes et symptomes de sevrage < 2 h après la première dose
P	Cesser si score de l'échelle somnolence ≥ 2
T	Prendre les signes vitaux et évaluer les signes d'intoxication lors de l'évaluation du sevrage
I	Aviser le médecin si échelle de somnolence > 2 ou présence de signes d'intoxication
O	Aviser le médecin lorsque le patient se sent confortable et prêt à quitter
N	Consultation externe en médecine des toxicomanies dans ≤ 5 jours
	Faxer la prescription externe de buprénorphine - naloxone à la pharmacie choisie (voir liste) et remettre les coordonnées au patient
	Remettre et enseigner trousse de naloxone au patient. SVP documenter notes de soins infirmiers

Signature	N° de permis	Date	Heure

4 006 116 FUM-0002 Février 2019 **ORDONNANCES MÉDICALES**

(cc) BY-NC-SA

CHUM
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

ORDONNANCE TRANSMISE PAR TÉLÉCOPIEUR

N. B.: acceptable pour la transmission d'une ordonnance portant sur un stupéfiant d'ordonnance écrite ou verbale, une substance ciblée ou une drogue contrôlée

UNITÉ ou SERVICE : Médecine d'urgence
Nom de l'expéditeur (écrire lisiblement) : _____
CHUM, 1000, Saint-Denis
Montréal (QC) H2X 0C1

Téléphone 514 890-8448
Télécopieur 514-412-7399

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Pharmacien : _____ Date/heure : _____
Télécopieur : _____ Téléphone : _____

Date et heure de rédaction de l'ordonnance : _____ **(validité 5 jours)**

☐ **ORDONNANCE de buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg : amorce complète en pharmacie**

Dose initiale au jour 0 : **2 comprimés STAT** si symptômes de sevrage
Administrer la dose initiale lorsque score ≥ 12 sur l'échelle *Clinical opioid withdrawal scale* (COWS)
Si > 5 jours depuis dernière prise d'opioïde: buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg : 2 co sublingual peu importe score COWS
Jour 0 : doses d'ajustement **2 comprimés q 2 h prn,** si symptômes de sevrage
Qté max : 6 co (12 mg de buprénorphine au total)
Jour 1: débute à 8 h le lendemain du jour 0, peu importe l'heure des doses prises la veille
Donner **total des doses de la veille + 2 comprimés q 2 h prn,** si symptomes de sevrage
Qté max : 6 co (12 mg de buprénorphine au total)
Jours 2 à 4 : dose de maintien : correspond à la somme des doses reçues au jour 1
1 dose die régulièrement x 3 jours, max 6 co / 24 h
Qté prescrite: 18 comprimés (36 mg de buprénorphine au total)

☐ Remettre trousse de naloxone et donner l'enseignement au patient

En tout temps : administration devant le pharmacien
Émettre un refus de servir si somnolence, confusion, ou intoxication évidente
Si un avis médical est nécessaire, contacter le médecin de garde du service de médecine des toxicomanies du CHUM. Téléphone : 514 890-8444 - Télécopieur : 514 412-7401

CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR
Je certifie que :
- *cette ordonnance est une ordonnance originale*
- *le pharmacien précité est le seul destinataire*
- *l'originale sera conservée au dossier du CHUM*

Signature : _____
Nom du médecin _____ (caractères d'imprimerie)
N° de permis d'exercice _____

(cc) BY-NC-SA

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

(cc) BY-NC-SA

FUM-1000

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

ORDONNANCE TRANSMISE PAR TÉLÉCOPIEUR

N. B.: acceptable pour la transmission d'une ordonnance portant sur un stupéfiant d'ordonnance écrite ou verbale, une substance ciblée ou une drogue contrôlée

UNITÉ ou SERVICE : Médecine d'urgence
Nom de l'expéditeur (écrire lisiblement) : _____ Téléphone 514 890-8448
CHUM, 1000, Saint-Denis Télécopieur 514-412-7399
Montréal (QC) H2X 0C1

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Pharmacien : _____ Date/heure : _____
Télécopieur : _____ Téléphone : _____

Date et heure de rédaction de l'ordonnance : _____ **(validité 5 jours)**

☐ **ORDONNANCE de buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg : amorce partielle en pharmacie**
Doses reçues à l'hôpital : _____ **mg** de buprénorphine au total
Date et heure de la dernière dose reçue : _____
Buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg en comprimé sublingual
Jour 0 : doses d'ajustement : **2 comprimés q 2 h prn,** si symptômes de sevrage
QTÉ MAX: **4 co** (total 12 mg de buprénorphine le jour 0 incluant les doses reçues aux urgences)
Jour 1: débute à 8 h lendemain du jour 0, peu importe l'heure des doses prises la veille
Donner **total des doses de la veille + 2 comprimés q 2 h prn,** si sx de sevrage
Qté max : 6 co (12 mg de buprénorphine au total)
Jours 2 à 4 : dose de maintien : correspond à la somme des doses reçues au jour 1
1 dose die régulièrement x 3 jours, max 6 co / 24 h
Qté prescrite: 18 comprimés (36 mg de buprénorphine au total)

☐ **Maintien en pharmacie (amorce faite à l'hôpital)**
Buprénorphine 2 mg-naloxone 0,5 mg : _____ comprimés die x _____ jours
maximum 12 mg de buprénorphine par jour soit 6 comprimés

☐ Remettre trousse de naloxone et donner l'enseignement au patient
En tout temps : administration devant le pharmacien
Émettre un refus de servir si somnolence, confusion, ou intoxication évidente
Si un avis médical est nécessaire, contacter le médecin de garde du service de médecine des toxicomanies du CHUM. Téléphone : 514 890-8444 - Télécopieur : 514 412-7401

CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR
Je certifie que :
- *cette ordonnance est une ordonnance originale*
- *le pharmacien précité est le seul destinataire*
- *l'original ne sera conservée au dossier du CHUM*

Signature : _____
Nom du médecin _____ (caractères d'imprimerie)
N° de permis d'exercice _____

4 006 125 FUM-1000 Mars 2019 **ORDONNANCES MÉDICALES**

ANNEXE 6 – **Échelle clinique de sevrage des opioïdes « COWS »**

(cc) BY-NC-SA

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

NOTES D'ÉVOLUTION EN SOINS INFIRMIERS

ÉVALUATION DU SEVRAGE AUX OPIOÏDES
MÉDECINE DES TOXICOMANIES

DATE : _____ / _____ / _____

Heure :										
SIGNES VITAUX										
Pré/Post										
T.A.										
Pouls (/min)										
Fréquence respiratoire (/ min)										
SatO2										
CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE (COWS)										
Fréquence cardiaque au repos										
Sudation										
Agitation										
Pupilles										
Douleur osseuse, arthralgie										
Rhinorrhée ou larmoiement										
Inconfort gastro-intestinal										
Tremblements										
Bâillements										
Angoisse ou irritabilité										
Chair de poule										
Score maximal 48										
MÉDICATION										
Méthadone (dosage et voie)										
Suboxone (dosage et voie)										
Autres opioïdes (dosage et voie)										
Initiales										

SIGNES D'INTOXICATION										
Myosis										
Échelle de somnolence*										
Trouble d'élocution										
Trouble de la démarche										
Amplitude respiratoire N / S										
Forts ronflements (O/N)										
Initiales										

CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE (COWS)

Interprétation du degré d'intensité : 5-12 (faible) 13-24 (modéré) 25-36 (modérément sévère) >36 (sevrage sévère)

Fréquence cardiaque au repos
Mesurer après plus d'une minute assis ou couché
0 Pouls 80 ou moins
1 Pouls 81-100
2 Pouls 101-120
4 Pouls 121 ou plus

Sudation
Évaluer depuis les 30 dernières minutes
Observez :
0 Aucun frisson ou rougeur («flushing»)
1 Se plaint de frissons ou rougeurs
2 Rougeur ou sudation évidente au visage
3 Diaphorèse qui perle sur le front
4 Sueurs qui coulent du visage

Agitation
Observer durant l'évaluation
0 Capable de rester en place
1 Activité normale quelque peu augmentée
3 Un peu de difficulté à rester en place, agité, impatient
5 Se balance d'avant en arrière durant l'entrevue ou fait sautiller ses jambes constamment

Pupilles
Observez :
0 Grosseur normale à la lumière de la salle
1 Possiblement plus grandes que la normale
2 Dilatation modérée
5 Dilatation sévère (Tiris n'est presque plus visible)

Douleur osseuse, arthralgie
En tenant compte des douleurs liées au sevrage
0 Absent
1 Inconfort diffus
2 Se plaint de douleur diffuse sévère des muscles/articulations
4 Patient se frotte les articulations/muscles et est incapable de rester tranquille à cause de la douleur

Rhinorrhée ou larmoiement
Non causé par le rhume ou les allergies Observez :
0 Absent
1 Congestion nasale, yeux humides
2 Rhinorrhée ou larmoiement
4 Rhinorrhée constante ou larmes qui coulent sur les joues

Inconfort gastro-intestinal
Depuis les 30 dernières minutes
0 Absent
1 Crampes abdominales
2 Nausée ou selles molles
3 Vomissements ou diarrhée
5 Plusieurs épisodes de vomissements ou diarrhée

Tremblements
Observez avec les bras étendus, doigts écartés
0 Absent
1 Tremblements non visibles mais ressentis lors d'une pression sur le bout des doigts
2 Tremblements légers
4 Tremblements sévères ou spasmes musculaires

Bâillements
Observer durant l'évaluation
0 Absent
1 1-2 bâillement durant l'évaluation
2 Plus de 3 bâillements durant l'évaluation
4 Plusieurs bâillements / minute

Angoisse ou irritabilité
0 Absent
1 Se plaint d'angoisse ou d'irritabilité
2 Angoisse ou irritabilité objectivable
4 Patient si angoissé ou irritable que sa participation à l'évaluation est difficile

Chair de poule
0 Peau lisse
3 Piloérection est ressentie, on voit les poils des bras redressés
5 Piloérection proéminente

Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature

**Échelle de somnolence*
0 AUCUNE : Alerte 1 LÉGÈRE : Parfois somnolent, éveil facile 2 MODÉRÉE : Somnolent, s'éveille mais s'endort durant la conversation
3 SÉVÈRE : Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation D Dort lors de l'évaluation

ANNEXE 7 – **Prescription de naloxone**

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Poids : _____ kg Taille : _____
Surface corporelle (m^2) : _____
Allergies : _____ Aucune connue ❑
Réactions indésirables aux médicaments : _____

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE Trousse de naloxone au congé	
INCLUSIONS	❑ Usage d'opioïdes sans prescription ou usage non sécuritaire d'opioïdes prescrits ❑ Traitement de la dépendance aux opioïdes (méthadone ou buprénorphine-naloxone) ❑ Usage par voie parentérale (IV, IM ou sous-cutané) ❑ Usage combiné de différentes posologies (ex : effet prolongé et effet court) ou plusieurs voies d'administration (ex : timbre cutané et voie orale) ❑ Usage d'opioïdes prescrits à doses élevées, par exemple : > 50 mg / 24 h de morphine orale > 10 mg / 24 h d'hydromorphone orale > 30 mg / 24 h d'oxycodone orale > 25 mcg / h de fentanyl en timbre ❑ Usage concomitant de sédatifs (benzodiazépines, alcool, etc.) et d'opioïdes, peu importe la dose ❑ Antécédent de soins d'urgence liés à une surdose d'opioïdes
EXCLUSIONS	❑ Patient refuse de recevoir une trousse de naloxone ❑ Patient a déjà une trousse de naloxone ❑ Patient ne peut consentir aux soins ❑ Allergie ou intolérance à la naloxone
SI un critère d'inclusion OU PLUS ET ABSENCE d'exclusion, PRESCRIRE NALOXONE	
PRESCRIPTION ❑ Prescrire "trousse de naloxone" et faire l'enseignement ❑ Si patient à risque de ne pas se la procurer, remettre et enseigner trousse de naloxone SVP documenter aux notes de soins infirmiers ❑ Consultation service de la médecine des toxicomanies pour suspicion trouble d'usage	

Signature | N° de permis | Date | Heure

4 006 113 FUM-0002 Février 2019 **ORDONNANCES MÉDICALES**

(cc) BY-NC-SA

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada.* Gouvernement du Canada. https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M. E., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C. et Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *Cmaj, 190*(9), E247-E257. https://doi.org/10.1503/cmaj.170958

Busch, S. H., Fiellin, D. A., Chawarski, M. C., Owens, P. H., Pantalon, M. V., Hawk, K., Bernstein, S. L., O'Connor, P. G. et D'Onofrio, G. (2017). Cost-effectiveness of emergency department-initiated treatment for opioid dependence. *Addiction, 112*(11), 2002-2010. https://doi.org/10.1111/add.13900

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Life-Saving Naloxone from Pharmacies.* https://www.cdc.gov/vitalsigns/naloxone/index.html

Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2019). *Données internes des volumétries des visites annuelles à la salle d'urgence du CHUM et estimation des consultations au service de médecine de Toxicomanie (SMT)* [ensemble de données inédit]. Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2020). *Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO).* http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-20-fr-le-traitement-du-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo.pdf

Commission globale des politiques en matière de drogues. (2018). *La politique en matière de drogues et le développement durable.* http://www.globalcommissionondrugs.org/reports

CRAN. (2021). *Prévenir et réduire les overdoses – Former et accéder à la naloxone (PROFAN).* http://www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/prevenir-et-reduire-les-overdoses-former-et-acceder-la-naloxone-profan

Dhalla, I. A., Mamdani, M. M., Sivilotti, M. L., Kopp, A., Qureshi, O. et Juurlink, D. N. (2009). Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *Cmaj, 181*(12), 891-896. https://doi.org/10.1503/cmaj.090784

D'Onofrio, G., Chawarski, M. C., O'Connor, P. G., Pantalon, M. V., Busch, S. H., Owens, P. H., Hawk, K., Bernstein, S. L. et Fiellin, D. A. (2017). Emergency department-initiated buprenorphine for opioid dependence with continuation in primary care: outcomes during and after intervention. *Journal of General Internal Medicine, 32*(6), 660-666. https://doi.org/10.1007/s11606-017-3993-2

Environnement numérique d'apprentissage provincial. (2019). *Sensibilisation à l'utilisation de la trousse de naloxone en milieu intrahospitalier.* Gouvernement du Québec. https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=2276

Harris, D. S., Jones, R. T., Welm, S., Upton, R. A., Lin, E. et Mendelson, J. (2000). Buprenorphine and naloxone co-administration in opiate-dependent patients stabilized on sublingual buprenorphine. *Drug Alcohol Dependence, 61*(1), 85-94. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(00)00126-5

Hoffman, K. A., Ponce Terashima, J. et McCarty, D. (2019). Opioid use disorder and treatment: challenges and opportunities. *BMC Health Services Research, 19*(1), 884. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4751-4

Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *Données internes des volumétries des visites annuelles à la salle d'urgence de l'hôpital Notre-Dame et estimation des consultations au service des toxicomanies et de médecine urbaine (STMU)* [ensemble de données inédit]. Hôpital Notre-Dame du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Hôpital Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2019). *Données internes des volumétries des visites annuelles à la salle d'urgence à l'hôpital Hôtel-Dieu et estimation des consultations du Centre de réadaptation en dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS* [ensemble de données inédit]. Hôpital Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada.* https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20FR.pdf

Institut national de santé publique. (2017). *Historique de l'accès à la naloxone au Québec.* https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/historique-de-l-acces-la-naloxone-au-quebec

John, W. S. et Wu, L. T. (2020). Chronic non-cancer pain among adults with substance use disorders: Prevalence, characteristics, and association with opioid overdose and healthcare utilization. *Drug and Alcohol Dependence, 209*, 107902. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107902

Leece, P. C. C., Manson, H., Orkin, A. M., Schwartz, B., Juurlink, D. N. et Gomes, T. (2020). One-Year Mortality After Emergency Department Visit for Nonfatal Opioid Poisoning: A Population-Based Analysis. *Annals of Emergency Medicine, 75*(1), 20-28. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.021

Mendelson J., Jones, R. T., Welm, S., Brown, J. et Batki, S. L. (1997). Buprenorphine and naloxone interactions in methadone maintenance patients. *Biological Psychiatry, 41*(11), 1095-1101. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00266-1

Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. J. et Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction, 105*(9), 1545–1554. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre. Parce que chaque vie compte.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002016/

National Center for Health Statistics. (2019). *National Vital Statistics System, Mortality.* CDC WONDER, US Department of Health and Human Services, CDC. https://wonder.cdc.gov. https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/

National Center for Health Statistics. (2021). *CDC/NCHS, National Vital Statistics System, Mortality.* CDC WONDER, US Department of Health and Human Services, CDC. https://www.cdc.gov/opioids/data/index.html

O'Brien, D. C., Dabbs, D., Dong, K., Veugelers, P. J. et Hyshka, E. (2019). Patient characteristics associated with being offered take home naloxone in a busy, urban emergency department: a retrospective chart review. *BMC Health Services Research, 19*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4469-3

Organisation mondiale de la santé. (2014). *Community management of opioid overdose.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462

Scholl, L., Seth, P., Kariisa, M., Wilson, N. et Baldwin, G. (2017). Drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2013-2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 67*(51-52), 1419. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6751521e1

Stotts, A. L., Dodrill, C. L. et Kosten, T. R. (2009). Traitement de la dépendance aux opioïdes: options en pharmacothérapie. *Opinion d'expert sur la pharmacothérapie, 10*(11), 1727–1740. https://doi.org/10.1517/14656560903037168

Siegel, R., S. M. H. S., Center, G. B. I., Center, P. et Links, G. W. (2019). *Examining how EDs across America are addressing the opioid epidemic: Spotlight on California*. ED BRIDGE. https://smhs.gwu.edu/urgentmatters/news/eds-addressing-opioid-epidemic-spotlight-ed-bridge

Tompkins, D. A., Bigelow, G. E., Harrison, J. A., Johnson, R. E., Fudala, P. J. et Strain, E. C. (2009). Validation simultanée de l'échelle de sevrage des opiacés cliniques (COWS) et des indices à élément unique par rapport à l'instrument de sevrage des opioïdes du Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA). *Dépendance aux drogues et à l'alcool, 105*(1-2), 154-159. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.001

Weiner, S., Baker, O., Bernson, D. et Schuur, J. (2020). One-Year Mortality of Patients After Emergency Department Treatment for Nonfatal Opioid Overdose. *Annals of Emergency Medicine, 75*(1), 13-17. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.04.020

Wesson, D. R. et Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Journal of Psychoactive Drugs, 35*(2), 253-259. https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400007

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Formation sur la naloxone en clinique de médecine familiale, une mesure prometteuse

Ann Isabelle Grégoire, MD, M. Sc, DTM&H, CCMF, professeure adjointe,
Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Département de médecine familiale et médecine d'urgence

Kim Lan St-Pierre, MD, CCMF, médecin de famille, Eeyou Istchee,
Chargée de cours à la maîtrise en intervention en toxicomanie, Université de Sherbrooke

François Racine-Hemmings, MD, M. Sc, CCMF, professeur adjoint,
Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Département de médecine familiale et médecine d'urgence

Gabrielle Voisine, MD, CCMF-mu, médecin d'urgence, CISSS de la Montérégie-Ouest

Evelyne Blain Courtois, MD, CCMF, médecin de famille,
CIUSSS de la Maurice et du Centre-du-Québec

Corinne Brunet, MD, CCMF, médecin de famille, CISSS de la Montérégie-Ouest

Élisabeth Marois-Pagé, MD, CCMF, médecin de famille,
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Julie Loslier, MD, M. Sc, FRCPC, professeure titulaire, Université de Sherbrooke,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Directrice de Santé publique de la Montérégie

Robert Williams, MD, CCMF, professeur agrégé, Université de Sherbrooke,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine familiale
et médecine d'urgence

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Djamal Berbiche, statisticien senior, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire

Andrée-Anne Paré-Plante, MD, M. Sc, CCMF (MT), professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine familiale et médecine d'urgence

Correspondance

ann.isabelle.gregoire@usherbrooke.ca
GMF-U Charles-Le Moyne
299, boul. Sir-Wilfrid-Laurier, bureau 201
Saint-Lambert (Québec) J4R 2L1
450 466-5000 poste 3919

Remerciements

Nous tenons à chaudement remercier Isabelle Gendron (B. Sc. Inf) et Annie Rouleau (B. Sc. Inf.), infirmières cliniciennes au GMF-U Charles-LeMoyne et au Centre de réadaptation en dépendance (CRD) Le Virage, pour leur précieuse collaboration tout au long du projet ainsi que Dr Guillaume Vandal (MD) pour avoir mis sur pied la formation offerte aux participants. Cet article est dédié à la mémoire du Dr Huy Hao Do.

Résumé

Plusieurs interventions visent à réduire les surdoses aux opioïdes, dont la formation sur l'administration de la naloxone, un antidote permettant de renverser temporairement une surdose. Néanmoins, celles-ci ciblent davantage des personnes qui fréquentent les organismes de rue ou les cliniques spécialisées en dépendance. Moins nombreuses sont les initiatives ciblant les patients suivis en clinique de médecine familiale et traités avec des opioïdes pour la douleur chronique ou recevant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) pour un trouble lié à l'usage des opioïdes. Cette étude à série temporelle visait à générer des données préliminaires sur l'efficacité d'une formation sur l'utilisation de naloxone chez les patients du groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) Charles-LeMoyne, en déterminant la rétention des concepts clés en lien avec les facteurs de risque, la reconnaissance et la prise en charge d'une surdose aux opioïdes. Les participants étaient des utilisateurs d'opioïdes (douleur chronique ou TAO) n'ayant pas suivi de formation antérieure sur la gestion des surdoses. L'intervention étudiée était une formation standardisée en petit groupe portant sur la gestion des surdoses aux opioïdes. L'instrument de mesure utilisé était le *Opioid Overdose Knowledge Scale*, un questionnaire validé et traduit de 14 questions totalisant 44 points. Il a été complété avant (T0), immédiatement après (T1) et 3 mois suivant la formation (T2) pour mesurer la rétention de l'information. Les pointages des 23 participants inclus étaient de 24,8/44 à T0, 39,1/44 à T1 et 35,0/44 à T2, suggérant une connaissance accrue et soutenue de la gestion des surdoses aux opioïdes dans les deux groupes. La majorité des participants formés se disaient confiants ou très confiants de savoir administrer la naloxone trois mois post-formation. Dans le contexte de la crise des opioïdes, la formation des patients à risque en médecine familiale est prometteuse et permettrait de rejoindre une population plus diversifiée d'utilisateurs d'opioïdes.

Mots-clés : naloxone, formation, douleur chronique, première ligne

Naloxone training in primary care setting: a promising measure

Abstract

Various interventions exist to reduce opioid-related mortality, including Take Home Naloxone Programs. However, the overwhelming majority of these interventions are community programs targeting non-medical drug users. Only a few interventions target patients in primary care clinics taking prescription opioids for chronic pain or opioid agonist therapy (OAT) for opioid use disorder. The aim of this quasi-experimental time-series design study was to generate preliminary data on the effectiveness of an overdose prevention and naloxone training program in a primary care clinic setting. Study participants were opioid users (chronic pain or OAT) followed at Charles-LeMoyne family medicine group, who had no previous training on naloxone. The intervention was a standardized 1-hour group training session about overdose risk and management. A 14-question form used to evaluate naloxone training programs, the Opioid Overdose Knowledge Scale (OOKS), was used to assess the participant's understanding and information retention. Means for OOKS scores were 24.8/44 at T0, 39.1/44 at T1 and 35.0/44 at T2, suggesting an increased and sustained knowledge regarding overdose management and naloxone use in both groups, following the training session. Most participants reported an increased confidence in their ability to use naloxone appropriately three months after the intervention. In the North American opioid crisis context, training at-risk patients in primary care clinics is promising and would allow reaching more opioid users to prevent opioid-related adverse events.

Keywords: naloxone, training, chronic pain, primary care

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Formación sobre la naloxona en clínica de medicina familiar, una medida prometedora

Resumen

Diversas intervenciones tienen como objetivo reducir las sobredosis de opioides, entre ellas la formación en administración de la naloxona, un antídoto que permite revertir temporalmente una sobredosis. Sin embargo, las mismas están destinadas más bien a las personas que frecuentan los organismos de calle o las clínicas especializadas en dependencia. Menos numerosas son las iniciativas destinadas a los pacientes que se sigue en clínica de medicina familiar y que son tratados con opioides por dolor crónico o que reciben un tratamiento de antagonistas opioides (TAO) por un problema relacionado con el uso de opioides. Este estudio de serie temporal está destinado a generar datos preliminares sobre la eficacia de una formación sobre lautilización de la naloxona entre los pacientes del grupo de medicina familiar universitaria Charles-LeMoyne, determinando la retención de los conceptos clave relacionados con los factores de riesgo, el reconocimiento y el tratamiento de una sobredosis de opioides. Los participantes eran usuarios de opioides (dolores crónicos o TAO) que no habían seguido una formación anterior sobre la gestión de las sobredosis. La intervención estudiada consistía en una formación normalizada por pequeños grupos, referida a las sobredosis de opioides. El instrumento de medida utilizado era el *Opioid Overdose Knowledge Scale* [escala de conocimiento de sobredosis de opioides], un cuestionario validado y traducido de 14 preguntas que totalizaban 44 puntos. Fue completado antes (T0), inmediatamente después (T4) y tres meses después de la formación (T1), con el objetivo de medir la retención de la información. Los puntajes de los 23 participantes incluidos fueron de 24,8/44 a T0, 39,1/44 à T1 y 35,0/44 à T2, lo que sugiere un conocimiento aumentado y sostenido de la gestión de las sobredosis de opioides en los dos grupos. La mayoría de los participantes declaraban tener confianza o mucha confianza en poder administrar la naloxona tres meses después de la formación. En el contexto de la crisis de los opioides, la formación de los pacientes a riesgo en medicina familiar es prometedora y permitiría alcanzar una población más diversificada de usuarios de opioides.

Palabras clave: naloxona, formación, dolor crónico, primera línea

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

En 2015, les surdoses d'opioïdes étaient responsables de 118 000 décès à l'échelle mondiale (World Health Organization [WHO], 2018). Au Canada, 4 623 décès liés à la consommation d'opioïdes ont été recensés en 2018, ce qui en fait l'une des principales causes de décès accidentels au pays (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

En moyenne, 101 visites aux urgences pour suspicion d'intoxication aux opioïdes ont été enregistrées mensuellement au Québec depuis 2016. De juillet 2017 à septembre 2020, 1 566 personnes sont décédées à la suite d'une intoxication suspectée aux opioïdes dans la province. La majorité de ces décès sont survenus chez des hommes âgés de 50 à 59 ans et étaient non intentionnels (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021).

En Montérégie, 126 visites à l'urgence ont eu lieu en 2019 pour intoxication aux opioïdes. Cette même année, 39 décès avec suspicion d'intoxication aux opioïdes ont été recensés, dont 14 ont été confirmés à l'analyse toxicologique. Parmi les décès dont la cause a été confirmée comme une surdose, l'âge moyen était de 43 ans et les hommes étaient surreprésentés (70,0 %). De ces décès, 86,0 % sont survenus dans une résidence privée (Direction de la santé publique de la Montérégie, 2020).

Une des avenues pour diminuer la mortalité liée aux surdoses est de rendre les trousses de naloxone accessibles aux populations les plus à risque (Strang et al., 2014). Approuvée depuis plus de 45 ans au Canada, la naloxone (Narcan®) est un antidote sécuritaire et efficace qui prévient l'arrêt respiratoire associé à la surdose en renversant l'effet des opioïdes (Carter et Graham, 2013 ; Strang et al., 2019).

Depuis 2016, la naloxone est disponible gratuitement et sans prescription médicale au Québec, par injection intramusculaire ou par voie nasale (Institut national d'excellence en santé et services sociaux [INESSS], 2018). Il y a en moyenne 935 services de naloxone par mois dans les pharmacies communautaires du Québec depuis 2017. Le nombre de services est légèrement plus élevé chez les hommes âgés de 30 à 39 ans (INSPQ, 2021).

Formation sur la naloxone en milieux communautaires

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'implantation de programmes d'accès communautaire à la naloxone depuis 2014 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2017). C'est dans les organismes communautaires pour personnes faisant usage de drogues intraveineuses, particulièrement l'héroïne, que sont apparues les premières initiatives de réduction des méfaits avec la naloxone. Chez les populations consommant des drogues de rue, les programmes de formation sur la naloxone (*Take Home Naloxone*) ont, depuis 2001, largement fait leurs preuves comme étant une intervention efficace permettant de diminuer la mortalité liée aux surdoses avec peu d'effets secondaires (Mcdonald et Strang, 2016). En Colombie-Britannique, un vaste programme provincial communautaire (*British*

Columbia Take Home Naloxone Program) a permis de renverser 1 580 surdoses d'avril 2016 à décembre 2017, selon des estimations récentes (Irvine et al., 2019).

À Montréal, la formation PRO-FAN (Prévention et réduction des surdoses – Formation et accès à la naloxone), mise sur pied en 2014 par le programme Cran (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes), l'organisme communautaire Méta d'Âme et la Direction de la santé publique de Montréal, est un projet pilote de grande envergure qui vise à former les personnes qui consomment des opioïdes et leurs proches. La formation de six heures recrute des participants dans un contexte urbain (utilisation de drogues injectables notamment), ainsi que des pairs formateurs (Méta d'Âme, 2020).

Ces interventions ont aussi le potentiel d'augmenter le niveau de connaissance des participants, ainsi que leur en confiance en leur capacité à reconnaître et poser les gestes de premier secours en cas de surdose (Ashrafioun et al., 2016 ; Behar et al., 2015 ; Clark et al., 2014 ; Dietze et al., 2018 ; Enteen et al., 2010 ; Lopez Gaston et al., 2009 ; Mueller et al., 2015 ; Strang et al., 2008 ; Tobin et al., 2009). Certains programmes communautaires ont même rapporté une diminution des comportements à risque chez les participants à la suite de la formation et une augmentation d'initiation à un traitement par agonistes opioïdes (TAO) (Seal et al., 2005 ; Wagner et al., 2010).

Risque de surdose chez les patients traités pour la douleur chronique

Beaucoup moins nombreuses sont les études qui se sont intéressées au risque de surdose chez la population traitée avec des opioïdes pour une problématique de douleur chronique. Alors que les programmes initiaux de prévention ciblaient spécifiquement les utilisateurs de drogues de rue, les patients consommant des opioïdes prescrits pour traiter la douleur chronique présentent aussi une grande vulnérabilité aux surdoses, particulièrement lorsqu'ils ont des doses équivalentes à plus de 20 mg de morphine par jour (Adewumi et al., 2018).

Cette clientèle ne fréquente pas les ressources communautaires et présente plusieurs facteurs augmentant son risque de surdose aux opioïdes : un âge souvent avancé et des comorbidités telles que les troubles de santé mentale, les maladies respiratoires, la consommation d'alcool ou d'autres médicaments pouvant altérer l'état de conscience, lorsque combinés avec les opioïdes (Dunn et al., 2017 ; Mueller et al., 2016 ; Nielsen et al., 2018). De plus, la majorité des patients traités pour la douleur chronique ne connaissent pas leur risque de surdose ou le minimisent (Behar et al., 2016 ; Dunn et al., 2017 ; Mueller et al., 2016 ; Nielsen et al., 2018). Aux États-Unis, une étude dans une clinique de traitement de la douleur a démontré que 32,0 % des patients traités avaient développé des comportements de mésusage des opioïdes (Ives et al., 2006). Une autre étude dévoilait que 32,0 % des patients traités pour la douleur chronique avaient déjà utilisé leurs opioïdes en ne respectant pas la posologie recommandée (Behar et al., 2016).

En 2017, 3,5 millions de Canadiens ont été traités avec des opioïdes pour de la douleur, faisant du Canada le deuxième pays au monde avec la plus grande consommation d'opioïdes prescrits (Santé Canada, 2017 ; Strang et al., 2019). Bien qu'il soit difficile de documenter à quel point les opioïdes prescrits pour la douleur chronique jouent un rôle dans les surdoses accidentelles, la littérature démontre que le risque est probablement important. Au Canada, 28,0 % des surdoses investiguées entre 2016 et 2019 impliquaient des opioïdes pharmaceutiques (Agence de la santé publique du Canada, 2020). En Australie, parmi un échantillon de 208 patients traités pour la douleur chronique, 14,0 % ont manifesté des symptômes de surdoses telles que la somnolence ou la confusion (Nielsen et al., 2018). Finalement, aux États-Unis, 51 surdoses ont été recensées au sein d'une cohorte de 9 940 patients traités pour la douleur chronique (Dunn et al., 2010).

Prévention des surdoses en cliniques de médecine familiale : prescrire la naloxone avec les opioïdes

La majorité des cliniques de médecine familiale au Canada traitent des patients pour la douleur chronique alors que certaines cliniques offrent également le TAO. Depuis 2016, le Center for Disease Control (CDC) américain suggère de prescrire la naloxone chez les patients consommant chroniquement des opioïdes et présentant les facteurs de risque de surdoses suivants : antécédent de surdose, antécédent de trouble lié à l'utilisation de substances, doses d'opioïdes équivalentes à plus de 50 mg de morphine par jour ou utilisation concomitante de benzodiazépines (Dowell et al., 2016). Ceci est aussi recommandé par le National Opioid Use Guidelines Group (NOUGG) au Canada depuis 2017 (Busse et al., 2017). La naloxone peut donc être prescrite aux patients au département d'urgence, en clinique de dépendance et plus rarement en clinique de médecine familiale (Dunne, 2018). La sensibilisation au risque de surdose par la prescription de naloxone peut notamment diminuer les comportements à risque des patients (Behar et al., 2016). Aux États-Unis, une étude a démontré que les patients ayant reçu une prescription de naloxone de leur médecin diminuaient de 63,0 % leurs visites à l'urgence pour des symptômes reliés aux opioïdes dans l'année suivant l'intervention (Coffin et al., 2016). La prescription de naloxone aux patients à risque de surdose a généralement un haut taux d'acceptabilité auprès des patients et des prescripteurs, mais peut être difficile à implanter, car plusieurs professionnels de la santé manquent de temps et de connaissances pour éduquer leurs patients adéquatement (Behar et al., 2018 ; Binswanger et al., 2015 ; Peckham et al., 2018).

Prévention des surdoses en cliniques de médecine familiale : formations de groupe

La création de formations de groupe représente une alternative intéressante pour prévenir les surdoses chez les patients à risque en contexte médical de première ligne. Il est établi que les formations de groupe sont efficaces chez les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète : les patients apprennent les uns des autres et y trouvent une source importante de soutien (Bair, 2017). Certaines cliniques de première ligne spécialisées en troubles

liés à l'usage des opioïdes ont commencé à offrir des formations aux patients sous TAO : les quelques études les décrivant ont rapporté une augmentation des connaissances à la suite de la formation et une proportion d'utilisation de la naloxone trois mois après la formation allant jusqu'à 13,0 % (Katzman et al., 2018 ; Lott et Rhodes, 2016 ; Walley et al., 2013). À notre connaissance, une seule étude a évalué une intervention de groupe chez les patients traités avec des opioïdes pour la douleur chronique (Spelman et al., 2017). À la suite d'une formation de 90 minutes en groupe de dix, tous les participants avaient apprécié l'expérience et avaient demandé une prescription de naloxone à leur médecin.

Comme professionnels œuvrant en première ligne et fréquemment en contact avec des patients avec un trouble lié à l'usage des opioïdes, une réflexion s'impose quant au développement d'outils rejoignant la totalité de la population à risque de surdose. Ceci inclut les personnes consommatrices de substances psychoactives, mais aussi les patients sous TAO et les utilisateurs d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique. Au Québec, les groupes de médecine familiale représentent un contexte unique où des interventions de prévention des surdoses d'opioïdes peuvent être dispensées simultanément à des membres de ces trois groupes à risque. C'est dans cet esprit que nous nous sommes intéressés à l'évaluation d'une formation standardisée sur l'utilisation de naloxone afin de réduire les risques de surdose chez la population consommatrice d'opioïdes du GMF-U Charles-LeMoyne.

Modèle théorique

Le développement de la formation et du devis de recherche dont il est question dans cet article s'est inspiré du modèle logique théorique du changement de comportement (Brousselle et al., 2011 ; Mayne, 2017). Ce modèle suppose que les connaissances acquises lors d'une intervention augmentent les savoirs, les attitudes et les compétences. Par la suite, cette augmentation des capacités pourrait entraîner un changement de comportements. L'hypothèse émise est donc que la formation sur l'utilisation de la naloxone, en augmentant les connaissances quant aux surdoses, entraîne des changements de comportements qui pourraient subséquemment réduire le risque de surdose ou en améliorer la prise en charge.

Objectifs de l'étude

L'étude avait comme objectif primaire de déterminer la rétention des concepts clés en lien avec les facteurs de risque, la reconnaissance et la prise en charge d'une surdose aux opioïdes chez nos patients consommateurs d'opioïdes à la suite d'une formation sur l'utilisation de naloxone. En nous basant sur la littérature et le modèle théorique du changement de comportement, nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait une importante augmentation des connaissances à la suite de la formation et que celle-ci se maintiendrait dans le temps, de façon statistiquement significative.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer la proportion de participants qui possèdent une trousse de naloxone sur eux lorsqu'ils consomment des opioïdes, la proportion de

participants ayant été témoins d'une surdose d'opioïdes, la proportion d'utilisation de la naloxone par les participants au cours de la période de suivi ainsi que le niveau de confiance des participants acquis grâce à une formation de groupe.

Méthodologie

Contexte

Le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) Charles-LeMoyne est une clinique de médecine familiale située en Montérégie au Québec, qui traite une clientèle variée incluant 90 patients traités avec opioïdes pour la douleur chronique et 160 patients sous TAO pour un trouble lié à l'usage des opioïdes. La clinique regroupe 22 médecins de famille en plus d'être un centre de formation où des étudiants en médecine, médecins résidents, infirmières et infirmières praticiennes spécialisées sont formés annuellement.

Devis et recrutement

L'étude a été réalisée selon un devis de type quasi expérimental à simple insu. Le recrutement a été fait par un échantillonnage de convenance, avec une cible de 48 participants. De ces participants, un groupe de patients « douleur chronique » et un groupe de patients « TAO » ont été créés. Cette division en deux groupes permet de séparer une population ayant des troubles de consommation de substances psychoactives, d'une population qui n'a pas reçu ce diagnostic. Le GMF-U Charles-Lemoyne a donc été choisi comme lieu de recrutement par convenance, mais aussi, car la diversité de sa clientèle permettait de tester une intervention avec un public cible plus large.

La référence initiale vers l'équipe de recherche était basée sur le jugement du professionnel traitant qui, connaissant son patient depuis longtemps, identifiait s'il pouvait être intéressé par une formation sur la naloxone. Les participants potentiels devaient donc avoir été approchés par leur professionnel traitant et consenti à se faire contacter avant de recevoir un appel de la part de l'équipe de recherche. Des affiches de sollicitation ont aussi été installées dans la salle d'attente afin que les patients intéressés puissent en discuter directement avec leur professionnel traitant.

Les participants potentiels et éligibles ont ensuite été contactés par téléphone par l'équipe de recherche jusqu'à l'atteinte de l'échantillon désiré. Les critères d'inclusion pour participer à la formation étaient les suivants : être âgé de 18 ans et plus, comprendre le français écrit et parlé, être suivi dans un contexte médical de première ligne au GMF-U Charles-LeMoyne et avoir consommé des opioïdes au moins une fois par jour depuis trois mois (peu importe la dose) via une prescription pour la douleur chronique ou un TAO. Le seul critère d'exclusion était d'avoir préalablement reçu une formation de plus de cinq minutes sur l'utilisation de naloxone.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Intervention

L'intervention étudiée était la tenue d'une formation de 60 minutes, en groupes de maximum 12 personnes, au GMF-U Charles-LeMoyne. Cette dernière était dispensée par des membres de l'équipe de recherche et avait préalablement été élaborée par un médecin résident en santé publique et en médecine préventive.

Les cibles d'apprentissages incluaient : identifier les comportements augmentant le risque de surdose, reconnaître les signes et symptômes d'une surdose, intervenir en situation de surdose, administrer la naloxone par voie nasale ainsi qu'appeler les secours en cas de surdose.

De septembre 2018 à janvier 2019, trois formations ont eu lieu au GMF-U Charles-LeMoyne : deux formations pour le groupe « douleur chronique » et une formation pour le groupe « TAO ». À la fin de la formation, chaque patient recevait une trousse de naloxone par voie nasale. La formule de naloxone par voie nasale a été choisie, car il a été démontré qu'elle est préférée par les patients en comparaison avec la naloxone par injection (Ashrafioun et al., 2016 ; Dunn et al., 2018).

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a préalablement été approuvé par le comité d'éthique du CSSS Montérégie-Centre. Avant de participer à la formation, les participants devaient également signer un formulaire de consentement. Un dédommagement financier de 15 $ pour s'être déplacé et un goûter ont aussi été offerts aux participants.

Instruments de mesure

Afin d'évaluer l'évolution des connaissances des participants dans le temps, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire *Opioid Overdose Knowledge Scale* (OOKS), traduit en français, avec la permission de l'auteure, grâce à la procédure de l'OMS *Management of substance abuse – Process of translation and adaptation of instruments*, une procédure qui a comme but de créer un outil conceptuellement équivalent, en tenant compte de la réalité culturelle d'où il sera employé (WHO, 2010 ; Williams et al., 2013). Le questionnaire OOKS a été élaboré et validé afin d'évaluer les programmes de formation à l'utilisation de naloxone. Au niveau psychométrique, lors de l'étude de validation, le coefficient alpha (validité interne) était de 0,83 et le coefficient de corrélation intraclasse de 0,90 (Williams et al., 2013).

Les thèmes évalués par le questionnaire sont les facteurs de risque d'une surdose (par exemple prendre une dose d'opioïdes plus élevée que d'habitude), la reconnaissance de cette dernière (par exemple une respiration lente), les actions immédiates à entreprendre (par exemple appeler une ambulance), de même que les modalités d'administration de naloxone (par exemple la voie d'administration). Initialement utilisé pour des programmes chez des populations ayant des troubles de consommation de substances, il emploie le terme

« héroïne », que nous avons substitué par le terme plus large « opioïde » par souci d'inclusion. Le pointage final est calculé sur un total de 44 points. Le questionnaire OOKS intégral est disponible en ligne au lien suivant : https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/Naloxone/Resources. La version traduite est disponible pour le lecteur sur demande.

À notre connaissance, lors du début de notre étude, peu de questionnaires validés étaient disponibles pour évaluer les connaissances sur les surdoses d'opioïdes soit le OOKS, le *Brief Opioid Overdose Knowledge questionnaire* (BOOK) et le *Brief Overdose Recognition and Response Assessment* (BORRA). Le BOOK (Dunn et al., 2016) cible des milieux où la naloxone n'est pas encore disponible. Le BORRA (Green et al., 2008) ne couvre pas les notions concernant les facteurs de risque d'une surdose, les principes généraux de la prise en charge d'une surdose ou les effets de la naloxone. Ceci est la principale raison ayant mené Williams et son équipe à élaborer le questionnaire OOKS, qui couvre toutes ces notions. C'est d'ailleurs le questionnaire validé le plus utilisé dans les études visant à évaluer la performance des formations de prévention des surdoses d'opioïdes et c'est pour cette raison qu'il a été sélectionné pour cette étude (Franklin Edwards et al., 2020).

Un questionnaire colligeant des données démographiques sur les participants a aussi été distribué avant la formation (T0), tandis que le questionnaire administré trois mois post-formation (T2) était bonifié de quatre questions afin d'évaluer les objectifs secondaires. Les questions étaient les suivantes : « Avez-vous été témoin d'une surdose aux opiacés dans les trois derniers mois ? Depuis la formation, avez-vous eu à administrer des doses de naloxone ? Est-ce que votre naloxone est rapidement accessible lorsque vous consommez des opioïdes ou prenez votre prescription d'opioïdes ? Quel est votre niveau de confiance en votre capacité à utiliser votre naloxone en cas de surdoses ? »

Analyses statistiques

Les variables ont été étudiées en réalisant une série temporelle et en mesurant le pointage au questionnaire OOKS (variable dépendante continue). Les mesures ont été prises en trois temps (variables indépendantes catégorielles), soit au T0 avant la formation, au T1 immédiatement après la formation et au T2, soit trois mois après la formation. Les questionnaires ont été gérés par les membres de l'équipe ayant donné la formation.

À la suite d'un bilan initial, l'équipe a estimé à 250 personnes le nombre de participants potentiels à l'étude. Le nombre de participants ciblé pour atteindre une puissance statistique de 80,0 % était de 48. L'analyse statistique a été réalisée avec le modèle mixte linéaire SAS (généralisation ANOVA mesures répétées), un test qui tient compte des mesures relatives à un individu même si certaines données de la série temporelle sont absentes. Cette analyse permet aussi simultanément de détecter une différence entre les mesures d'OOKS répétées et une différence entre les deux groupes indépendants « TAO » et « douleur chronique ». Le logiciel utilisé était SAS® 9.4.

Résultats

Recrutement des participants

Au total, 23 participants ont participé aux formations après avoir été considérés comme éligibles : 17 dans le groupe « douleur chronique » et 6 dans le groupe « TAO ». Parmi les patients ayant initialement accepté de se faire contacter après avoir été sollicités par leur médecin de famille, dix-huit ont refusé de participer à la formation lorsque contactés par l'équipe de recherche. Les raisons évoquées pour le refus incluaient une faible perception de leur risque de surdose, un manque de temps ou un manque d'intérêt à faire partie d'un groupe. Nous n'avons pas pu récolter d'information concernant les patients ayant accepté de participer à la formation qui ne se sont finalement pas présentés. Respectivement, il y a eu une perte au suivi de trois individus dans le groupe « douleur chronique » et de deux individus dans le groupe « TAO » après la formation (T2), ce qui représente 17,6 % et 33,3 % de perte au suivi (figure 1).

Caractéristiques des participants

L'âge moyen des participants à l'étude était 58 ans et 60,9 % étaient des femmes. Pour ce qui est du niveau d'éducation, 50,1 % des participants « TAO » avaient un diplôme d'études secondaires et 41,2 % des participants « douleur chronique » avaient un diplôme d'études collégiales. À travers tous les participants, la consommation concomitante de benzodiazépines (34,8 %) et d'alcool (30,4 %) était présente (tableau 1).

Évolution des connaissances dans le temps

Au T0 (préformation), le groupe « TAO » avait un pointage OOKS de 31,8 (IC 95,0 %, 27,4-36,3 ; p<0,0001) et le groupe « douleur chronique » avait un pointage OOKS de 22,3 (IC 95,0 %, 19,7-24,9 ; p<0,0001) (tableau 2). La différence entre les deux groupes n'est plus statistiquement significative immédiatement après avoir assisté à la formation (T1).

Pour ce qui est de l'évolution des connaissances dans le temps, qui a été mesurée par le pointage moyen au questionnaire OOKS, les pointages des 23 participants inclus étaient de 24,8/44 (IC 95,0 %, 22,3-27,3 ; p<0,0001) à T0, 39,1/44 (IC 95,0 %, 36,6-41,6 ; p<0,0001) à T1 et 35,0/44 (IC 95,0 %, 32,3-37,7 ; p<0,0001) 3 mois après la formation (T2) (figure 2). Les résultats sont aussi statistiquement significatifs lorsqu'analysés par sous-groupes (tableau 2).

La puissance de l'étude, calculée a posteriori, s'élève à 95,9 % pour la différence de pointage entre les groupes et à 99,9 % pour la différence entre les trois temps de mesure, en considérant un risque alpha de 5,0 %.

FIGURE 1 – **Recrutement des participants**

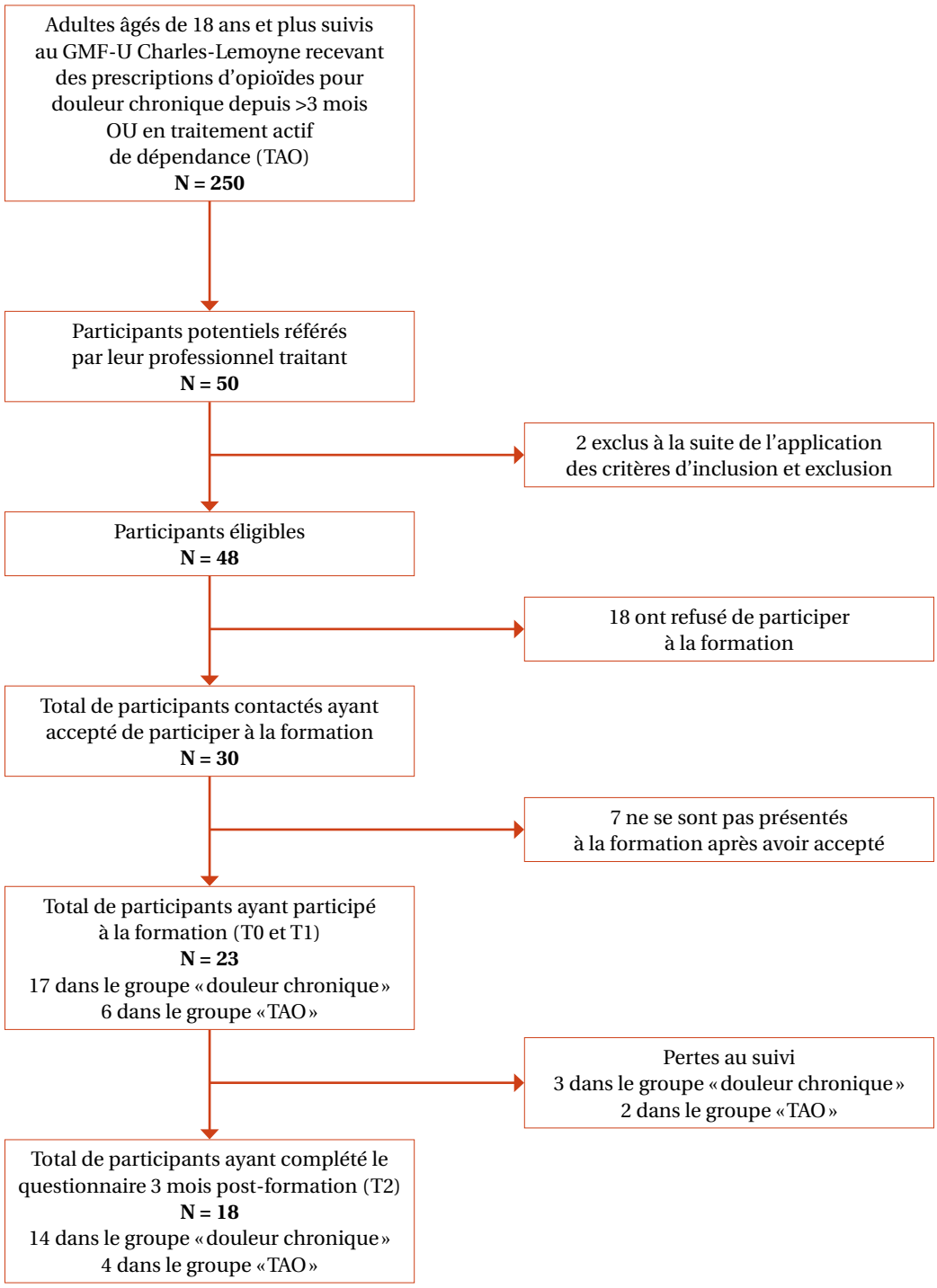


TABLEAU 1 – **Caractéristiques démographiques des participants**

	Totalité participants (n = 23) n (%)	**TAO (n = 6) n (%)**	**Douleur chronique (n = 17) n (%)**
Âge			
Moyenne	57,5	41,5	63,2
Médiane	62	37,5	64,0
Sexe			
Femmes	14 (60,9)	3 (50,0)	11 (64,7)
Résidence			
Domicile fixe	23 (100,0)	6 (100,0)	17 (100,0)
Statut civil			
Célibataire	5 (21,7)	3 (50,0)	2 (11,8)
Conjoint de fait	3 (13,0)	2 (33,3)	1 (5,9)
Marié	10 (43,5)	–	10 (58,8)
Divorcé	2 (8,7)	–	2 (11,8)
Veuf	2 (8,7)	–	2 (11,8)
Abstention de répondre	1 (4,3)	1 (16,7)	–
Formation scolaire			
Secondaire inachevé	4 (17,4)	2 (33,3)	2 (11,8)
Secondaire 5	5 (21,7)	–	5 (29,4)
Diplômes d'études professionnelles (DEP)	5 (21,7)	3 (50,0)	2 (11,8)
Technique / diplôme d'études collégiales (DEC)	8 (34,8)	1 (16,7)	7 (41,2)
Diplôme universitaire	1 (4,3)	–	1 (5,9)

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

	Totalité participants (n = 23) n (%)	TAO (n = 6) n (%)	Douleur chronique (n = 17) n (%)
Profil de consommation			
Opioïdes régulièrement	13 (56,5)	–	13 (76,5)
Traitement par agoniste opioïdes	6 (26,1)	5 (83,3)	1 (5,9)
Opioïdes régulièrement et traitement par agoniste opioïdes	1 (4,3)	–	1 (5.9)
Abstention de répondre	3 (13,0)	1 (16,7)	2 (11,8)
Consommation régulière de substances à risque			
Alcool	7 (30,4)	1 (16,7)	6 (35,3)
Benzodiazépines*	8 (34,8)	2 (33,3)	6 (35,3)

Note. * 1 abstention de répondre dans le groupe « douleur chronique ».

FIGURE 2 – **Évolution des connaissances dans le temps**

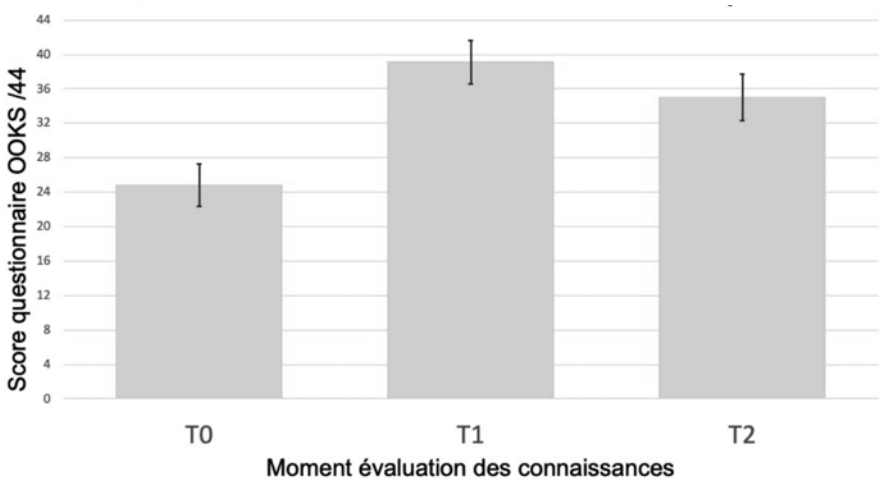


TABLEAU 2 – **Pointage au questionnaire OOKS**

	Totalité participants (n = 23)*		Groupe TAO (n = 6)*		Groupe douleur chronique (n = 17)*		Différence groupe TAO et douleur chronique	
	Moyenne /44 (IC 95,0%)	Valeur P	Moyenne /44 (IC 95,0%)	Valeur P	Moyenne /44 (IC 95,0%)	Valeur P	Moyenne /44 (IC 95,0%)	Valeur P
T0	24,8 (22,3-27,3)	< 0,0001	31,8 (27,4-36,3)	< 0,0001	22,3 (19,7-24,9)	< 0,0001	9,5 (4,4-14,7)	0,0006
T1	39,1 (36,6-41,6)	< 0,0001	41,3 (36,9-45,8)	< 0,0001	38,3 (35,7-40,9)	< 0,0001	3,0 (-2,1-8,2)	0,2384
T2	35,0 (32,3-37,7)	< 0,0001	36,5 (31,4-41,6)	< 0,0001	34,4 (31,6-37,2)	< 0,0001	2,1 (-3,7-7,9)	0,4677

Note. * Nombre initial de 23 participants ; perte de suivi au T2 pour 2 participants du groupe « TAO » et 3 du groupe « douleur chronique ».

Augmentation du niveau de confiance et utilisation de la naloxone après la formation

Pour ce qui est des objectifs secondaires (tableau 3), aucun des candidats n'a été témoin de surdose aux opioïdes ou n'a eu à administrer la naloxone durant la période de suivi de l'étude. La majorité des participants (71,4 %) avaient une trousse de naloxone facilement accessible lors de leur consommation d'opioïdes. Finalement, trois mois après leur formation (T2), 92,9 % des patients étaient confiants ou très confiants en leurs capacités à prendre en charge une surdose aux opioïdes s'ils en étaient témoins.

TABLEAU 3 – **Utilisation de naloxone après la formation**

	Totalité participants (n = 14) n (%)	TAO (n = 3) n (%)	Douleur chronique (n = 11) n (%)
Témoin d'une surdose	0	0	0
Administration naloxone à autrui	0	0	0
Naloxone facilement accessible dans milieux de consommation*			
Toujours	6 (42,9)	1 (33,3)	5 (45,5)
La plupart du temps	4 (28,6)	1 (33,3)	3 (27,3)
Rarement	1 (7,1)	1 (33,3)	–
Jamais	2 (14,3)	–	2 (18,2)

	Totalité participants (n = 14) n (%)	TAO (n = 3) n (%)	Douleur chronique (n = 11) n (%)
Confiance à administrer naloxone (après formation)			
Très confiant	7 (50,0)	2 (66,6)	5 (45,5)
Confiant	6 (42,9)	–	6 (54,5)
Peu confiant	1 (7,1)	1 (33,3)	–
Pas confiant	–	–	–

Note. 9 abstentions de répondre pour ces questions : 3 dans le groupe « TAO » et 6 dans le groupe « douleur chronique ».

* 1 abstention de répondre additionnelle pour cette question dans le groupe « douleur chronique ».

Discussion

Les résultats décrits permettent de croire qu'une formation de groupe de 60 minutes a le potentiel d'augmenter de façon significative les connaissances et la confiance chez les patients que nous côtoyons en contexte médical de première ligne, que ce soit ceux traités avec opioïdes pour la douleur chronique ou ceux sous TAO. Cette augmentation des connaissances pourrait se maintenir trois mois après la formation. Nos résultats concordent avec les écrits antérieurs sur le sujet (Spelman et al., 2017). Il s'agit toutefois d'une des premières études à s'intéresser à l'efficacité d'une formation chez les patients traités pour la douleur chronique. Sous réserve d'être répétée à plus grande échelle dans des recherches futures, cette étude porte donc à croire que cette formation serait efficace chez les patients traités pour la douleur chronique.

Comme démontré dans le tableau 2, les patients sous opioïdes pour la douleur chronique ont généralement un niveau de connaissance moindre sur les risques et la gestion des surdoses, ce qui est compatible à la littérature existante sur cette question (Mueller et al., 2016 ; Nielsen et al., 2018). Ceci souligne l'importance de développer des interventions adaptées à cette catégorie de patients qu'on sait vulnérable.

En comparant les deux groupes ayant reçu la formation, nous observons une différence préformation (T0) entre le groupe « TAO » et le groupe « douleur chronique ». En effet, le groupe « TAO » possède de meilleures connaissances avant la formation (T0). Ceci est compatible avec la littérature existante qui démontre que les utilisateurs d'opioïdes illicites ont beaucoup de connaissances de base sur les surdoses (Behar et al., 2015). Cependant, les pointages immédiatement post-formation (T1), et trois mois après (T2), se nivellent par la suite. Ceci démontre que la formation, peu importe le niveau de connaissances de base, est efficace pour inculquer des connaissances, avec une moyenne de 35/44 au questionnaire OOKS, tous groupes confondus, trois mois après la formation.

Les échanges avec les participants permettent de croire qu'ils ont beaucoup apprécié leur expérience. Ils étaient curieux et posaient des questions aux formateurs. Plusieurs ont mentionné qu'ils auraient voulu inviter leurs proches à la formation. L'importance d'impliquer les proches a d'ailleurs été soulignée par une étude américaine, ciblant les patients traités avec méthadone, où la grande majorité des participants formés n'ont pas utilisé la naloxone sur eux-mêmes post-formation, mais plutôt sur un proche (Walley et al., 2013). Par ailleurs, nous croyons que séparer les participants « TAO » des participants « douleur chronique » améliore le niveau de confort des patients durant leur formation en plus de permettre des analyses par sous-groupe des résultats.

La durée du suivi (trois mois) était trop courte pour déterminer si les participants ont utilisé la naloxone à la suite de l'intervention. L'interprétation des objectifs secondaires (tableau 3) doit être faite prudemment étant donné le faible nombre de répondants, l'absence de prise de mesure avant la formation (T0) et le fait qu'aucun répondant n'ait été témoin de surdoses au cours du suivi. Il demeure intéressant de noter que la majorité des participants avaient une trousse de naloxone facilement accessible, la plupart du temps ou toujours, lors de leur consommation d'opioïdes trois mois post-formation. Le fait de fournir gratuitement une trousse de naloxone aux participants lors de la formation a possiblement contribué à ce résultat.

Une étude canadienne a démontré que les médecins de famille canadiens considèrent la prescription de naloxone et la formation de leurs patients à risque de surdose comme une intervention faisable et croient qu'une clinique médicale de première ligne est un endroit approprié pour l'implanter (Leece et al., 2015). Les éventuelles retombées positives nommées étaient l'amélioration de la relation patient-médecin, la diminution de la stigmatisation en lien avec la prise d'opioïdes et l'augmentation de l'accessibilité à la naloxone pour les patients traités pour la douleur chronique. Certaines barrières à l'implantation de cette intervention émergent toutefois de notre étude et elles sont concordantes avec la littérature.

Difficultés rencontrées et barrières à l'implantation

Tel qu'illustré dans la figure 1, le recrutement de participants pour la formation a été plus difficile que prévu. D'abord, la nature de notre protocole de recherche (limiter le recrutement aux patients initialement référés par leur professionnel traitant) a réduit le nombre de participants éligibles à 48. Une meilleure sensibilisation du personnel de la clinique aurait pu être faite pour augmenter le nombre de références. En effet, les dialogues médecin-patient concernant la prise d'opioïdes sont souvent délicats et la crainte du médecin d'offusquer son patient peut devenir une barrière à lui proposer une intervention visant à diminuer son risque de surdose (Binswanger et al., 2015). Alors qu'il est vrai que certains patients rapportent se sentir « jugés » par leur médecin concernant leur consommation d'opioïdes ou ont peur que leur médecin diminue leur prescription d'opioïdes s'ils utilisent la naloxone (Mueller et al., 2016), d'autres études démontrent plutôt que les patients ne seraient pas

offensés de se faire offrir la naloxone et que ceci pourrait même améliorer leur lien de confiance avec leur médecin surtout quand la conversation est faite dans le respect (Kirane et al., 2016 ; Nielsen et al., 2018). Lors d'une étude en Californie, les patients traités pour la douleur chronique ont rapporté une augmentation de leur sentiment de sécurité après avoir reçu une prescription de naloxone (Behar et al., 2016).

Ensuite, plusieurs participants éligibles à notre étude ont refusé de participer à la formation ou ont été perdus au suivi. D'autres études ont aussi démontré que les patients traités avec opioïdes pour la douleur chronique sont particulièrement difficiles à rejoindre (Banjo et al., 2014 ; Spelman et al., 2017). Une faible conscience de leur risque, la crainte d'une dé-prescription de leur médication, le manque de temps ou la peur de la stigmatisation associée à la prise d'opioïdes exacerbée par une rencontre en groupe pourraient expliquer le faible taux de participation à la formation offerte. Certains patients pourraient préférer que la formation se fasse en privé lors d'un rendez-vous régulier avec leur médecin ; malheureusement, une telle approche a souvent été décrite comme difficile par les médecins en première ligne qui sont surchargés et manquent de temps (Peckham et al., 2018). Une étude qualitative descriptive conduite chez nos patients permettrait de mieux cerner ces barrières.

Finalement, certains professionnels de la santé craignent que la formation sur la naloxone auprès des patients à risque de surdose puisse entraîner un phénomène de compensations du risque, c'est-à-dire une augmentation de la consommation d'opioïdes post-formation (Binswanger et al., 2015). Dans une étude américaine en centre de désintoxication, 83,0 % des patients ont indiqué que leur consommation d'opioïdes augmenterait s'ils avaient accès à la naloxone par voie nasale (Kirane et al., 2016). Or, plusieurs études rapportent le contraire puisqu'à la suite d'une formation, les utilisateurs d'opioïdes comprennent mieux leur risque de surdose (Kerensky et Walley, 2017). L'orientation du Canada face à la crise des opioïdes étant la réduction des méfaits (Lancet, 2018), nous ne considérons pas que la crainte d'une compensation du risque devrait freiner l'implantation de formations sur la naloxone dans les cliniques de première ligne, mais ceci pourrait faire l'objet d'une étude subséquente.

Limites

L'étude décrite présente plusieurs limites. Tout d'abord, le nombre de participants (23) était grandement inférieur à ce qui était prévu (48) et il y a eu d'importantes pertes au suivi, malgré de multiples tentatives de rappeler les participants trois mois après le recrutement et des rappels deux jours avant les formations. Le fait que les deux groupes étaient de taille inégale, et qu'un des groupes ne comptait que six participants, rendait spéculative toute comparaison entre ceux-ci. De plus, il est difficile d'évaluer si la population ultimement étudiée était représentative de la population consommatrice d'opioïdes du GMF-U ou des cliniques de médecine familiale au Québec, car les données démographiques de celles-ci sont inconnues. Nous savons cependant que les décès pour suspicion d'intoxication aux opioïdes au Québec touchent davantage les hommes, alors que la population de notre étude était composée de

femmes à 60,9 %. Bien que la puissance de l'étude demeure très haute étant donné la taille d'effet élevée, tous ces facteurs ont un impact sur la représentativité de notre échantillon et donc la validité externe de nos résultats.

Par ailleurs, le mode de recrutement de l'étude (participation volontaire, échantillonnage de convenance) a pu introduire un biais de volontariat. Il faut se demander si les participants étaient plus ouverts à se prêter à une formation que leurs pairs. Dans le même ordre d'idée, l'exclusion des participants qui ont été perdus au suivi a pu engendrer un biais de sélection. Ces biais auraient pu surestimer l'effet réel de l'intervention.

Pour ce qui est des objectifs secondaires, les questionnaires distribués à T2 concernant le niveau de confiance et l'accessibilité de la naloxone pendant la consommation d'opioïdes sont aussi sujets à d'importants biais de rappel et de désirabilité. En effet, les données recueillies étant de nature qualitative, les répondants ont pu surestimer leur niveau de confiance face à une surdose ou à quel point la naloxone avait été facile d'accès lors de leur consommation après la formation. Finalement, comme il a été mentionné plus haut, les objectifs secondaires n'ont malheureusement pas fait l'objet d'une collecte de données à T0 et aucune surdose n'a été observée au cours du suivi. Les résultats obtenus permettent donc d'émettre des hypothèses quant à certaines retombées positives possibles de l'intervention, mais nous ne pouvons conclure hors de tout doute à un lien causal entre notre intervention et ces résultats.

Bien que les résultats demeurent statistiquement significatifs, il serait judicieux de tester cette intervention avec un plus grand nombre de participants et d'ajouter une évaluation des objectifs secondaires à T0 avant de l'implanter à grande échelle. Un suivi des participants à plus long terme serait aussi pertinent, tout comme la validation d'un outil de mesure en français.

Conclusion

Alors que la majorité des interventions visant à diminuer la mortalité associée à la crise des opioïdes s'adresse aux populations ayant des troubles de consommation de substances, très peu d'initiatives se sont intéressées aux patients traités pour la douleur chronique ou sous TAO qui fréquentent les cliniques de médecine familiale. Cette clientèle ne fréquentant pas les ressources communautaires représente une fraction importante des hospitalisations et décès reliés aux surdoses ; c'est une population vieillissante qui souffre de multiples comorbidités la rendant particulièrement vulnérable face à l'intoxication. La prévention des surdoses en contexte médical de première ligne est donc une intervention primordiale.

Cette étude démontre le potentiel prometteur d'une formation de groupe sur la gestion des surdoses pour augmenter les connaissances et le niveau de confiance des patients en clinique de médecine familiale. Bien que l'étude ait été trop courte pour détecter un

changement dans l'utilisation de la naloxone post-formation et aurait avantage à être répétée avec un plus large échantillon, les résultats permettent de faire un pas de plus vers la diversification des options et d'augmenter l'accessibilité de ce type d'activité de prévention à toutes les populations à risque de surdose. Notre étude souligne aussi l'importance pour les médecins de famille en première ligne de s'impliquer dans la prévention des effets néfastes des opioïdes chez leurs patients.

Nous croyons que ce projet pourrait également encourager le développement de ce type de stratégies à une plus grande échelle en première ligne. Intégrer de telles formations dans les centres de formation de futurs médecins (GMF-U au Québec) permettrait d'introduire les concepts de prévention et de réduction des méfaits en dépendance dans l'éducation médicale, en plus de sensibiliser les apprenants à l'importance de dépister les risques de surdose chez les patients vulnérables. Une telle intervention devrait cependant être intégrée à une approche globale de prévention des surdoses chez les patients traités chroniquement avec opioïdes, incluant aussi une attention à la surprescription et aux interactions médicamenteuses, des suivis rapprochés, un dépistage du mésusage, ainsi qu'une réévaluation fréquente des doses (Coe et Walsh, 2015). À l'avenir, il est probable que l'intervention puisse être dispensée par des professionnels de la santé autres que médecins, comme c'est déjà le cas pour plusieurs interventions de prévention en première ligne. Finalement, il serait intéressant d'évaluer l'intérêt des membres de la famille des consommateurs chroniques d'opioïdes à suivre eux-mêmes ces types de formation, afin qu'ils soient mieux sensibilisés et prêts à intervenir en cas de surdose chez leurs proches.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

Adewumi, A. D., Hollingworth, S. A., Maravilla, J. C., Connor, J. P. et Alati, R. (2018). Prescribed Dose of Opioids and Overdose: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unintentional Prescription Opioid Overdose. *CNS Drugs*, *32*(2), 101-116. https://doi.org/10.1007/s40263-018-0499-3

Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Méfaits associés aux opioïdes au Canada – Infobase de la santé publique*. https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides/

Ashrafioun, L., Gamble, S., Herrmann, M. et Baciewicz, G. (2016). Evaluation of knowledge and confidence following opioid overdose prevention training: A comparison of types of training participants and naloxone administration methods. *Substance Abuse*, *37*(1), 76-81. https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1110550

Atrid Brousselle, F., Champagne, A.-P. et Contandriopoulos, Z. H. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal. https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/levaluation-concepts-et-methodes-2e-edition

Bair, M. J. (2017). Using Group Visits to Provide Overdose Education and Distribute Naloxone to High-Risk Primary Care Patients. *Pain Medicine*, *18*, 2263-2265. https://doi.org/10.1093/pm/pnx279

Banjo, O., Tzemis, D., Al-Qutub, D., Amlani, A., Kesselring, S. et Buxton, J. A. (2014). A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone program. *CMAJ Open*, *2*(3), E153-E161. https://doi.org/10.9778/cmajo.20140008

Behar, E., Bagnulo, R. et Coffin, P. O. (2018). Acceptability and feasibility of naloxone prescribing in primary care settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, *114*, 79-87. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.06.005

Behar, E., Rowe, C., Santos, G. M., Murphy, S. et Coffin, P. O. (2016). Primary care patient experience with naloxone prescription. *Annals of Family Medicine*, *14*(5), 431-436. https://doi.org/10.1370/afm.1972

Behar, E., Santos, G. M., Wheeler, E., Rowe, C. et Coffin, P. O. (2015). Brief overdose education is sufficient for naloxone distribution to opioid users. *Drug and Alcohol Dependence*, *148*, 209-212. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.009

Binswanger, I. A., Koester, S., Mueller, S. R., Gardner, E. M., Goddard, K. et Glanz, J. M. (2015). Overdose Education and Naloxone for Patients Prescribed Opioids in Primary Care: A Qualitative Study of Primary Care Staff. *Journal of General Internal Medicine*, *30*(12), 1837-1844. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3394-3

Brousselle, A., Champagne, A., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.

Busse, J., Busse, J. W., Guyatt, G. H., Carrasco, A., Akl, E. et Tugwell, P. (2017). *The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*. National Opioid Use Guidelines Group.

Carter, C. I. et Graham, B. (2013). *Opioid overdose prevention & response in canada*. Canadian Drug Policy Coalition. https://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2013/01/CDPC_OverdosePreventionPolicy_Final_July2014.pdf

Clark, A. K., Wilder, C. M. et Winstanley, E. L. (2014). A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *Journal of Addiction Medicine*, *8*(3), 153-163. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000034

Coe, M. A. et Walsh, S. L. (2015). Distribution of naloxone for overdose prevention to chronic pain patients. *Preventive Medicine*, *80*, 41-43. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.016

Coffin, P. O., Behar, E., Rowe, C., Santos, G.-M., Coffa, D., Bald, M. et Vittinghoff, E. (2016). Non-randomized intervention study of naloxone co-prescription for primary care patients on long-term opioid therapy for pain. *Annals Internal Medicine*, *165*(4), 245-252. https://doi.org/10.7326/M15-2771

Dietze, P. M., Draper, B., Olsen, A., Chronister, K. J., van Beek, I., Lintzeris, N., Dwyer, R., Nelson, M. et Lenton, S. (2018). Does training people to administer take-home naloxone increase their knowledge? Evidence from Australian programs. *Drug and Alcohol Review*, *37*(4), 472-479. https://doi.org/10.1111/dar.12680

Direction de la santé publique de la Montérégie. (2020). *Portrait des surdoses aux opioïdes*.

Dowell, D., Haegerich, T. M. et Chou, R. (2016). CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain-United States, 2016. *Journal of the American Medical Association*, *315*(15), 1624-1645. https://doi.org/10.1001/jama.2016.1464

Dunn, K. E., Barrett, F. S. et Bigelow, G. E. (2018). Naloxone Formulation For Overdose Reversal Preference Among Patients Receiving Opioids for Pain Management. *Addictive Behaviors*, *86*, 56-60. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.011

Dunn, K. E., Barrett, F. S., Fingerhood, M. et Bigelow, G. E. (2017). Opioid Overdose History, Risk Behaviors, and Knowledge in Patients Taking Prescribed Opioids for Chronic Pain. *Pain Medicine*, *18*, 1505-1515. https://doi.org/10.1093/pm/pnw228

Dunn, K. E., Barrett, F. S., Yepez-Laubach, C., Meyer, A. C., Hruska, B. J., Sigmon, S. C., Fingerhood, M. et Bigelow, G. E. (2016). Brief opioid overdose knowledge (BOOK): A questionnaire to assess overdose knowledge in individuals who use illicit or prescribed opioids. *Journal of Addiction Medicine*, *10*(5), 314-323. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000235

Dunn, K. M., Saunders, K. W., Rutter, C. M., Banta-Green, C. J., Merrill, J. O., Sullivan, M. D., Weisner, C. M., Silverberg, M. J., Campbell, C. I., Pasty, B. M. et Von Korff, M. (2010). Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, *152*(2), 85-92. https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00006

Dunne, R. B. (2018). Prescribing naloxone for opioid overdose intervention. *Pain Management*, *8*(3), 197-208. https://doi.org/10.2217/pmt-2017-0065

Enteen, L., Bauer, J., Mclean, R., Wheeler, E., Huriaux, E., Kral, A. H. et Bamberger, J. D. (2010). Overdose Prevention and Naloxone Prescription for Opioid Users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *87*(6), 931-941. https://doi.org/10.1007/s11524-010-9495-8

Franklin Edwards, G., Mierisch, C., Mutcheson, B., Horn, K. et Henrickson Parker, S. (2020). A review of performance assessment tools for rescuer response in opioid overdose simulations and training programs. *Preventive Medicine Reports*, *20,* 1-18. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101232

Green, T. C., Heimer, R. et Grau, L. E. (2008). Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction*, *103*(6), 979-989. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02182.x

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018). *Naloxone.* https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/naloxone.html

Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Crise d'opioïdes au Canada : les gouvernements passent à l'action.* https://www.inspq.qc.ca/es/node/10171

Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Surdoses d'opioïdes.* https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdoses

Irvine, M. A., Kuo, M., Buxton, J. A., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M.-J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D. et Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*, *114*(9), 1602-1613. https://doi.org/10.1111/add.14664

Ives, T. J., Chelminski, P. R., Hammett-Stabler, C. A., Malone, R. M., Perhac, J. S., Potisek, N. M., Shilliday, B. B., DeWalt, D. A. et Pignone, M. P. (2006). Predictors of opioid misuse in patients with chronic pain: A prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, *6*, 1-10. https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-46

Katzman, J. G., Takeda, M. Y., Bhatt, S. R., Balasch, M. M., Greenberg, N. et Yonas, H. (2018). An Innovative Model for Naloxone Use Within an OTP Setting: A Prospective Cohort Study. *Journal of Addictive Medicine*, *12*(2), 113-118. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000374

Kerensky, T. et Walley, A. Y. (2017). Opioid overdose prevention and naloxone rescue kits: what we know and what we don't know. *Addiction Science & Clinical Practice*, *12*(4), 1-7. https://doi.org/10.1186/s13722-016-0068-3

Kirane, H., Ketteringham, M., Bereket, S., Dima, R., Basta, A., Mendoza, S. et Hansen, H. (2016). Awareness and Attitudes Toward Intranasal Naloxone Rescue for Opioid Overdose Prevention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *69*, 44-49. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.005

Lancet, T. (2018). A public health approach to Canada's opioid crisis. *The Lancet Public Health*, *3*, e204. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30078-1

Leece, P., Orkin, A., Ccfp, M., Shahin, R. et Steele, L. S. (2015). Can naloxone prescription and overdose training for opioid users work in family practice? Perspectives of family physicians. *Canadian Family Physician*, *61*, 538-543.

Lopez Gaston, R., Best, D., Manning, V. et Day, E. (2009). Can we prevent drug related deaths by training opioid users to recognise and manage overdoses? *Harm Reduction Journal*, *6*(26), 1-8. https://doi.org/10.1186/1477-7517-6-26

Lott, D. C. et Rhodes, J. (2016). Opioid overdose and naloxone education in a substance use disorder treatment program. *American Journal on Addictions*, *25*(3), 221-226. https://doi.org/10.1111/ajad.12364

Mayne, J. (2017). Théories du changement: Comment élaborer des modèles utiles. *Canadian Journal of Program Evaluation*, *32*(2), 174-201. https://doi.org/10.3138/cjpe.31144

Mcdonald, R. et Strang, J. (2016). Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction*, *111*, 1177-1187. https://doi.org/10.1111/add.13326

Méta d'Âme. (2020). *Programme PROFAN, formation sur la Naloxone*. http://metadame.org/profan-formation-naloxone/

Mueller, S. R., Koester, S., Glanz, J. M., Gardner, E. M. et Binswanger, I. A. (2016). Attitudes Toward Naloxone Prescribing in Clinical Settings: A Qualitative Study of Patients Prescribed High Dose Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. *Journal of General Internal Medicine*, *32*(3), 277-283. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3895-8

Mueller, S. R., Walley, A. Y., Calcaterra, S. L., Glanz, J. M. et Binswanger, I. A. (2015). A Review of Opioid Overdose Prevention and Naloxone Prescribing: Implications for Translating Community Programming into Clinical Practice. *Substance Abuse*, *36*(2), 240-253. https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1010032

Nielsen, S., Peacock, A., Lintzeris, N., Bruno, R., Larance, B. et Degenhardt, L. (2018). Knowledge of Opioid Overdose and Attitudes to Supply of Take-Home Naloxone Among People with Chronic Noncancer Pain Prescribed Opioids. *Pain Medicine*, *19*, 533-540. https://doi.org/10.1093/pm/pnx021

Peckham, A. M., Niculete, M. E., Steinberg, H. et Boggs, D. L. (2018). A Survey of Prescribers' Attitudes, Knowledge, Comfort, and Fear of Consequences Related to an Opioid Overdose Education and Naloxone Distribution Program. *Journal of Public Health Management and Practice*, *24*(4), 310-317. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000668

Santé Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html

Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., Downing, M. et Edlin, B. R. (2005). Naloxone Distribution and Cardiopulmonary Resuscitation Training for Injection Drug Users to Prevent Heroin Overdose Death: A Pilot Intervention Study. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *82*(2), 303-311. https://doi.org/10.1093/jurban/jti053

Spelman, J. F., Peglow, S., Schwartz, A. R., Burgo-Black, L., Mcnamara, K. et Becker, W. C. (2017). Group Visits for Overdose Education and Naloxone Distribution in Primary Care: A Pilot Quality Improvement Initiative. *Pain Medicine*, *18*, 2325-2330. https://doi.org/10.1093/pm/pnx243

Strang, J., Bird, S. M., Dietze, P., Gerra, G. et McLellan, A. T. (2014). Take-home emergency naloxone to prevent deaths from heroin overdose: Time to save lives. *British Medical Journal*, *349*, 1-2. https://doi.org/10.1136/bmj.g6580

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L., Offor, E. et Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: Prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, *103*(10), 1648-1657. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02314.x

Strang, J., Mcdonald, R., Campbell, G., Degenhardt, L., Nielsen, S., Ritter, A. et Dale, O. (2019). Take-Home Naloxone for the Emergency Interim Management of Opioid Overdose: The Public Health Application of an Emergency Medicine. *Drugs, 79*, 1395-1418. https://doi.org/10.1007/s40265-019-01154-5

Tobin, K. E., Sherman, S. G., Beilenson, P., Welsh, C. et Latkin, C. A. (2009). Evaluation of the Staying Alive programme: Training injection drug users to properly administer naloxone and save lives. *International Journal of Drug Policy*, *20*, 131-136. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.03.002

Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., Gonzalez, M. et Unger, J. B. (2010). Evaluation of an Overdose Prevention and Response Training Programme for Injection Drug Users in the Skid Row Area of Los Angeles, California. *International Journal of Drug Policy*, *21*(3), 186-193. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.01.003

Walley, A. Y., Doe-Simkins, M., Quinn, E., Pierce, C., Xuan, Z. et Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose prevention with intranasal naloxone among people who take methadone. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *44*, 241-247. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.07.004

World Health Organization. (2010). *Process of translation and adaptation of instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

World Health Organization. (2018). Information sheet on opioid overdose. Dans *WHO Key Facts*. World Health Organization.

Williams, A. V., Strang, J. et Marsden, J. (2013). Development of Opioid Overdose Knowledge (OOKS) and Attitudes (OOAS) Scales for take-home naloxone training evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*, 383-386. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.007

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Réflexion théorique

Le parcours québécois vers un traitement injectable pour le trouble d'usage d'opioïdes

Léonie Archambault, M.A., coordonnatrice de recherche,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Marie-Ève Goyer, MD., médecin, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Michel Perreault, Ph.D., chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

Correspondance

Léonie Archambault
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
6875 boul. Lasalle
Montréal (Québec) H4H 1R3
Téléphone : 514-761-6131, poste 2835
Courriel : Leonie.Archambault@douglas.mcgill.ca

Organisme subventionnaire

Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous tenons à préciser que les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les réviseurs qui ont contribué à enrichir l'article grâce à leur relecture attentive et à leurs suggestions fort pertinentes.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

L'efficacité des traitements par agonistes opioïdes oraux tels que la méthadone et la buprénorphine-naloxone pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes a été démontrée en termes de rétention des patients en traitement, d'arrêt ou diminution de consommation d'opioïdes illicites, de réduction de la mortalité et de la morbidité et de réduction des risques de contracter le VIH et l'hépatite C pour les usagers qui utilisent un mode d'administration par injection.

Or, une proportion des personnes aux prises avec un trouble grave d'utilisation d'opioïdes n'est pas attirée ou retenue par ces traitements conventionnels. Afin d'élargir l'offre de soins, la prescription d'opioïdes injectables pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes par injection peut être envisagée pour les patients qui ne répondent pas aux traitements usuels.

Au Québec, les conditions qui soutiennent l'élargissement de l'offre de traitement courante par l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables se rapportent successivement 1) à la démonstration scientifique de l'efficacité de ce traitement au Canada et en Europe, 2) aux changements législatifs fédéraux au Canada, 3) au soutien politique provincial et 4) à l'organisation des services locaux.

Au moment d'écrire cet article, ces conditions semblaient enfin réunies. Sur le plan scientifique, les programmes de recherche sur le traitement injectable au Canada et en Europe ont en effet démontré son efficacité. Sur le plan légal, les changements législatifs fédéraux ont pavé la voie aux provinces pour son implantation. Sur le plan du soutien politique et financier provincial au Québec, le financement de l'étude de faisabilité pour l'implantation du traitement injectable par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec met en relief l'appui politique pour son implantation. Au niveau local, au moins un site de traitement travaille présentement à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'implantation d'une offre de prescription d'opioïdes injectables à Montréal.

Mots-clés : trouble d'usage, opioïdes, traitement, injectable, implantation

The Québec Journey Towards Injectable Treatment for Opioid Use Disorders

Abstract

The efficacy of oral opioid agonist treatments such as methadone or buprenorphine-naloxone for opioid use disorders has been demonstrated in terms of treatment retention, ceasing or reducing illicit opioid use, a reduction in mortality and morbidity and reduction in the risk of contracting HIV and hepatitis C for those who use injection methods of administration.

However, a proportion of people with severe opioid use disorders are not attracted to or retained by conventional oral treatments. In order to expand the treatment offer, the prescription of injectable opioids to treat opioid use disorders can be considered for patients who are not responding to usual treatment methods.

In Quebec, the conditions supporting the expansion of the current treatment offer through the implementation of an injectable opioid prescription program are related to: 1) the scientific demonstration of treatment efficacy in Canada and Europe, 2) legislation changes at the federal level in Canada, 3) the support from the Quebec provincial government and 4) the organization of local services.

At the time of writing this article, these conditions are in place. In terms of scientific data, research programs in Canada and Europe have demonstrated the efficacy of injectable opioid agonist treatment. Legally, federal legislative changes paved the way for provinces to implement injectable treatment. In terms of political support in the province of Québec, funding for the feasibility study on injectable opioid agonist treatment by the Ministry of Health and Social Services highlights political support for its implementation. At the local level, at least one treatment facility is currently implementing the necessary conditions to provide injectable treatment in Montréal.

Keywords: opioid use disorder, treatment, injectable, implementation

El camino quebequense hacia un tratamiento inyectable para el trastorno del consumo de opioides

Resumen

Se ha demostrado la eficacia de los tratamientos por opioides orales agonistas, como la metadona y la buprenorfina-naloxona, para el trastorno ligado al uso de opioides en lo que respecta a la retención de los pacientes en tratamiento, la interrupción o la disminución del consumo de opioides ilícitos, la reducción de la mortalidad y la morbilidad y la reducción de los riesgos de contraer el VIH y la hepatitis C para los consumidores que utilizan un modo administración por inyección.

Sin embargo, una proporción de las personas que presentan un trastorno grave de utilización de opioides no ha sido atraída por estos tratamientos convencionales. Con el objetivo de ampliar la oferta de atención, puede considerarse la prescripción de opioides inyectables para los trastornos ligados al uso de opioides por inyección en el caso de los pacientes que no responden a los tratamientos habituales.

En Quebec, las condiciones que apoyan la ampliación de la oferta de tratamiento corriente por la implantación de un programa de prescripción de opioides inyectables son las siguientes: 1) la demostración científica de la eficacia de este tratamiento en Canadá y en Europa, 2) los cambios legislativos federales en Canadá, 3) el apoyo político provincial y 4) la organización de los servicios locales.

En el momento de escribir este artículo parece que estas condiciones se han reunido finalmente. En efecto, en el plano científico, los programas de investigación sobre el tratamiento inyectable en Canadá y en Europa han demostrado su eficacia. En el plano legal, los cambios legislativos federales allanaron el camino a las provincias para su implantación. En lo que se refiere al apoyo político y financiero provincial en Quebec, el financiamiento del estudio de factibilidad para la implantación del tratamiento inyectable por parte del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec destaca el apoyo político para su implantación. En el plano local, por lo menos un sitio de tratamiento trabaja actualmente en la instalación de las condiciones necesarias para la implantación de una oferta de prescripción de opioides inyectables en Montreal.

Palabras clave: trastornos de consumo, opioides, tratamiento, inyectable, implantación

Introduction

En 2017, 29 % des Québécois de 18 ans et plus déclaraient avoir consommé des opioïdes au cours des cinq dernières années (Statistique Canada, 2018). Parmi ceux-ci, certains souffrent d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Au Canada, la prévalence de l'abus d'opioïdes est estimée à 0,3 % des personnes de 15 ans et plus (Gouvernement du Canada, 2015).

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de la Société américaine de psychiatrie (DSM-5), le trouble lié à l'usage d'opioïdes est caractérisé par « un mode d'usage problématique des opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative » ainsi qu'une série de manifestations (au moins deux) dont le nombre varie selon la sévérité du trouble (American Psychiatric Association, 2013). Le nombre maximal de critères étant de 11, le trouble grave se distingue par la présence de 6 manifestations ou plus. À titre d'exemple, parmi les manifestations pouvant être associées au trouble lié à l'usage d'opioïdes, on retrouve les opiacés pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu, des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage d'opiacés, ou un usage continu d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets des opiacés (American Psychiatric Association, 2013). Chez les personnes qui consomment des opioïdes, les phénomènes de tolérance (besoin de quantités croissantes pour obtenir l'effet désiré) et de sevrage (signes et symptômes associés à l'interruption ou la réduction d'une utilisation importante et prolongée) font aussi partie des manifestations pouvant être associées au trouble lié à l'usage d'opioïdes (American Psychiatric Association, 2013). En ce qui a trait au traitement, le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN) ouvre ses portes en 1985. Il devient alors la première clinique publique offrant un traitement à la méthadone (Paquin, 2012). Puis, en 1999, le CRAN élargit son offre de services en implantant le premier programme à bas seuil d'exigences au Canada dans le but de « rejoindre une clientèle marginalisée, pour laquelle les programmes réguliers de traitement à la méthadone sont difficilement accessibles » (Perreault et al., 2003). En 2008, la buprénorphine-naloxone est acceptée comme médicament d'exception par le Conseil du médicament du Québec (Collège des médecins du Québec [CMQ] et Ordre des pharmaciens du Québec [OPQ], 2009), permettant d'élargir encore l'offre de traitement aux personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes. L'efficacité des traitements par agonistes opioïdes oraux tels que la méthadone et la buprénorphine-naloxone pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes a été démontrée en termes de rétention des patients en traitement, d'arrêt de consommation d'opioïdes illicites, de réduction de la mortalité et de la morbidité ainsi qu'en ce qui concerne la réduction des risques de contracter le VIH et l'hépatite C pour les usagers qui utilisent un mode d'administration par injection (Initiative canadienne de recherche en abus de substance [ICRAS], 2018). En 2018, les *Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes* proposent d'envisager le traitement avec la morphine orale à libération lente pour des patients pour qui les autres options seraient inefficaces ou contre-indiquées (ICRAS, 2018). Approuvée pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes depuis 1998 en

Autriche, la morphine orale à libération lente est couverte au Canada pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes depuis 2014, dans le cadre du programme des Services de santé non assurés (ICRAS, 2018).

Or, malgré l'élargissement de l'offre de traitement depuis les années 1980, une proportion importante de personnes aux prises avec un trouble grave d'utilisation d'opioïdes n'est pas attirée ou retenue par les traitements courants de méthadone, de buprénorphine (Oviedo-Joekes et al., 2009 ; Strang et al., 2012) et même de morphine orale à libération lente. Afin d'élargir encore l'offre de services et l'accès au traitement, la prescription d'opioïdes injectables pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes par injection constitue un traitement très structuré pouvant être envisagé pour les patients qui ne répondent pas aux traitements conventionnels (Bell, 2014 ; Demaret et al., 2010).

Les conditions qui soutiennent l'élargissement de l'offre de traitement courante par l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables à l'échelle provinciale se rapportent successivement 1) à la démonstration scientifique de l'efficacité de ce traitement au Canada et en Europe, 2) aux changements législatifs fédéraux au Canada, 3) au soutien politique provincial au Québec, et 4) à l'organisation des services locaux.

Démonstration scientifique de l'efficacité du traitement au Canada et en Europe

Des essais contrôlés randomisés (ECR) visant à évaluer l'efficacité des traitements injectables débutent en Suisse en 1994. À partir de 1998, d'autres recherches sont réalisées aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne, au Royaume-Uni, au Canada et en Belgique (Oviedo-Joekes et al., 2009 ; Oviedo-Joekes et al., 2016 ; Strang et al., 2012). Les résultats de ces recherches constituent un corpus de données probantes confirmant l'efficacité du traitement injectable en termes de rétention en traitement, de réduction de la consommation d'héroïne illicite et de diminution de la criminalité pour les usagers qui ne répondent pas aux traitements oraux conventionnels (Ferri et al., 2011).

À la fin des années 2000, le traitement injectable commence à être formellement intégré dans l'offre de service de certains pays d'Europe. En 2008, un référendum permet d'asseoir les bases légales pour la poursuite du traitement injectable en Suisse (Duparc, 2008 ; Strang et al., 2012). En 2009, ce sont les Pays-Bas, l'Allemagne et le Danemark qui inscrivent le TAO injectable à leurs programmes de traitement (Strang et al., 2012).

Au Canada, dès 1972, la Commission d'enquête sur usage des drogues à des fins non médicales note un besoin pour une étude sur la prescription d'héroïne aux personnes qui ne sont pas attirées vers les traitements conventionnels de la « dépendance » aux opioïdes (Information Canada, 1972).

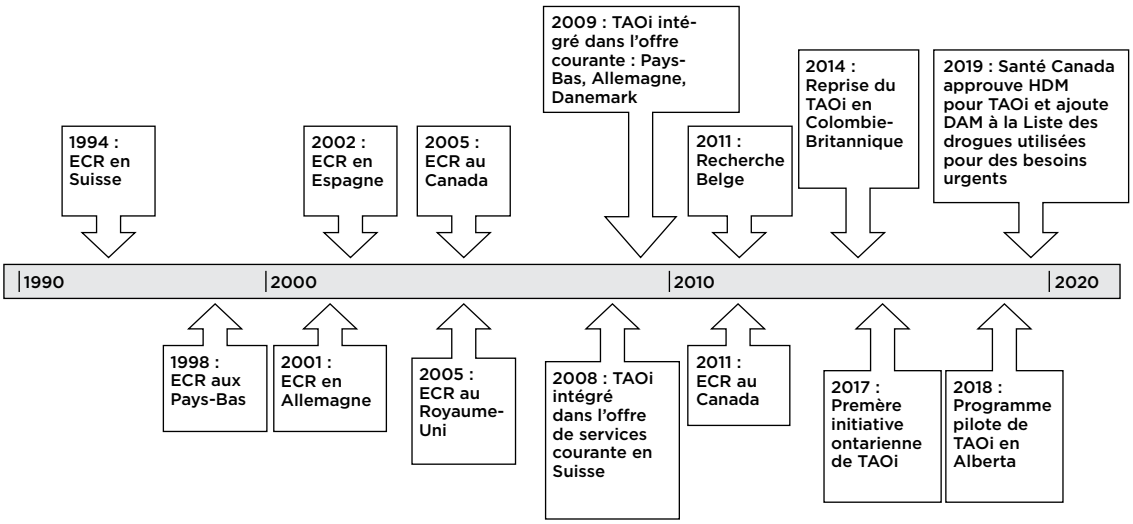
Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

En 1998 un groupe de travail canado-américain est formé dans le but d'examiner la possibilité de développer un protocole de recherche sur la prescription d'héroïne injectable (Gartry et al., 2009). Au départ, trois sites canadiens (Vancouver, Toronto et Montréal) et trois sites américains à déterminer sont prévus. Au final, aucun site américain n'est en mesure de participer ou d'obtenir du financement (Gartry et al., 2009). En ce qui concerne le site de Toronto, des délais liés entre autres à la construction empêchent la tenue de l'étude en Ontario (Oviedo-Joekes et al., 2008).

C'est donc à Vancouver et à Montréal qu'ont lieu, entre 2005 et 2008, des essais contrôlés randomisés comparant la diacétylmorphine injectable et la méthadone orale pour le traitement d'usagers ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes de longue date réfractaire aux traitements oraux conventionnels, dans le cadre de l'étude NAOMI (North American Opiate Medication Initiative). Les résultats de l'étude canadienne montrent que les patients randomisés vers la diacétylmorphine affichent de meilleurs taux de rétention (88 % vs 54 % pour les patients randomisés vers la méthadone) ainsi qu'une plus grande réduction des activités illicites (67 % vs 47,7 % chez les patients randomisés vers la méthadone). Durant l'étude, les scores en termes d'usage de substances, de statut psychiatrique, de satisfaction professionnelle et de relations familiales se sont améliorés considérablement plus chez les participants randomisés vers la diacétylmorphine que chez ceux randomisés vers la méthadone (Oviedo-Joekes et al., 2009). En matière de coûts/efficacité, un modèle mathématique montre que le traitement à base de diacétylmorphine injectable diminuerait les coûts sociaux, en réduisant les coûts associés à la criminalité et en améliorant la durée et la qualité de vie des patients (Nosyk et al., 2012). En termes d'impacts sur la vie de quartier, l'évaluation du taux de criminalité ne montre pas d'évidence suggérant des changements durant la période de l'étude (Lasnier et al., 2010). En 2011, l'étude SALOME (Study to Assess Longer-Term Opioid Medication Effectiveness) montre que le traitement à base d'hydromorphone est estimé non inférieur à la diacétylmorphine en termes d'utilisation d'héroïne illicite (Oviedo-Joekes et al., 2016) ainsi qu'en termes de coût/efficacité (Bansback et al., 2018).

La figure 1 témoigne de l'évolution des programmes de recherche et de traitement injectable à l'échelle internationale et au Canada.

FIGURE 1. **Implantation de programmes de recherche et de traitement injectable à travers le monde**



Changements législatifs fédéraux au Canada

Il est important de rappeler qu'au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* relève du gouvernement fédéral. L'étude NAOMI débute en 2005 dans un contexte où le gouvernement fédéral du Canada soutient la réduction des méfaits comme un pilier de la politique en matière de drogues (Collin, 2006, cité dans Hyshka et al., 2017). Toutefois, en 2007, le gouvernement canadien récemment élu remplace la Stratégie canadienne antidrogue par la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, favorisant la criminalisation de l'usage de drogue et des usagers (Hyshka et al., 2017 ; Morin et al., 2017). La politique fédérale en matière de drogues est transférée du ministère de la santé vers le ministère de la justice et l'approche de réduction des méfaits en est retirée (Hyshka et al., 2017). C'est dans ce contexte qu'en 2008, à la fin de l'étude NAOMI, la clinique de Montréal est fermée, malgré la volonté des patients et de l'équipe traitante de poursuivre le traitement. Le gouvernement du Québec décide de ne pas octroyer en 2009 les 600 000 $ prévus en subvention pour la poursuite des services cliniques afin de « consacrer la somme qui devait être allouée au financement de SALOME [la seconde phase de NAOMI] à des projets touchant un plus grand nombre de personnes » (Guthrie, 2009 ; Lacoursière, 2009 ; Paperny, 2009). À Vancouver, la poursuite du traitement à base de diacétylmorphine pour des motifs de compassion est refusée par Santé Canada aux participants de l'étude (MacDonald, 2017).

Suivant ce refus, l'étude SALOME, visant à démontrer la non-infériorité de l'hydromorphone par rapport à la diacétylmorphine, est amorcée à Vancouver. Lorsqu'elle se termine en 2013, des fonctionnaires accordent à quelques participants le droit de poursuivre leur traitement expérimental pour des motifs de compassion. Or, la ministre fédérale de la santé renverse

cette décision, considérée contraire à la politique gouvernementale de lutte contre la drogue (Fischer et al., 2016). Après plus d'un an de bataille juridique, grâce à une injonction de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, plus d'une centaine de participants de l'étude reçoivent finalement, en 2014, l'autorisation de poursuivre leur traitement à base de diacétylmorphine (Gerszak, 2014).

Après l'élection d'un nouveau gouvernement fédéral en 2015, Santé Canada assouplit les restrictions liées à la prescription d'opioïdes injectables pour le traitement du trouble grave lié à l'usage d'opioïdes (Hyshka et al., 2017; Morin et al., 2017). L'approche de réduction des méfaits est réintégrée et la responsabilité de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances est retransférée vers le ministère de la Santé (Hyshka et al., 2017). Ce n'est que depuis 2017 que le traitement injectable est intégré dans l'offre de services courante de cliniques à bas seuil d'exigences en Colombie-Britannique (Piske et al., 2020). À Ottawa, un premier programme de traitement injectable est implanté en 2017 dans une ressource d'hébergement administrée par Ottawa Inner City Health (Medical Officer of Health, 2019). Peu de temps après, en Alberta, un programme pilote de traitement injectable démarre à Calgary et à Edmonton (Omstead, 2020).

Au printemps 2019, Santé Canada approuve l'utilisation de l'hydromorphone injectable pour traiter les troubles graves liés à l'usage d'opioïdes chez les adultes (Gouvernement du Canada, 2019a). La ministre de la Santé ajoute aussi la diacétylmorphine à la *Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique* du gouvernement fédéral, permettant d'importer des médicaments autorisés à la vente dans certains autres pays, mais pas encore au Canada (Gouvernement du Canada, 2019b). Puis, à l'automne 2019, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) publie ses *Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, grâce à un financement des Instituts de recherche en santé du Canada.

Soutien politique et financier provincial au Québec

La hausse du taux de mortalité attribuable à une intoxication aux opioïdes entre 2000 et 2015 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2017), et en particulier les 28 décès survenus entre mai et août 2014 à Montréal, contribue à marquer un tournant dans une perspective de santé publique (Leclerc et Morissette, 2015). « Un total de 233 cas de surdoses ont été signalés à la DRSP [direction régionale de santé publique] de Montréal pour la période du 1er mai au 26 août 2014. […] De nombreuses interventions ont été mises en place par la DRSP de Montréal et par ses partenaires pour mettre fin à cette menace à la santé publique. » (Leclerc et Morissette, 2015)

En 2017, avec le support financier de la Fondation du Centre de réadaptation en dépendances de Montréal, le Cran lance une étude visant à évaluer les besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur

l'injection, afin d'élargir son offre de services (Perreault et al., 2017). Les données recueillies mettent en relief la pertinence d'une telle offre de traitement afin de répondre aux besoins spécifiques d'une certaine proportion des personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Forts de leur expérience dans le cadre de l'étude NAOMI et pionniers en matière de réduction des méfaits et d'approche à bas seuil d'exigence dans le domaine des troubles liés à l'usage d'opioïdes, les cliniciens du Cran évaluent la possibilité d'ajouter le traitement injectable à leur offre de services. Durant cette démarche, le Cran est intégré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Cran, 2020), modifiant sa structure de gouvernance. L'implantation du programme de prescription d'opioïdes injectables par le nouveau programme Cran dépend dès lors du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Puis, en 2018, le gouvernement du Québec publie le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* et la *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre*. Les auteurs de la stratégie nationale soulignent que les assouplissements fédéraux aux règlements sur l'utilisation du traitement à base de diacétylmorphine injectable « influencent les mesures de prévention et de réponse aux surdoses d'opioïdes à mettre en place au Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2018). Parmi ces mesures, le plan prévoit le déploiement d'une étude de faisabilité sur le développement et la mise en œuvre de services de traitement de la dépendance aux opioïdes par une médication injectable.

Organisation des services locaux

Au terme de l'étude de faisabilité sur le développement et la mise en œuvre de services de traitement de la dépendance aux opioïdes par une médication injectable, les auteurs concluent à la faisabilité du traitement injectable. L'évaluation des besoins pour une offre de traitement injectable au Québec permet aussi de mettre en relief la pertinence de l'implantation d'un tel traitement (Perreault et al., sous presse). D'ailleurs, un sondage réalisé auprès de professionnels des troubles d'usage d'opioïdes au Québec dans 16 régions administratives et des entrevues auprès d'informateurs clés permettent de conclure qu'un programme de prescription d'opioïdes injectables serait totalement ou partiellement pertinent pour leur clientèle, principalement en raison des échecs aux traitements oraux conventionnels (Perreault et al., sous presse).

Dans une perspective d'implantation clinique, le *Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec* (Perreault et al., 2019) présente les conditions locales nécessaires à la mise en œuvre d'une offre de prescription d'opioïdes injectables :

- évaluation des besoins locaux (offres de services en déjà en place, perspectives des parties prenantes, identification du modèle d'offre de service à privilégier) ;

- formation (ex. : réanimation cardio-respiratoire, administration de la naloxone, gestion de crise, traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes, réduction des méfaits et stages d'observation) ;
- organisation du travail (ex. : rôles des membres de l'équipe interdisciplinaire, heures d'ouverture, obtention, préparation et conservation des médicaments, tenue de dossiers) ;
- installations (salle d'injection, salle d'attente, salle de repos, salles de soins et services, espaces pour l'entreposage sécuritaire et la préparation des médicaments, bureaux et salles de réunion) ;
- fournitures (ex. : ameublement et dispositifs de sécurité) ;
- évaluation d'implantation (ex. : activités réalisées, clientèle rejointe, services utilisés, satisfaction).

Le *Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec* (Perreault et al., 2019) propose aussi une philosophie de soins et des protocoles cliniques pour orienter l'implantation locale de programmes de prescription d'opioïdes injectables.

Discussion

Le présent texte permet d'identifier quatre principales conditions qui soutiennent l'élargissement de l'offre de traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes au Québec, par l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables.

La première condition *sine qua non* pour l'implantation d'un nouveau traitement se trouve du côté des preuves scientifiques. À ce chapitre, les résultats des études canadiennes témoignent de l'efficacité de la diacétylmorphine et de l'hydromorphone injectable en termes de rétention en traitement, de réduction des activités illicites, de statut psychiatrique, de satisfaction professionnelle, d'amélioration des relations familiales (Oviedo-Joekes et al., 2009), de réduction des coûts sociaux (Nosyk et al., 2012) et d'absence d'impacts sur la criminalité dans les quartiers où est administré le traitement (Lasnier et al., 2010). Or, la longueur des délais entre la production des données probantes sur le traitement par agonistes opioïdes injectable au Canada et la possibilité d'implanter ce traitement au Québec soulèvent la question de l'importance relative accordée aux populations vulnérabilisées et à leurs besoins de traitement.

La deuxième condition repose sur les législations concernant l'usage des médicaments. Dans le cas du traitement injectable à base de diacétylmorphine, l'assouplissement des restrictions liées à la prescription de l'héroïne pharmaceutique représente une condition *sine qua non* pour l'implantation du traitement. Ceci dit, l'approvisionnement demeure un enjeu puisque la diacétylmorphine n'est pas disponible au Canada et doit être importée de Suisse. Par ailleurs, dans le cas du traitement injectable à base d'hydromorphone (un médicament

déjà approuvé pour le traitement de la douleur) la reconnaissance de l'hydromorphone injectable pour traiter les troubles graves liés à l'usage d'opioïdes chez les adultes par Santé Canada constitue un facteur facilitant pour l'implantation du traitement (pour des raisons financières liées à la couverture assurantielle de la médication) (ICRAS, 2019 ; Perreault et al., 2019).

Au Canada, l'administration des soins de santé est une responsabilité provinciale (Butler et Tiedemann, 2011). Ainsi, la troisième condition pour soutenir l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables est l'appui politique et financier provincial, et en filigrane, le niveau d'acceptabilité sociale de ce type de traitement. En effet, les approches de réduction des méfaits suscitent parfois la controverse, malgré leurs fondements scientifiques (Brisson, 2012). Certains citoyens peuvent craindre que ce type d'approche favorise la consommation de drogues illicites, nuise à la réinsertion sociale des personnes utilisatrices de drogues ou entraînent un regroupement de consommateurs ainsi qu'une hausse de la violence dans les quartiers (Ontario HIV Treatment Network, 2012). Bien que l'opinion publique concernant certaines interventions axées sur la réduction des méfaits a considérablement évolué dans les dernières années (Strike et al., 2014), ces croyances peuvent nuire à l'appui politique et financier d'un programme de ce type. Il est aussi nécessaire de rappeler l'importance du rôle des associations de personnes utilisatrices de drogues au sein du débat politique et dans l'offre de services de réduction des méfaits pour contribuer à la promotion de leurs intérêts et à la sensibilisation à leurs besoins (Jauffret-Roustide, 2009). Au Québec, le phénomène de la crise des surdoses semble aussi avoir contribué à la sensibilisation citoyenne et politique concernant les besoins des personnes utilisatrices d'opioïdes. La hausse du taux de mortalité attribuable à une intoxication aux opioïdes entre 2000 et 2015 (INSPQ, 2017), et en particulier les 28 décès survenus entre mai et août 2014 à Montréal, apparaît aussi comme un déclencheur sur le plan des politiques (Leclerc et Morissette, 2015). Ainsi, le gouvernement provincial annonce le financement d'une étude de faisabilité sur le développement et la mise en œuvre de services de traitement de la dépendance aux opioïdes par une médication injectable. Or, si le soutien politique n'est pas essentiel pour permettre la prescription d'opioïdes injectables, il constitue cependant un facteur de pérennisation du programme, en particulier en ce qui concerne son financement. En effet, le traitement injectable nécessite d'importantes ressources financières alors que le soutien politique et financier peut fluctuer pour des motifs d'acceptabilité liés à l'idéologie ou à l'opinion publique (Nadelmann et LaSalle, 2017). Tout comme ce fut le cas pour l'étude NAOMI à Montréal, l'exemple récent de l'Alberta à cet égard est éloquent : le programme pilote de traitement injectable débuté en 2018 devra fermer ses portes, faute de renouvellement de son financement par le nouveau gouvernement provincial.

À cet effet, Lenton (2004) souligne que :

> Ceux qui désirent des politiques en matière de substances psychoactives fondées sur des données probantes doivent fonctionner avec un échéancier à long terme.

> Ils ne peuvent être affectés par un manque de soutien politique à court terme pour l'implantation de politiques fondées sur des résultats de recherche, mais ils doivent reconnaître que les occasions de changement politique vont et viennent. Ils doivent être prêts à fournir les résultats de recherche dans le processus politique, tant directement qu'à travers les médias [traduction libre].

Cet extrait contribue à appuyer la pertinence d'identifier et de reconnaître les conditions (requises ou facilitantes) pour l'implantation d'un nouveau traitement visant à élargir l'offre de soins aux personnes pour qui les traitements actuels ne sont pas efficaces.

Enfin, la dernière condition pour l'élargissement de l'offre de traitement courante par l'implantation d'un programme de prescription d'opioïdes injectables se situe sur le plan de l'organisation locale des services dans différentes régions du Québec. Notamment, des enjeux de personnel disponible et qualifié, de disponibilité des installations appropriées et de transport des usagers (en particulier dans les régions moins densément peuplées) ont été mis en relief (Perreault et al., sous presse). Toutefois, des facteurs favorisant l'implantation de programmes locaux sont aussi identifiés, tels que le financement, la formation, la collaboration interprofessionnelle et interétablissement, et la participation des pairs aidants (Perreault et al., sous presse). La sensibilisation du voisinage peut aussi constituer un facteur facilitant l'implantation d'un programme de réduction des méfaits (Ontario HIV Treatment Network, 2012).

Conclusion

Sur le plan scientifique, les programmes de recherche en traitement injectable au Canada et en Europe ont démontré son efficacité. Sur le plan légal, les changements législatifs fédéraux ont pavé la voie aux provinces pour l'implantation du traitement injectable. Sur le plan du soutien provincial au Québec, le financement de l'étude de faisabilité pour l'implantation du traitement injectable par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec met en relief l'appui politique pour son implantation. Au niveau local, au moins un site de traitement travaille présentement à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'implantation d'une offre de prescription d'opioïdes injectables à Montréal. Au moment d'écrire ces lignes, toutes les conditions semblaient enfin réunies pour soutenir l'élargissement de l'offre de traitement pour les troubles graves liés à l'usage d'opioïdes, par le biais de la prescription d'opioïdes injectables au Québec.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bansback, N., Guh, D., Ovido-Joekes, E., Brissette, S., Harrison, S., Janmohamed, A., Krausz, M., MacDonald, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T. et Anis, A. H. (2018). Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: Findings from the SALOME randomized clinical trial. *Addiction, 113*(7), 1264-1273. https://doi.org/10.1111/add.14171

Bell, J. (2014). Pharmacological maintenance treatments of opiate addiction. *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*(2), 253-263. https://doi.org/10.1111/bcp.12051

Brisson, P. (2012). *L'approche de réduction des méfaits*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits

Butler, M. et Tiedemann, M. (2011). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé* (publication nº 2011-91-F). Bibliothèque du Parlement. https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2011-91-f.pdf

Collège des médecins (CMQ) et Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). (2009). *La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : Lignes directrices*. OPQ. http://www.opq.org/cms/Media/808_38_frCA_0_ld_buprenorphone.pdf

CRAN. (2020). *Mot de bienvenue.* Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. http://cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/mot-de-bienvenue

Demaret, I., Lemaître, A. et Ansseau, M. (2010). L'efficacité du traitement assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) à l'étranger. *Revue Médicale de Liège, 65*(12), 681-687.

Duparc, A. (2008, 1er décembre). Les Suisses avalisent par référendum la prescription d'héroïne à certains toxicomanes. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/europe/article/2008/12/01/les-suisses-avalisent-par-referendum-la-prescription-d-heroine-a-certains-toxicomanes_1125394_3214.html

Ferri, M., Davoli, M. et Perucci, C. A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *The Cochrane database of systematic reviews*, (12), CD003410. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003410.pub4

Fischer, B., Murphy, Y., Rudzinski, K. et MacPherson, D. (2016). Illicit drug use and harms, and related interventions and policy in Canada: A narrative review of select key indicators and developments since 2000. *International Journal of Drug Policy, 27*, 23-35. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.08.007

Gartry, C. C., Oviedo-Joekes, E., Laliberté, N. et Schechter, M. T. (2009). NAOMI: The trials and tribulations of implementing a heroin-assisted treatment study in North America. *Harm Reduction Journal, 6*(2), 1-14. https://doi.org/10.1186/1477-7517-6-2

Gerszak, R. (2014, 22 novembre). Vancouver addicts soon to receive prescription heroin. *The Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/vancouver-heroin-addicts-authorized-to-get-drug/article21717642/

Gouvernement du Canada. (2015). *Sommaire des résultats pour 2013*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2013.html

Gouvernement du Canada. (2019a). *Le gouvernement du Canada approuve de nouvelles options de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes et appuie des projets de recherche, de traitement et de réduction des méfaits en Ontario*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2019/05/le-gouvernement-du-canada-approuve-de-nouvelles-options-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage-dopioides-et-appuie-des-projets-de-recherche-de-tr.html

Gouvernement du Canada. (2019b). *Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/acces-drogues-circonstances-exceptionnelles/liste-drogues-utilisees-urgents-matiere-sante-publique.html

Guthrie, J. (2009, 23 août). Traitement de la dépendance à l'héroïne : Québec ne subventionnera pas de nouvelles recherches. *Journal Métro*. https://journalmetro.com/art-de-vivre/42970/traitement-de-la-dependance-a-lheroine-quebec-ne-subventionnera-pas-de-nouvelles-recherches/

Hyshka, E., Anderson-Baron, J., Karekezi, K., Belle-Isle, L., Elliott, R., Pauly, B., Strike, C., Asbridge, M., Dell, C., McBride, K., Hathaway, A. et Cameron Wild, T. (2017). Harm reduction in name, but not substance: A comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm Reduction Journal, 14*(50), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0177-7

Initiative canadienne de recherche en abus de substances. (2018). *CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2018/02/27/190.9.E247.DC1/170958-guide-1-at.pdf

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. (2019). *Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes*. https://crism.ca/projects/ioat-guideline/

Information Canada. (1972). *Treatment: A Report of the Commission of Inquiry into the Non-medical Use of Drugs* (publication nºH21-5370/3E-PDF). Commission of Inquiry into the Non-medical Use of Drugs. http://www.publications.gc.ca/site/eng/9.864911/publication.html

Institut national de santé publique du Québec. (2017, août). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016*. Bureau d'Information et d'Études en Santé des Populations (BIESP). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf

Jauffret-Roustide, M. (2009). Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review, 18*(2), 159-172. https://doi.org/10.5172/hesr.18.2.159

Lacoursière, A. (2009, 17 février). Clinique d'héroïne à Montréal : le quartier reste sécuritaire. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200902/17/01-828234-clinique-dheroine-a-montreal-le-quartier-reste-securitaire.php

Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N. et Fischer, B. (2010). A heroin prescription trial: Case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *The International Journal on Drug Policy, 21*(1), 28-35. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.04.003

Leclerc, P. et Morissette, C. (2015). *Surdoses sévères liées à la consommation de drogues de rue à Montréal : résultats de l'enquête de 2014 et recommandations*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-513-6.pdf

Lenton, S. (2004). Pot, politics and the press—reflections on cannabis law reform in Western Australia. *Drug and Alcohol Review, 23*(2), 223-233. https://doi.org/10.1080/09595230410001704226

MacDonald, S. (2017, 24 novembre). *Heroin & hydromorphone: Injectable opioid agonist treatments* [communication par affiche]. CAMH *Opioid Use Disorder in Primary Care Conference*, virtuel. https://www.porticonetwork.ca/documents/1587446/1729282/Heroin+and+Hydromorphone/8122b223-216a-42a3-9a41-a062f3a45195

Medical Officer of Health. (2019). *Expanding Opioid Substitution Treatment with Managed Opioid Programs* (publication nºHL3.2). Ville de Toronto. https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/hl/bgrd/backgroundfile-126527.pdf

Morin, K. A., Eibl, J. K., Franklyn, A. M. et Marsch, D. C. (2017). The opioid crisis: Past, present and future policy climate in Ontario, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 12*(45), 1-7. https://doi.org/10.1186/s13011-017-0130-5

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre. Parce que chaque vie compte*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002016/

Nadelmann, E. et LaSalle, L. (2017). Two steps forward, one step back: Current harm reduction policy and politics in the United States. *Harm Reduction Journal, 14*(37), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0157-y

Nosyk, B., Guh, D. P., Bansback, N. J., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D.C., Meikleham, E., Schechter, M. T. et Anis, A. H. (2012). Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *Canadian Medical Association Journal, 184*(6), E317-328. https://doi.org/10.1503/cmaj.110669

Omstead, J. (2020, 9 mars). Alberta government to end funding for intensive opioid therapy program. *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/injectable-opioid-treatment-alberta-1.5490566

Ontario HIV Treatment Network. (2012). *Public Perception of Harm Reduction Interventions* (Publication Nº. 63). https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/rapid-response/RR63-2012-Public-Perception-HR-Interventions-1.pdf

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A. et Schechter, M. T. (2009). Diacetyl morphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *The New England Journal of Medicine, 361*(8), 777-786. https://doi.org/10.1056/nejmoa0810635

Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., MacDonald, S., Lock, K. L., Harrison, S., Janmohamed, A., Anis, A. H., Krausz, M., Marsh, D. C. et Schechter, M. T. (2016). Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 73*(5), 447-455. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0109

Oviedo-Joekes, E., Nosyk, B., Brissette, S., Chettiar, J., Schneeberger, P., Marsh, D. C., Krausz, M., Anis, A. et Schechter, M. T. (2008). The North American opiate medication initiative (NAOMI): Profile of participants in North America's first trial of heroin-assisted treatment. *Journal of Urban Health, 86*(6), 812-825. https://doi.org/10.1007/s11524-008-9312-9

Paperny, A. M. (2009, 25 août). Quebec's landmark heroin study in jeopardy. *Globe and mail*. https://www.theglobeandmail.com/news/national/quebecs-landmark-heroin-study-in-jeopardy/article4283353/

Paquin, I. (2012). Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. *Drogues, Santé et Société, 2*(1), 1-11. https://doi.org/10.7202/007186ar

Perreault, M., Archambault, L. et Blouin, C. (2017). *Évaluation des besoins montréalais pour la mise en place d'un programme de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes basé sur l'injection (TAO injectable)*. Équipe de recherche Michel Perreault. https://taoinjectable.com/2020/03/11/evaluation-des-besoins-montrealais-pour-la-mise-en-place-dun-programme-de-traitement-des-troubles-lies-a-lusage-dopioides-base-sur-linjection-tao-injectable/

Perreault, M., Goyer, M. E. et Archambault, L. (sous presse). *Rapport sur les besoins en traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec*. Équipe de recherche Michel Perreault.

Perreault, M., Goyer, M. E. et Archambault, L. (2019). *Guide d'information et d'orientation pour une offre de traitement par agonistes opioïdes injectable au Québec*. Équipe de recherche Michel Perreault. https://etudetaoi.files.wordpress.com/2020/03/centre-de-recherche-hd_guide-dinformation-version-finale.pdf

Perreault, M., Tremblay, I., Mercier, C., Barbeau, D., Ndejuru, R. et Lauzon, P. (2003). Évaluation d'implantation dans un contexte participatif : le processus suivi à Relais-Méthadone. *Drogues, Santé et Société, 2*(1), 1-10. https://doi.org/10.7202/007185ar

Piske, M., Zhou, C., Homayra, F., Min, J. E., Hongdilokkul, N., Nosyk, B., Pearce, L. A. et Socias, E. (2020). The cascade of care for opioid use disorder: A retrospective study in British Columbia, Canada. *Addiction, 115*(8), 1482-1493. https://doi.org/10.1111/add.14947

Statistique Canada. (2018, 9 janvier). *Résultats de l'Enquête sur la sensibilisation aux opioïdes, novembre 2017* (publication nº 11-001-X). Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/180109/dq180109a-fra.pdf?st=0lRXPwxO

Strang, J., Groshkova, T. et Metrebian, N. (2012). *New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf

Strike, C., Jairam, J., Kolla, G., Millson, P., Sherpherd, S., Fischer, B., Watson, T. M. et Bayoumi, A. M. (2014). Increasing public support for supervised injection facilities in Ontario, Canada. *Addiction, 109*(6), 946-953. https://doi.org/10.1111/add.12506

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Réflexion sur la pratique

La pratique émergente de la pharmacothérapie de remplacement

Benoît Corriveau, médecin résident en santé publique et médecine préventive et candidat à la maîtrise en évaluation des technologies de santé, Université de Montréal, CRCHUM

Eve Guillotte, médecin de famille et coordonnatrice médicale, Programme Cran, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Correspondance
Benoît Corriveau
Programme Cran, Direction des programmes santé mentale et dépendance
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec) H2X 1S7
benoit.corriveau.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Malgré les efforts déployés par différents acteurs de la société pour s'attaquer à la crise des opioïdes au cours des dernières années, la contamination des drogues de rue par le fentanyl continue de causer de nombreux décès par surdoses au Canada. Bien qu'aucune étude scientifique n'ait démontré l'efficacité de cette pratique pour réduire les surdoses, l'approvisionnement sécuritaire (*safe supply*), c'est-à-dire la distribution selon différentes modalités de substances psychoactives de qualité pharmaceutique qui sont d'usage dans la rue, est perçu comme un outil supplémentaire pour s'attaquer à cette épidémie. Le gouvernement canadien a d'ailleurs lancé un appel de propositions ainsi que des investissements de 33 millions de dollars pour le développement de programmes d'approvisionnement sécuritaire en juillet 2019.

Cet article s'intéresse au volet médical de cette pratique émergente dans la prise en charge des troubles liés à l'usage des opioïdes chez les populations désaffiliées ou à haut risque de surdoses : la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes. Cette approche, qui adapte le traitement encore plus loin dans la perspective de la réduction des méfaits, tente de répondre aux besoins des personnes pour lesquelles l'abstinence ne constitue pas un objectif réaliste à court terme, mais qui restent à risque de complications et de surdoses dans le contexte actuel. L'offre de ce traitement alternatif vise à favoriser les contacts entre les personnes qui utilisent des drogues (PUD) et les services sociaux et de santé, maximiser la rétention en traitement et réduire les risques liés à la consommation. Au-delà de la réflexion théorique, nous illustrons, à l'aide de cas réels d'un service bas seuil de traitement du trouble de l'usage des opioïdes du centre-sud de Montréal, les bénéfices observés, mais aussi les enjeux cliniques et légaux liés à cette pratique.

Mots-clés : approvisionnement sécuritaire, pharmacothérapie de remplacement, opioïdes, trouble lié à l'usage des opioïdes, réduction des méfaits, traitement agoniste opioïde

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

The emerging practice of substance replacement therapy

Abstract

Despite efforts by various societal actors to address the opioid crisis in recent years, fentanyl contamination of street drugs continues to cause many overdose deaths in Canada. Although no scientific studies have demonstrated the effectiveness of this practice in reducing overdoses, safe supply, the distribution of pharmaceutical grade psychoactive substances used on the street through various modalities, is seen as an additional tool to address this epidemic. Last July, the Canadian government issued a call for proposals and investments of $33 million for the development of safe supply programs.

This article focuses on the medical component of this emerging practice in the management of opioid use disorders in disaffiliated populations or populations at high risk of overdose: opioid replacement therapy. This approach, in which we adapt treatment goals even further into a harm reduction perspective, attempts to address the needs of people for whom abstinence is not a realistic short-term goal, but who remains at risk of complications and overdose in the current context. The offer of this alternative treatment aims to promote contact between people who use drugs and health and social services, maximize retention in treatment and reduce the risks associated with consumption. Beyond the theoretical reflection, we illustrate through real cases the benefits observed of the medical prescription of safe supply in a low-threshold service for opioid use disorder in south-central Montreal and discuss the clinical and legal issues related to this approach.

Keywords: safe supply, opioids, opioid use disorder, harm reduction, agonist opioid treatment

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

La práctica emergente de la farmacoterapia de remplazo

Resumen

A pesar de los esfuerzos desplegados por diferentes actores de la sociedad para enfrentar la crisis de los opioides durante los últimos años, la contaminación de las drogas de la calle por el fentanilo sigue causando numerosas muertes por sobredosis en Canadá. Si bien ningún estudio científico ha demostrado la eficacia de esta práctica para reducir las sobredosis, el abastecimiento seguro (safe supply), es decir, la distribución según ciertas modalidades de sustancias psicoactivas de calidad farmacéutica que se consumen en la calle, se percibe como una herramienta más para atacar esta epidemia. Por otra parte, en julio de 2019, el Gobierno canadiense ha lanzado un llamado a la presentación de propuestas y ha invertido 33 millones de dólares para el desarrollo de programas de abastecimiento seguro.

Este artículo se interesa en el aspecto médico de esta práctica emergente en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de opioides en las poblaciones desafiliadas o con alto riesgo de sobredosis: la farmacoterapia de remplazo de los opioides. Este enfoque, que adapta el tratamiento todavía más lejos en la perspectiva de la reducción de los daños, busca responder a las necesidades de las personas para las cuales la abstinencia no constituye un objetivo realista a corto plazo, pero que siguen corriendo el riesgo de complicaciones y de sobredosis en el contexto actual. La oferta de este tratamiento alternativo tiene como objetivo favorecer los contactos entre quienes utilizan las drogas y los servicios sociales y de salud, maximizar la retención de personas en tratamiento y reducir los riesgos relacionados con el consumo. Más allá de la reflexión teórica, ilustramos los beneficios observados y las cuestiones clínicas y legales ligadas a esta práctica con la ayuda de casos reales de un servicio de baja exigencia de tratamiento del trastorno de consumo de opioides en el centro sud de Montreal.

Palabras clave: abastecimiento seguro, farmacoterapia de remplazo, opioides, trastorno ligado al consumo de opioides, reducción de los daños, tratamiento opioide antagonista

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

L'épidémie des surdoses d'opioïdes

La consommation d'opioïdes est un enjeu majeur de santé publique au Canada, en Amérique du Nord et dans le monde. Il est estimé qu'environ 16 millions de personnes dans le monde souffrent d'un trouble lié à l'usage des opioïdes (TLUO) et cela engendre la perte d'environ 11 millions d'années ajustées pour l'incapacité de vie en raison des problèmes de santé et des décès prématurés liés aux opioïdes (Degenhardt et al., 2014). Au Canada, 11 personnes décèdent et 14 personnes sont hospitalisées chaque jour en moyenne à la suite d'une surdose d'opioïdes et il est estimé qu'environ 100 000 Canadiens présentent un usage problématique des opioïdes (Santé Canada, 2017, 2020).

Le rôle de la contamination des opioïdes par le fentanyl

L'augmentation rapide des surdoses liées aux opioïdes au cours des dernières années a amené plusieurs experts à qualifier la situation d'épidémie ainsi que le gouvernement du Canada à déclarer qu'il s'agit d'une « crise nationale en santé publique » (Gouvernement du Canada, 2020). Cette épidémie, tenant ses origines de la surprescription des médicaments opioïdes, a été exacerbée par l'augmentation massive de la présence d'opioïdes synthétiques ultrapuissants – principalement le fentanyl et ses analogues – dans les drogues de rue (Wood, 2018). En effet, ces opioïdes synthétiques mettent davantage à risque de surdose et entraînent une plus grande résistance aux traitements par agonistes opioïdes standards en raison de leur effet important, même lorsqu'utilisés en petite quantité : à titre d'exemple, à poids égal, le carfentanyl est 10 000 fois plus puissant que la morphine et une dose environ 40 fois plus élevée de naloxone (antagoniste aux opioïdes utilisé comme antidote) que la dose usuelle peut être nécessaire pour renverser une surdose causée par cet analogue (Armenian et al., 2018). Bien que la surprescription médicale d'opioïdes soit l'une des causes de la crise actuelle, la réduction de la disponibilité des opioïdes prescrits – à la suite de campagnes de sensibilisation réalisées auprès des médecins – a été liée à l'augmentation des décès liés aux opioïdes de rue (Fischer, Jones et al., 2020). Ce constat alarmant pousse plusieurs professionnels à affirmer que, bien que l'initiation d'une médication opioïde doive généralement être découragée chez une personne non dépendante, l'arrêt rapide d'une prescription chez une personne qui a développé une dépendance doit également l'être, car cela peut la pousser à se tourner vers un marché noir imprévisible et dangereux. (Fischer, Pang et Jones, 2020).

Les données de surveillance épidémiologique au Canada font état d'importantes variations régionales dans la disponibilité, la demande et la contamination des opioïdes illicites. Le plus récent rapport du Service d'analyse des drogues du Canada révélait que le fentanyl ou ses analogues étaient présents dans 59,6 % des échantillons contenant des opioïdes à l'échelle nationale (12,2 % au Québec) (Service d'analyse des drogues, 2020). Bien que le fentanyl puisse être utilisé de manière intentionnelle, lorsque les gens ne savent pas qu'ils en consomment ni en quelle quantité, ils sont plus à risque de surdoses involontaires (Beletsky

et Davis, 2017 ; Ciccarone, 2017). Les enquêtes menées auprès des personnes qui utilisent des drogues (PUD) par le B.C. Centre for Disease Control ont évalué qu'entre 14,0 et 36,0 % de ceux qui utilisent le fentanyl le font à leur insu ; à Montréal, cette proportion grimpait à 90,0 % selon l'évaluation de la Direction régionale de santé publique (DRSP) avant la pandémie de COVID-19 (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020 ; DRSP, 2018). L'apparition sur le marché montréalais d' « héroïne mauve » (contenant principalement ou exclusivement du fentanyl) pendant la pandémie et notre expérience sur le terrain nous poussent toutefois à croire que cette proportion pourrait être maintenant beaucoup plus basse (DRSP, 2020a, 2020b, 2020c). Entre juillet 2019 et septembre 2020, les analyses toxicologiques avaient détecté la présence de fentanyl ou de ses analogues dans au moins 11,0 % des décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues (proportion sous-estimée en raison de données partielles) (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020). Or, lors de l'été 2020, quatre phénomènes inquiétants sont survenus simultanément à Montréal : l'augmentation rapide sur le marché noir de la présence du fentanyl (vendu comme du fentanyl, de l'héroïne et parfois de la cocaïne), une hausse importante des surdoses sévères nécessitant l'administration de naloxone, une hausse des décès liés à des mélanges de drogues (principalement des stimulants, et ce, dans le contexte des vagues de chaleur accablante) et l'apparition d'opioïdes de synthèse plus puissants que le fentanyl (DRSP, 2020d, 2020e, 2020f). Ainsi, bien que le Québec soit resté relativement épargné par la crise jusqu'à présent, les autorités de santé publique et plusieurs professionnels de la santé redoutent que des changements dans les chaînes d'approvisionnement du marché noir, en raison de la pandémie ou d'autres perturbations, puissent avoir eu un impact significatif sur la qualité des drogues de rue, entraînant potentiellement une augmentation massive des surdoses comme dans le reste du Canada.

Les mesures pour diminuer l'incidence des surdoses : jusqu'à présent inadaptées ?

L'augmentation alarmante du taux de surdoses liées aux opioïdes au cours des dernières années a conduit plusieurs acteurs professionnels, civils et communautaires à réclamer des actions rapides et déterminantes pour s'attaquer à cette crise de santé publique. Ainsi, de nombreuses mesures ont été prises par différents intervenants du système de la santé et des gouvernements du Québec et du Canada pour tenter de diminuer autant la prévalence que la mortalité des surdoses d'opioïdes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018) :

- formations dans différents organismes communautaires et auprès des premiers répondants sur l'administration de la naloxone à Montréal depuis 2016 ;
- instauration d'un programme universel d'accès gratuit à la naloxone par la Régie de l'assurance maladie du Québec en 2017 ;
- adoption de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* par le gouvernement du Canada en 2017 (Gouvernement du Canada, 2017) ;

- retrait du statut de médicament d'exception pour la buprénorphine/naloxone par le gouvernement du Canada et transfert à la liste des médicaments remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec en 2017 ;
- création des services de consommation supervisée par la DRSP à Montréal en 2018 ;
- retrait de l'exemption nécessaire pour prescrire la méthadone par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en 2018 ;
- distribution de naloxone et de bandelettes de détection du fentanyl dans les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé au Québec en 2018.

Malgré le déploiement de ces nombreuses mesures, le taux de mortalité lié aux surdoses d'opioïdes peine à fléchir au Québec et au Canada depuis 2016 (INSPQ, 2020 ; Santé Canada, 2020), notamment en raison de la présence de plus en plus importante du fentanyl et ses analogues dans les drogues vendues sur le marché illicite. En effet, la proportion de surdoses d'opioïdes accidentelles mortelles causées par le fentanyl ou ses analogues est passée de 47,0 à 80,0 % de 2016 à 2019 au Canada, pendant que la proportion et le nombre absolu de surdoses mortelles causées par les autres opioïdes diminuaient de manière constante (Agence de la santé publique du Canada, 2020). C'est devant un tel portrait épidémiologique que le bureau de l'administratrice en chef de la santé publique de Colombie-Britannique déclarait en 2019 : « Il a été démontré que l'impact combiné de ces interventions a permis d'éviter 60 % de tous les décès par surdose possibles depuis la déclaration de l'urgence de santé publique. […] Malheureusement, même avec ces initiatives réussies, le nombre de personnes en Colombie-Britannique qui meurent et sont vulnérables aux surdoses reste inacceptablement élevé (traduction libre). » (Office of the Provincial Health Officer, 2019) Bien que le succès des programmes de santé publique et des traitements de la dépendance aux opioïdes actuellement utilisés ne soit pas remis en cause, plusieurs voix s'élèvent pour trouver des solutions alternatives à la présence de plus en plus importante des opioïdes synthétiques puissants dans les drogues de rues. Ces appels ont été renouvelés lors de la pandémie de COVID-19 et plusieurs organisations médicales ont émis des prises de position pour faciliter l'accès à l'approvisionnement sécuritaire (BC Centre on Substance Use, 2020 ; College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador, 2020 ; Institut universitaire sur les dépendances, 2020).

Enjeux du traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes et pratiques émergentes

Traditionnellement, les traitements pharmacologiques du TLUO sont basés sur l'utilisation de médications opioïdes à longue durée d'action, dites agonistes, pour permettre un arrêt sécuritaire de l'utilisation des drogues de rue sans apparition de symptômes de sevrage (Strain, 2020).

L'objectif du traitement par agoniste opioïde (TAO) n'est pas nécessairement d'arrêter l'utilisation de tout opioïde, mais de réduire l'utilisation des opioïdes illicites qui rendent plus à risque de surdoses en raison de la variabilité des molécules s'y retrouvant et de leur concentration. Au-delà de la diminution de la consommation d'opioïdes illicites, les bénéfices du TAO sont multiples et largement documentés. En permettant de réduire les complications reliées à la consommation et en favorisant le contact avec des professionnels de la santé, les TAO :

1. diminuent le risque de contracter et de transmettre des infections comme le VIH et l'hépatite C (Connery, 2015 ; Gowing et al., 2006 ; Tsui et al., 2014) ;
2. réduisent le taux de criminalité et d'incarcération (Gisev et al., 2019 ; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020) ;
3. diminuent le taux de mortalité global (Pearce et al., 2020).

Les molécules recommandées par le CMQ sont la buprénorphine/naloxone en première intention, la méthadone en deuxième intention et la morphine orale à libération lente uniquotidienne pour les cas réfractaires (CMQ, 2020). Bien que la longue durée d'action de ces traitements soit un avantage pour la plupart des patients, en permettant de contrôler les symptômes de sevrage et les envies de consommer (*cravings*) avec une seule prise par jour, l'utilisation de ces molécules n'est pas adaptée à toutes les PUD. La rigidité du cadre de prescription et d'accès au traitement (ex. : posologie déterminée à l'avance, heures d'ouverture des cliniques et des pharmacies, fréquence et distance des déplacements nécessaires, etc.), l'incompatibilité des objectifs de traitement proposés avec les intentions du patient (ex. : certains patients continuent de rechercher l'effet euphorisant des opioïdes à courte durée d'action) et la présence de stigma et d'attitudes négatives perçues ou vécues par les PUD de la part de certains professionnels envers ce type de traitement peuvent contribuer à l'abandon ou à la crainte d'initiation d'un TAO (Bojko et al., 2016 ; Kourounis et al., 2016 ; Stöver, 2011).

Ces réalités, ainsi que le cadre restrictif de certains modèles de soins traditionnels que nous détaillerons plus tard dans cet article, pourraient expliquer le faible taux de rétention en TAO, en particulier pour les personnes présentant un TLUO plus sévère (Socías et al., 2018 ; Stark, 1992). Le faible taux de desserte à Montréal est également un élément préoccupant dans un contexte de crise d'opioïdes. Parmi l'ensemble des personnes qui devraient recevoir un TAO, seuls 36,0 % reçoivent un traitement alors que la proportion visée est de 70,0 % (Perreault et Archambault, 2017).

L'approvisionnement sécuritaire : une solution adaptée au cœur du problème ?

Face au taux de mortalité alarmant lié aux surdoses d'opioïdes et à la présence du fentanyl accrue dans les drogues de rue, de nombreux cliniciens, experts de santé publique de même que le gouvernement du Canada proposent maintenant de mettre en place des stratégies

cliniques ou communautaires d'approvisionnement sécuritaire pour accroître l'accès à des alternatives aux drogues de rue pour les personnes qui ne souhaitent pas entreprendre de traitements ou qui n'adhèrent que partiellement aux traitements (Izenberg et Marwaha, 2019 ; Santé Canada, 2019a).

Mais concrètement, qu'est-ce que l'approvisionnement sécuritaire ? C'est un concept particulier à définir, car il ne s'agit pas d'un traitement unique et que l'ensemble des acteurs ne s'entend pas sur une définition. Trois caractéristiques semblent cependant se dégager des définitions proposées : l'objectif, la molécule choisie et, plus rarement, l'existence de données probantes justifiant la pratique.

L'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (CAPUD) et l'Ontario HIV Treatment Network définissent l'approvisionnement sécuritaire en fonction des molécules utilisées, plus précisément celles qui ne sont « traditionnellement accessibles que par le marché illicite des drogues » et qui « ont des propriétés psychoactives » (CAPUD, 2019 ; Ontario HIV Treatment Network, 2020). Cette définition plus restrictive pose cependant quelques enjeux.

1. L'accessibilité des drogues sur le marché illicite n'est pas figée dans le temps. Par exemple, la proportion des PUD montréalais qui rapportent s'injecter le plus souvent des médications opioïdes comme l'hydromorphone est passée de moins de 5,0 % à plus de 40,0 % entre 2003 et 2015 (DRSP, 2019).
2. Certaines molécules traditionnellement accessibles par le marché illicite des drogues peuvent également être utilisées à titre de traitements (notamment les TAO à l'héroïne ou à l'hydromorphone injectable dont nous discuterons plus tard).
3. La notion de « propriétés psychoactives » est subjective et certains peuvent ressentir des effets avec les TAO traditionnels.

À l'inverse, Santé Canada définit l'approvisionnement sécuritaire en fonction de l'objectif de la pratique. Dans sa classification, même les TAO traditionnels pourraient y être inclus « en abaissant les critères d'éligibilité, en se concentrant sur des objectifs centrés sur le patient, en mettant l'accent sur la réduction de la consommation de drogues illicites (et des méfaits qui y sont liés) et en utilisant une approche à bas seuil/réduction des méfaits pour donner accès à des alternatives d'opioïdes réglementés à l'approvisionnement en drogues illicites » (Santé Canada, 2019b). Cette définition pose cependant d'autres enjeux, car différents objectifs peuvent coexister au sein de certains modèles de soins ou se succéder chez une même personne.

Finalement, certains cliniciens définissent l'approvisionnement sécuritaire comme l'ensemble des pratiques émergentes qui ne sont pas appuyées par des données probantes. Selon cette logique, lorsqu'une pratique est appuyée par des données probantes, elle s'inscrit dès lors dans le domaine thérapeutique (Bromley, 2020 ; Willows et al., 2020). Cela pose d'autres enjeux, la littérature médicale étant en évolution constante.

En bref, le TAO traditionnel n'est généralement pas considéré comme une forme d'approvisionnement sécuritaire (seulement dans certaines conditions selon le cadre de Santé Canada), alors que le TAO injectable (TAOi) est considéré comme une forme d'approvisionnement par la plupart des parties prenantes (notamment, par Santé Canada et les principales associations de patients) bien que certains cliniciens et guides de pratiques cliniques le classent comme un traitement (Bromley, 2020 ; Bruneau et al., 2018 ; CAPUD, 2019 ; Ontario HIV Treatment Network, 2020 ; Santé Canada, 2019b ; Willows et al., 2020). Le Tableau 1 résume et compare les principales approches discutées dans l'article.

Pour notre part, nous définirons l'approvisionnement sécuritaire comme un éventail de stratégies visant à fournir des substances de qualité pharmaceutique qui ne sont accessibles principalement que par le marché illicite, et ce, sans viser nécessairement l'arrêt de la consommation ou la modification de la voie d'administration, afin de réduire le risque de surdose lié à l'imprévisibilité des drogues de rues.

TABLEAU 1 – **Comparaison des différentes approches de TAO et d'approvisionnement sécuritaire**

Modèles	TAO traditionnel	TAO injectable	Pharmacothérapie de remplacement	Distribution sans supervision médicale
Molécules utilisées	Buprénorphine[1] (sublingual, injectable, implants) Méthadone orale Morphine à libération lente orale	Hydromorphone injectable Diacétylmorphine (ou héroïne) injectable	Hydromorphone de formulation orale	(impossible dans le cadre légal actuel au Canada)
Population cible	Les personnes atteintes de TLUO qui cherchent à obtenir un traitement	Les personnes atteintes de TLUO pour lesquelles le traitement traditionnel a échoué	Les personnes atteintes de TLUO et dont les besoins ne sont pas comblés par des modèles structurés et qui sont à risque élevé de surdoses	Les personnes qui consomment des opioïdes
Objectifs	Réduire ou stabiliser la consommation d'opioïdes	Stabiliser la consommation d'opioïdes	Réduire la consommation d'opioïdes illicites et les risques qui y sont associés	Offrir un approvisionnement sécuritaire d'opioïdes réglementés. Réduire la dépendance au marché illégal

[1] Les formulations sublinguales de buprénorphine approuvées par Santé Canada contiennent également de la naloxone, non absorbée par la prise sublinguale, pour éviter l'utilisation intraveineuse des comprimés.

Modèles	TAO traditionnel	TAO injectable	Pharmacothérapie de remplacement	Distribution sans supervision médicale
Philosophie	Thérapeutique	Thérapeutique et réduction des méfaits	Réduction des méfaits > thérapeutique	Réduction des méfaits
Données probantes	+++	++	–	–
Supervision de la consommation	Au minimum une fois par semaine devant un pharmacien pour la méthadone et la morphine à libération lente, peut-être moins fréquente avec la buprénorphine	À chaque injection dans un milieu clinique	Médication distribuée quotidiennement, consommation généralement non supervisée	Non
Considéré comme de l'approvisionnement sécuritaire ?	Généralement non	Généralement oui	Oui	Oui

Ces différentes approches répondent à différents degrés aux logiques du contrôle des drogues illicites dites « thérapeutique » ou de « réduction des méfaits » tel que proposées par Carrier et Quirion (2003). Alors que la logique thérapeutique prend sa source dans une conception biomédicale de ce qui est défini comme un « trouble lié à l'usage de substances » et cherche à en réduire la « symptomatologie », la logique de réduction des méfaits vise à réduire les risques causés par l'usage des drogues illicites, sans viser à pathologiser l'usage des drogues. Cela dit, les auteurs notent que les interventions ancrées dans une logique de réduction des méfaits pourraient favoriser involontairement la stigmatisation des PUD qui n'adoptent pas les pratiques de réduction des méfaits, pouvant devenir considérés comme des « vecteurs de risque » pour la société (Carrier et Quirion, 2003).

Dans un autre ordre d'idées, l'adoption graduelle et récemment accélérée de la logique de réduction des méfaits dans les milieux cliniques – initialement par des initiatives de distribution de matériel de consommation stérile, puis maintenant avec les approches d'approvisionnement sécuritaire – est parfois caractérisée comme une institutionnalisation du domaine de la réduction des méfaits et une appropriation par le domaine médical d'une philosophie qui trouve ses origines dans des mouvements *grass roots* (Gillet et Brochu, 2005). Cependant, notons que le cadre légal actuel oblige la distribution d'opioïdes de qualité pharmaceutique dans un cadre médical. Les autres modèles de distribution communautaire (sous forme de clubs d'acheteurs ou de compassion), qui existent pour la distribution du cannabis médical, demeurent illégaux à ce jour (Santé Canada, 2019b).

Au-delà des enjeux conceptuels, force est de reconnaître que l'épidémie des surdoses d'opioïdes et la pandémie de COVID-19 a donné un élan au développement d'approches cliniques moins rigides, plus près d'une logique de réduction des méfaits, qui partagent la caractéristique de ne pas viser l'arrêt de la consommation. Nous discuterons des deux principales approches d'approvisionnement sécuritaire au Canada : le TAOi et la pharmacothérapie de remplacement.

Les données probantes soutenant l'approvisionnement sécuritaire

Les études scientifiques démontrant l'efficacité de l'approvisionnement sécuritaire pour réduire les surdoses ou pour augmenter la rétention en traitement sont peu nombreuses à ce jour et ont souvent étudié des modalités de traitement difficilement applicables en pratique.

Les principales études qui ont évalué l'efficacité de l'approvisionnement sécuritaire se sont surtout concentrées sur le TAOi, c'est-à-dire la prescription médicale d'héroïne et d'hydromorphone injectables. On retrouve de la littérature médicale sur l'utilisation de l'héroïne comme traitement médical des TLUO depuis les années 1970 (Koran, 1973). Cette pratique, plus largement étudiée à partir des années 1980 en Europe sur des populations réfractaires aux TAO traditionnels, avait montré des effets bénéfiques à plusieurs niveaux, mais aussi soulevé rapidement des enjeux éthiques, sociaux et politiques (Bammer et al., 1999 ; Hartnoll et al., 1980 ; March et al., 2006 ; McCusker et Davies, 1996 ; Perneger et al., 1998). Le premier essai clinique nord-américain sur le TAOi, l'étude NAOMI, menée au Canada entre 2005 et 2008, démontrait que l'héroïne injectable était plus efficace que la méthadone pour maximiser la rétention en traitement et réduire la criminalité chez les patients ayant échoué au moins deux TAO précédemment (Oviedo-Joekes et al., 2009). Par la suite, plusieurs autres études ont corroboré ces résultats et une revue de la littérature de 2015 concluait que l'utilisation d'héroïne prescrite dans un contexte d'injection supervisée est efficace pour prendre en charge les patients dépendants aux opioïdes réfractaires aux traitements standards (Strang et al., 2015).

L'essai clinique SALOME, réalisé en 2016, a démontré pour sa part que l'hydromorphone injectable est aussi efficace que l'héroïne injectable prescrite pour réduire l'usage d'héroïne illicite chez les utilisateurs chroniques. Cette étude avait été réalisée dans le contexte où la prescription médicale d'héroïne au Canada et dans d'autres pays n'était alors pas possible, ou très compliquée, malgré son efficacité prouvée (Oviedo-Joekes et al., 2016).

En somme, la prescription médicale d'opioïdes de courte action comme l'héroïne ou l'hydromorphone a fait ses preuves dans le traitement du TLUO réfractaire au traitement standard. Ces modalités de traitement où chaque injection se fait dans un contexte supervisé sont cependant peu adaptées à la réalité du terrain et présentent de nombreuses barrières d'accès. Les traitements injectables requièrent que la personne se déplace au moins deux fois par jour, tous les jours, et plusieurs normes légales et pharmaceutiques complexifient la distribution. Il est donc difficile de rejoindre une population sur un territoire plus large,

et cela rend difficile l'accès aux personnes qui ont un emploi. Bien qu'ils soient démontrés efficaces, la Ville de Vancouver constate encore une crise des surdoses même avec l'implantation de TAOi (Office of the Provincial Health Officer, 2019).

Dans ce contexte, des modèles complémentaires au TAOi, comme la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes de rue, ont été considérés par des acteurs du milieu médical et communautaire afin de rejoindre rapidement une plus grande proportion de personnes qui consomment des opioïdes et qui restent à risque (BC Centre on Substance Use, 2020 ; Institut universitaire sur les dépendances, 2020).

Bien qu'il n'existe pas à ce jour de littérature scientifique documentant les bénéfices de la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes, les partisans de cette approche soutiennent que cette stratégie pourrait permettre de diminuer le risque de surdoses associées à l'imprévisibilité de la composition des drogues de rue et d'augmenter l'initiation et la rétention en traitement, en particulier chez les patients qui n'ont pas connu de succès avec les traitements conventionnels ou qui ne sont pas prêts à renoncer à l'effet des opioïdes à action rapide (CAPUD, 2019 ; Ontario HIV Treatment Network, 2020).

La pharmacothérapie de remplacement en pratique

Les barrières d'accès aux traitements du TLUO sont bien connues depuis plusieurs années. C'est du désir de maximiser l'initiation et la rétention en traitement des PUD que sont nées les cliniques dites « à bas seuil d'exigences » qui tentent de mitiger ces barrières en offrant un cadre plus adapté pour les personnes au statut plus marginal au début des années 2000. Les cliniques avec une approche à bas seuil se distinguent généralement des cliniques standards en facilitant l'admission en traitement (ex. : critères d'admission en traitement plus souples, listes d'attentes courtes, horaires flexibles, etc.) et en proposant un cadre de traitement plus flexible et adapté à l'individu (ex. : pluralité d'options de traitement, flexibilité quant aux exigences de suivis par les professionnels, à la durée du traitement ou à la gestion des rechutes, etc.) (Kourounis et al., 2016).

Les caractéristiques des approches à bas seuil d'exigences qui ont montré leur efficacité incluent notamment (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Kourounis et al., 2016) :

- la réduction des listes d'attentes ;
- la personnalisation du choix ;
- la durée flexible du traitement ;
- une plus grande tolérance aux rechutes et à l'usage de drogues illicites ;
- une moins grande supervision de la prise du traitement.

Ces constats, issus principalement des expériences européennes, ont permis d'améliorer la prise en charge thérapeutique des troubles liés à l'utilisation de substances et de mieux

définir les modalités d'organisation des soins en dépendance au Québec, en particulier avec les populations vulnérables. Nous détaillerons ici l'approche de la clinique Relais, puis rapporterons notre expérience clinique avec certains patients chez qui une pharmacothérapie de remplacement des opioïdes a été initiée.

L'expérience de la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes à la clinique Relais

La clinique Relais offre un service d'accès à bas seuil d'exigence pour des personnes avec un TLUO en situation de grande précarité depuis 1999. Tous les patients sont pris en charge par une équipe multidisciplinaire et sont accompagnés dans leur traitement avec un soutien psychosocial, des mesures de réduction des méfaits et un médecin traitant pour l'ensemble des conditions médicales, reliées ou non à l'usage de substances psychoactives. Maintenant localisée dans l'hôpital Notre-Dame depuis début 2020, la clinique est en processus d'implantation du premier TAOi au Québec.

Dans une optique d'approche à bas seuil d'exigences et de réduction des méfaits dans le contexte de la crise des surdoses, les professionnels de la clinique ont cherché à offrir des alternatives aux personnes qui continuent d'utiliser des opioïdes de rue. Il faut comprendre que les TAO comme la méthadone ou la morphine à libération lente ne sont pas prescrits à dose fixe ou avec des incrémentations de dose prévisibles. La posologie de ces molécules doit être individualisée et peut prendre plusieurs semaines à ajuster. Pendant ce temps, les personnes en traitement continuent d'avoir recours au marché illicite pour éviter les symptômes de sevrage. Cette période d'augmentation progressive de la dose décourage plusieurs patients, surtout ceux qui font usage de grandes quantités d'opioïdes pour qui cela peut durer jusqu'à huit semaines. De plus, nombreuses sont les personnes qui continuent de consommer malgré le traitement, et ce, pour de multiples raisons.

Ainsi, depuis 2019, les médecins de la clinique ont recours à la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes, sous forme d'hydromorphone en comprimé, lorsqu'il est jugé que les bénéfices de la prescription outrepassent les risques de surdose. Dans le cadre légal actuel, la prescription médicale de pharmacothérapie en remplacement constitue le moyen le plus simple et le plus rapide de rendre accessible l'approvisionnement sécuritaire. La rationnelle de cette pratique, déjà initiée dans les provinces canadiennes plus durement affectées par la crise des opioïdes, est basée sur la démonstration de l'efficacité de l'hydromorphone injectable dans le traitement du trouble d'usage des opioïdes, mais également la complexité d'accès aux traitements injectables. Depuis, plus de la moitié des patients de la clinique ont bénéficié de prescription médicale d'opioïdes en complément de leur traitement standard, lors de la période de titration ou sur une période à plus long terme, et la grande majorité des nouveaux patients en reçoivent dès le début de leur traitement.

Nous présentons l'histoire clinique de trois personnes chez qui une pharmacothérapie de remplacement a été introduite qui nous semblent représentatives de l'expérience à Relais.

Les informations rapportées ont été recueillies par les auteurs de l'article lors de rencontres cliniques et par la révision des dossiers avec l'approbation des patients. Afin de respecter la confidentialité, les noms des patients ont été modifiés.

Cas 1

Chantal est une femme dans la cinquantaine qui a commencé l'usage d'opioïdes et de cocaïne dans la trentaine par voie intraveineuse. Elle a débuté un premier traitement à la méthadone il y a un peu plus de dix ans. Après une stabilisation initiale les premières années, elle a eu un parcours difficile, parsemé de périodes d'itinérance, de multiples rendez-vous manqués et de périodes prolongées sans suivi. Elle a déjà fait deux endocardites nécessitant une chirurgie majeure et de longs séjours à l'hôpital. Elle a, par moment, besoin de faire du trafic pour subvenir à ses besoins de base. Dans ses traitements antérieurs, même si elle réussissait à réduire considérablement sa consommation d'opioïdes, elle continuait activement l'injection de cocaïne.

Il y a quelques mois, elle est réadmise en traitement. Elle admet d'emblée qu'elle a beaucoup de difficulté à faire le deuil de l'injection et que les envies de consommer sont toujours présentes et jamais complètement comblées. Elle rapporte alors une consommation d'environ 200 mg d'hydromorphone de rue par jour, en plus de la cocaïne, pour laquelle on s'attend à ce que la méthadone ne soit pas suffisante pour atteindre rapidement une dose de confort. Une pharmacothérapie de remplacement d'hydromorphone lui est proposée pour l'ajustement initial de son dosage et la méthadone est augmentée jusqu'à 90 mg. Après une franche discussion sur ses enjeux et objectifs, il est décidé de poursuivre la pharmacothérapie de remplacement au long cours avec son TAO. Sa dose de méthadone est ultimement réduite à 50 mg à sa demande et après discussion pour qu'elle puisse sentir l'effet de l'hydromorphone, bloqué à haute dose de méthadone. Cette démarche a beaucoup diminué ses préoccupations et la pression liée au traitement usuel et elle a depuis cessé l'usage des opioïdes de rue et réduit considérablement celui de la cocaïne à environ une fois par semaine plutôt qu'à tous les jours. Elle suit toutes les recommandations pour une injection sécuritaire et se présente à ses rendez-vous beaucoup plus facilement que dans le passé. Elle n'a plus besoin de faire du trafic pour payer sa consommation et elle a comme objectif de graduellement diminuer et éventuellement cesser l'injection. Elle souhaite profiter de cette nouvelle période de vie pour prendre soin de ses enjeux de santé négligés au fil des années et elle a repris contact avec son fils et sa famille.

Cas 2

Steven est un homme dans la trentaine faisant usage des opioïdes et de l'alcool qui est connu de la clinique depuis 2008. Pendant près de 10 ans, il a été suivi de manière intermittente avec un traitement de méthadone par épisodes de quelques mois à chaque fois, interrompus par des absences de plusieurs mois. Sa consommation lui a causé de plusieurs problèmes

de santé, notamment, une hépatite alcoolique, une pancréatite alcoolique et une infection à hépatite C.

Au cours de l'été 2019, il revient consulter à la clinique à la suite d'un séjour de quelques années à l'extérieur du Québec. Il est alors sans domicile fixe. Un TAO traditionnel est entamé mais, en l'espace de quatre mois, il est interrompu à cinq reprises. Au printemps 2020, il rapporte avoir commencé à consommer de l'hydromorphone de rue et une première tentative de pharmacothérapie de remplacement est tentée, mais cessée plus tard puisque le patient avait l'intention de déménager à l'extérieur du Québec.

Au cours de l'été 2020, sa consommation augmente drastiquement jusqu'à un gramme d'héroïne injectée par jour en plus de sa dose de 60 mg de méthadone. Malgré une augmentation de sa dose de méthadone qui lui permet initialement de réduire sa consommation, il commence à consommer de l'héroïne mauve et fait plusieurs surdoses sur une période de deux mois, dont une ayant nécessité un transport à l'urgence et une autre ayant nécessité l'administration de naloxone. Il a également dû utiliser la naloxone sur deux de ses amis consommateurs. Il a peur de mourir, mais ne souhaite pas que sa méthadone soit augmentée davantage en raison des effets secondaires sexuels. On ajuste donc légèrement sa méthadone et on lui ajoute une pharmacothérapie de remplacement qui sera ajustée par la suite puis maintenue stable quelques mois.

À l'automne 2020, son TAO de méthadone est changé pour un TAO de morphine à libération lente uniquotidienne. Présentant moins d'effets secondaires avec ce traitement, il réussit à augmenter sa dose, pour pouvoir réduire et éventuellement cesser la pharmacothérapie de remplacement. Maintenant suivi sans interruption depuis plus d'un an, il s'agit du plus long suivi continu de ce patient et cette période de stabilité lui a permis de réduire sa consommation d'alcool, retrouver un logement et ultimement un emploi. Il a également débuté un traitement pour son hépatite C et il ne consomme plus d'opioïdes de rue.

Cas 3

Michel est dans le début trentaine et est suivi à la clinique depuis cinq ans. Pendant les quatre premières années, il fait huit tentatives de traitements de buprénorphine/naloxone ou de méthadone, mais ne se présente jamais suffisamment longtemps pour atteindre une dose avec laquelle il est confortable. Son plus long suivi durant cette période est de trois rendez-vous consécutifs avec une dose maximale de méthadone de 80 mg par jour.

En décembre 2019, il entame un nouveau suivi. Il rapporte à ce moment une consommation d'un demi-gramme d'héroïne injectée par jour et on tente une stratégie de pharmacothérapie de remplacement surajoutée à la méthadone. Progressivement sur quatre mois, le traitement de méthadone est augmenté jusqu'à 125 mg, alors que les comprimés d'hydromorphone sont diminués jusqu'à être complètement cessés. Il reste par la suite confortable au cours d'une période de neuf mois consécutifs pour la première fois pendant laquelle son hépatite C est traitée.

À l'automne 2020, le patient rechute dans le contexte du décès d'un proche et revient à la clinique après avoir cessé son traitement pendant une dizaine de jours en rapportant une consommation encore plus grande avec cette fois du fentanyl surajouté. Cette fois-ci, lors du dosage de la méthadone, la pharmacothérapie de remplacement sera augmentée de manière plus agressive que la première fois puisque sa tolérance semble plus grande jusqu'à ce qu'il retrouve un confort qui lui permette de cesser complètement sa consommation d'opioïdes de rue. Par la suite, la méthadone est progressivement dosée alors que les comprimés d'hydromorphone seront progressivement retirés tout en maintenant son confort.

Bénéfices observés et enjeux

Malgré plusieurs craintes initiales des prescripteurs, l'approvisionnement sécuritaire d'opioïdes sous forme de pharmacothérapie de remplacement, réalisé dans un cadre clinique global permettant une prise en charge des autres aspects médicaux et psychosociaux, nous semble présenter plusieurs avantages qui vont bien au-delà de la réduction du risque de surdose.

L'équipe qui utilise cette nouvelle pratique voit d'abord une opportunité d'avoir un franc dialogue sur les objectifs du suivi. La traditionnelle réponse « je veux arrêter de consommer » à l'entrée en traitement devient plus nuancée et centrée sur la personne, plutôt que sur ce qu'elle pense qui est attendu d'elle. L'adaptation du traitement à un haut niveau d'adéquation aux besoins du patient permet d'établir plus rapidement une relation de confiance (Marchand et al., 2020). Celles qui avaient de la difficulté à se présenter tous les jours à la pharmacie pour prendre leur traitement ont une plus grande assiduité, et cela permet d'ajuster plus rapidement leur traitement et ainsi optimiser leur confort. L'augmentation de la rétention en traitement chez ces patients souvent plus socialement désaffiliés permet d'augmenter les contacts avec les professionnels de la santé, ce qui donne l'opportunité de travailler d'autres aspects liés à la qualité de vie ou à la réinsertion sociale (ex. : traitement d'autres conditions de santé, recherche de logement, enseignement de techniques d'injection à moindre risque, etc.) (Flores-Aranda et Goyer, 2020 ; Perreault et al., 2007). Une étude ethnographique a mis en lumière que la pharmacothérapie de remplacement améliore la santé et le bien-être des participants, en diminuant le recours à l'injection, en améliorant la prise en charge de la douleur, et en réduisant le stress et les dépenses liées à l'achat de substances psychoactives, ce qui diminue la poursuite d'activités criminelles (Ivsins et al., 2021). Ses impacts positifs vont ainsi bien au-delà de la diminution de la consommation de substances de rue et elle pourrait également favoriser la transition vers un TAO traditionnel, comme cela a été observé pour le TAOi (Rehm et al., 2001).

Cette pratique n'est pas sans soulever d'enjeux. Les premiers à considérer sont d'ordre légal et professionnel, puisque l'indication reconnue de l'hydromorphone en comprimé est le traitement de la douleur, surtout aiguë. Les médecins qui proposent cette pratique doivent s'assurer que les bénéfices outrepassent les risques et aviser leurs patients qu'elle n'est conforme à aucun cadre de pratique officielle à ce jour. Le consentement éclairé peut

d'ailleurs être un défi pour certaines personnes qui se présentent souvent intoxiquées ou qui ont des conditions de santé mentale instables. Les médecins doivent aussi discuter des enjeux de trafic puisque certains peuvent être tentés de revendre ou de partager leurs comprimés prescrits. Bien que dans une perspective de santé publique, on puisse être rassuré que des comprimés de qualité pharmaceutique soient en circulation plutôt que des comprimés contrefaits potentiellement dangereux, la revente reste un acte illégal et place les personnes à risque d'incarcération. Dans ce contexte, le prescripteur se place ici dans une situation où il doit pallier un manque d'accès communautaire à des substances plus sécuritaires, et cela peut soulever des enjeux éthiques (par exemple, si une personne admet donner une partie de sa prescription à un ami qui ne veut pas entrer en traitement, mais qui a fait plusieurs surdoses en lien avec une consommation de fentanyl).

Le praticien qui entame une prescription d'opioïdes de remplacement doit composer avec un guide flou entourant les doses de départ et maximales, ainsi que les combinaisons optimales avec les médicaments utilisés en TAO. Comme avec les TAO, une période d'ajustement de dosage reste nécessaire. La visée doit rester le bien-être et l'amélioration des conditions de vie, tout en restant sécuritaire. Les équipes sont régulièrement confrontées à la dualité entre les objectifs médicaux et ceux des personnes rencontrées. Cette pratique a en effet mis en lumière le désir encore très présent de certains patients de continuer à sentir les effets euphorisants des opioïdes, qui peuvent souhaiter diminuer leur dose de TAO usuel pour recevoir davantage de doses d'hydromorphone. Cette opposition apparente dans les objectifs de traitement peut pousser certains cliniciens à remettre en question les limites de l'approche centrée sur le patient et de l'approche paternaliste, ainsi que leurs valeurs. Le dialogue peut être difficile avec certaines personnes, mais ultimement, l'éthique biomédicale et la déontologie exigent que le médecin s'assure de l'effet positif des traitements qu'il prescrit, entre autres sur les déterminants de la santé (logement, emploi, intégration sociale), tout en minimisant leurs effets négatifs. Toutefois, cette balance entre les bénéfices et les risques de la prescription de comprimés d'hydromorphone et les risques liés à l'absence de traitement peut s'avérer difficile dans des cas plus complexes et soulever des enjeux éthiques et professionnels. En cas de non-atteinte des objectifs de traitement ou de surdoses dans un contexte de polyconsommation, doit-on poursuivre ou cesser la prescription ? Dans tous les cas, ces discussions seront une occasion de travailler sur les démarches de réinsertion et la prise en charge médicale de d'autres pathologies.

Le développement d'approches d'approvisionnement sécuritaire dans des cadres médicalisés pourrait également accentuer les barrières d'accès et les inégalités de santé. L'accès aux soins médicaux étant déjà difficile, voir un médecin pour une prescription d'hydromorphone à des fins de consommation sécuritaire pourra se révéler impossible pour certains. Dans plusieurs cadres cliniques, cette pratique pourrait être réservée aux personnes qui ont démontré des échecs antérieurs aux traitements traditionnels (ex. : persistance de la consommation, rechutes répétées, etc.). Bien que ce critère soit mis en place afin de s'assurer de ne pas aggraver un trouble d'usage, cette limite peut porter préjudice aux personnes en situation d'extrême précarité qui en ont possiblement le plus besoin. De la même façon,

les critères mis en place pour rejoindre les personnes qui ont acquis une dépendance établie excluent les personnes qui font un usage récréatif des opioïdes, qui restent à risque de surdose, d'autant plus qu'ils n'ont souvent pas la tolérance acquise par les consommateurs réguliers. Dans un autre ordre d'idées, la plus grande intensité du suivi requis par les stratégies d'approvisionnement sécuritaire pourrait miner l'accès aux traitements. Ces enjeux organisationnels mettent également en lumière la nécessité de réfléchir attentivement au cadre dans lequel cette pratique doit être réalisée. Alors qu'au Québec la pharmacothérapie de remplacement est généralement délivrée à la pharmacie quotidiennement pour une consommation non supervisée, d'autres modèles existent, notamment en Colombie-Britannique, où la distribution peut être multiquotidienne via des machines distributrices et la supervision de la consommation peut être exigée (Olding et al., 2020 ; Tyndall, 2020). Les avantages et les inconvénients de ces différents cadres doivent continuer d'être étudiés.

Malgré toutes ces considérations, les professionnels qui ont commencé à utiliser la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes restent convaincus de sa portée, bien qu'elle reste limitée à ce jour, et plusieurs intervenants du milieu clinique croient même que l'accès à des opioïdes de qualité pharmaceutique devrait être libéralisé. À terme, des évaluations formelles devront être réalisées pour documenter l'efficacité de cette pratique pour réduire la consommation d'opioïdes illicites, prévenir les surdoses, augmenter la rétention en traitement et améliorer la qualité de vie.

Vers de l'approvisionnement sécuritaire en contexte communautaire ?

La crise des opioïdes restera un enjeu majeur de santé publique tant que des mesures structurantes et adaptées au cœur du problème ne seront pas mises en place. Le contexte actuel doit nous appeler à repenser nos objectifs et nos stratégies dans la lutte aux dépendances. Sans des efforts soutenus pour s'attaquer aux causes profondes de l'utilisation non médicale des opioïdes – les inégalités socioéconomiques, l'isolement, le manque d'accès aux soins de santé – les efforts intensifs de suppression de l'offre qui ont permis l'émergence du fentanyl sur le marché illicite continueront de favoriser des alternatives plus mortelles et moins coûteuses. D'ici là, une approche basée sur la réduction des méfaits comme l'approvisionnement sécuritaire nous apparaît comme une manière supplémentaire de diminuer l'importante mortalité et morbidité associée à l'usage des opioïdes de rue.

Bien que la pharmacothérapie de remplacement des opioïdes de rue soit la forme la plus rapide à implanter d'approvisionnement sécuritaire pour l'instant au Canada, le cadre plus rigide qu'impose le contexte médical limite nécessairement l'accès aux opioïdes de qualité pharmaceutique. Pour éviter que les PUD se tournent vers un marché noir de plus en plus dangereux, des changements législatifs autorisant le déploiement de réseaux de distribution d'opioïdes de qualité pharmaceutique dans la communauté sans supervision médicale sont une option qui devrait certainement être envisagée.

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2020, juin). *Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes – Surveillance des méfaits associés aux opioïdes au Canada – janvier 2016 à décembre 2019*. https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides

Armenian, P., VO, K. T., Barr-Walker, J. et Lynch, K. L. (2018). Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: a comprehensive review. *Neuropharmacology*, *134*, 121-132. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.10.016

Bammer, G., Dobler-Mikola, A., Fleming, P. M., Strang, J. et Uchtenhagen, A. (1999). The heroin prescribing debate: integrating science and politics. *Science*, *284*(5418), 1277-1278. https://doi.org/10.1126/science.284.5418.1277

BC Centre on Substance Use. (2020). *Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies*. https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/04/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.5.pdf

Beletsky, L. et Davis, C. S. (2017). Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law, revisited. *International Journal of Drug Policy*, *46*, 156-159. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.050

Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Marcus, R., Makarenko, I., Islam, Z., Filippovych, S., Dvoriak, S. et Altice, F. L. (2016). The future of opioid agonist therapies in Ukraine: a qualitative assessment of multilevel barriers and ways forward to promote retention in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, *66*, 37-47. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.003

Bromley, L. A. (2020). Problems with hydromorphone prescribing as a response to the opioid crisis. *CMAJ*, *192*(9), E219-E220. https://doi.org/10.1503/cmaj.74065

Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M.-È., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C. et Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, *190*(9), E247-E257. https://doi.org/10.1503/cmaj.170958

Canadian Association of People who Use Drugs. (2019). *Safe supply – Concept document. Canadian Association of People who Use Drugs*. https://vancouver.ca/files/cov/capud-safe-supply-concept-document.pdf

Carrier, N. et Quirion, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation. *Drogues, santé et société*, *2*(1), 1-29. https://doi.org/10.7202/007181ar

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada* (Bulletin du RCCET). https://www.ccsa.ca/fr/adulterants-contaminants-et-substances-cooccurrentes-dans-les-drogues-obtenues-illegalement-bulletin

Ciccarone, D. (2017). Editorial for "US heroin in transition: supply changes, fentanyl adulteration and consequences" IJDP special section. *The International journal on drug policy*, *46*, 107. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.drugpo.2017.06.010

Collège des médecins du Québec. (2020). *Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)*. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-20-fr-le-traitement-du-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo.pdf

College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador. (2020). *Opioid Agonist Treatment (OAT) Guidance During the COVID-19 Pandemic*. https://www.crismquebecatlantic.ca/wp-content/uploads/2020/05/1.-college-of-physicians-and-surgeons-of-newfoundland-labrador_oat-guidance-during-the-covid-19.pdf

Connery, H. S. (2015). Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions. *Harvard review of psychiatry*, *23*(2), 63-75. https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000075

Degenhardt, L., Whiteford, H. et Hall, W. D. (2014). The Global Burden of Disease projects: What have we learned about illicit drug use and dependence and their contribution to the global burden of disease? *Drug and Alcohol Review*, *33*(1), 4-12. https://doi.org/10.1111/dar.12088

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2018). *Projet d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui utilisent des drogues - août 2018 - Résultats sur la présence de fentanyl*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal. http://cran.qc.ca/sites/default/files/projet_analyse_drogues_dans_urine_aout-sept._2018_resultats_finaux.pdf

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2019). *Le volet montréalais du réseau SurvUDI* [communication par affiche]. Présentation interne, Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/ITSS/Affiche_SurvProject_Mars-2019.pdf

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020a). *Risque de surdoses liées à la consommation de fentanyl dans de la poudre cristalline mauve vendue comme de l'héroïne*. Santé Montréal. https://liferay6.cess-labs.com/documents/69080/80600/Alerte+Surdose_2020-06-12.pdf/4ff1c4a2-70b0-4b7e-aece-6f4f7e46b328?version=1.0

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020b). *Risque de surdoses liées à la consommation de fentanyl et d'héroïne*. Santé Montréal. https://liferay6.cess-labs.com/documents/69080/80600/Alerte+Surdose_2020-07-02.pdf/daf64bce-c733-45b6-a5be-f57d8126099b?version=1.0

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020c). *Risque de surdoses liées à la consommation de fentanyl*. Santé Montréal. https://santemontreal.qc.ca/population/coronavirus-covid-19/actualites/nouvelle/hausse-importante-de-deces-par-surdose-de-drogues-crack-cocaine-amphetamines-ghb-a-montreal/

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020d). *Hausse importante des surdoses sévères et décès liés à la consommation de drogues de rue à Montréal : deux phénomènes concomitants préoccupants*. Santé Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/appel-vigilance/2020/AAV_Surdoses_20200806.pdf

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020e). *Risque de décès liés à la consommation de cocaïne contenant du fentanyl.* CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. https://liferay6.cess-labs.com/documents/69080/80600/Alerte+surdose_7+octobre+2020.pdf/b9fdae49-2ea2-41d2-8b02-792eaeb3d81e?version=1.0

Direction régionale de la santé publique de Montréal. (2020f). *Risque de décès liés à la consommation de comprimés contenant de l'isotonitazène.* Santé Montréal. https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/actualites/nouvelle/risque-de-deces-lies-a-la-consommation-de-comprimes-contenant-de-lisotonitazene/

Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, *24*(3), 257-264. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002

Fischer, B., Jones, W., Tyndall, M. et Kurdyak, P. (2020). Correlations between opioid mortality increases related to illicit/synthetic opioids and reductions of medical opioid dispensing-exploratory analyses from Canada. *BMC Public Health*, *20*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8205-z

Fischer, B., Pang, M. et Jones, W. (2020). The opioid mortality epidemic in North America: do we understand the supply side dynamics of this unprecedented crisis? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *15*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13011-020-0256-8

Flores-Aranda, J. et Goyer, M.-È. (2020). *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)*. Institut universitaire sur les dépendances. http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/04/GuideTUO-FR-2020.pdf

Gillet, M. et Brochu, S. (2005). Institutionnalisation des stratégies de réduction des méfaits au sein de l'agenda politique canadien : les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle. *Drogues, santé et société*, *4*(2), 79-139. https://doi.org/10.7202/012601ar

Gisev, N., Bharat, C., Larney, S., Dobbins, T., Weatherburn, D., Hickman, M., Farrell, M. et Degenhardt, L. (2019). The effect of entry and retention in opioid agonist treatment on contact with the criminal justice system among opioid-dependent people: a retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *4*(7), e334-e342. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30060-x

Gouvernement du Canada. (2017). *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2017_4/

Gouvernement du Canada. (2020). *Faire face à la crise des opioïdes au Canada.* https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/repondre-crise-opioides-canada.html

Gowing, L. R., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L. E. et Ali, R. L. (2006). Brief report: Methadone treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Journal of general internal medicine*, *21*(2), 193-195. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00287.x

Hartnoll, R. L., Mitcheson, M. C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P. et Hedley, N. (1980). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *37*(8), 877-884. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780210035003

Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee

Institut universitaire sur les dépendances. (2020). *La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec : Guide clinique à l'intention des prescripteurs*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/10/Version-en-ligne-2020.10.20guide-pharmaco-long_VF.pdf

Ivsins, A., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Sutherland, C., Kerr, T. et McNeil, R. (2021). "It's Helped Me a Lot, Just Like to Stay Alive": a Qualitative Analysis of Outcomes of a Novel Hydromorphone Tablet Distribution Program in Vancouver, Canada. *Journal of Urban Health*, *98*(1), 59-69. https://doi.org/10.1007/s11524-020-00489-9

Izenberg, D. et Marwaha, S. (2019), 15 août. Safe supply: the debate around prescribing opioids to people who use drugs. *Healthy Debate*. https://healthydebate.ca/2019/08/topic/safe-supply

Koran, L. M. (1973). Heroin maintenance for heroin addicts: issues and evidence. *New England Journal of Medicine*, *288*(13), 654-660. https://doi.org/10.1056/nejm197303292881305

Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M.-M. et Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: lowering the treatment thresholds. *Drug and alcohol dependence*, *161*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021

March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E. et Carrasco, F. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of substance abuse treatment*, *31*(2), 203-211. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.007

Marchand, K., Foreman, J., MacDonald, S., Harrison, S., Schechter, M. T. et Oviedo-Joekes, E. (2020). Building healthcare provider relationships for patient-centered care: A qualitative study of the experiences of people receiving injectable opioid agonist treatment. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *15*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s13011-020-0253-y

McCusker, C. et Davies, M. (1996). Prescribing drug of choice to illicit heroin users: the experience of a UK community drug team. *Journal of substance abuse treatment*, *13*(6), 521-531. https://doi.org/10.1016/s0740-5472(96)00155-9

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-233-04W.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Opioid Agonist Treatment Reduces Societal Costs of Cri*me. https://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2017/08/opioid-agonist-treatment-reduces-societal-costs-crime

Office of the Provincial Health Officer. (2019). *Stopping the Harm – Decriminalization of People who Use Drugs in BC*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/stopping-the-harm-report.pdf

Olding, M., Ivsins, A., Mayer, S., Betsos, A., Boyd, J., Sutherland, C., Culbertson, C., Kerr, T. et McNeil, R. (2020). A low-barrier and comprehensive community-based harm-reduction site in Vancouver, Canada. *American journal of public health*, *110*(6), 833-835. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305612

Ontario HIV Treatment Network. (2020). *Possible benefits of providing safe supply of substances to people who use drugs during public health emergencies such as the COVID-19 pandemic.* https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-possible-benefits-of-providing-safe-supply-of-substances-to-people-who-use-drugs-during-public-health-emergencies-such-as-the-covid-19-pandemic/

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A. et Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*, *361*(8), 777-786. https://doi.org/10.1056/nejmoa0810635

Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., MacDonald, S., Lock, K., Harrison, S., Janmohamed, A., Anis, A. H., Krausz, M., Marsh, D. C. et Schechter, M. T. (2016). Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *73*(5), 447-455. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0109

Pearce, L. A., Min, J. E., Piske, M., Zhou, H., Homayra, F., Slaunwhite, A., Irvine, M., McGowan, G. et Nosyk, B. (2020). Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. *BMJ*, *368*, 1-13. https://doi.org/10.1136/bmj.m772

Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M. et Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *Bmj*, *317*(7150), 13-18. https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.13

Perreault, M. et Archambault, L. (2017). *Requis de services en matière de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes sur l'île de Montréal.* Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) et Centre universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal. http://cran.qc.ca/sites/default/files/documents/requis_de_service_rapport_final.pdf

Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C. et Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian journal of public health*, *98*(1), 33-36. https://doi.org/10.1007/BF03405382

Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. et Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*, *358*(9291), 1417-1420. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)06529-1

Santé Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html

Santé Canada. (2019a). *Programme sur l'usage et les dépendances aux substances – Appel de propositions – Lignes directrices à l'intention des demandeurs – Juillet 2019*. Gouvernement du Canada.

Santé Canada. (2019b). *Toolkit for Substance Use and Addictions Program Applicants – Stream 2: Increasing Access to Pharmaceutical-Grade Medications*. Gouvernement du Canada. https://stimulusconference.ca/wp-content/uploads/2020/09/Safe-Supply-Tool-Kit-2019_EN.pdf

Santé Canada. (2020). *Federal actions on opioids to date*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids/responding-canada-opioid-crisis/federal-actions/june_2020_pager-FINAL_.pdf

Service d'analyse des drogues. (2020). *Rapport sur les drogues analysées 2019 - Troisième trimestre (juillet à septembre 2019)*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues/2019-rapport-drogues-analysees-q3.html

Socías, M. E., Wood, E., Kerr, T., Nolan, S., Hayashi, K., Nosova, E., Montaner, J. et Milloy, M.-J. (2018). Trends in engagement in the cascade of care for opioid use disorder, Vancouver, Canada, 2006–2016. *Drug and alcohol dependence*, *189*, 90-95. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.026

Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical psychology review*, *12*(1), 93-116. https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M

Stöver, H. (2011). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: a survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. *European Addiction Research*, *17*(1), 44-54. https://doi.org/10.1159/000320576

Strain, E. (2020, avril). *Pharmacotherapy for opioid use disorder*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-opioid-use-disorder

Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., Lintzeris, N., Bell, J., Pirona, A., Oviedo-Joekes, E., Simon, R. et Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(1), 5-14.

Tsui, J. I., Evans, J. L., Lum, P. J., Hahn, J. A. et Page, K. (2014). Association of opioid agonist therapy with lower incidence of hepatitis C virus infection in young adult injection drug users. *JAMA internal medicine*, *174*(12), 1974-1981.

Tyndall, M. (2020). Safer opioid distribution in response to the COVID-19 pandemic. *International Journal of Drug Policy*, *83*, 102880.

Willows, M., Brasch, J., Sobey, P., Tanguay, R. et Martell, D. (2020). Is All "Safe Supply" Safe? *Canadian Journal of Addiction*, *11*(1), 30-31.

Wood, E. (2018). Strategies for reducing opioid-overdose deaths—lessons from Canada. *New England Journal of Medicine*, *378*(17), 1565-1567.

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Liens entre le sentiment d'auto-efficacité, la détresse psychologique et la parentalité chez des adultes ayant une consommation problématique

Claude-Marie Côté-Dion, cPHD, Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation

Mathilde Garneau, cPHD, Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation

Mathieu Gougeon, cM.Sc., Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire

Marie-Josée Letarte, Ph. D., professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation

Myriam Laventure, Ph. D., professeure titulaire, Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire

Correspondance
Claude-Marie Côté-Dion
2500 Boulevard de l'Université
Sherbrooke, QC
J1K 2R1
claude-marie.cote-dion@usherbrooke.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) et la présence de détresse psychologique chez des parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues pourraient contribuer à expliquer la relation entre la consommation et l'exercice de la parentalité. À l'aide d'un échantillon composé de 81 parents en traitement pour une dépendance, cette étude vise à vérifier si (1) le niveau de SAEP est corrélé à la gravité de la consommation (alcool et drogues), à la sévérité de la détresse psychologique, à la qualité des pratiques éducatives et à la relation parent-enfant et si (2) la sévérité de la détresse psychologique contribue à expliquer la relation entre le SAEP et les pratiques éducatives, ainsi que la relation entre le SAEP et la relation parent-enfant. Si les résultats n'indiquent pas de corrélations entre le SAEP et la gravité de la consommation, ils indiquent que le SAEP est significativement et positivement corrélé aux comportements éducatifs positifs et aux attitudes chaleureuses/affectueuses, mais significativement et négativement corrélé au sentiment dépressif, à une discipline inconstante ainsi qu'à des attitudes parentales hostiles/agressives et négligentes/indifférentes. La détresse psychologique (anxiété et dépression) est quant à elle significativement et positivement corrélée à la gravité de la consommation (alcool et drogues) et à la présence d'une discipline inconstante, mais significativement et négativement corrélée à une supervision lacunaire. Enfin, les symptômes anxieux sont significativement et positivement corrélés aux attitudes parentales hostiles/agressives et aux attitudes négligentes/indifférentes et négativement aux attitudes chaleureuses/affectueuses. À lui seul, le SAEP permet d'expliquer les comportements éducatifs positifs, ainsi que les attitudes hostiles/agressives du parent envers son enfant. En ajoutant le sentiment anxieux, les variables permettent d'expliquer conjointement la supervision lacunaire et les trois variables attitudes parentales (chaleureuses/affectueuses, négligentes/indifférentes et hostiles/agressives). Finalement, le genre du parent combiné au SAEP permet d'expliquer une partie de la variance de la discipline inconstante. Les résultats obtenus laissent croire que d'autres facteurs pourraient expliquer la qualité de la parentalité chez des parents ayant une dépendance à l'alcool et aux drogues et invitent à poursuivre les recherches en ce sens.

Mots-clés : sentiment d'auto-efficacité parental, consommation problématique alcool/drogues, détresse psychologique, pratiques éducatives, relation parent/enfant

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Associations between self-efficacy, psychological distress and parenting in adults with problematic substance use

Abstract

Parental self-efficacy (PSE) and the presence of psychological distress in parents with problematic substance use may help explain the relationship between substance abuse and parenting. This study, using a sample of 81 parents in treatment for substance abuse, investigates whether (1) the level of PSE correlates with the severity of substance use, the severity of psychological distress, the quality of child-rearing practices, and the parent-child relationship, and whether (2) the severity of psychological distress helps explain the relationship between PSE and child-rearing practices, as well as the relationship between PSE and the parent-child relationship. While the results did not yield any significant correlations between PSE and severity of use, results did demonstrate that PSE was significantly and positively correlated with positive parenting behaviors and warm/affectionate attitudes, but significantly and negatively correlated with feelings of depression, inconsistent discipline, and hostile/aggressive and neglectful/indifferent parenting attitudes. Psychological distress (anxiety and depression) was significantly and positively correlated with the severity of substance use (alcohol and drugs) and the presence of inconsistent discipline, but significantly and negatively correlated with insufficient supervision. Anxiety symptoms were also significantly and positively correlated with hostile/aggressive parental attitudes and neglectful/indifferent attitudes and negatively correlated with warm/affectionate attitudes. PSE alone explains positive parenting behaviors, as well as hostile/aggressive parenting attitudes of the parent toward the child. By adding anxious feelings, the variables jointly explain the lack of supervision and the three parental attitudes variables (warm/affectionate, neglectful/indifferent, and hostile/aggressive). Finally, parent gender combined with PSE explained some of the variance in inconsistent discipline. Results suggest that other factors may explain the quality of parenting among parents with problematic alcohol and drug use. Further research in this area is needed to explore these factors.

Keywords: parental self-efficacy, alcohol/drug misuse, psychological distress, parenting practices, parent/child relationship

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Relaciones entre el sentimiento de autoeficacia, el sufrimiento psicológico y la paternidad/maternidad de los adultos que presentan un consumo problemático de alcohol o de drogas

Resumen

El sentimiento de autoeficacia parental (SAEP) y la presencia de sufrimiento psicológico entre los padres o madres que presentan un consumo problemático de alcohol o de drogas podría contribuir a explicar la relación entre el consumo y el ejercicio de la paternidad/maternidad. Por medio de una muestra compuesta por 81 padres y madres en tratamiento por una dependencia, este estudio apunta a verificar si 1) el nivel de SAEP se correlaciona con la gravedad del consumo (alcohol y drogas), con la severidad del malestar psicológico, con la calidad de las prácticas educativas y con la relación parental/filial y 2) si la severidad del sufrimiento psicológico contribuye a explicar la relación entre el SAEP y las prácticas educativas, así como la relación entre el SAEP y la relación parental/filial. Si los resultados no indican correlaciones entre el SAEP y la gravedad del consumo, señalan que el SAEP está significativa y positivamente correlacionado con los comportamientos educativos positivos y con las actitudes calurosas o afectuosas, pero significativa y negativamente correlacionado con el sentimiento depresivo, con una disciplina inconstante y con actitudes parentales hostiles o agresivas y negligentes o indiferentes. El sufrimiento psicológico (ansiedad y depresión) está significativa y positivamente correlacionado con la gravedad del consumo (alcohol y drogas) y la presencia de una disciplina inconstante, pero significativa y negativamente correlacionado con una supervisión lacunar. Finalmente, los síntomas ansiosos están significativa y positivamente correlacionados con las actitudes parentales hostiles o agresivas y con las actitudes negligentes o indiferentes y negativamente con las actitudes calurosas o afectuosas. Por sí mismo, el SAEP permite explicar los comportamientos educativos positivos y las actitudes hostiles o agresivas de un padre o una madre para con su hija o hijo. Al agregar el sentimiento ansioso, las variables permiten explicar conjuntamente la supervisión lacunar y las tres variables de las actitudes parentales (calurosas o afectuosas, negligentes o indiferentes y hostiles o agresivas). Finalmente, el tipo de padre o madre combinado al SAEP permite explicar una parte de la varianza de la disciplina inconstante. Los resultados obtenidos permiten pensar que otros factores podrían explicar la calidad de la parentalidad entre los padres o madres que presentan una dependencia al alcohol y a las drogas e invitan a proseguir las investigaciones en este sentido.

Palabras clave: sentimiento de auto eficacia parental, consumo problemático de alcohol o drogas, malestar psicológico, prácticas educativas, relación parental/filial

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Introduction

Les parents présentant une consommation problématique d'alcool ou de drogues ressentent souvent des inquiétudes et de la culpabilité quant à l'impact de leur consommation sur la santé de leur enfant (Coyer, 2001 ; Ehrmin, 2001 ; Rhodes et al., 2010). Ces parents sont effectivement enclins à adopter des pratiques éducatives moins favorables au développement de leur enfant et courent un risque accru de négliger leur enfant en raison de leur consommation (Hogan et Higgins, 2001 ; Mayer et al., 2005). S'il est reconnu que la consommation problématique d'alcool ou de drogues interfère directement avec l'exercice de la parentalité (Street et al., 2008), on ne peut inférer de simples liens causaux. En effet, tous les parents qui ont une dépendance à l'alcool ou aux drogues ne sont pas des parents incompétents (Hogan et Higgins, 2001 ; Lussier et al., 2010). Il est toutefois reconnu que la présence d'une consommation problématique chez le parent affecte le parent lui-même, la famille et l'enfant (Barnard et McKeganey, 2004 ; Bertrand et al., 2007 ; Carlson, 2006 ; Hogan et Higgins, 2001 ; Landry et al., 2010 ; Mayer et al., 2005 ; Morissette et Venne, 2009 ; Neger et Prinz, 2015 ; Park et Schepp, 2015 ; Vitaro et al., 2004). Ces répercussions peuvent varier en fonction du genre du parent. Chez les mères consommatrices, on observe moins de réactivité, de chaleur face à leur enfant et un style parental davantage autoritaire et punitif (Solis et al., 2012). Alors que chez les pères consommateurs, on observe une fréquence plus élevée de comportements violents à l'endroit de l'enfant (Scaife, 2008) et un désengagement émotif (Solis et al., 2012).

Parmi les facteurs pouvant contribuer à expliquer le lien entre la consommation problématique d'alcool ou de drogues et les compétences parentales se retrouve le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) (Raynor, 2013). Le sentiment d'auto-efficacité est l'auto-évaluation de la capacité d'une personne quant à la réalisation de son comportement dans une situation (Bandura, 1977). En contexte de parentalité, le SAEP réfère à la confiance du parent à l'égard de ses habiletés, en ce qui concerne l'organisation et l'exécution des tâches parentales (Bandura, 1977 ; Junttila, 2012 ; Montigny et Lacharite, 2005 ; Sevigny et Loutzenhiser, 2010). Ainsi, la présence d'un faible SAEP empêcherait le parent d'accomplir certaines tâches parentales et lui ferait vivre des préoccupations et des expériences émotionnelles négatives en lien avec son rôle parental (Korja et al., 2015). Le SAEP et les compétences parentales sont fortement corrélés (Sevigny et Loutzenhiser, 2010). Les parents qui ont un SAEP plus élevé auraient plus de chance d'utiliser de stratégies parentales appropriées (Junttilla et al., 2007). Le SAEP serait également un important déterminant dans la construction d'une relation saine entre le parent et l'enfant (Ardelt et Eccles, 2001 ; Coleman et Karraker, 2003 ; Jones et Prinz, 2005 ; Sevigny et Loutzenhiser, 2010 ; Shumow et Lomax, 2002). Plus spécifiquement, les parents qui ont un SAEP élevé auraient tendance à voir les difficultés de leur enfant comme un défi qui nécessite un effort. À l'inverse, ceux qui ont un SAEP plus faible verraient les difficultés de leur enfant comme une menace à leur capacité (Albanese et al., 2019).

Pour certains auteurs, le SAEP est également positivement corrélé à la présence de détresse psychologique chez le parent. La détresse psychologique se caractérise par un ensemble d'émotions négatives ressenties par le parent et dont la persistance peut entraîner chez ce dernier des symptômes dépressifs et de l'anxiété (Camirand et Nanhou, 2008). Ainsi, certains auteurs observent un lien entre un faible SAEP et une plus grande détresse psychologique (Albanese et al., 2019 ; Kunseler et al., 2014). Malgré qu'il soit reconnu que la détresse psychologique affecte le SAEP des parents, et ce, indépendamment de leur genre, chez la mère, la présence cette corrélation serait plus marquée (Sevigny et Loutzenhiser, 2010). Chose certaine, la présence de détresse psychologique est étroitement associée à des difficultés sur le plan des pratiques éducatives et de la relation parent-enfant (Anthony et al., 2005 ; Kashdan et al., 2004 ; Korja et al., 2015 ; Luthar et Sexton, 2007 ; Middleton et al., 2009 ; Murphy et al., 2010). En effet, les parents qui vivent plus de difficultés émotives, dont la dépression ou l'anxiété, ont plus de difficultés à avoir des pratiques éducatives constantes et positives à l'endroit de leur enfant (Kashdan et al., 2004 ; Korja et al., 2015 ; Luthar et Sexton, 2007 ; Murphy et al., 2010). Qui plus est, les symptômes dépressifs et anxieux chez le parent sont associés à une relation parent-enfant moins chaleureuse et à davantage de maltraitance (Kashdan et al., 2004 ; Korja et al., 2015 ; Middleton et al., 2009).

En somme, le SAEP joue un rôle important en ce qui concerne les compétences parentales et la qualité de la relation parent-enfant. Un meilleur SAEP serait précisément associé à une relation parent-enfant plus saine, alors qu'inversement, un plus faible SAEP serait associé à davantage de difficultés relationnelles (Coleman et Karraker, 2000 ; Jones et Prinz, 2005 ; Raynor, 2013 ; Sevigny et Loutzenhiser, 2010). La présence de détresse psychologique chez le parent pourrait contribuer à expliquer ces relations. Or, parmi les études portant sur le SAEP et la détresse psychologique, peu ont été réalisées auprès de parents qui ont une consommation problématique à l'alcool ou aux drogues, une population pourtant très vulnérable en matière de parentalité (Raynor, 2013). À ce jour, les études jumelant parentalité et consommation problématique se consacrent davantage sur les facteurs personnels et environnementaux affectant les compétences parentales de cette clientèle (Barnard et McKeganey, 2004 ; Bennet, 1995 ; Bertrand et al., 2007 ; Cannon et al., 2008 ; Carlson, 2006 ; Hogan et Higgins, 2001 ; Landry et al., 2010 ; Mayer et al., 2005 ; Morissette et Venne, 2009 ; Neger et Prinz, 2015 ; Park et Schepp, 2015 ; Rhodes et al., 2010 ; Vitaro et al., 2004). Raynor (2013) y ajoute l'étude de la détresse psychologique sur le SAEP des parents consommateurs. Dans une approche de réduction de méfaits, s'intéresser au SAEP et à la détresse psychologique des parents ayant une consommation problématique permettrait de mieux comprendre, voire expliquer, l'impact de leur consommation sur leurs pratiques éducatives et leur relation avec leur enfant. Ces connaissances spécifiques à une population de parent ayant une consommation problématique permettraient d'améliorer les interventions et les programmes parentaux destinés à ces familles.

La présente étude vise à vérifier, chez des parents ayant une consommation problématique à l'alcool ou aux drogues, si (1) le niveau de SAEP est corrélé à la gravité de la consommation

(alcool et drogues), à la sévérité de la détresse psychologique, à la qualité des pratiques éducatives et à la relation parent-enfant et si (2) la sévérité de la détresse psychologique contribue à expliquer la relation entre le SAEP et les pratiques éducatives, ainsi que la relation entre le SAEP et la relation parent-enfant. Il est attendu que la présence d'un plus faible SAEP soit d'une part corrélée à une consommation davantage problématique et d'autre part à la présence d'une plus grande détresse psychologique (dépression et anxiété) chez le parent. Il est également attendu qu'un plus grand SAEP soit corrélé avec l'utilisation de davantage de comportements éducatifs positifs et de moins de supervision lacunaire ou de discipline inconstante. Dans le même sens, il est attendu qu'un meilleur SAEP soit corrélé à la présence de davantage d'attitudes parentales chaleureuses/affectueuses et à moins d'attitudes parentales hostiles/agressives ou négligente/indifférente. Finalement, il est attendu que la sévérité de la détresse psychologique contribue à expliquer la relation entre le SAEP et les pratiques éducatives, de même que la relation entre le SAEP et la relation parent-enfant.

Méthode

Déroulement de l'étude

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cette étude repose sur un devis transversal. Pour y participer, les parents devaient (1) présenter une consommation problématique d'alcool ou de drogues ou avoir présenté une consommation problématique d'alcool ou de drogues dans la dernière année et (2) avoir au moins un enfant âgé entre 6 et 12 ans. Les parents ont été sollicités à participer à la recherche lors de leur inscription au programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) *Cap sur la famille* (Laventure et al., 2015), offert dans les centres de réadaptation en dépendances du Québec. Ce programme est un PEHP spécifiquement développé pour les parents ayant une consommation problématique et leurs enfants âgés entre 6 et 12 ans. Composé de 11 ateliers, le principal objectif de ce programme vise à réduire les répercussions de la consommation sur le système familial. La participation au programme est volontaire. En ce sens, pour accepter de participer au programme, les parents devaient minimalement reconnaître qu'ils avaient une consommation problématique et qu'ils avaient besoin d'aide en lien avec leurs compétences parentales. L'invitation a participé à la recherche s'est faite via les personnes animatrices du programme lors de la rencontre préprogramme. L'ensemble des parents invités à participer à la recherche avant le début du programme ont accepté et rempli un formulaire de consentement à la recherche. Cette forte réponse positive s'explique sans doute par le fait que la rencontre préprogramme inclus d'emblée une évaluation clinique. Pour participer à la recherche les parents devaient accepter que les résultats anonymisés de son évaluation préprogramme soient transmis à l'équipe de recherche. Le protocole d'évaluation portait sur différentes caractéristiques personnelles, parentales et familiales. Comme les données utilisées dans cette étude ont été colligées avant le début du programme, s'il y a

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

un biais d'échantillon lié aux choix des participants, soit des parents en traitement pour leur consommation, aucun biais n'est associé au contenu du programme.

Échantillon

L'échantillon est composé de 81 parents (75,9 % de femmes) âgés de 24 à 50 ans (M = 37,12 ; ÉT = 6,1). Leurs enfants (54,4 % de filles) sont âgés de 5 à 12 ans (M = 8,42 ; ÉT = 1,8). À l'entrée dans le programme, 79,5 % des parents présentaient une consommation dite problématique ou à risque, alors que 20,5 % présentaient une consommation dite contrôlée. Les familles étaient à 19,0 % intactes, 64,6 % monoparentales et 16,4 % recomposées. Un parent sur trois (30,8 %) vivait de l'aide sociale, 44,9 % avaient un travail (temps plein ou partiel) et 24,3 % des parents étaient soit étudiants, sur le chômage, en congé maladie ou invalides.

Mesures

Sentiment d'auto-efficacité parentale

Le SAEP a été évalué à l'aide de la version française de la *Parenting Self-Agency Measure* (PSAM ; Dumka et al., 1996), laquelle mesure le niveau de confiance global que détient le parent envers sa capacité à réussir son rôle parental. Les cinq items sont rassemblés en une seule échelle et font référence au sentiment de confiance du parent, à ses connaissances parentales et à sa volonté de consacrer des efforts à résoudre les problèmes dans sa famille. Le parent répond aux questions à partir d'une échelle de type Likert en cinq points allant de « fortement d'accord (5) » à « fortement en désaccord (1) ». Des questions telles que « Je me sens sûr de moi-même en tant que mère/père. » ou « Je sais des choses sur le rôle de mère/père qui pourraient aider d'autres parents. » permettent de mesurer le SAEP. Un score moyen élevé indique que le parent a un fort SAEP alors qu'un score moyen inférieur à 3,0 laisse présager que le parent a le sentiment de manquer de compétence dans son rôle parental. Dans le cadre de l'étude, la variable du SAEP est traitée de manière continue. Dans l'échantillon, le score moyen varie de 2,0 à 5,0 (M = 3,82 ; ÉT = 0,6). Dans le présent échantillon, la cohérence interne de l'outil est jugée satisfaisante (α_{poly} = 0,81) (Gadermann et al., 2012 ; Zumbo et al., 2007).

La consommation (alcool et drogues)

L'échelle de consommation problématique du DÉBA-Alcool/Drogues (Tremblay et al., 2001) a été utilisée pour évaluer la consommation d'alcool et de drogues des parents. La mesure permet de situer le niveau de contrôle du parent face à sa consommation, les préoccupations qui y sont rattachées et à son envie d'arrêter. Les parents répondent aux questions à partir d'une échelle de type Likert en quatre points allant de « jamais (0) » à « presque toujours (4) ». Des questions telles que « Au cours de la dernière année, avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation ? » ou « Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation ? » permettent de mesurer la gravité de la consommation d'alcool ou de

drogues. Un score brut élevé indique que la consommation du parent est jugée problématique. Dans le cadre de l'étude, la gravité de la consommation (alcool et drogues) est traitée de manière continue. Dans l'échantillon, le score brut varie de 0 à 15 (M = 7,29 ; ÉT = 4,4). Dans le présent échantillon, la cohérence interne de l'outil est jugée satisfaisante (α_{poly} = 0,91).

La détresse psychologique du parent (anxiété et dépression)

La détresse psychologique (anxiété et dépression) du parent a été évaluée à l'aide des échelles *Dépression* et *Anxiété* de la version abrégée de l'Indice de détresse psychologique (IDP ; Préville et al., 1992, 1995). L'IDP est l'adaptation québécoise du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) de Ilfeld (1976) et a été développé dans le cadre de l'Enquête Santé Québec de 1987. La validité de la structure factorielle multidimensionnelle de la version abrégée de l'IDP a été démontrée satisfaisante (Préville et al., 1992).

L'échelle *Dépression* de l'IDP abrégé est composée de cinq items alors l'échelle *Anxiété* est composée de trois items (Préville et al., 1992, 1995). Les items sont présentés sous une échelle de mesure de type Likert en quatre points allant de « jamais (1) » à « très souvent (4) », où le parent est invité à répondre en fonction des sept derniers jours. Des questions telles que « Au cours des sept derniers jours, « Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ? » ou « Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ? » permettent de mesurer la présence d'anxiété ou de dépression, respectivement, chez le parent. Dans le cadre de la présente étude, les variables sont traitées de manière continue, dans l'échantillon le score moyen pour l'anxiété varie de 1,0 à 4,0 (M = 2,51 ; ÉT = 0,7) et de 1,0 à 3,8 (M = 2,18 ; ÉT = 0,8) pour la dépression. Plus le score moyen est élevé plus le parent présente une détresse psychologique élevée. Dans le présent échantillon, la cohérence interne est satisfaisante (Anxiété : α_{poly} = 0,76 ; Dépression : α_{poly} = 0,88).

Les pratiques éducatives

La version française de l'*Alabama Parenting Questionnaire* (APQ ; Frick, 1991) a été utilisée pour évaluer les pratiques éducatives adoptées par le parent auprès de son enfant. Le parent indique la fréquence à laquelle il utilise différentes pratiques, sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais (1) » à « toujours (5) ». Les échelles comportements éducatifs positifs, supervision lacunaire et discipline inconstante ont été utilisées, totalisant 22 items. Des questions telles que « Vous laissez savoir à votre enfant quand il(elle) fait quelque chose de bien. » ou « Vous mettez un terme à votre punition plus tôt que prévu (comme lever les restrictions plus vite que vous l'aviez dit au départ). » permettent d'évaluer la qualité des pratiques éducatives. Dans le cadre de l'étude, les trois variables liées aux pratiques éducatives sont traitées de manière continue. Pour les trois échelles, plus le score est élevé, plus le parent utilise la pratique éducative. Dans l'échantillon, pour les comportements éducatifs positifs, le score moyen varie de 2,83 à 5,00 (M = 4,21 ; ÉT = 0,5), pour la supervision lacunaire, le score moyen varie de 1,00 à 2,40 (M = 1,26 ; ÉT = 0,3) et pour la discipline inconstante, le score moyen varie de 1,00 à 4,00 (M = 2,55 ; ÉT = 0,8). Dans le présent échantillon, la cohérence interne est

jugée acceptable pour les échelles comportements éducatifs positifs ($\alpha_{poly} = 0,84$), supervision lacunaire ($\alpha_{poly} = 0,80$) de même que pour l'échelle discipline inconstante ($\alpha_{poly} = 0,86$).

La relation parent/enfant

La relation parent-enfant a été évaluée à l'aide de la version française courte du *Perceived Parental Acceptance-Rejection Questionnaire* (PARQ ; Rohner, 2005). Pour la présente étude, les échelles présentant les attitudes chaleureuses/affectueuses, hostiles/agressives et négligentes/indifférentes, ont été retenues, pour un total de 19 items. Le parent répond aux questions telles « Je dis de bonnes choses à mon enfant. » ou « J'ignore complètement mon enfant. » permettent d'évaluer la relation parent/enfant à partir d'une échelle de type Likert en quatre points allant de « presque toujours vrai (4) » à « presque jamais vrai (1). Dans le cadre de l'étude, les trois variables liées aux attitudes du parent sont traitées de manière continue. Plus le score moyen est élevé plus le parent présente cette attitude à l'égard de son enfant. Pour les attitudes chaleureuses/affectueuses le score moyen de l'échantillon varie de 1,75 à 4,00 (M = 3,70 ; ÉT = 0,4), pour les attitudes hostiles/agressives, le score moyen varie de 1,00 à 3,00 (M = 1,51 ; ÉT = 0,4) et pour les attitudes négligentes/indifférentes, le score moyen varie de 1,00 à 3,33 (M = 1,57 ; ÉT = 0,5). Dans le présent échantillon, la cohérence interne est jugée acceptable pour les échelles attitudes chaleureuses et affectueuses ($\alpha_{poly} = 0,88$), attitudes hostiles et agressives ($\alpha_{poly} = 0,73$) et attitudes négligentes et indifférentes ($\alpha_{poly} = 0,79$).

Analyses

Pour répondre au premier objectif de l'étude, soit d'identifier si le niveau de SAEP est corrélé à la gravité de la consommation (alcool et drogues), à la sévérité de la détresse psychologique, à la qualité des pratiques éducatives et à la relation parent-enfant, des analyses de corrélation ont été réalisées. La matrice de corrélation incluant toutes ces variables ainsi que le genre du parent et celui de l'enfant a également permis d'étudier les relations entre les variables pour choisir les variables de contrôle à inclure dans les modèles de régressions multivariées et d'analyses de modération décrits ci-après.

Pour répondre au deuxième objectif de l'étude, soit de vérifier si la sévérité de la détresse psychologique contribue à expliquer la relation entre le SAEP et les trois variables représentant des pratiques éducatives, soit (1) les comportements éducatifs positifs (2) la supervision lacunaire et (3) la discipline inconstante), ainsi que la relation entre le SAEP et les trois variables qualifiant la relation parent-enfant, soit (4) les attitudes parentales chaleureuses/affectueuses (5) hostiles/agressives et (6) négligentes/indifférentes, dans un premier temps, des analyses de régression linéaire multiple hiérarchiques, ont été réalisées. Cette méthode statistique a été sélectionnée pour, d'une part, confirmer les corrélations soulevées dans la première partie des analyses et d'autre part en déterminer l'ampleur. Les régressions linéaires multiples permettent d'étudier l'effet de divers facteurs sur un résultat anticipé, en l'occurrence, d'évaluer si le SAEP

et la détresse psychologique permettent d'expliquer la variance des comportements éducatifs et des attitudes parentales (Fortin et Gagnon, 2016). Pour chacune des variables dépendantes, un modèle de régression a été testé en retenant les variables indépendantes d'intérêt (SAEP et sentiment anxieux ou sentiment dépressif) et uniquement les variables de contrôle (genre du parent, genre de l'enfant et gravité de la consommation du parent) avec lesquelles une corrélation significative avait été identifiée précédemment. Pour chacun des modèles de régression, les variables de contrôle, lorsque pertinentes, et indépendantes ont été introduites dans l'ordre suivant : (1) genre du parent et genre de l'enfant ; (2) gravité de la consommation d'alcool ou de drogues ; (3) SAEP et (4) sentiment anxieux ou dépressif. Considérant la forte corrélation entre les variables anxiété et dépression ($r > 0{,}70$), seule la variable de détresse psychologique la plus fortement corrélée à la variable dépendante a été retenue pour éviter des effets de multicolinéarité.

Dans un second temps, pour tester spécifiquement l'effet modérateur de la détresse psychologique dans la relation entre le SAEP et les pratiques éducatives parentales ou la relation parent-enfant (5) l'effet d'interaction entre le sentiment anxieux ou dépressif et le SAEP a été inclus dans les modèles de régression linéaire multiple hiérarchique. Les effets d'interaction entre une variable de contrôle et le SAEP ont également été testés lorsque pertinents vues les corrélations avec les variables dépendantes. Le module d'extension pour SPSS *Process* version 3,4 de Hayes (2018) a été utilisé pour tester les effets d'interaction (modération) dans les analyses de régression.

Enfin, considérant la petite taille de l'échantillon combinée à l'anormalité de distribution des variables dépendantes et, plus particulièrement, des valeurs résiduelles pour les modèles de régression 2 (supervision lacunaire), 4 (attitudes chaleureuses/affectueuses) et 6 (attitudes négligentes/indifférentes), la méthode de rééchantillonnage (*bootstrapping*) a été utilisée. Cette méthode permet de contourner le problème d'anormalité de distribution des variables en estimant les propriétés de la distribution d'échantillonnage à partir des données d'échantillon (Field, 2018).

Résultats

Corrélations entre le SAEP, la gravité de la consommation, la détresse psychologique, les pratiques éducatives parentales et la relation parent-enfant

Les résultats indiquent d'abord (voir tableau 1) que le SAEP des parents de l'échantillon est significativement et positivement corrélé à la présence de comportements éducatifs positifs ($r = 0{,}47$, $p < 0{,}01$) et aux attitudes chaleureuses/affectueuses du parent à l'endroit de son enfant ($r = 0{,}28$, $p < 0{,}05$). Ainsi, plus le parent présente un SAEP élevé, plus ses comportements éducatifs sont positifs et plus les attitudes envers son enfant sont de nature chaleureuse/affectueuse. Comme il s'agit de corrélations, il est aussi vrai de dire que plus les

comportements éducatifs sont positifs et plus les attitudes envers son enfant sont de nature chaleureuse/affectueuse, plus le SAEP est élevé. Les résultats indiquent ensuite que le SAEP est significativement, mais négativement corrélé au sentiment dépressif du parent (r = -0,25, p < 0,05), à une discipline inconstante (r = -0,29, p < 0,05) ainsi qu'à des attitudes parentales hostiles/agressives (r = -0,43, p < 0,01) et négligentes/indifférentes (r = -0,40, p < 0,01). Par conséquent, plus un parent présente un SAEP élevé, plus son sentiment dépressif est faible et moins il présente de discipline inconstante et d'attitudes hostiles/agressives ou négligentes/indifférentes à l'égard de son enfant. De plus, moins un parent présente de sentiment dépressif et use de discipline inconstante ou d'attitudes hostiles/agressives ou négligentes/indifférentes, plus son SEAP tend à augmenter.

En ce qui concerne les variables de détresse psychologique, les résultats des analyses de corrélation indiquent que les symptômes anxieux de même que les symptômes dépressifs du parent sont significativement et positivement corrélés à la gravité de la consommation (alcool et drogues) (respectivement r = 0,34, p < 0,01 ; r = 0,25, p < 0,05) et à la présence d'une discipline inconstante (respectivement r = 0,24, p < 0,05 ; r = 0,23, p < 0,05), mais significativement et négativement corrélée à une supervision lacunaire (respectivement r = -0,38, p < 0,01 ; r = -0,30, p < 0,01). En ce sens, plus le niveau de détresse psychologique du parent est élevé, plus sa consommation est jugée problématique, plus il démontre une discipline inconstante, mais moins il présente de supervision lacunaire. Interpréter à l'inverse, plus la consommation est problématique, plus la discipline est inconstante et moins la supervision est lacunaire, plus la détresse psychologique est élevée. Enfin, les symptômes anxieux, mais pas les symptômes dépressifs, sont significativement et positivement corrélés aux attitudes parentales hostiles/agressives (r = 0,27, p < 0,05) et aux attitudes négligentes/indifférentes (r = 0,32, p < 0,05) et négativement aux attitudes chaleureuses/affectueuses (-0,32, p < 0,01).

TABLEAU 1 – **Corrélations *r* de Pearson entre le genre du parent, le genre de l'enfant, la gravité de la consommation, le sentiment d'auto-efficacité parentale, la détresse psychologique, les pratiques éducatives parentales et la qualité de la relation parent-enfant (n = 76)**

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1.	Genre du parent	1,00											
2.	Genre de l'enfant	-0,06	1,00										
3.	Gravité de la consommation	0,07	0,03	1,00									
4.	SAEP	0,04	0,13	-0,11	1,00								
5.	Anxiété	-0,12	0,17	0,34**	-0,20	1,00							
6.	Sentiment dépressif	-0,17	0,14	0,25*	-0,25*	0,70**	1,00						
7.	Comp. éducatifs positifs	-0,20	-0,04	0,06	0,47**	-0,05	0,02	1,00					
8.	Supervision lacunaire	0,05	-0,19	-0,10	-0,12	-0,38**	-0,30**	-0,10	1,00				
9.	Discipline inconstante	-0,26*	-0,06	0,17	-0,29*	0,24*	0,23*	-0,03	-0,07	1,00			
10.	Att. chaleureuses/ affectueuses	0,03	-0,04	-0,04	0,28*	-0,32**	-0,15	0,28*	-0,03	-0,26*	1,00		
11.	Att. hostiles/agressives	-0,04	0,03	0,19	-0,43**	0,27*	0,05	-0,18	0,18	0,55**	-0,44**	1,00	
12.	Att. négligentes/ indifférentes	-0,13	0,13	0,12	-0,40**	0,32**	0,15	-0,44**	0,08	0,39**	-0,63**	0,58**	1,00

Note. *$p < 0,05$; **$p < 0,01$.

Contributions du SAEP et de la détresse psychologique à la prédiction des pratiques éducatives parentales et de la qualité de la relation parent-enfant

Considérant les corrélations significatives avec les diverses variables indépendantes et de contrôle potentiel, les modèles suivants ont été étudiés (voir tableau 2). Dans tous les cas, le SAEP a été inclus, puisqu'il s'agissait du principal prédicteur d'intérêt. De plus, le score d'anxiété étant plus fortement corrélé aux diverses variables dépendantes que le score de symptômes dépressifs, le premier a été retenu pour étudier la contribution de la détresse psychologique à la relation entre le SAEP et les diverses pratiques éducatives et attitudes parentales.

Au niveau des pratiques éducatives parentales, pour prédire les comportements éducatifs positifs (Modèle 1), comme c'était le cas en analyse de corrélation bivariée, le SAEP s'avère être, à lui seul, un prédicteur significatif ($\beta = 0,47$; $p < 0,001$) et explique significativement 22,0 % de la variance des comportements éducatifs positifs auprès de cet échantillon de parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues. L'ajout des symptômes anxieux comme prédicteur ne permet pas d'améliorer significativement le modèle.

Pour prédire la supervision lacunaire (Modèle 2), le SAEP seul ne contribue pas significativement à expliquer la variance de cette pratique éducative (β = -0,11, p > 0,05). Toutefois, lorsqu'est ajouté le sentiment anxieux, représentant la détresse psychologique, à la seconde étape, le SAEP (β = -0,19, $p \leq 0,05$) ainsi que le sentiment anxieux (β = -0,41, $p \leq 0,01$) contribuent tous deux significativement à expliquer la supervision lacunaire et ils expliquent conjointement 17 % de sa variance. Pour ce modèle, l'ajout d'un effet d'interaction entre le SAEP et l'anxiété ne permettait pas de mieux prédire les pratiques de supervision lacunaire et la modération s'est avérée non significative. Ce modèle de modération n'a donc pas été retenu (non présenté en tableau).

Pour prédire les scores de discipline inconstante, le genre du parent, le SAEP ainsi que les symptômes anxieux ont été entrés comme prédicteurs dans une analyse de régression multiple hiérarchique (Modèle 3). Ces trois premières étapes de régression (présentées dans le tableau 2) ont mené à retenir la deuxième étape, soit un modèle qui incluait uniquement le genre du parent et le SAEP à titre de prédicteurs. L'ajout du score de sentiment anxieux n'ayant pas permis d'améliorer significativement le modèle (ΔR^2 = 0,03 ; ΔF = 2,51 ; p = 0,12), le principe de parcimonie permet de prioriser le modèle de régression linéaire précédent[1]. De plus, l'ajout d'un effet d'interaction entre le genre du parent et le score de SAEP n'a pas permis d'améliorer significativement le modèle de régression et l'effet d'interaction entre le genre et le SAEP s'est avéré non significatif. Ce modèle de modération n'a donc pas été retenu (non présenté en tableau). Ainsi, les résultats du modèle retenu suggèrent que le SAEP est un prédicteur significatif de la discipline inconstante, et ce, en contrôlant pour le genre des parents (β = -0,24 ; p < 0,05). Ensemble, le genre du parent et le SAEP expliquent significativement 12 % de la variance des scores de discipline inconstante dans l'échantillon.

Au niveau de la qualité de la relation parent-enfant, les coefficients de corrélation ont permis de retenir uniquement le SAEP et les sentiments anxieux comme variables à inclure dans les modèles de régression linéaire multiple hiérarchique, et ce, comme prédicteurs des trois types d'attitudes parentales à l'étude, soit les attitudes parentales chaleureuses/affectueuses (Modèle 4), les attitudes parentales hostiles/agressives (Modèle 5) et les attitudes parentales négligentes/indifférentes (Modèle 6).

Pour les modèles 4 et 6, l'ajout des sentiments anxieux permet d'améliorer significativement la prédiction des scores d'attitudes parentales chaleureuses/ affectueuses (ΔR^2 = 0,06 ; ΔF = 5,90 ; p < 0,05) et négligentes/indifférentes, respectivement, comparativement au modèle qui inclut uniquement le SAEP à titre de prédicteur. Cependant, malgré que le modèle 4 se soit avéré significatif (R^2 = 0,16 ; F = 7,21, p < 0,01), le SAEP, de même que les sentiments anxieux, se sont avérés être non significativement associés aux attitudes chaleureuses/affectueuses (SAEP : β = 0,26 ; p = 0,13 ; Anxiété : β = -0,26 ; p = 0,11) lorsque les deux prédicteurs

[1] Un modèle de modération incluant un effet d'interaction entre le SAEP et les sentiments anxieux a tout de même été testé, mais l'interaction s'est avérée non significative (résultat non présenté en tableau).

sont considérés. Il importe de rappeler que la méthode de rééchantillonnage a été appliquée à ce modèle de régression pour limiter les risques d'estimation biaisée des paramètres de l'échantillon considérant la non-normalité de la distribution des données pour l'échelle d'attitudes chaleureuses/affectueuses. Dans le cas du modèle 6, le SAEP et les symptômes anxieux se sont avérés être des prédicteurs significatifs des attitudes parentales négligentes/indifférentes et permettent d'expliquer 22,0 % de la variance de cette variable. Un SAEP plus faible et un sentiment anxieux plus élevé sont associés à plus d'attitudes parentales négligentes/indifférentes (SAEP : $\beta = -0{,}37$; $p < 0{,}01$; Anxiété : $\beta = 0{,}24$; $p < 0{,}05$). Enfin, dans le cas du modèle 5, l'ajout des sentiments anxieux n'améliore pas significativement le modèle de régression et il semble que d'inclure uniquement le SAEP comme prédicteur des attitudes parentales hostiles/ agressives soit un modèle plus parcimonieux. À lui seul, le SAEP permet d'expliquer 18 % de la variance des scores d'attitudes parentales hostiles/agressives avec un coefficient de régression standardisé de -0,42 ($p < 0{,}001$).

Pour prédire chacune des trois attitudes parentales, l'ajout d'un effet d'interaction entre le SAEP et la sévérité des sentiments anxieux a été testé et n'a pas permis d'améliorer significativement les modèles de régression et l'effet d'interaction entre le SAEP et le sentiment anxieux s'est avéré non-significatif (non présenté en tableau). Comme pour les pratiques éducatives parentales, des modèles de modération n'ont donc pas été retenus pour décrire la relation entre le SAEP et les attitudes parentales des parents vivant avec une consommation problématique.

TABLEAU 2 – **Modèles de régression linéaire multiples hiérarchiques**

Étape de régression **• Variable entrée dans l'équation**		***F***	**R^2**	**ddl**	**B (e. s.)**	**β**	**VIF**
Modèle 1. Comportements éducatifs positifs (n = 80)							
Étape 1		21,70***	0,22	78		–	–
• SAEP		–	–	–	**0,41 (0,09)*** **	**0,47**	1,00
Étape 2	$\Delta R^2 = 0{,}00$	10,71***	0,22	77			
• SAEP		–	–	–	**0,41 (0,09)*** **	**0,47**	1,04
• Sentiment anxieux		–	–	–	0,00 (0,08)	0,00	1,04
Modèle 2. Supervision lacunaire (n = 78)							
Étape 1		0,86	0,01	76		–	–
• SAEP					-0,05 (0,05)	-0,11	1,00
Étape 2	**$\Delta R^2 = 0{,}16$*** **	7,87**	0,17	75		–	–
• SAEP					**-0,09 (0,04)***	**-0,19**	
• Sentiment anxieux					**-0,18 (0,05)** **	**-0,41**	

TABLEAU 2 – **Modèles de régression linéaire multiples hiérarchiques**

Étape de régression • Variable entrée dans l'équation		*F*	R^2	ddl	B (e. s.)	β	VIF
Modèle 3. Discipline inconstante (n = 77)							
Étape 1		4,93*	0,06	75		–	–
• Genre du parent		–	–	–	**-0,49 (0,22)***	**-0,25**	1,00
Étape 2	**ΔR^2 = 0,06***	5,02**	0,12	74		–	–
• Genre du parent		–	–	–	**-0,46 (0,21)***	**-0,24**	1,00
• SAEP		–	–	–	**-0,34 (0,15)***	**-0,24**	1,00
Étape 3	ΔR^2 = 0,03	4,25**	0,15	73		–	–
• Genre du parent		–	–	–	-0,42 (0,21)†	-0,22	1,02
• SAEP		–	–	–	-0,30 (0,16)†	-0,21	1,04
• Sentiment anxieux		–	–	–	0,22 (0,14)	0,18	1,05
Modèle 4. Attitudes parentales chaleureuses/affectueuses (n = 80)							
Étape 1		8,02**	0,09	78	–	–	–
• SAEP		–	–	–	0,20 (0,10)†	0,31	1,00
Étape 2	**ΔR^2 = 0,06***	7,21**	0,16	77	–	–	–
• SAEP		–	–	–	0,17 (0,11)	0,26	1,04
• Sentiment anxieux		–	–	–	-0,15 (0,09)	-0,26	1,04
Modèle 5. Attitudes parentales hostiles/agressives (n = 80)							
Étape 1		16,62***	0,18	78	–	–	–
• SAEP		–	–	–	**-0,29 (0,07)*****	**-0,42**	
Étape 2	ΔR^2 = 0,04†	10,47***	0,21	77	–	–	–
• SAEP		–	–	–	**-0,27 (0,07)*****	**-0,38**	1,04
• Sentiment anxieux		–	–	–	0,12 (0,06)†	0,20	1,04
Modèle 6. Attitudes parentales négligentes/indifférentes (n = 80)							
Étape 1		15,99***	0,17	78	–	–	–
• SAEP		–	–	–	**-0,33 (0,10)****	**-0,41**	1,00
Étape 2	**ΔR^2 = 0,05***	11,09	0,22	77	–	–	–
• SAEP		–	–	–	**-0,29 (0,09)****	**-0,37**	1,04
• Sentiment anxieux		–	–	–	**0,17 (0,08)***	**0,24**	1,04

Note. †$p < 0,10$; *$p \leq 0,05$; **$p \leq 0,01$; ***p ≤ 0,001. Les coefficients en gras visent à repérer rapidement les coefficients de régression ainsi que les variations de R^2 significatifs à $p < 0,05$.

Discussion

Considérant l'impact que peut avoir la consommation problématique d'alcool ou de drogues sur le fonctionnement familial et sur le développement de l'enfant, s'intéresser à la parentalité en contexte de dépendance est essentiel. Comparée aux études populationnelles où seulement une partie de l'échantillon est composée de parents ayant une consommation problématique, la présente étude porte sur un échantillon clinique où tous les parents sont en traitement pour leur consommation d'alcool ou de drogues. Les résultats obtenus seront discutés dans cette perspective.

La présente étude avait pour objectif de vérifier si, chez des parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues, le niveau du SAEP était corrélé à la gravité de la consommation (alcool et drogues), à la sévérité de la détresse psychologique, à la qualité des pratiques éducatives et à la relation parent/enfant. Les résultats indiquent des corrélations significatives entre le SAEP et la plupart des variables à l'exception de la gravité de la consommation, de l'anxiété et de la supervision lacunaire. Ainsi, le lien d'un plus faible SAEP avec la présence d'un sentiment dépressif concorde avec les études précédentes en soutenant qu'un faible SAEP est associé à davantage de détresse psychologique chez le parent (Raynor, 2013). En lien avec les pratiques éducatives et les attitudes du parent à l'égard de son enfant, plus le SAEP est élevé et plus les parents ayant une consommation problématique ont des comportements éducatifs positifs à l'endroit de leur enfant et des attitudes chaleureuses/affectueuses, et moins ils ont une discipline inconstante et des attitudes hostiles/agressives et négligentes/indifférentes. Ces résultats corroborent avec les résultats d'autres auteurs (Ardelt et Eccles, 2001 ; Coleman et Karraker, 2003 ; Jones et Prinz, 2005 ; Junttilla et al., 2007 ; Korja et al., 2015 ; Raynor, 2013 ; Sevigny et Loutzenhiser, 2010 ; Shumow et Lomax, 2002) qui concluaient qu'un SAEP plus élevé était associé à de meilleures pratiques parentales et à une meilleure relation entre le parent et son enfant. Les résultats de la présente étude permettent d'étendre les conclusions populationnelles de ces auteurs à une population clinique de parents ayant une consommation problématique d'alcool et de drogues.

Les corrélations concluent, toutefois, à l'absence de lien entre le SAEP et la gravité de la consommation, entre le SAEP et l'anxiété et entre le SAEP et la supervision lacunaire. L'absence de lien peut être expliquée par la présence d'un échantillon clinique complètement composé de parents consommateurs. Effectivement, s'il est démontré que le SAEP est plus faible en fonction de la gravité de la consommation dans un échantillon populationnel (Street et al., 2008), dans un échantillon composé uniquement de parents ayant une consommation problématique, que la gravité de celle-ci soit contrôlée ou non, le SAEP semble comparable.

L'absence d'un lien entre le SAEP et l'anxiété, contraire à celui attendu (Albanese et al., 2019 ; Kunseler et al., 2014) est également observée. À ce stade, il semble difficile d'expliquer ce résultat. Il est possible que la présence d'anxiété augmente la culpabilité déjà fortement

présente chez le parent consommateur (Coyer, 2001 ; Ehrmin, 2001 ; Rhodes et al., 2010) et que reconnaître un manque de confiance dans leurs compétences parentales ne ferait qu'augmenter leur anxiété.

L'absence de lien entre le SAEP et la supervision lacunaire, quant à elle, peut être expliquée par le fait que les parents ayant une consommation problématique, accordent beaucoup de temps et d'énergie à se procurer leur substance, à consommer et se remettre de leur consommation et ne priorisent pas la supervision de leur enfant (Neger et Prinz, 2015). Ainsi, pour eux, la supervision lacunaire ne serait pas vue comme un manque de compétence de leur part.

Toujours du point de vue des corrélations, si le SAEP n'est pas significativement associé à la supervision lacunaire, la détresse psychologique l'est. Or, le lien unissant ces variables semble contre-intuitif. En effet, chez les parents ayant une consommation problématique, plus ceux-ci rapportent un fort sentiment de détresse psychologique, moins ils rapportent utiliser une supervision lacunaire. À ce stade, il semble difficile d'expliquer ce résultat. La présence de culpabilité pourrait inférer un biais de désirabilité sociale en lien avec la supervision de son enfant. Les parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues étant réticents à rapporter des comportements pouvant être liés à de la négligence (Neger et Prinz, 2015) de peur de perdre la garde de leur enfant. Le fait que l'échantillon est composé à 75,0 % de mères, plus susceptibles que les pères d'avoir des sentiments dépressifs et anxieux (Korja et al., 2015), mais plus susceptibles d'être surprotectrices à l'endroit de leurs enfants (Cooklin, et al. 2013 ; Kalomiris et Kiel, 2016 ; Root et al., 2016) pourrait expliquer les résultats obtenus.

La présente étude avait également pour objectif d'identifier si la sévérité de la détresse psychologique de ces parents contribuait à expliquer la relation entre leur SAEP, leurs pratiques éducatives et leur relation parent-enfant. Or, à l'exception de la supervision lacunaire, l'anxiété ne semble pas contribuer, au-delà du SAEP, à l'explication de la variance des pratiques éducatives et de l'attitude des parents à l'endroit de leur enfant.

Pour certains aspects de la parentalité (comportements éducatifs positifs, attitudes hostiles/agressives, attitudes négligentes/indifférentes), chez les parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues, le SAEP semble, à lui seul, prédire une bonne partie de la variance. Une partie des présents résultats corroborent ceux d'autres études qui ont identifié le SAEP comme un important déterminant des compétences parentales et de la qualité de la relation parent/enfant chez les parents de la population générale (Ardelt et Eccles, 2001 ; Coleman et Karraker, 2003 ; Jones et Prinz, 2005 ; Junttilla et al., 2007 ; Sevigny et Loutzenhiser, 2010 ; Shumow et Lomax, 2002). Pour d'autres aspects de la parentalité, le SAEP explique une partie de la variance chez les parents qui ont une consommation problématique, mais uniquement lorsqu'associé au genre du parent en ce qui concerne la supervision lacunaire ou à l'anxiété en ce qui concerne la discipline inconstante. Enfin, le SAEP ne permet pas d'expliquer de manière significative la variance des attitudes chaleureuses/affectueuses. Ces faibles niveaux de prédiction laissent croire deux choses. Soit que

d'autres facteurs que le SAEP et la détresse psychologique pourraient expliquer les pratiques éducatives et la relation parent/enfant des parents ayant une consommation problématique d'alcool ou de drogues. À titre d'exemple, les comportements de l'enfant et la perception qu'a le parent des comportements de son enfant pourraient contribuer à expliquer l'adoption ou non de certaines pratiques éducatives ou pourraient influencer la relation qu'il entretient avec celui-ci (Chaplin et Sinha, 2013 ; Glatz et al., 2011). Soit que le parent comme seul répondant pour documenter ses pratiques éducatives et la qualité de sa relation avec son enfant infère un biais. Comme mentionné précédemment, cette hypothèse est tout à fait plausible chez les parents qui ont une consommation problématique, ceux-ci étant réticents à rapporter des comportements pouvant être liés à de la négligence (Neger et Prinz, 2015).

En ce qui concerne la supervision lacunaire, si initialement le SAEP n'était pas associé à celle-ci, lorsque le sentiment anxieux est ajouté, les deux variables permettent d'expliquer l'utilisation de cette pratique éducative. Conformément à ce résultat, un SAEP élevé permettrait de prédire une plus faible présence de supervision lacunaire. Ce résultat est tout à fait attendu et cohérent avec les études recensées sur le sujet (Korja et al., 2015). Toutefois, en ce qui concerne le sentiment anxieux, les résultats obtenus semblent, encore une fois, contre-intuitifs.

Ces différents résultats doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. Le nombre de parents recrutés, quoique nombreux pour une étude associée à un programme, demeure limité d'un point de vue statistique et a pu limiter les résultats significatifs observés. Il serait intéressant de reproduire cette étude avec un échantillon plus large, afin de s'assurer de l'exactitude des conclusions. En ce sens, la signification de certains résultats ressortis comme marginalement significatifs dans la présente étude pourrait se voir bonifiée dans un plus vaste échantillon. De plus, le fait que la recherche ait été menée auprès d'un échantillon clinique peut avoir limité une certaine variabilité dans les données. Bien qu'il s'agisse d'un échantillon de parents ayant une consommation problématique, il s'agit de parents inscrits à un programme, participant à une intervention. En ce sens, les femmes sont de manière générale plus enclines que les hommes à s'inscrire dans ce genre de programme, ce qui pourrait expliquer que l'échantillon est composé à 75,9 % de femmes, ce qui est peu représentatif de la population de parents ayant une consommation problématique. En effet, bien que ceci soit représentatif des parents consommateurs participant dans des programmes d'intervention familiale (Ferland et al., 2013), cela rend difficile la généralisation des résultats à l'ensemble des parents consommateurs d'alcool ou de drogues. Subséquemment, le parent ayant une consommation problématique étant le répondant unique, un biais de désirabilité sociale est possible et cette façon de colliger les données n'a pas permis de trianguler les résultats obtenus pour éviter ce biais. Dans de futures études, l'ajout d'un second répondant ou de données qualitatives permettrait, sans doute, de limiter ce type de biais. Enfin, le devis transversal utilisé ne permet d'observer cette population ciblée que dans un instant donné, soit avant leur participation au PEHP *Cap sur la famille*. Pour de futures études, il serait intéressant d'opter pour un devis longitudinal, afin de voir l'évolution dans le temps

du SAEP, des pratiques éducatives des parents et des attitudes qu'ils présentent envers leur enfant suite à leur participation à un PEHP.

Les résultats permettent certaines recommandations pour l'intervention. L'évaluation du SAEP et des interventions visant à le favoriser devraient être mises en place. Considérant la particularité de cette clientèle, des interventions ciblant plus spécifiquement la parentalité et développées pour les parents ayant une consommation problématique pourraient permettre d'apaiser le sentiment envahissant de culpabilité et de jugement (Morissette et Venne, 2009). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales considérés probants pour améliorer les habiletés parentales et favoriser la relation parent-enfant sont sans doute à privilégier (Lundahl et al., 2006). L'utilisation d'une approche collaborative, qui vise à reconnaître l'expertise parentale du participant pourrait sans doute contribuer à améliorer le SAEP chez des parents ayant une consommation problématique (Patterson et al., 2005).

Conclusion

En somme, les facteurs qui interfèrent avec l'exercice de la parentalité chez des parents présentant une consommation problématique d'alcool ou de drogues sont encore aujourd'hui peu définis. Or, chez ces parents, si le niveau SAEP n'est pas associé à la gravité de leur consommation, il permet néanmoins de prédire certaines pratiques éducatives que sont les comportements éducatifs positifs et la discipline inconstante, et certaines attitudes parentales que sont l'hostilité/agressivité et la négligence/indifférence. Les interventions visant à la fois à augmenter leur estime et à valoriser leur rôle parental seraient, sans doute bénéfiques.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

Albanese, A. M., Russo, G. R. et Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, *45*(3), 333-363. https://doi.org/10.1111/cch.12661

Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. et Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant & Child Development*, *14*(2), 133-154. https://doi.org/10.1002/icd.385

Ardelt, M. et Eccles, J. (2001). Effects of mother's parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of family issues, 22*(8), 944-972. https://doi.org/10.1177/019251301022008001

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Barnard, M. et McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, *99*(5), 552-559. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x

Bennet, L. A. (1995). Accountability for alcoholism in American families. *Social Science & Medicine*, *40*(1), 15-25. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00123-B

Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M. et Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement: Une réadaptation qui protège les enfants? Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. M. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* (p. 69-87). Presses de l'Université du Québec.

Camirand, H. et Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*. Zoom Santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec.

Cannon, R., Lubar, J. et Baldwin, D. (2008). Self-perception and experiential schemata in the addicted brain. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, *33*(4), 223-238. https://doi.org/10.1007/s10484-008-9067-9

Carlson, B. E. (2006). Best practices in the treatment of substance-abusing women in the child welfare system. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *6*(3), 97-115. https://doi.org/10.1300/J160v06n03_08

Chaplin, T. M. et Sinha, R. (2013). *Stress and parental addiction.* Dans N. E. Suchman, M. Pajulo et L. C. Mayes (dir.), *Parenting and substance abuse: Developmental approaches to intervention* (p. 24-43). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199743100.003.0002

Coleman, P. K. et Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 49*(1), 13-24. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x

Coleman, P. K. et Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, *24*(2), 126-148. https://doi.org/10.1002/imhj.10048

Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S. et Nicholson, J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Journal of Family Psychology*, *27*(4), 618-628. https://doi.org/10.1037/a0033332

Coyer, S. M. (2001). mothers recovering from cocaine addiction: Factors affecting parenting skills. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *30*(1), 71-79. https://doi.org/10.1177/088421701129003888

Dumka, L.E., Stoerzinger, H.D., Jackson, K. M. et Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of parenting self-agency measure. *Family relations, 45*(2), 216-222. https://doi.org/10.2307/585293

Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent african american women. *Journal of Nursing Scholarship*, *33*(1), 47-52. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00047.x

Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Pelletier, G., Jacques, I. et Gagnon, V. (2013). Programme Jeunes-Parents : Intervention en dépendance dans un contexte d'intervention de protection de la jeunesse. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arseneault (dir.), *Pratiques prometteuses auprès des adultes dépendants ou à risque de le devenir* (p. 247-260). Presse de l'Université Laval.

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5e éd.). SAGE Publications ltée.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd., vol. 43). Chenelière Éducation. https://doi.org/10.7202/1042088ar

Frick, P. J. (1991). The Alabama Parenting Questionnaire [instrument non publié]. University of Alabama.

Gadermann, A. M., Guhn, M. et Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 17*(3), 1-13. https://doi.org/10.7275/n560-j767

Glatz, T., Stattin, H. et Kerr, M. (2011). Parents' reactions to youths' hyperactivity, impulsivity, and attention problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(8), 1125-1135. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9541-3

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2e éd.). Guilford press.

Hogan, D. et Higgins, L. (2001). *When parents use drugs: key findings from a study of children in the care of drug-using parents*. Children's Research Centre, Trinity College Dublin. https://www.drugsandalcohol.ie/5061/1/322-022WhenParents.pdf

Ilfeld, F. W. (1976). Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population. *Psychological Reports, 39*(3_suppl), 1215-1228. https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215

Jones, T. L. et Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, *25*(3), 341-363. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004

Junttila, N. (2012). *Social Competence and Loneliness during the School Years: Issues in Assessment, Interrelations and Intergenerational Transmission*. Lap Lambert Academic Publishing.

Junttila, N., Vauras, M. et Laakkonen, E. (2007). The role of parenting self-efficacy in childrens social and academic behavior. *European Journal of Psychology of Education*, *22*(1), 41-61. https://doi.org/10.1007/BF03173688

Kalomiris, A. E. et Kiel, E. J. (2016). Maternal anxiety and physiological reactivity as mechanisms to explain overprotective primiparous parenting behaviors. *Journal of Family Psychology*, *30*(7), 791-801. https://doi.org/10.1037/fam0000237

Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. et Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: modeling relationships with family functioning. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *33*(1), 169-181. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16

Korja, R., Piha, J., Otava, R., Lavanchy Scaiola, C., Ahlqvist-Björkroth, S., Junttila, N., Aromaa, M., Räihä, H. et Study Group, S. (2015). Parents' psychological well-being and parental self-efficacy in relation to the family's triadic interaction. *Infant Mental Health Journal*, *36*(3), 298-307. https://doi.org/10.1002/imhj.21512

Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M. et Schuengel, C. (2014). Changes in parenting self-efficacy and mood symptoms in the transition to parenthood: A bidirectional association. *Parenting*, *14*(3-4), 215-234. https://doi.org/10.1080/15295192.2014.972758

Landry, V., Laventure, M., Gemme, E., Bastien, M-F., Nadeau, C-L., Charbonneau, R., Prévost, M., Lavoie, S. et Bertrand, K. (2010). *Les rapports de recherche de l'Institut : Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement*. Centre Dollard-Cormier. http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782980966583.pdf

Laventure, M., Fafard, F., Lépine, P. et Langlois, A. (2015). *Cap sur la famille*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Université de Sherbrooke.

Lundahl, B. W., Nimer, J. et Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, *16*(3), 251-262. https://doi.org/10.1177/1049731505284391

Luthar, S. S. et Sexton, C. C. (2007). Maternal drug abuse versus maternal depression: Vulnerability and resilience among school-age and adolescent offspring. *Development and Psychopathology*, *19*(1), 205-225. https://doi.org/10.1017/S0954579407070113

Lussier, K., Laventure, M. et Bertrand, K. (2010). Parenting and maternal substance addiction: Factors affecting utilization of child protective services. *Substance Use & Misuse*, *45*(10), 1572-1588. https://doi.org/10.3109/10826081003682123

Mayer, M., Lavergne, C., Guyon, L., Gemme, E., Trocmé, N. et Girard, M. (2005). Toxicomanie parentale et négligence envers les enfants. Les révélations de l'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ). Dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (dir.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (p.71-106). Presses de l'Université Laval.

Middleton, M., Scott, S. L. et Renk, K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development*, *18*(4), 323-336. https://doi.org/10.1002/icd.598

Montigny, F. et Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(4), 387-396. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x

Morissette, P. et Venne, M. (2009). Un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives. Dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire* (p. 27-48). Éditions du CHU Sainte-Justine.

Murphy, D. A., Marelich, W. D., Armistead, L., Herbeck, D. M. et Payne, D. L. (2010). Anxiety/stress among mothers living with HIV: effects on parenting skills and child outcomes. *AIDS Care*, *22*(12), 1449-1458. https://doi.org/10.1080/09540121.2010.487085

Neger, E. N. et Prinz, R. J. (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, *39*, 71-82. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.004

Park, S. et Schepp, K. G. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(5), 1222-1231. https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7

Patterson, J., Mockford, C. et Stewart-Brown, S. (2005). Parents' perceptions of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: A qualitative study of a general practice based initiative. *Child: Care, Health and Development*, *31*(1), 53-64. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00479.x

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré. G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. *Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de la recherche, 7*. Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000006905.pdf

Préville, M., Potvin, L. et Boyer, R. (1995). The Structure of Psychological Distress. *Psychological Reports*, *77*(1), 275-293. https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.1.275

Raynor, P. A. (2013). An exploration of the factors influencing parental self-ffficacy for parents recovering from substance use disorders using the social ecological framework. *Journal of Addictions Nursing*, *24*(2), 91-99. https://doi.org/10.1097/JAN.0b013e3182922069

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Rhodes, T., Bernays, S. et Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science & Medicine, 71*(8), 1489-1497. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.028

Rohner, R. P. (2005). Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ): Test Manual. Dans R. P. Rohner et A. Khaleque (dir.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4e éd., p. 43-106). Rohner Research Publication.

Root, A. E., Hastings, P. D. et Rubin, K. H. (2016). The parenting behaviors of shy–anxious mothers: The moderating role of vagal tone. *Journal of Child and Family Studies, 25*(4), 1325-1333. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0296-2

Scaife, V. H. (2008). Maternal and paternal drug misuse and outcomes for children: Identifying risk and protective factors. *Children & society, 22*(1), 53-62. https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2007.00093.x

Sevigny, P. R. et Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development, 36*(2), 179-189. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x

Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R. et Hussong, A. M. (2012). Understanding the diverse need of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews, 5(2)*, 135-147. https://doi.org/10.2174/1874473711205020135

Shumow, L. et Lomax, R. (2002). Parental efficacy: Predictor of parenting behavior and adolescent outcomes. *Parenting, 2*(2), 127-150. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0202_03

Street, K., Whitlingum, G., Gibson, P., Cairns, P. et Ellis, M. (2008). Is adequate parenting with maternal drug use? A 5 year follow-up. *Child: Care, Health and Development, 34*(2), 204-210. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00789.x

Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues*, Québec. Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches. https://www.risqtoxico.ca

Vitaro, F., Assaad, J.-M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance: bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/enfants-de-parents-dependance_mai-2004.pdf

Zumbo, B. D., Gadermann, A. M. et Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 6*(1), 21-29. https://doi.org/10.22237/jmasm/1177992180

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Résultats de recherche

Barrières aux demandes d'aide professionnelle des conjoints de joueurs pathologiques

Francine Ferland, Ph. D., psychologue-chercheure, Service de recherche en dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale/CISSS de Chaudière-Appalaches, Centre de recherche du CISSS-CA, Hermès, Institut universitaire en dépendance,

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc., agente de planification, de programmation et de recherche-chercheure, Service de recherche en dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale/CISSS de Chaudière-Appalaches, Centre de recherche du CISSS-CA, RISQ

Geneviève Fleury, B. Psy., assistante de recherche, Service de recherche en dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale/CISSS de Chaudières-Appalaches

Émilie Godin, B. Psy., professionnelle de recherche, Service de recherche en dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale/CISSS de Chaudière-Appalaches

Alexina Périgny, B. Psy., assistante de recherche, Service de recherche en dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale/CISSS de Chaudière-Appalaches

Isabelle Giroux, Ph. D., professeure, Université Laval, GRIF-Jeu, Institut universitaire en dépendance

Correspondance
Francine Ferland
Centre de réadaptation en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale
2525, chemin de la Canardière
Québec, Québec G1J 2G3
Téléphone : 418-657-9162
Courriel : francine.ferland.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Résumé

Bien que les conjoints[1] de joueurs pathologiques vivent de nombreuses conséquences en raison du problème de jeu de hasard et d'argent (JHA) de leur proche, ils sont peu nombreux à utiliser les services d'aide pour l'entourage. L'objectif de ce projet est de documenter les barrières à la demande d'aide de ces conjoints afin d'éventuellement en diminuer le nombre et de favoriser la demande d'aide. Le projet a été mené à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de neuf conjoints de joueurs en traitement dans deux centres de réadaptation en dépendance québécois. Tous les participants (N = 2 hommes et 7 femmes) vivaient en couple avec le joueur depuis 2 à 33 ans au moment de l'entrevue (M = 13,7 ans ; $ÉT$ = 25,8) et leur âge variait de 28 à 60 ans (M = 43,8 ans ; $ÉT$ = 25,3). Les transcriptions des entrevues ont été analysées à l'aide du logiciel N'Vivo et l'analyse thématique par consensus a respecté les étapes mises de l'avant par Braun et Clarke (2006). Les conjoints de joueurs en traitement rencontrent plusieurs barrières qui freinent leur demande d'aide : les éléments reliés au contexte de la demande d'aide (ex. : impossibilité de manquer du travail), les éléments reliés aux facteurs environnementaux et sociaux (ex. : horaire des rencontres), les éléments reliés à la demande d'aide (ex. : incapacité à faire confiance) et finalement les barrières reliées aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles des conjoints (ex. : désir de respecter le joueur). Des pistes de solutions pour favoriser l'accès aux services sont présentées. Celles-ci concernent tant l'organisation des services (ex. : horaire des rencontres) que des actions pour mieux faire connaître les services aux personnes qui pourraient en bénéficier.

Mots-clés : demande d'aide, conjoint, jeu pathologique, barrière, intervention

[1] L'ensemble du texte est rédigé au masculin sauf lorsqu'il est clair que les personnes concernées sont des femmes.

Barriers to requests for professional help from spouses of pathological gamblers

Abstract

Although the spouses of pathological gamblers experience many consequences due to their partner's gambling problem, they are only few who uses family support services. The goal of this project is to document what keeps the spouses/partners from asking for support in order to possibly reduce the impact of those barriers and encourage requests for help. The project was carried out using semi-structured interviews with nine spouses of gamblers in treatment at two addiction rehabilitation centers in Quebec. All participants (N = 2 men and 7 women) were in a relationship with the gambler for 2 to 33 years at the time of the interview (M = 13.7 years; SD = 25.8) and their age varied from 28 to 60 years (M = 43.8 years; SD = 25.3). The interview transcripts were analyzed using N'Vivo software and a thematic analysis following the steps put forward by Braun and Clarke (2006) was conducted. The results indicate that the spouses of gamblers in treatment encounter several different barriers that hold back their request for help: the elements related to the context of the help request (eg.: inability to miss work), the elements related to environmental and social factors (eg: schedule of meetings), the elements related to the specific request (eg.: inability to trust) and finally, the barriers related to the attitudes, thoughts and personal characteristics of the spouses/partners (eg: desire to respect the gambler). Possible ways to favor access and limit the impact of the aforementioned barriers are presented. These concern both the organization of services (eg: meeting schedule) as well as actions to make the services better known to people who could benefit from them.

Keywords: help seeking, spouse, pathological gambling, barrier, intervention

Barreras a los pedidos de ayuda profesional de los cónyuges de jugadores patológicos

Resumen

Si bien los cónyuges de jugadores patológicos sufren numerosas consecuencias que se derivan del problema del juego de azar y de dinero del jugador, son poco numerosos en utilizar los servicios de ayuda para el entorno familiar. El objetivo de este proyecto es el de documentar las barreras que se presentan a los pedidos de ayuda de estos cónyuges con el fin de, eventualmente, disminuir su cantidad y favorecer el pedido de ayuda. El proyecto se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas con nueve cónyuges de jugadores en tratamiento en los dos centros de readaptación en dependencia quebequenses. Todos los participantes (N = 2 hombres y 7 mujeres) vivían en pareja con el jugador desde hacía entre 2 a 33 años en el momento de la entrevista (M = 13,7 años; $ÉT$ = 25,8) y su edad variaba entre 28 a 60 años (M = 43,8 años; $ÉT$ = 25,3). Las transcripciones fueron analizadas con el programa N'Vivo y el análisis temático por consenso respetó las etapas propuestas por Braun y Clarke (2006). Los cónyuges de los jugadores en tratamiento encuentran numerosas barreras que frenan su pedido de ayuda: los elementos relacionados con el contexto del pedido de ayuda (p. ej. la imposibilidad de faltar al trabajo), los elementos relacionados con los factores ambientales y sociales (p. ej. el horario de las reuniones), los elementos relacionados con la solicitud de ayuda (p. ej. la incapacidad de tener confianza) y finalmente las barreras relacionadas con las actitudes, pensamientos y características personales de los cónyuges (p. ej. el deseo de respetar al jugador). Se plantean pistas de soluciones para favorecer el acceso a los servicios. Las mismas se refieren tanto a la organización de los servicios (p. ej. el horario de los encuentros) como a las acciones destinadas a hacer conocer mejor los servicios a las personas que podrían beneficiarse con los mismos.

Palabras clave: solicitud de ayuda, cónyuge, juego patológico, barrera, intervención

Introduction

Le jeu pathologique a des impacts importants sur le joueur de même que sur l'ensemble des membres de son entourage (ME) (Dickson-Swift et al., 2005 ; Ferland et al., 2016 ; Kourgiantakis et al., 2013). Il est actuellement estimé que jusqu'à 17 personnes vivant dans l'entourage d'un joueur peuvent être affectées par les habitudes de jeu de hasard et d'argent (JHA) de ce dernier (Ferland et al., 2016 ; Lesieur, 1984 ; Productivity Commission, 1999). Ce sont toutefois les conjoints et les enfants des joueurs qui sont les plus affectés par les habitudes de jeu de celui-ci (Dickson-Swift et al., 2005 ; Ferland et al., 2016 ; Kourgiantakis et al., 2013). Leur grande proximité avec les joueurs les mettent particulièrement à risque de subir de multiples conséquences importantes dans plusieurs sphères de leur vie entraînant conséquemment des effets délétères sur la santé des familles (Dickson-Swift et al., 2005 ; Ferland et al., 2021 ; Holdsworth et al., 2013 ; Kalischuck et al., 2006 ; Kourgiantakis et al., 2013 ; Riley et al., 2018).

Les problèmes financiers associés à la participation aux JHA sont souvent à l'origine de l'ensemble de ces conséquences (Abbott, 2001 ; Gaudia, 1987 ; Lorenz et Shuttlesworth, 1983), car ils créent un grand stress sur la relation conjugale et sur la santé psychologique et physique du conjoint (Ferland et al., 2016 ; Hodgins et al., 2007 ; Petry et al., 2005). La détérioration de la relation avec le joueur, un sentiment d'échec conjugal, le sentiment d'être abandonné par le joueur, la perte de confiance envers ce dernier de même que les menaces de divorce sont également souvent mentionnées par les conjoints comme étant des conséquences du problème de JHA (Dickson-Swift et al., 2005 ; Ferland et al., 2016 ; Hing et al., 2013 ; Lorenz et Shuttlesworth, 1983 ; Lorenz et Yaffee, 1986). De plus, plusieurs conjoints vivent un grand sentiment d'isolement (Crisp et al., 2001 ; Ferland et al., 2016 ; Gaudia, 1987 ; Hing et al., 2013 ; Lorenz et Shuttlesworth, 1983 ; Mathews et Volberg, 2013) soit en raison des problèmes financiers qui les obligent à réduire leurs activités soit parce qu'ils ont honte du problème de JHA (Ferland et al., 2016). L'ensemble des conséquences vécues par le conjoint amène également son lot de difficultés sur la santé physique (problème de sommeil, maux de tête, etc.) (Crisp et al, 2001 ; Ferland et al., 2016) et sur la santé mentale (ex. : stress, dépression, colère, etc.) (Ferland et al., 2016 ; Lorenz et Shuttlesworth, 1983 ; Lorenz et Yaffee, 1988). Selon l'équipe de Dowling (2014), la détresse émotionnelle, la détérioration significative de la relation avec le joueur de même que les conséquences sur la vie sociale et sur les finances sont les conséquences qui affectent le plus les conjoints des joueurs pathologiques.

Malgré la diversité et l'ampleur des conséquences auxquelles ils ont à faire face, les conjoints des joueurs pathologiques demeurent peu enclins à demander de l'aide professionnelle pour améliorer leur bien-être personnel. Un rapport publié en 2007 par la Fédération québécoise des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (cité dans Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2011) indique que les ME représentent 9,0 % de l'ensemble des personnes qui consultent annuellement dans les centres de réadaptation en dépendance de la province de Québec. Plus récemment et plus spécifiquement pour les

jeux de hasard et d'argent (JHA), le rapport annuel 2018-2019 de l'organisme Jeu : Aide et Référence (ligne téléphonique d'aide spécialisée en JHA disponible 24/7 sans frais à la grandeur du Québec) indique que 8,0 % des appels reçus à la ligne téléphonique proviennent de ME. Malheureusement, dans les deux cas, les données disponibles ne permettent pas de préciser qui sont les ME qui font appel aux services ni quels sont les motifs de leur demande d'aide. Malgré ceci, ces données laissent croire que les ME consultent peu dans les services d'aide.

Alors que quelques études s'intéressent à identifier les éléments pouvant expliquer pourquoi les joueurs pathologiques sont peu nombreux à consulter (Bellringer et al., 2008 ; Boughton et Brewster, 2002 ; Bulcke, 2007 ; Clarke, 2007 ; Clarke et al., 2007 ; Gainsbury et al., 2014 ; Hing et al., 2011 ; Kaufman et al., 2017 ; Pulford et al., 2009 ; Suurvali et al., 2009), à notre connaissance aucune ne s'intéresse à documenter spécifiquement les réticences ou les barrières à la demande d'aide professionnelle des conjoints de joueurs.

C'est ce qu'entend faire ce projet en documentant les éléments qui amènent les conjoints de joueurs pathologiques à ne pas demander d'aide professionnelle pour eux-mêmes lorsqu'ils en ont besoin. Mieux connaître ces barrières permettra d'en réduire le nombre et l'importance et ainsi influencer positivement le bien-être des conjoints de joueurs en faisant en sorte qu'ils soient plus enclins à demander de l'aide.

Chez les joueurs pathologiques, les barrières au traitement les plus souvent répertoriées sont principalement en lien avec le service d'aide lui-même et avec l'organisation de vie du joueur. Pensons ici à l'accessibilité des services (Gainsbury et al., 2014), à la difficulté de se rendre au lieu d'intervention (Gainsbury et al., 2014 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000), au manque de temps (Boughton et Brewster, 2002 ; Gainsbury et al., 2014), aux difficultés de conciliation travail/famille (Boughton et Brewster, 2002 ; Gainsbury et al., 2014) et à la méconnaissance des services offerts (Bulcke, 2007 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000). D'autres barrières plus en lien avec le problème de jeu sont également identifiées soit : la honte et la peur de la stigmatisation (Boughton et Brewster, 2002 ; Bulcke, 2007 ; Clarke, 2007 ; Gainsbury et al., 2014 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000), le déni ou la minimisation du problème (Bulke, 2007 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000) de même que la croyance et le désir de pouvoir s'en sortir sans aide (Boughton et Brewster, 2002 ; Bulcke, 2007 ; Clarke et al., 2007 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000 ; Suurvali et al., 2012).

D'autres études menées auprès de conjoints de personnes ayant un problème de dépendance aux substances peuvent elles aussi donner des pistes de réflexion sur les barrières rencontrées par les conjoints de personnes dépendantes en général. Ces études indiquent entre autres que ceux-ci ne consultent pas un professionnel pour eux-mêmes, car ils ne connaissent pas les services d'aide disponibles (Peled et Sacks, 2008), ils sont gênés d'avoir besoin d'aide, préfèrent se concentrer sur la personne qui a le problème et ne se sentent pas à leur place dans un groupe d'intervention (Wilson et al., 2017).

Comme mentionné précédemment, aucune étude n'a spécifiquement documenté les barrières rencontrées par les conjoints de joueurs pathologiques. Toutefois, bien que non spécifique à cette problématique, cette étude menée par l'équipe de Ferland (2016) auprès de 50 membres de l'entourage des joueurs, dont 25 conjoints, laisse croire que ces derniers ne connaissent pas les services auxquels ils pourraient recourir, qu'ils n'ont pas le réflexe de consulter et qu'ils croient que leurs problèmes seront réglés si le joueur cesse de jouer.

Bien qu'il soit possible que les barrières à la demande d'aide répertoriées auprès des conjoints de personnes dépendantes et des joueurs pathologiques puissent s'appliquer aux conjoints de ces derniers, il demeure important de s'en assurer afin d'intervenir sur les bons éléments et de favoriser leur demande d'aide professionnelle lorsqu'ils en ont besoin. Le motif de la demande d'aide professionnelle des conjoints de joueurs pourrait amener des barrières différentes, puisque ceux-ci subissent les conséquences d'un problème sur lequel ils ont peu, voire pas, de pouvoir direct d'agir. Cette étude exploratoire, menée à l'aide d'un devis qualitatif, a pour but d'identifier les barrières auxquelles font face les conjoints de joueurs pathologiques lorsque vient le moment de demander de l'aide pour eux-mêmes auprès de professionnels.

Méthode

Participants

Afin de pouvoir être sollicités pour participer au projet, les conjoints devaient être âgés de 18 ans et plus et être en couple depuis au moins 12 mois avec un joueur pathologique en traitement dans un des deux centres publics de réadaptation en dépendance (CPRD) ciblés (un en milieu urbain et un en milieu semi-urbain). Le besoin ou l'absence de besoin d'aide des conjoints n'a pas été utilisé comme critère de sélection. Un échantillon de convenance composé de 12 conjoints de joueurs pathologiques en traitement répondant aux critères de participation a accepté d'être contacté pour participer au projet. Deux d'entre eux n'ont pu être rejoints par l'équipe de recherche, car leurs numéros de téléphone n'étaient plus en service et un troisième a été exclu parce qu'il n'était plus en couple avec le joueur pathologique au moment du rendez-vous.

Ainsi deux hommes et sept femmes ont été rencontrés entre le 4 décembre 2017 et le 2 octobre 2018 afin d'identifier les barrières à la demande d'aide professionnelle auxquelles ils faisaient face. Au moment de la rencontre, ils étaient âgés de 28 à 60 ans et avaient en moyenne 43,8 ans ($ÉT$ = 25,3 ans). Deux d'entre eux étaient mariés avec le joueur pathologique alors que les sept autres étaient conjoints de fait ; tous demeuraient avec le joueur au moment de l'entrevue. La durée de leur relation avec le joueur variait de deux à 33 ans (M = 13,7 ans ; $ÉT$ = 25,8 ans). Il est à noter qu'aucun des conjoints rencontrés ne recevait de l'aide professionnelle au moment de participer au projet. De plus, bien qu'un groupe d'une

quinzaine de participants était envisagé au départ, des difficultés de recrutement ont amené l'arrêt de celui-ci.

Matériel

Questionnaire sociodémographique : Celui-ci permettait de dresser un bref portrait des participants. Il ciblait entre autres : l'âge, le sexe, la durée de la relation avec le joueur et l'état civil du participant.

Canevas d'entrevue : Il a été créé par l'équipe de recherche (composée de trois chercheurs) afin de répondre aux objectifs du présent projet et se basait sur les résultats parcellaires obtenus par Ferland et ses collaborateurs (2016) dans un projet ciblant les impacts des habitudes de JHA vécus par les ME de joueurs. Le canevas d'entrevue utilisait un format d'entrevue semi-structurée qui permettait d'aborder des thèmes spécifiques tout en laissant la possibilité au participant d'aborder des thèmes de son choix. Il était composé de questions ouvertes et abordait les thèmes suivants : l'identification et la perception du besoin d'aide, les attitudes envers l'aide, les expériences antérieures d'utilisation des services d'aide, les conséquences vécues en raison du problème de jeu et la connaissance des services d'aide pour les conjoints de joueurs pathologiques. Deux versions du canevas ont été utilisées soit une version pour les conjoints ayant déjà reçu de l'aide et une autre pour ceux n'en ayant jamais reçu.

Procédure

Le recrutement des participants a été fait par les intervenants en jeu pathologique de deux CPRD. Lors de leurs rencontres d'intervention auprès des joueurs vivant en couple, les intervenants présentaient brièvement le projet et vérifiaient si le joueur était intéressé à ce que son conjoint puisse y participer. Le cas échéant, l'intervenant remettait au joueur un formulaire d'autorisation à être contacté qu'il devait faire remplir par son conjoint et rapporter lors de sa prochaine rencontre. L'intervenant avait également comme tâche d'acheminer ce formulaire à l'équipe de recherche qui se chargeait par la suite de téléphoner au conjoint pour lui expliquer en détail le projet, vérifier son intérêt à participer et fixer un rendez-vous pour procéder à l'entrevue individuelle en face à face. Celle-ci avait lieu dans les locaux des CPRD ou encore à l'université selon ce qui convenait le mieux au participant.

Les entrevues ont été menées par trois étudiants au baccalauréat en psychologie préalablement formés pour mener ce type d'entrevue. Elles étaient d'une durée d'environ une heure et débutaient par la lecture et la signature du formulaire de consentement. L'entrevue semi-structurée avait ensuite lieu. Une fois celle-ci terminée, le participant recevait une liste de ressources d'aide pour les conjoints de joueurs pathologiques de même qu'une compensation financière de 50 $ (chèque-cadeau). Toutes les entrevues ont été enregistrées sous format audionumérique, retranscrites sous forme de verbatim puis importées dans le

logiciel N'Vivo afin d'être analysées. La transcription des entrevues a été faite par les étudiants au fur et à mesure que les entrevues avaient lieu.

Approbation éthique

Le projet a été soumis et approuvé selon le processus multicentrique mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MP-23-2018-491).

Analyses

La méthode de thématisation en continu a été utilisée pour l'analyse qualitative. Celle-ci permet d'obtenir une liste complète des thèmes présents (Mayer et al., 2000 ; Paillé et Mucchielli, 2003). Elle a été faite en collaboration par les chercheurs et les étudiants en respectant les six étapes mises de l'avant par Braun et Clarke (2006) pour faire une analyse thématique soit : 1) familiarisation avec les données par l'intermédiaire de la lecture et de la relecture des entrevues ; 2) premier encodage des caractéristiques intéressantes ; 3) attribution de noms de thèmes aux regroupements de codes ; 4) raffinement des thèmes via une relecture des extraits sélectionnés pour chaque thème et mise en relation de ceux-ci avec l'ensemble des données ; 5) raffinement des thèmes pour en réduire le nombre tout en conservant la signification et 6) production du rapport d'analyse. Les étudiants ont participé à toutes les étapes de l'analyse sauf la dernière. Quant à lui, le chercheur principal était présent à toutes les étapes d'analyse. Il s'est adjoint un second chercheur pour l'étape de raffinement des thèmes et un troisième pour la production du rapport d'analyse.

Il est à noter que les étudiants impliqués dans le projet ont reçu une formation de base à l'utilisation du logiciel N'Vivo de même qu'à l'analyse thématique avant de débuter le processus d'analyse en compagnie du chercheur principal. L'ensemble du processus d'analyse a débuté après avoir complété quatre rencontres avec des participants. De plus, l'ensemble des étapes de l'analyse thématique a été fait par consensus entre trois codeurs, dont un chercheur.

Résultats

L'analyse thématique a permis de dégager quatre grandes catégories de barrières rencontrées par les conjoints de joueurs pathologiques soit : les barrières reliées à la demande d'aide elle-même, les barrières reliées au contexte de la demande d'aide, les barrières reliées aux facteurs environnementaux et sociaux et les barrières propres aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles du conjoint. Il est à noter que des noms fictifs sont utilisés pour identifier les extraits.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Barrières reliées à la demande d'aide elle-même

Ce type de barrière concerne la démarche à accomplir pour faire une demande d'aide. Afin de faire celle-ci, les personnes concernées doivent reconnaître leur besoin d'aide. Bien que les conjoints rencontrés n'indiquent pas tous avoir besoin d'aide, ils mentionnent tout de même certains motifs pour expliquer pourquoi ils n'ont pas fait une telle démarche. Ainsi, certains conjoints indiquent clairement ne pas avoir demandé d'aide pour eux-mêmes parce que ce n'est pas eux qui ont le problème. D'autres mentionnent être craintifs, car ils n'ont jamais demandé de l'aide ou encore indiquent qu'ils ne sont pas capables de faire confiance.

> *Puis je vais être bien honnête, j'ai même pas pensé aller en chercher [de l'aide]. Parce que j'ai dit : "Moi j'en ai pas de problème, c'est lui qui l'a le problème". (Marie)*

De plus, connaître les noms des organismes offrant des services aux ME n'est pas garant d'une amorce de démarche. En effet, plusieurs indiquent avoir de la difficulté à trouver une description du type d'aide donné et affirment que la marche à suivre pour avoir accès aux services demeure difficile à comprendre.

> *Il manque peut-être quelque chose de plus simple là. De t'sais, problème de jeu : 'oui, t'as ça, ça, ça'. C'est niaiseux, mais on dirait que t'es là puis tu cherches c'est quoi qu'ils donnent comme aide, tu sais pas trop. (Line)*

Barrières reliées au contexte de la demande d'aide

Le contexte de la demande d'aide est également porteur de barrières pour les conjoints de joueurs pathologiques. L'aspect monétaire entourant l'aide peut être un frein important au moment de consulter pour eux-mêmes. À cet effet, certains conjoints mentionnent qu'ils n'ont pas les moyens financiers de consulter dans des ressources privées alors que d'autres disent ne pas pouvoir se permettre de perdre une journée ou une demi-journée de travail pour consulter.

> *Eh c'est sûr que quand on a à débourser de l'argent, on est moins porté à l'faire, parce qu'on a tellement un problème d'argent. Fait que si t'as à manquer une journée pour aller chercher d'l'aide ou bien t'occuper de ça, tu le feras pas. (Marcel)*

La présence de jeunes enfants semble également représenter une barrière pour certains conjoints qui ont peu de ressources pour leur venir en aide. Dans ces circonstances il est possible que le conjoint se concentre sur le bien-être de sa famille et attende que le joueur fasse une demande pour lui-même. C'est l'attitude qu'a adopté Sylvie envers le problème de jeu de son conjoint.

> *Pis là bin être deux à avoir plein de rendez-vous… Avec des jeunes enfants c't'un casse-tête là. Fait que j'ai comme privilégié que lui s'prenne en main, qui prenne ses rendez-vous. Pis moi bin j'm'occupe des enfants pendant c'temps-là. (Sylvie)*

Les expériences antérieures de demande d'aide (professionnelle ou non) teintent également le jugement des conjoints au moment d'amorcer une nouvelle démarche. En effet, des expériences positives au cours desquelles le conjoint a retiré un bénéfice de l'intervention favorisent l'amorce d'une nouvelle démarche alors que des expériences qui laissent un goût amer envers l'intervention contribuent à freiner les nouvelles demandes d'aide. Mireille explique ici comment une absence de réponse de la part du service d'aide qu'elle a contacté a freiné sa volonté de recevoir de l'aide.

> *Moi, je me concentre vraiment sur mon travail, sauf que t'appelles une fois pis là, ça rappelle pas, pis là ben [Nom du conjoint], il dit : "Bien, rappelle! T'sais si tu veux vraiment de l'aide." Oui, sauf que là t'sais, oui, rappelle, rappelle, pis là, encore rien. Ça fait qu'un moment donné, je suis pus à l'aise … T'sais la fille qui laisse toujours des messages sur le répondeur… Je suis super ouverte et tout ça, mais t'sais ça fait un peu désespérée. (Mireille)*

Barrières reliées aux facteurs environnementaux et sociaux

Alors que les conjoints ont peu parlé de ce type de barrière, celui-ci semble tout de même avoir une influence importante sur leur désir de faire une demande d'aide. En effet, la rapidité d'accès à la ressource d'aide, l'horaire des rencontres et la distance à parcourir pour se rendre à la ressource d'aide sont tous trois des éléments qui viennent freiner la démarche des conjoints de joueurs.

> *L'aide est pas souvent accessible rapidement ni facilement. Parce qu'on voit ça comme une montagne. Si c'est trop compliqué, trop long, fastidieux, on va plutôt l'oublier pis mettre ça d'côté à place d'agir tout de suite. (Marcel)*

Il est de plus à noter que la connaissance du problème de JHA de la part de l'entourage de même que l'ouverture du joueur à parler de son problème avec son conjoint favorisent l'absence de demande d'aide puisque le conjoint a alors accès au soutien de ses proches. Ici, Josée raconte comment l'ouverture de son conjoint-joueur à parler de son problème de JHA et à travailler sur celui-ci l'a amené à ne pas demander d'aide pour elle-même.

> *T'sais mon chum depuis qu'y'a confessé ça, y'a été aussi en plan solution. T'sais y'a tout avoué. Y'était très d'accord à ce que j'en parle à mes parents. J'suis très près de mes parents. Fait que y'était super d'accord à ce que je leur dise tout, tout, tout. Y m'a jamais mis d'barrières. Pis y'a toujours travaillé sur lui depuis c'temps-là. Y'était très compréhensif, très accompagnant à travers ma détresse. (Josée)*

Barrières propres aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles du conjoint

Certaines attitudes, pensées et caractéristiques personnelles des conjoints les placent dans une situation où il leur est très difficile de faire une demande d'aide. Souvent en lien avec

leur attitude envers le problème de JHA lui-même, envers le besoin de demander de l'aide ou envers le joueur, ces barrières peuvent être difficiles à contourner. Ainsi, des conjoints mentionnent ne pas demander de l'aide afin de respecter le joueur ou encore pour ne pas intervenir dans le problème du joueur. Ceci est principalement présent lorsque le jeu est vu comme salutaire par le joueur.

> *De peur de perdre ma femme. Parce qu'elle me l'a dit à plusieurs reprises : « Enlève-moi pas c'qui m'fait du bien. T'sais acharne toi pas là-dessus ou… » T'sais le message était clair. Donc j'insistais pas. J'pensais pas aller chercher d'l'aide parce que si j'allais chercher d'l'aide, c'était la contrarier, la persécuter. Parce que j'aurais insisté là-dessus. Fait que c'est pour ça qu'j'ai pas été en chercher de l'aide. (Marcel)*

La manière dont les conjoints se représentent une rencontre d'intervention vient également freiner leur demande d'aide. En effet, plusieurs font allusion au fait que parler ne réglera pas le problème de JHA alors que d'autres ont peur de ne pas être capables de parler du problème, car ils sont trop pris par les émotions.

> *Comment tu peux prendre ton argent que t'as travaillé si fort, pour la gaspiller. T'sais je comprends rien là-dedans. Puis t'sais je me dis je pense pas que ça me donne quelque chose d'aller parler de ça, je veux dire… Non, je pense que… Non. (Marie)*

La peur de paraître vulnérable incite également certains conjoints à renoncer à demander de l'aide pour eux-mêmes.

> *Demander de l'aide, c'est être vulnérable. C'est être en position de victime. Puis j'ai pas l'droit. Je veux pas être une victime parce que les victimes m'énervent dans la vie. Fait que t'sais, je veux surtout pas être ça. (Nicole)*

Enfin, certains conjoints font preuve d'une forme de pensée magique qui les amène à croire que l'aide se présentera d'elle-même lorsque le temps sera venu.

> *C'est niaiseux, mais je pense qu'autant dans le jeu que n'importe où, un moment donné, il y a quelque chose qui arrive qui fait que tu t'en vas là puis t'as l'opportunité de parler à quelqu'un. (Marie)*

Discussion

Le but du présent projet était d'identifier les barrières auxquelles font face les conjoints de joueurs pathologiques quand ils désirent demander de l'aide pour eux-mêmes auprès de professionnels, car il y a peu, voire aucune, littérature qui s'intéresse actuellement à cette problématique. Les rencontres menées auprès de neuf conjoints de joueurs pathologiques en traitement indiquent que ceux-ci rencontrent effectivement plusieurs barrières lorsqu'ils décident de demander de l'aide. Ces barrières peuvent être regroupées en quatre grandes

catégories soit les barrières reliées à la demande d'aide elle-même, les barrières reliées au contexte de la demande d'aide, les barrières reliées aux facteurs environnementaux et sociaux et les barrières propres aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles du conjoint.

Les différentes catégories de barrières mentionnées par les conjoints de joueurs en traitement ne sont pas spécifiques aux conjoints de joueurs et peuvent être partagées par plusieurs clientèles tant en dépendance qu'en santé mentale. Toutefois une analyse plus fine des barrières incluses dans ces différentes catégories permet de mettre en lumière les barrières propres aux conjoints de personnes dépendantes (joueurs et substances) et celles plus spécifiques aux JHA.

Ainsi, la méconnaissance des services d'aide est une barrière présente tant pour les conjoints de joueurs pathologiques rencontrés pour cette étude que pour les joueurs pathologiques (Bulcke, 2007 ; Hodgins et el-Guebaly, 2000) et les conjoints de personnes dépendantes (Peled et Sacks, 2008 ; Wilson et al., 2017). Toutefois chez les conjoints de joueurs, il semble que la barrière de la méconnaissance des services va bien au-delà de celle-ci et s'exprime également par une difficulté concernant la manière de faire la demande. Ainsi, même lorsque les conjoints de joueurs connaissent le service d'aide, certains freinent leur demande, car ils ne savent pas comment procéder pour faire celle-ci. Chez les personnes présentant un problème de consommation, c'est plutôt la lourdeur et la complexité du processus d'accueil et d'évaluation qui nuit à l'accès au traitement (Ford et al., 2007). Pour l'équipe de Ford (2007) la lourdeur du processus concerne les différentes étapes d'évaluation à franchir avant d'être dans l'intervention à proprement parlé. Ainsi, même si les conjoints de joueurs semblent davantage parler du « comment faire » une demande d'aide, il n'en demeure pas moins que la proposition de l'équipe de Ford (2007), d'avoir toujours quelqu'un de disponible pour répondre aux questions des personnes qui téléphonent pourrait permettre de démystifier la marche à suivre.

Toujours dans cette catégorie de barrière, le désir de se concentrer sur la personne qui a le problème plutôt que sur soi-même se retrouve tant auprès de notre échantillon de conjoints de joueurs qu'auprès de conjoints de personnes dépendantes aux substances (Wilson et al., 2017). Alors qu'il n'est pas possible de déterminer hors de tout doute que ce résultat est davantage imputable au sexe des conjoints (l'échantillon étant composé principalement de femmes) qu'à la problématique elle-même, il est tout de même important de garder en tête cette barrière afin de sensibiliser les différents services d'aide professionnelle et non-professionnelle à cette réalité s'ils désirent mettre en valeur leurs services.

Par ailleurs, l'aspect financier est sans nul doute la barrière reliée au contexte de la demande d'aide qui touche le plus directement les conjoints de joueurs, et ce, bien qu'il soit également possible de la retrouver chez d'autres clientèles. En effet, les problèmes financiers engendrés par la participation aux JHA placent souvent le conjoint dans une situation financière précaire qui l'amène à devoir économiser pour voir aux dépenses quotidiennes du foyer (Ferland et al., 2016). Dans ces circonstances il n'est sans doute pas étonnant que certains

conjoints renoncent à recevoir de l'aide pour eux-mêmes et que cette aide puisse être perçue comme une dépense évitable par le couple ou la famille. Ainsi même si les services publics d'intervention en dépendance sont gratuits au Québec, les coûts indirects associés à la présence aux rencontres d'intervention (transport, stationnement, absence du travail, gardiennage) peuvent eux aussi être considérés comme trop dispendieux par les conjoints de joueurs. Offrir des horaires de rencontres adaptés aux horaires des jeunes familles, la possibilité d'offrir un service de garderie sur le lieu d'intervention, la possibilité de faire des rencontres téléphoniques ou via le web sont des éléments qui pourraient contribuer à faciliter la fréquentation des services d'aide pour les conjoints de joueurs.

Toujours dans les barrières reliées au contexte de la demande d'aide, les expériences antérieures d'intervention ou de demande d'aide (professionnelle ou non) ont un impact sur les futures demandes d'aide des conjoints de joueurs. Ceci est également observé dans le domaine de l'intervention en santé mentale et en dépendance où la perception des expériences passées peut grandement influencer la présence de démarches futures. Ainsi, une expérience jugée négative pourra amener certaines personnes à refuser de faire une nouvelle demande d'aide alors qu'une expérience jugée positive pourra favoriser une demande d'aide (Aalhus et al., 2017 ; Rapp et al., 2006 ; Rickwood et al., 2005).

Toutefois, même si les attentes qu'entretient une personne envers l'intervention peuvent teinter sa perception du service reçu, pour les conjoints de joueurs c'est le contact téléphonique avant même le début de l'intervention qui semble influencer leurs décisions futures. Ceci semble aller dans le même sens que les résultats de l'équipe de Ford (2007) qui indiquaient que la qualité de l'accueil favorise l'accès à l'intervention des personnes dépendantes aux substances. Cet accueil peut se faire tant par téléphone qu'en personne à l'arrivée d'une personne dans un service d'aide. Ainsi, encore une fois, la proposition de l'équipe de Ford (2007), d'avoir toujours quelqu'un de disponible pour répondre aux questions des personnes qui téléphonent plutôt qu'un répondeur pourrait rendre l'expérience de demande d'aide plus positive.

La catégorie des barrières liées aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles des conjoints est celle qui semble le plus se démarquer. La volonté de respecter les choix du joueur, de ne pas intervenir dans le problème de ce dernier et la présence d'une pensée magique de la part des conjoints de joueurs expliquent l'absence d'une demande d'aide professionnelle de leur part. Alors que les études consultées ne font pas mention d'une telle forme de pensée magique chez les conjoints de personnes dépendantes ni chez les joueurs pathologiques eux-mêmes, certaines des personnes rencontrées pour ce projet expriment clairement attendre qu'une forme d'aide se présente à elles plutôt que de solliciter celle-ci. Cette pensée magique couplée à une perception que le problème de JHA est le seul problème dont on doit s'occuper (barrière reliée à la demande d'aide) peut placer les conjoints de joueurs dans une situation d'inertie face à une demande d'aide professionnelle qui pourrait sans doute leur être utile. Il est toutefois difficile de confirmer ce fait ou de comparer

cette hypothèse avec un phénomène semblable qui pourrait être vécu par des conjoints aux prises avec d'autres problématiques, car la littérature sur le sujet est quasi inexistante.

Dans ce projet, la présence d'un réseau social ou d'un conjoint joueur supportant est considérée comme étant une barrière à la demande d'aide professionnelle. Il est important de noter que nous avons tenu compte uniquement de l'aide professionnelle et que c'est seulement pour cette raison que la présence d'un réseau soutenant est perçue comme une barrière ici. Malgré ceci, il nous apparaît évident que la présence d'un réseau supportant serait suffisant pour permettre à plusieurs personnes de passer à travers les différents obstacles de leur vie. De plus, bien que non investigué ici, il est possible de croire qu'un tel réseau pourrait favoriser la demande d'aide professionnelle si celle-ci devenait éventuellement nécessaire pour le conjoint.

Forces et limites

La principale force de cette étude est d'avoir utilisé des entrevues semi-structurées pour colliger les informations auprès des conjoints de joueurs pathologiques. L'utilisation de telles entrevues a permis de mieux comprendre le vécu de ces derniers et de mettre en contexte les barrières qu'ils rencontrent quand ils ressentent le besoin de demander de l'aide professionnelle pour eux-mêmes. L'utilisation d'un tel protocole explique sans doute pourquoi des barrières rarement mentionnées dans d'autres études sur le même sujet ont été soulevées par les conjoints de joueurs pathologiques rencontrés. Bien que celles-ci puissent être observées chez plusieurs clientèles, à notre connaissance, la présente étude est la première à détailler ces barrières spécifiques. Une autre force de cette étude est d'avoir réparti l'ensemble des barrières en quatre grandes catégories plutôt que de conserver la répartition intrinsèque/extrinsèque ou interne/externe souvent observée (Bellringer et al., 2008 ; Clarke, 2007 ; Clarke et al., 2007 ; Gainsbury et al. 2013 ; Kaufman et al., 2017 ; Rasmussen et al., 2018). Cette répartition en plusieurs catégories amène une compréhension plus large des barrières et permet de mieux identifier les éléments sur lesquels il est possible d'agir pour en diminuer l'impact. Une autre force de ce projet concerne la présence d'hommes et de femmes parmi les conjoints rencontrés. En effet, ceci a permis de donner la parole à des hommes en relation avec des joueuses pathologiques ce qui arrive rarement dans les études portant sur les JHA. Toutefois, le petit nombre d'hommes rencontré demeure une limite puisqu'il ne permet pas de distinguer les barrières selon le sexe du conjoint. Il est également à noter que la petite taille de l'échantillon et l'absence de saturation empirique limitent la portée des résultats de ce projet. Il pourrait donc être opportun de répéter cette étude avec un plus grand échantillon tout en assurant la saturation empirique afin d'avoir un plus large éventail d'expériences de conjoints de joueurs pathologiques. Une autre limite de ce projet reliée au petit nombre de participant est de ne pas avoir été en mesure de distinguer les barrières selon que les conjoints aient mentionnés avoir ou non besoin d'aide professionnelle. Finalement, les critères de sélection retenus représentent également une limite bien qu'ils aient permis d'avoir un échantillon homogène. En effet comme le besoin d'aide n'a pas été pris en compte

dans le recrutement, il est possible que certains des conjoints rencontrés n'éprouvent pas le besoin de consulter un professionnel pour eux-mêmes. Conséquemment, les barrières que ces conjoints ont pu mentionner pourraient être plus reliées à leur absence de besoin d'aide qu'à des entraves dans leur démarche de demande d'aide. Toutefois, comme encore peu d'études se sont attardées aux barrières rencontrées par les conjoints de joueurs pathologiques, la présente étude est un point de départ des plus pertinents pour favoriser l'entrée en service des conjoints de joueurs et parallèlement améliorer leur mieux-être.

Conclusion

Ce projet a permis d'identifier quatre types de barrières rencontrées par les conjoints de joueurs pathologiques soit les barrières reliées à la demande d'aide elle-même, les barrières reliées au contexte de la demande d'aide, les barrières reliées aux facteurs environnementaux et sociaux et les barrières propres aux attitudes, pensées et caractéristiques personnelles du conjoint. Bien que ces grandes catégories de barrières puissent être rencontrées par d'autres populations que les conjoints de joueurs, certaines des barrières incluses dans ces grandes catégories sont plus spécifiques à cette population. Ainsi, les coûts directs et indirects associés aux services d'aide peuvent avoir un impact sur la présence ou non d'une demande d'aide de leur part. Il en est de même de la volonté de respecter les choix du joueur de ne pas intervenir dans son problème et la présence d'une pensée magique qui amène certains conjoints à attendre que l'aide se présente d'elle-même.

Une fois identifiées les barrières auxquelles font face les conjoints de joueurs pathologiques au moment de demander de l'aide professionnelle pour eux-mêmes, il est important de s'interroger sur la manière de contrer ou de réduire l'impact de celles-ci. Certaines barrières ne peuvent être contrées que par les dispensateurs de soins (ex. : réduction des coûts indirects, expériences d'aide positive, etc.) alors que d'autres requièrent un changement dans les attitudes des conjoints (ex. : c'est le joueur qui a le problème, demander de l'aide est associé à de la faiblesse, etc.). Ces changements d'attitudes peuvent être facilités par des campagnes médiatiques à plus large échelle, par le discours des intervenants travaillant auprès des joueurs qui peuvent souligner l'importance pour les conjoints de consulter ou encore par une inclusion des conjoints dans le processus d'intervention des joueurs.

Tous les mécanismes pouvant être mis en place pour faciliter les demandes d'aide professionnelle des conjoints de joueurs pathologiques peuvent également contribuer à réduire les barrières pour l'ensemble des personnes fréquentant les services d'aide aux personnes dépendantes. Il demeure toutefois nécessaire de poursuivre le travail auprès des conjoints de joueurs de même qu'auprès de l'ensemble de leurs ME afin de s'assurer que ces derniers aient accès à des services professionnels qui les aideront à améliorer leur qualité de vie.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 19, nº 1-2, décembre 2021

Références

Aalhus, J., Brezovski, T., Carten, R., Einarsson, T., Millar, J., Anhorn, M., Heineman, L., et Rennie, M. (2017). *Vancouver mental health and addiction systems barrier report – 2016-2017*. Canadian Mental Health Association Vancouver-Fraser. https://vancouver-fraser.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2017/01/Final-Report-Ready-to-Print.pdf

Abbott, M. W. (2001). *Problem and non-problem gambling in New Zealand: A report on phase two of the 1999 national prevalence survey*. The Department of Internal Affairs. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.617.3560&rep=rep1&type=pdf

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2011). *Les services à l'entourage des personnes dépendantes : Guide de pratique et offre de services de base.*

Bellringer, M., Pulford, J., Abbott, M., DeSouza, R. et Clarke, D. (2008). *Problem gambling – Barriers to help seeking behaviours*. Auckland University Technology. https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/barriers-help-seeking-behaviours.pdf

Boughton, R. et Brewster, J. (2002). *Voices of women who gamble in Ontario: A survey of women's gambling, barriers to treatment, and treatment service needs*. Rapport soumis au Ministry of health and Long-term Care, Problem Gambling Unit, Addictions Programs.

Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bulcke, G. M. (2007). *Identifying barriers to treatment among women gamblers* (thèse de doctorat, University de Pittsburgh). D-Scholarship. http://d-scholarship.pitt.edu/10251/

Clarke, D. (2007). Intrinsic and extrinsic barriers to health care: Implications for problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction, 5*(4), 279–29. https://doi.org/10.1007/s11469-007-9089-1

Clarke, D., Abbott, M., DeSuza, R. et Bellringer, M. (2007). An overview of help seeking by problem gamblers and their families including barriers to and relevance of services. *International Journal of Mental Health Addiction, 5*, 292-306. https://doi.org/10.1007/s11469-007-9063-y

Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C. et Thomason, N. (2001). Partners of problem gamblers who present for counselling: Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies, 7*(2), 208-216.

Dickson-Swift, V. A., James, E. L. et Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues, 13*, 22.

Dowling, N. A., Rodda, S. N., Lubmand, D. I. et Jackson, A. C. (2014). The impact of problem gambling on concerned significant others accessing web-based counseling. *Addictive Behaviors, 39*, 1253-1257. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.011

Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Côté, M., Tremblay, J., Kairouz, S., Nadeau, L., Savard, A.-C., L'Espérance, N. et Dufour, M. (2021). Do the consequences experienced by the people in the life of a problem gambler differ based on the nature of their relationship with the gambler? *Journal of Gambling Studies*, 1-18. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10058-7

Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Kairouz, S., Tremblay, J., Nadeau, L., Savard, A.-C., L'Espérance, N., Garceau, P. et Guillemette, F. (2016). *Atteintes au réseau social du joueur : Impacts et conséquences*. Fonds de recherche du Québec - Société et culture. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/08/rapport_atteine_au_reseau_social.pdf

Ferland, F., Fournier, P.-M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M. et Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues, 22*, 11.

Ford, J. H., Green, C. A., Hoffman, K. A., Wisdom, J. P., Riley, K. J., Bergmann, L. et Molfenter, T. (2007). Process improvement needs in substance abuse treatment: Admissions walk-through results. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(4), 379-389. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.02.003

Gainsbury, S., Hing, N. et Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies, 30*, 503-519. https://doi.org/10.1007/s10899-013-9373-x

Gaudia, R. (1987). Effects of compulsive gambling on the family. *Social Work, 32*(3), 254-256.

Hing, N., Nuske, E. et Gainsbury, S. (2011). *Gambler at-risk and their help-seeking behaviour*. Centre for Gambling Education and Research, Southern Cross University. https://www.responsiblegambling.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/880377/Gamblers-at-risk-and-their-help-seeking-behaviour.pdf

Hing, N., Tiyce, M., Holdsworth, L. et Nuske, E. (2013). All in the family: Help-seeking by significant others of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*, 396-408. https://doi.org/10.1007/s11469-012-9423-0

Hodgins, D. C. et el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction, 95*(5), 777-789.

Hodgins, D. C., Shead, N. W. et Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(1), 65-71. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252382.47434.a6

Holdsworth, L., Nuske, E., Tiyce, M. et Hing, N. (2013). Impacts of gambling problems on partners: Partners' interpretations. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 3*, 11. http://www.ajgiph.com/content/3/1/11

Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. et Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies, 6*(1), 31-60. https://doi.org/10.1080/14459790600644176

Kaufman, A., Nielsen, J. J. et Bowden-Jones, H. (2017). Barriers to treatment for female problem gamblers: A UK perspective. *Journal of Gambling Studies, 33*(3), 975-991. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9663-1

Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M.-C. et Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(4), 353-372. https://doi.org/10.1080/1533256X.2013.838130

Lesieur, H. R. (1984). *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*. Schenkman Books.

Lorenz, V. C. et Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology, 11*(1), 67-76.

Lorenz, V. C. et Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior, 2*(1), 40-49.

Lorenz, V. C. et Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior, 4*(1), 13-26.

Mathews, M. et Volberg, R. (2013). Impact of problem gambling on financial, emotional and social well-being of Singaporean families. *International Gambling Studies, 13*(1), 127-140. https://doi.org/10.1080/14459795.2012.731422

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Collin.

Peled, E. et Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Family Relations, 57*(3), 390-403. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00508.x

Petry, N. M., Stinson, F. S. et Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 564-574.

Productivity Commission. (1999). *Australia's Gambling Industries, Volume 1: Report (Parts A-C), Report No. 10*. AusInfo. https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/gambling/report/gambling1.pdf

Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. et Williams, J. (2009). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies, 25*(1), 33-48. https://doi.org/10.1007/s10899-008-9113-9

Rapp, R.C., Xu, J., Carr, C.A., Lane, T., Wang, J. et Carlson, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*(3), 227-235. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002

Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H. et Dieserud, G. (2018). Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death Studies, 42*(2), 96-103. https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1328468

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. et Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health, 4*(3), 218-251. https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218

Riley, B. J., Harvey, P., Crisp, B. R., Battersby, M. et Lawn, S. (2018). Gambling-related harm as reported by concerned significant others: A systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *Journal of Family Studies*, 1-19. https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1513856

Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C. et Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies, 25*(3), 407-424. https://doi.org/10.1007/s10899-009-9129-9

Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T. et Cunningham, J. A. (2012). Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Gambling Studies, 28*, 273-296. https://doi.org/10.1007/s10899-011-9268-7

Wilson, S. R., Rodda, S., Lubman, D. I., Manning, V. et Yap, M. B. H. (2017). How online counselling can support partners of individuals with problem alcohol or other drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment, 78*, 56-62. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.04.009