AVRIL 2018

Soutenir et non punir

Désamorcer la crise des opioïdes au Canada

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE

Association canadienne pour la santé mentale
La santé mentale pour tous

100 *ans dans la communauté*

Fondée en 1918, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est l'organisme communautaire du secteur de la santé mentale le plus vaste et le mieux établi au Canada. Présente dans plus de 330 communautés réparties dans toutes les provinces, l'ACSM œuvre en défense des droits et offre des ressources qui contribuent à prévenir les problèmes et les troubles de santé mentale, à soutenir le rétablissement et la résilience, afin de permettre à tous les Canadiens et Canadiennes de s'épanouir pleinement.

Visitez le site Web de l'ACSM à www.acsm.ca

Pour en savoir plus, communiquez avec :
Fardous Hosseiny
Directeur national, politiques publiques et relations gouvernementales
fhosseiny@cmha.ca

Demandes de renseignements des médias :
Katherine Janson
Directrice nationale des communications
416 646-5557
kjanson@cmha.ca

acsm.ca

Table des matières

02
INTRODUCTION
LA CRISE DES OPIOÏDES ET LA SANTÉ MENTALE

08
INTRODUCTION
MÉTHODOLOGIE

09
SECTION I
PROMOTION ET PRÉVENTION

24
SECTION II
TRAITEMENT

36
SECTION III
RÉDUCTION DES MÉFAITS

46
SECTION IV
COLLABORATION ET SOUTIEN

50
CONCLUSION
TOURNÉ VERS L'AVENIR

52
NOTES

INTRODUCTION

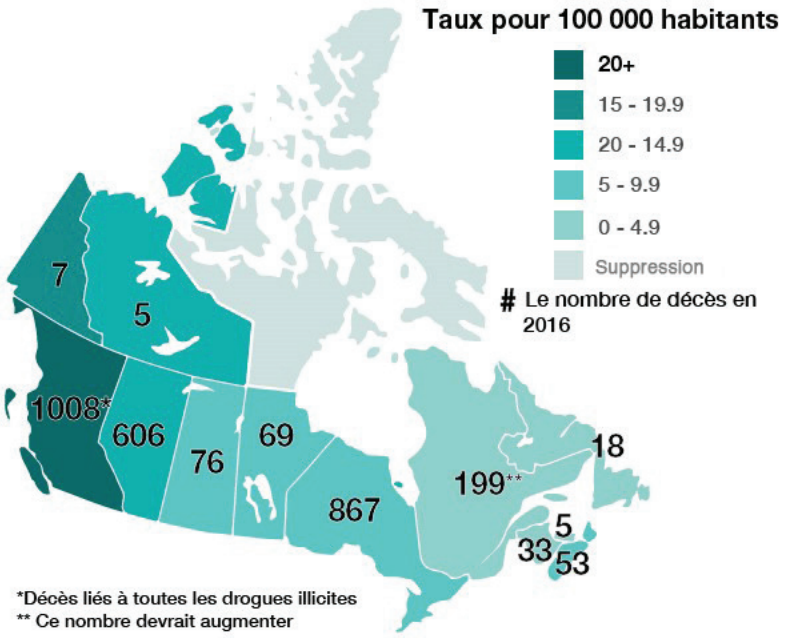
La crise des opioïdes et la santé mentale

Le Canada fait face à une crise de santé publique sans précédent. En 2016-2017, en moyenne 16 Canadiens et Canadiennes par jour étaient hospitalisés pour des intoxications aux opioïdes, et pendant la seule année 2016, plus de 2 861 en sont décédés — soit l'équivalent de huit décès par jour[1] . La Colombie-Britannique, la province affichant le nombre le plus élevé de cas d'intoxication aux opioïdes présumés au pays, a dénombré 1 422 décès en 2017 seulement, soit une hausse de 43 % par rapport à 2016[2]. Les taux élevés d'hospitalisation et de mortalité ont plus récemment été attribués au fentanyl ou à ses analogues, qui sont de puissants analgésiques opioïdes synthétiques de plus en plus faciles à se procurer illégalement au Canada et qui se retrouvent facilement dans d'autres substances vendues à des consommateurs sans méfiance. Cependant, même si la contamination des substances illicites est une partie importante de la crise, il ne s'agit que d'une partie d'un problème très complexe.

Figure 01

Agence de la santé publique du Canada, rapport national : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (publié en mars 2018), gouvernement du Canada.

Taux de décès liés à la consommation d'opioïdes en 2016



Cette urgence de santé publique coûte la vie à plus de Canadiens et de Canadiennes que l'épidémie du VIH à son plus fort en 1995.

Le Canada est actuellement deuxième dans la liste des pays qui consomment le plus d'opioïdes par habitant. Bien que l'efficacité des opioïdes ait été démontrée pour le traitement de la douleur aiguë, son usage pour le traitement de la douleur chronique peut favoriser la tolérance et la dépendance, accroître les probabilités d'usage non médical et mener à la dépendance[3]. Lorsqu'ils sont combinés à d'autres substances comme les benzodiazépines, les opioïdes sont également liés à des effets indésirables[4]. De plus, même si les personnes développent des problèmes de consommation de substances pour une multitude de raisons, il existe des liens très forts entre cette consommation et certains troubles, comme la maladie mentale et les traumatismes. Au Canada, par exemple, bien que la plupart des décès apparemment associés aux opioïdes aient été déclarés accidentels, près de 8,5 % des décès survenus en 2016 et de 4,3 % de ceux survenus en 2017 ont été considérés comme étant le résultat d'actes autodestructeurs[5].

La crise des opioïdes touche la vie des Canadiens et des Canadiennes de tous les milieux, mais elle a des répercussions disproportionnées sur les personnes à faible revenu, les personnes handicapées et les communautés autochtones aux prises avec le racisme systémique, les chocs et les traumatismes intergénérationnels[6]. Comme le ministère de la Santé mentale et de la Toxicomanie de la Colombie-Britannique l'a déclaré récemment, l'épidémie de surdoses est très évolutive et change constamment, car les personnes qui consomment des opioïdes le font plus pour différentes raisons et dans divers contextes et endroits, et les consomment en différentes combinaisons et par diverses voies d'administration[7].

Un problème complexe comme celui de la crise des opioïdes nécessitera une solution tout aussi dynamique. Cette urgence de santé publique coûte la vie à plus de Canadiens et de Canadiennes que l'épidémie du VIH à son plus fort en 1995[8]. Il y a un besoin urgent de mettre en place une politique fondée sur les données les plus probantes ainsi qu'un besoin de collaboration intersectorielle pour soutenir la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes qui luttent contre la consommation de drogues et la maladie mentale. Ainsi, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a élaboré ce document afin de proposer des recommandations fondées sur des données probantes au gouvernement, aux décideurs politiques et aux organismes de santé en vue d'appuyer une approche audacieuse et efficace axée sur la santé de la population qui mettra fin à la crise des opioïdes.

Beaucoup d'éléments tendent à montrer qu'une approche axée sur la santé publique pour gérer la consommation problématique de substances est bien plus efficace que les politiques qui punissent et criminalisent les personnes qui consomment ces substances, comme l'ont montré les politiques antidrogue ou de « guerre à la drogue » qui se sont avérées des échecs. La criminalisation des personnes qui consomment des drogues illicites stigmatise l'usage de substances ; elle favorise aussi un climat dans lequel les personnes ne se sentent pas à l'aise de faire appel à des services salutaires d'intervention et de traitement, et marginalise d'autant plus les personnes vivant dans la pauvreté ou étant victimes de diverses formes d'oppression, telles que le racisme, l'inégalité liée au genre, la violence, etc[9].

DÉCRIMINALISATION CONTRE LÉGALISATION

Dans le cadre de la décriminalisation, la possession, l'usage et l'achat de drogues illicites ne sont plus considérés comme des infractions criminelles. Toute personne trouvée en possession de petites quantités de drogues pourrait se voir remettre une sanction administrative sous forme de recommandation de traitement ou d'amende. Toutefois, l'approvisionnement en drogues, ainsi que la production et la vente de drogues demeurent des infractions criminelles.

La légalisation, pour sa part, élimine toutes les interdictions de fabrication, de vente, de possession et d'usage personnel des drogues, bien qu'elle puisse imposer certaines réglementations, comme ce sera le cas du cannabis au Canada.

L'ACSM réclame la décriminalisation de toutes les substances illicites destinées à un usage personnel, ce qui correspond à la vision de la Commission mondiale qui affirme que la décriminalisation doit être accompagnée d'investissements importants en mesures de réduction des méfaits et de traitement.

Comme l'indique l'autorité sanitaire Fraser de la Colombie-Britannique, « les personnes aux prises avec un trouble de consommation de drogues ont besoin d'être soutenues, et non d'être jugées » afin de guérir[10]. Ainsi, l'ACSM appuie fortement l'approche axée sur la santé publique pour faire face à la crise des opioïdes, une approche qui est fondée sur la réduction des méfaits et le traitement, et qui met en relief le besoin de déstigmatiser la consommation problématique de drogues en l'inscrivant dans le cadre des soins de santé.

De plus en plus, les chercheurs et les décideurs politiques suggèrent qu'une approche axée sur la santé publique pour gérer la consommation problématique d'opioïdes devrait inclure la décriminalisation. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies explique qu'en vertu de la décriminalisation, la consommation personnelle de substances illicites n'est pas considérée comme un acte criminel, mais des pénalités peuvent être imposées si une personne est prise avec des drogues en sa possession. Avec la décriminalisation, la production, l'approvisionnement et la vente de drogues demeurent des actes criminels[11]. La décriminalisation se différencie de la légalisation, car cette dernière lève les interdictions sur la fabrication, la vente, la possession ou la consommation de drogues, quoiqu'elle puisse imposer certains règlements[12].

La Commission mondiale pour la politique des drogues, une commission internationale composée de 12 anciens chefs d'État ou de gouvernement, de l'ancien secrétaire général de l'ONU et d'autres dirigeants politiques et culturels qui sont en faveur de politiques sur les drogues, signale que la criminalisation entraîne des conséquences dévastatrices sur la santé des personnes qui consomment des drogues, y compris des taux élevés de VIH, d'hépatite C et de décès, et que cela viole le principe des droits de la personne et de la dignité humaine[13].

Le Portugal, qui a décriminalisé toutes les substances illicites destinées à un usage personnel, a démontré que les problèmes de consommation de substances sont plus susceptibles d'être abordés s'ils sont traités comme des problèmes de santé. Dans les années suivant la décriminalisation, le Portugal a assisté à une amélioration de la santé de la population, y compris à une augmentation du nombre de personnes désireuses de se faire traiter, à une diminution de nouveaux cas de VIH et de sida parmi les personnes qui consomment des drogues, et à une diminution du nombre de décès associés à cette consommation[14]. Ces changements ont été accompagnés d'une croissance du nombre de centres de traitement et d'un moins grand nombre d'accusations pour infractions liées aux drogues[15]. S'appuyant sur ces données, l'ACSM réclame la décriminalisation de toutes les substances illicites destinées à un usage personnel, ce qui correspond à la vision de la Commission mondiale qui affirme que la décriminalisation doit être accompagnée d'investissements importants en mesures de réduction des méfaits et de traitement. Pour répondre aux besoins en soins de santé des personnes qui consomment des opioïdes, il faudra déployer des efforts soutenus afin de déstigmatiser la consommation problématique de drogues et d'intensifier la réduction des méfaits, le traitement et les mesures de promotion de la santé, tout en investissant dans des services intégrés qui appuient le rétablissement.

20 *sites de prévention des* **SURDOSES** *de la Colombie-Britannique ont reçu* **66 604 VISITEURS** *de décembre 2016 à mars 2017, et* **481** *surdoses ont été* **NEUTRALISÉES.**

Alors que la crise poursuit son escalade au Canada, il est essentiel que tous les ordres de gouvernement veillent à ce que l'épidémie d'opioïdes ne s'étende ni ne s'aggrave dans les autres provinces et territoires avant de prendre des mesures. Le gouvernement du Canada a déjà apporté d'importants changements législatifs qui ont eu une incidence considérable sur la façon d'aborder la crise. En 2016-2017, le gouvernement fédéral a apporté des changements à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de faciliter la mise sur pied de sites de prévention des surdoses et de consommation supervisée ; il a également adopté la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* afin de garantir l'immunité à toute personne qui compose le 911 dans l'éventualité d'une intoxication accidentelle. Le gouvernement canadien a aussi radié la naloxone de la liste des médicaments d'ordonnance, de façon à ce qu'elle puisse être obtenue sans prescription. Les provinces et les territoires ont depuis mis en place des programmes de distribution de la naloxone financés à même les fonds publics afin de mettre cette drogue salutaire à la disposition des premiers intervenants, des travailleurs de première ligne et des pharmacies communautaires. Ces mesures de réduction des méfaits se sont avérées fructueuses pour ralentir la vague d'intoxication aux opioïdes et pour sauver des vies.

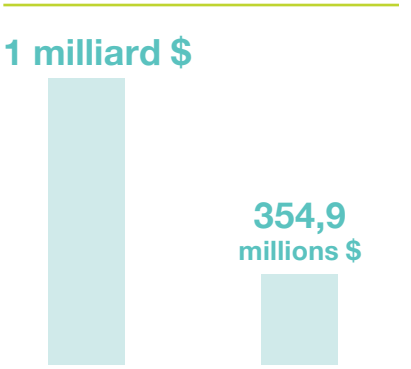
Puisque la crise a été particulièrement aiguë en Colombie-Britannique, les acteurs gouvernementaux, les prestataires de soins de santé et les chercheurs ont une longueur d'avance, car ils ont piloté des programmes novateurs et fondés sur des données probantes en matière de réduction des méfaits et de traitement manifestement fructueux dans la réduction du nombre de décès dans la province. Par exemple, 20 sites de prévention des surdoses de la Colombie-Britannique ont reçu 66 604 visiteurs de décembre 2016 à mars 2017, et 481 surdoses ont été évitées[16]. En l'absence de ces sites, la Colombie-Britannique aurait pu compter 481 décès supplémentaires. Nous pouvons nous appuyer sur les réalisations de la Colombie-Britannique à titre de modèle pour renforcer la capacité d'intervention dans les autres provinces canadiennes.

En Colombie-Britannique, les initiatives menées par les personnes ayant une expérience vécue (PEV) se sont avérées un franc succès, car elles ont fait en sorte que de nouvelles initiatives deviennent accessibles, inclusives, pertinentes et acceptables pour les personnes qui consomment des substances. Le Réseau des consommateurs de drogue de la région de Vancouver (VANDU) a changé son approche de réduction des méfaits dans cette ville ; il a été l'un des premiers groupes du genre à établir un contact avec les personnes les plus à risque de maladie ou de décès, qui avaient échappé aux services de santé traditionnels[17]. L'ACSM reconnaît que l'engagement des PEV dans la planification engendre un meilleur état de santé de la population, et, par conséquent, elle préconise la participation des PEV à tous les niveaux de la planification des politiques et de l'élaboration des programmes comme principe directeur guidant toutes recommandations formulées dans le présent rapport.

La crise des opioïdes a atteint son niveau actuel en partie parce que d'importants obstacles sont présents en matière d'accès aux services de santé mentale et de traitement de la dépendance. Cette réalité s'applique particulièrement aux soins de santé mentale souvent sous-financés par rapport aux soins de santé physique.

Aborder une crise aussi urgente, mortelle et ayant un impact aussi important nécessitera un investissement financier continu de la part du gouvernement fédéral ainsi que des gouvernements provinciaux/territoriaux. Lors de l'éclosion de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009-2010, le gouvernement du Canada a mis sur pied un Centre des mesures d'urgence et a donné accès au fonds de réserve de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie. On estime que le gouvernement du Canada et les provinces ont dépensé conjointement plus d'un milliard de dollars pour traiter cette crise de santé publique et qu'ils ont fourni plus de 6 000 jours-personnes pour coordonner les interventions d'urgence. Bien qu'il soit difficile d'évaluer les coûts de la crise des opioïdes que devront absorber le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux, le gouvernement fédéral a annoncé en 2017 qu'il investirait 123,5 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir les provinces et les mesures nationales de la nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. En 2016, il a fourni environ 113 jours-personnes d'aide[18]. Dans son budget de 2018, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 231,4 millions de dollars de plus sur cinq ans. Ce financement est très apprécié et contribuera largement à soutenir de nouvelles initiatives. Toutefois, étant donné que l'ampleur de la crise des opioïdes continue de s'accroître et qu'elle tue plus de cinq fois plus de Canadiens et de Canadiennes que la grippe H1N1, un financement plus important est requis d'urgence pour répondre à cette crise de santé publique[19]. L'ACSM recommande fortement d'intensifier le financement pour les mesures de réduction des méfaits et de traitement afin d'aborder adéquatement une crise qui s'aggrave au fil du temps.

Même si la crise des opioïdes requiert que les décideurs politiques, les travailleurs de première ligne et les prestataires de soins de santé priorisent des mesures vitales et essentielles durant cet état d'urgence, des mesures en amont doivent également être prises pour soutenir la santé de la population à long terme. L'ACSM milite depuis longtemps en faveur d'un investissement dans les services de promotion de la santé, y compris ceux qui concernent des déterminants sociaux de la santé majeurs comme l'emploi, l'éducation, la sécurité du revenu, le logement abordable, les services de garde et le soutien par les pairs et la famille[20]. La crise des opioïdes a atteint son niveau actuel en partie parce que d'importants obstacles sont présents en matière d'accès aux services en santé mentale et en traitement de la dépendance. Cette réalité s'applique particulièrement aux services en santé mentale, qui sont souvent sous-financés par rapport aux services en santé physique, ce qui les rend inaccessibles pour de nombreux Canadiens et Canadiennes. Par le présent document, l'ACSM exige un plus grand financement des services favorisant une bonne santé mentale, un rôle que notre organisation peut jouer, compte tenu du fait qu'elle assure depuis longtemps le lien entre les personnes souhaitant recevoir des services en santé mentale et les organismes offrant ces derniers. De plus, l'ACSM met en relief la nécessité d'adopter une approche axée sur la personne et ses besoins, qui préconise des investissements dans les services de traitement communautaires qui favorisent des partenariats avec des services de soins primaires afin de soutenir le traitement dans l'environnement le plus approprié pour la personne. Les services en santé mentale et en traitement de



la dépendance devraient être bien intégrés et refléter un continuum complet de soins pour appuyer le traitement et le rétablissement des personnes qui sont touchées par une consommation problématique d'opioïdes.

Grâce à ses 86 filiales, régions et divisions établies dans plus de 330 communautés partout au pays – qui fournissent collectivement un continuum complet de soins, qu'il s'agisse de soins actifs primaires, de consultations en externe, de counseling et de services ou soutien communautaires – l'ACSM est bien positionnée pour assurer un leadership en matière d'intégration et de coordination en santé mentale et en traitement de la dépendance au sein de la communauté.

Finalement, toute planification de politiques et toute élaboration de programmes devraient être réalisées de concert avec les communautés autochtones ; les services sociaux et les soins de santé qui leur sont destinés, y compris le soutien associé aux traumatismes, devraient tenir compte de leur culture, être gérés par les communautés autochtones elles-mêmes et donc demeurer sécuritaires sur le plan culturel. Le fait de s'assurer que les communautés autochtones aient accès à des services adaptés à leur culture à toutes les étapes, de la promotion de la santé jusqu'au au traitement, aidera les intervenants en services sociaux et en santé mentale à soutenir la santé des communautés autochtones et à devenir leurs alliés dans la poursuite des objectifs, comme l'a décrit la Commission de vérité et réconciliation. Cette ligne directrice guide toutes nos recommandations.

GRÂCE À SES **86** *filiales, régions et divisions établies dans* PLUS DE **330** *communautés partout au pays, l'ACSM est bien positionnée pour assurer un leadership en matière d'intégration et de coordination en santé mentale et en traitement de la dépendance au sein de la communauté.*

PRINCIPES DIRECTEURS

Le fait de faire participer des personnes ayant une expérience vécue (PEV) à la planification de politiques et à l'élaboration de programmes contribue à améliorer l'état de santé de la population; des initiatives menées par les PEV se sont révélées particulièrement efficaces pour s'assurer que les nouvelles initiatives sont accessibles, inclusives, pertinentes et acceptables pour les personnes qui consomment des substances. La participation de PEV devrait être une norme à tous les niveaux de la planification de politiques et de l'élaboration de programmes.

La planification de politiques et l'élaboration de programmes devraient être faites en consultant les communautés autochtones; les services en santé et en services sociaux, y compris le soutien tenant compte des traumatismes destinés aux communautés autochtones devraient être fondés sur la culture, gérés par les Autochtones et sécuritaires sur le plan culturel. Le fait de s'assurer que les communautés autochtones ont accès à des services qui respectent leur culture à toutes les étapes de ceux-ci, de la promotion de la santé au traitement, aidera les intervenants des domaines des services sociaux et des soins en santé mentale à soutenir la santé des communautés autochtones et à devenir leurs alliés dans la poursuite des objectifs, comme l'a décrit la Commission de vérité et de réconciliation.

Méthodologie

Les recommandations contenues dans le présent document constituent un sommaire des plus importantes recommandations élaborées par les organismes de santé publique, les gouvernements, les chercheurs et les instituts de recherche canadiens, dont Santé Canada, l'UBC Centre for Disease Control, le BC Centre for Disease Control (BCCDC), le BC Centre on Substance Use, le Toronto Public Health (TPH), la Coalition canadienne des politiques sur les drogues (CCPD), la First Nations Health Authority (FNHA) et la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur. En plus de passer en revue la recherche clinique, nous avons effectué des analyses conjoncturelles afin d'examiner les politiques et les pratiques en matière de drogues dans d'autres provinces/territoires et pays. Cette recherche a également été effectuée par le Groupe de travail sur les politiques publiques de l'ACSM, qui est composé d'experts en politiques représentant les filiales provinciales, les régions et les divisions de l'ACSM de partout au Canada, et de concert avec notre conseil national de personnes ayant une expérience vécue, notre équipe nationale des directions provinciales et notre conseil d'administration national.

Les recommandations formulées dans le présent document sont fondées sur l'approche à quatre piliers face à la consommation problématique de substances, qui a été mise en œuvre avec succès en Europe dès les années 1990 et qui comprend : la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et les mesures de répression. Cependant, pour reconnaître le besoin de lutter contre la stigmatisation et d'intensifier les mesures de réduction des méfaits dans le traitement de la consommation problématique d'opioïdes et de la surdose, le bureau national de l'ASCM a élaboré une approche à quatre piliers modernisée, qui ajoute le terme « promotion » au terme « prévention » pour en faire un pilier essentiel et qui donne au pilier « application de la loi » le nouveau nom de « collaboration et soutien », afin de refléter le besoin grandissant de réorienter les ressources investies en justice pénale vers le traitement, tout en formant les corps policiers et les autres alliés sur la façon de mieux appuyer les mesures de santé publique. Par conséquent, les quatre piliers, dans leur version mise à jour par l'ACSM, sont les suivants :

1. **Promotion et prévention :** Des changements systématiques pour réduire les inégalités sociales qui ont une incidence importante sur l'accès aux services de traitement des troubles mentaux et de dépendance, et qui mènent à une consommation problématique d'opioïdes. Il s'agit d'actions axées sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que de stratégies et d'interventions qui aident à prévenir la consommation dangereuse de drogues illicites et d'ordonnance.

2. **Traitement :** Les programmes d'intervention et de soutien qui encouragent les personnes qui consomment des substances psychoactives à prendre de saines décisions.

3. **Réduction des méfaits :** Des stratégies visant à réduire les méfaits chez les personnes qui consomment des substances psychoactives, misant sur la réduction des méfaits causés par une consommation problématique, avec comme objectif de favoriser une vie plus saine pour ces personnes et une communauté plus saine pour tous.

4. **Collaboration et soutien :** Des stratégies pour établir des liens et des alliances entre les corps policiers, le système de justice pénale et les professionnels de la santé mentale pour faire en sorte que les personnes aux prises avec une consommation problématique d'opioïdes soient référées vers des programmes de traitement des troubles mentaux et de dépendance, plutôt que vers le système de justice pénale.

SECTION I

Promotion et prévention

1.1 Agir sur les déterminants sociaux de la santé et investir dans les services de santé mentale pour assurer la santé mentale pour tous

- Accroître le financement pour la santé mentale communautaire en mettant sur pied une assurance-soins universelle qui engloberait tous les programmes de gestion de la douleur chronique et les services de traitement des troubles mentaux et de dépendance, y compris la psychothérapie, le counseling en matière de dépendance et d'autres formes de traitement.

- Agir sur les déterminants sociaux de la santé, notamment le logement, les services de garde à prix abordable, la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation et les services de santé, et améliorer la nature et l'étendue des programmes qui soutiennent la parentalité et les relations familiales positives.

- Adopter des stratégies pour réduire et prévenir la violence dans la communauté et chez les populations vulnérables ; mettre en place des politiques efficaces contre l'intimidation et la discrimination ainsi que des programmes et des services de soutien dans les écoles et en milieu de travail[21].

- Défendre et respecter les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation, soutenir les communautés afin qu'elles puissent accroître le contrôle qu'elles exercent en termes de gestion de leurs programmes et de leurs services de santé, et élaborer/financer des outils pratiques et une programmation ancrés dans des approches culturelles pour soutenir le bien-être des membres et des familles de la communauté autochtone[22].

- Accroître l'accès des jeunes aux services de santé mentale, y compris l'accès à un dépistage précoce et à un soutien en matière de santé mentale dans les écoles[23].

La douleur, comme ils le suggèrent, n'est pas seulement physique, mais il s'agirait plutôt d'un « état qui comprend un désavantage économique et social ».

Contexte et raison d'être

Bien que de nombreux professionnels de la santé identifient la surprescription d'opioïdes pour soulager la douleur physique comme étant la source de la crise actuelle, un important facteur sous-jacent est souvent ignoré, c'est-à-dire la souffrance causée par les inégalités sociales. Il est bien connu que l'expérience des gens en matière de santé est façonnée par les inégalités systémiques et par les avantages liés à la race, à la classe, au genre, à la sexualité, à l'éducation, à l'âge, aux capacités, à la citoyenneté, au logement et à la localisation géographique, pour n'en nommer que quelques-uns[24]. Pour les personnes qui ont vécu des stress liés à la survie quotidienne, qui font face à la violence ou qui souffrent d'une maladie mentale non traitée, les opioïdes peuvent être utilisés pour gérer ou engourdir la douleur psychologique, les traumatismes et la souffrance. Dasgupta et coll. prétendent que le niveau élevé d'utilisation d'opioïdes au Canada et aux États-Unis est ancré dans la souffrance causée par une variété de facteurs sociaux et économiques qui donnent lieu à de mauvais états de santé. La douleur, comme ils le suggèrent, n'est pas seulement physique, mais il s'agirait plutôt d'un « état qui comprend un désavantage économique et social[25] ».

Dre Nora Volkow, directrice du National Institute on Drug Abuse des États-Unis, explique que « le cerveau s'adapte et réagit aux environnements et aux conditions dans lesquels une personne vit. Lorsque nous parlons de la dépendance comme étant un trouble chronique du cerveau, cela laisse donc entendre que certaines personnes sont plus sujettes à la consommation de drogues et à la dépendance que d'autres, non seulement à cause de facteurs génétiques, mais aussi à cause de stress et d'une gamme de facteurs environnementaux et sociaux qui ont fait d'elles des personnes plus vulnérables[26] ». En d'autres mots, l'environnement joue un rôle important dans l'évolution de la santé mentale et dans la façon dont les personnes arrivent à gérer les situations stressantes. Les conditions environnementales stressantes, et particulièrement les traumatismes de la petite enfance, peuvent accroître le risque de consommation de drogues. Les opioïdes prescrits par un médecin ou obtenus sur le marché noir sont largement consommés par les personnes qui vivent dans des conditions stressantes et souffrent de douleur chronique, car ce sont de puissants analgésiques ou antidouleur. Les opioïdes relient les récepteurs de substances situés dans le cerveau, dans la colonne vertébrale et dans d'autres tissus du corps humain, ce qui déclenche un flux d'endorphines — les opioïdes « naturels » du corps. Lorsqu'ils s'attachent aux récepteurs, ils modifient la perception de la douleur en stimulant la libération de la dopamine qui, en doses élevées, peut aussi entraîner une sensation d'euphorie. Au fil du temps, l'effet analgésique des opioïdes s'atténue (une tolérance se développe), nécessitant des doses plus élevées pour soulager la douleur, ce qui peut entraîner une dépendance[27]. Dr Gabor Maté, un médecin du quartier Centre-Est de Vancouver, explique que le stress « accroît le besoin et l'usage d'opioïdes, renforce l'efficacité de la [récompense] liée aux drogues et provoque une rechute qui se traduit par une recherche de drogues et la consommation de celles-ci[28] ».

Au Canada, les personnes vivant dans des quartiers défavorisés ont

3,4 fois

plus de probabilités d'être hospitalisées pour des troubles associés à la consommation de drogues que celles qui vivent dans des quartiers bien nantis ; leurs taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale, y compris les troubles anxieux et affectifs, sont nettement plus élevés.

Les adultes qui ont vécu des traumatismes durant leur enfance sont plus susceptibles de présenter des symptômes de douleur chronique et de se voir prescrire de multiples médicaments, ce qui accroît la probabilité qu'ils prennent un jour des opioïdes pour soulager leur douleur et qu'ils développent ainsi une dépendance.

La pauvreté est un facteur environnemental important qui contribue au stress et qui mène parfois à la consommation problématique. Le revenu, l'un des plus importants déterminants de la santé, a des répercussions sur la réussite scolaire, l'accès aux services de santé, la nutrition, l'emploi et le logement sécuritaire. La pauvreté a également une incidence sur le bien-être et elle peut mettre en péril la santé physique et mentale ; par exemple, des études menées auprès des personnes à faible revenu dans différentes parties du Canada ont permis d'établir un lien entre la pauvreté et des expériences de précarité matérielle et sociale, de stress et de stigmatisation[29]. Au Canada, les personnes vivant dans des quartiers défavorisés ont 3,4 fois plus de probabilités d'être hospitalisées pour des troubles associés à la consommation de drogues que celles qui vivent dans des quartiers bien nantis ; leurs taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale, y compris les troubles anxieux et affectifs, sont nettement plus élevés[30].

Les traumatismes associés à l'enfance sont très fortement associés à la consommation problématique de drogues. De récentes études, qui explorent le lien entre les expériences de vie nocives vécues durant l'enfance et l'usage d'opioïdes, révèlent que, chez les adultes qui ont vécu cinq types d'abus ou plus, les probabilités qu'ils consomment des antidouleurs d'ordonnance étaient trois fois plus élevées, tandis que celles liées à la consommation de drogues par injection étaient cinq fois plus élevées[31]. Des taux élevés de consommation de drogues ont été observés chez les jeunes lesbiennes, gais et bisexuels, ce qui, bien que n'ayant pas fait l'objet d'études exhaustives, est associé à la stigmatisation sociale ainsi qu'à la discrimination et à la violence homophobes, ce qui se traduit par faibles niveaux de santé mentale[32]. De plus, les antécédents d'abus et de négligence durant l'enfance sont intimement liés à la douleur chronique à l'âge adulte. Il est de plus en plus reconnu que les adultes qui ont vécu des traumatismes durant leur enfance sont plus susceptibles de présenter des symptômes de douleur chronique et de se voir prescrire de multiples médicaments, ce qui accroît la probabilité qu'ils prennent un jour des opioïdes pour soulager leur douleur et qu'ils développent ainsi une dépendance[33].

Pour de nombreux Autochtones vivant au Canada, la consommation de substances est associée à la souffrance et à la douleur psychologiques découlant du racisme systémique et du colonialisme. Tandis que, de façon générale, un plus grand nombre d'hommes canadiens meurent en raison des méfaits associés à la consommation d'opioïdes, dans les communautés autochtones, le taux de décès est le même chez les femmes et chez les hommes. Au sein des communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique, le taux d'intoxication aux opioïdes est de 52 % chez les hommes et de 48 % chez les femmes[34]. Les communautés des Premières Nations ne constituent que 3,4 % de la population de la Colombie-Britannique, mais en 2016, elles représentaient 10 % du nombre de décès par surdose[35]. Dr Maté souligne que pour les Autochtones touchés par les méfaits des opioïdes, « la source de la dépendance ne réside pas dans les substances elles-mêmes, mais dans le traumatisme qu'ils ont vécu[36] ». Ce traumatisme est la résultante

Les communautés des Premières Nations ne constituent que 3,4 % de la population de la Colombie-Britannique, mais en 2016, ils représentaient

10 % *du nombre de décès par surdose.*

Compte tenu du lien étroit entre la consommation problématique de substances psychoactives et les déterminants sociaux de la santé, l'ACSM met l'accent sur la promotion de la santé comme étant l'un des outils les plus importants à notre disposition pour désamorcer la crise des opioïdes.

du colonialisme, des pensionnats et du génocide culturel, ce qui s'est traduit par des communautés aux prises avec des taux élevés de chômage et de pauvreté, de faibles niveaux d'éducation, des logements inadéquats, un nombre disproportionné d'enfants dans les services de protection de l'enfance et un accès limité aux services de santé et aux services sociaux. Des éléments qui ont tous eu des répercussions sur la santé des peuples autochtones[37].

Des rapports récents sur les méfaits engendrés par la consommation d'opioïdes indiquent une surreprésentation des hommes dans la population canadienne en général. En 2016, 73 % des décès associés aux opioïdes sont survenus chez des hommes[38]. Bien que ce sujet n'ait pas fait l'objet d'études exhaustives, certains professionnels de la santé indiquent que le genre et le revenu sont d'importants facteurs associés à ce type de décès. Un sondage de Fraser Health mené auprès de 90 hommes admis à l'hôpital pour cause d'intoxication aux opioïdes a permis d'identifier que la plupart d'entre eux étaient sans emploi, sous- employés, avaient travaillé ou travaillaient actuellement dans le domaine de la construction[39]. Selon Dre Victoria Lee, médecin-hygiéniste en chef du Fraser Health, le nombre de décès plus élevé chez les hommes pourrait être associé aux risques de blessures physiques liés à l'environnement de travail et à la nature saisonnière du travail[40]. Dre Lee suppose également que les hommes peuvent être plus réticents à chercher de l'aide pour résoudre leurs problèmes de dépendance, compte tenu de la stigmatisation associée à la consommation de substances et du fait qu'ils soient moins portés que les femmes à faire appel aux services de santé[41].

Compte tenu du lien étroit entre la consommation problématique de substance psychoactives et les déterminants sociaux de la santé, l'ACSM met l'accent sur la promotion de la santé comme étant l'un des outils les plus importants à notre disposition pour désamorcer la crise des opioïdes. La promotion de la santé est définie au sens large comme étant « le processus qui donne aux gens la capacité d'accroître la maîtrise sur leur propre santé et de l'améliorer », ce qui englobe à la fois la santé physique et mentale. La promotion de la santé repose sur la mise en place de politiques de santé publique aptes à créer des environnements de soutien, à renforcer les mesures issues de la communauté, à développer des aptitudes personnelles et à réorienter les services de santé[42]. L'ACSM souscrit à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) qui recommande que des mesures soient prises dans les cinq domaines suivants :

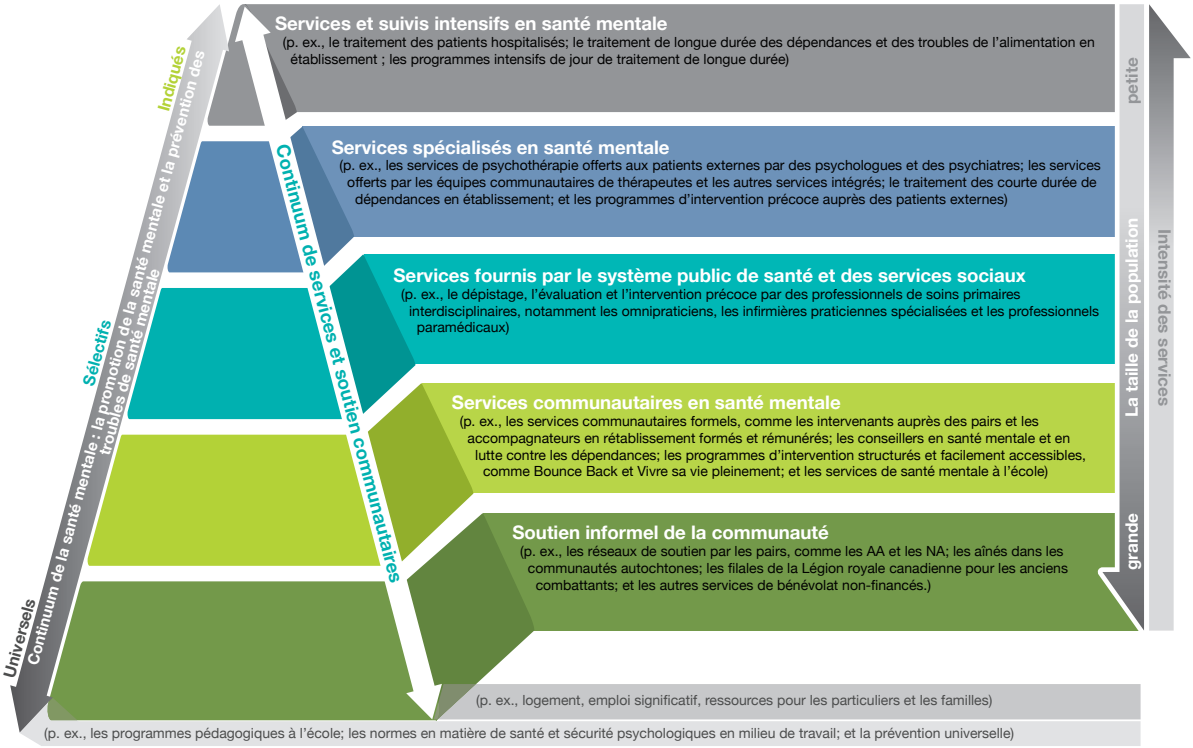
- **Création de milieux de soutien** grâce à l'amélioration des conditions de logement, réduisant ainsi la tension associée au chômage et à la stigmatisation, tout en soutenant les étudiants aux prises avec des troubles mentaux ;

- **Développement de compétences individuelles** par l'intermédiaire de clubs de santé mentale pour les jeunes dans les écoles afin d'accroître leur résilience et de développer leurs aptitudes sociales ; programmes d'éducation pour adultes ayant comme objectif d'accroître leur niveau d'alphabétisation et de consolider leur sentiment de confiance et d'inclusion sociale ;

- **Élaboration d'une politique de santé publique** par la mise en œuvre politiques de santé au travail et le financement d'organismes gérés par des personnes ayant une expérience vécue ;
- **Réorientation des services en santé mentale** en favorisant une intervention précoce, en adoptant une approche axée sur le client, tout en soutenant le développement du pouvoir d'agir des personnes et leur participation à la vie de la communauté, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ;
- **Renforcement de l'action communautaire** par la promotion du soutien envers les aînés, par l'établissement de ponts entre les jeunes et les services de santé, par la promotion et l'amélioration des partenariats entre les communautés et les écoles afin de soutenir les jeunes et de prévenir la consommation de substances par l'intégration des personnes souffrant de maladie mentale à leur communauté[43].

Les organismes communautaires ont un rôle crucial à jouer en matière de promotion de la santé. Pour la plupart des Canadiens et des Canadiennes, les problèmes de santé mentale et de consommation de substances ne font pas l'objet de traitement. Une étude remontant à 2001 a démontré que 40 % des Canadiens et des Canadiennes atteints de troubles pouvant être diagnostiqués ont tenté de trouver de l'aide pour faire face à leurs problèmes de santé mentale ou de consommation de substances, et que les probabilités de réponse aux besoins des personnes atteintes de troubles concomitants étaient minces. Bien au contraire, ils n'ont obtenu aucune réponse à leurs besoins[44]. L'un des problèmes persistants du système de santé du Canada réside dans le fait que les efforts déployés pour améliorer les services ont été axés sur les soins de courte durée, tandis que les services en santé mentale axés sur la communauté, qui offrent une intervention précoce et aident à réduire la pression exercée sur les services hospitaliers, policiers et sociaux, ne reçoivent qu'une maigre part du financement[45]. Résultante : de nombreuses personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes et chroniques ne reçoivent pas toute la gamme de services dont elles ont besoin et elles se retrouvent, sans le vouloir, « dans l'engrenage du système de soins de courte durée[46]». Le problème avec ce système, c'est qu'une plus grande pression est exercée sur le système de soins de courte durée pour répondre aux besoins en santé mentale, et, par conséquent, « les salles d'urgence sont surpeuplées, les admissions et les renvois en psychiatrie sont devenus des portes tournantes et la demande est de plus en plus forte pour les services policiers et les services sociaux[47] ». Une plus grande utilisation des soins de courte durée réduit également l'espace disponible pour le traitement des personnes hospitalisées et accroît les temps d'attente pour les services. Il y a un besoin urgent de mieux financer les services de santé axés sur la communauté ainsi que les services en santé mentale et en santé physique financés à même les deniers publics afin de garantir un accès équitable aux personnes marginalisées et de s'assurer qu'elles soient soutenues à l'aide d'un continuum complet de services.

Figure 02 **Modèle national de l'ACSM de soins par paliers**



L'ACSM souligne l'efficacité du modèle de soins échelonné pour la prestation de soins en santé mentale, modèle qui est fondé sur l'approche du « fardeau le moins lourd » et qui repose sur l'appariement entre les individus et le niveau de service le moins intensif/intrusif susceptible de répondre à leurs besoins. Selon le modèle de soins par paliers, les prestataires de services tiennent compte de la complexité de l'état du patient et du niveau de soins et de triage dont il a besoin pour le diriger vers le service le moins intensif possible, tout en étant susceptible d'être efficace pour lui. Les échelons inférieurs, échelons I et II (figure 02), incluent ces secteurs où le soutien est davantage fondé sur la communauté, sur les pairs et les non-spécialistes, et qui dépendent moins du système de santé ; ces secteurs sont actuellement précieux, mais ils sont sous-utilisés quand vient le moment de soutenir des personnes aux prises avec des troubles mentaux ou de consommation de substances. Ces échelons incluent des accompagnateurs en rétablissement, des intervenants en santé mentale et en consommation de substances, des services en santé mentale offerts à l'école, des interventions de dépistage précoce, des infirmières praticiennes et des programmes d'intervention structurés comme Bounce Back[MD]. L'investissement dans ces échelons offrirait le double avantage d'améliorer la promotion de la santé mentale et de réduire la pression exercée sur les soins de courte durée. Étant donné que les filiales de l'ACSM sont intégrées dans 330 communautés partout au Canada et qu'elles offrent un continuum de services, nous sommes bien positionnés pour assumer le rôle de leader en promotion de la santé et en prestation de services axés sur la communauté.

Les publicités axées sur la peur « tendent à accroître la stigmatisation qui entoure la consommation de drogues et qu'elles dissuadent plutôt les personnes à chercher de l'aide — une approche obsolète qui a mené à la perte d'innombrables vies ».

Lisa Lapointe
coroner en chef de la Colombie-Britannique

1.2 Miser sur des programmes de sensibilisation qui adoptent une approche axée sur la santé publique afin de prévenir et de réduire la consommation problématique de substances

- Travailler en partenariat avec les organisations de santé provinciales/territoriales, ainsi qu'avec tout autre groupe associé, pour promouvoir la sensibilisation à la puissance létale du fentanyl, à la contamination potentielle de l'approvisionnement en opioïdes par des analogues du fentanyl, aux méfaits éventuels des opioïdes d'ordonnance, aux risques de surdose et aux dangers de combiner d'autres substances (alcool, benzodiazépines, autres opioïdes) avec les opioïdes.
- S'assurer que les campagnes publicitaires publiques n'utilisent pas de langage stigmatisant ou des tactiques inefficaces de peur.
- Élaborer des technologies numériques en santé mentale afin d'informer les gens sur des façons plus sécuritaires de consommer.
- Élaborer et entretenir une programmation à l'intention des jeunes, en adoptant des approches basées sur les forces et en incitant la communauté à demeurer branchée sur ses jeunes en leur donnant accès à des programmes récréatifs et de loisirs de qualité[48].
- Mettre sur pied des équipes de prévention dirigées par des pairs qui ciblent les spectacles et les festivals de musique pour fournir aux consommateurs potentiels d'opioïdes des trousses de naloxone, des renseignements concernant les risques de la consommation d'opioïdes, du counseling et des ressources en matière de traitement.

Contexte et raison d'être

Les soins, la compassion et l'incitation à chercher de l'aide sont des approches beaucoup plus attirantes pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances.

Il a été prouvé que la peur constitue un moyen inefficace de prévenir la consommation de drogues chez les jeunes. Bien que certaines publicités de prévention de la consommation de drogues destinées aux jeunes aient utilisé la peur comme tactique depuis les années 1960, la recherche indique que cette approche n'est pas du tout efficace[49]. Des études ont démontré que les campagnes axées sur la peur et faisant la promotion de l'abstinence n'ont pas réussi à inciter les jeunes à changer leur comportement, mais qu'au contraire, elles peuvent attiser leur désir de prendre des risques ou favoriser une attitude d'apathie, d'incrédulité ou de fatalisme envers les éventuels

dommages causés par la consommation de drogues[50]. Les tactiques de peur qui mettent l'accent sur l'impact négatif de la consommation de drogues peuvent également isoler et marginaliser davantage les jeunes qui consomment et les empêcher de chercher de l'aide[51]. Malgré l'inefficacité prouvée des publicités axées sur la peur, plusieurs organismes communautaires et gouvernements continuent d'y faire appel pour tenter d'inverser la tendance associée à la crise des opioïdes. En réaction à ces campagnes, Lisa Lapointe, coroner en chef de la Colombie-Britannique, a publié une déclaration qui condamne ce type de publicités, en ajoutant « qu'elles tendent à accroître la stigmatisation qui entoure la consommation de drogues et qu'elles dissuadent plutôt les personnes à chercher de l'aide — une approche obsolète qui a mené à la perte d'innombrables vies[52]. »

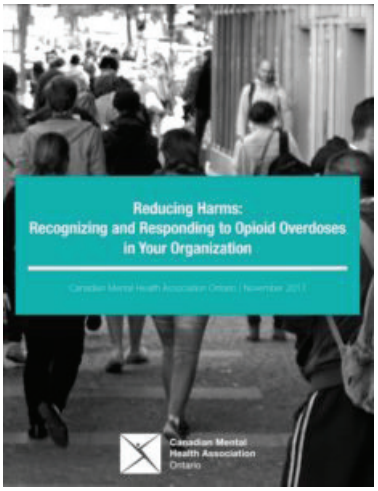
L'ACSM recommande que les initiatives d'avertissement et de sensibilisation à propos des dommages causés par les opioïdes soient fondées sur le principe de la réduction des méfaits et de la stigmatisation associée à la consommation de substances. Bien que nous recommandions d'informer les gens sur les dangers de contamination de substances illégales par le fentanyl, nous mettons aussi l'accent sur l'importance d'éviter les pièges fréquents des publicités sur la consommation de substances, comme l'utilisation d'images liées aux drogues et de langage stigmatisant. Il a été prouvé que les images d'injection et de pilules stimulent l'état de manque chez les personnes qui s'injectent ou prennent des opioïdes d'ordonnance ; conséquemment, ce type de publicité n'aide pas les gens à lutter contre leur problème de consommation d'opioïdes ou ceux qui sont en période de rétablissement[53]. De plus, les mots comme « toxico » et « accro » utilisés en publicité ou pour parler de la crise du fentanyl favorisent « la désapprobation sociale et les préjugés — par la famille, les pairs et les voisins — [et] rendent les gens plus susceptibles de consommer de la drogue seuls, loin de tout centre de soins en cas de surdose[54]. » L'ACSM croit fermement que les soins, la compassion et l'incitation à chercher de l'aide sont des approches beaucoup plus convaincantes pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances.

En milieu scolaire, les programmes destinés aux jeunes qui mettent l'accent sur la réduction des méfaits sont plus efficaces et les incitent à échanger davantage sur les méfaits associés à la consommation de substances[55]. Une approche axée sur la réduction des méfaits « accepte tacitement ou expressément une gamme de modèles de consommation de substances parallèlement à un continuum de risques » et, en tenant compte du développement psychosocial, a pour but de « fournir de l'information précise et crédible pour promouvoir une prise de décision et un comportement responsable en ce qui a trait à la consommation de drogues ou d'alcool[56]». Les pratiques exemplaires acceptées incluent également des approches fondées sur les forces qui favorisent la résilience, au lieu d'être centrées sur les déficits, qui tiennent compte des traumatismes vécus, qui incitent les jeunes à participer à des activités interactives et stimulantes et qui font la

promotion de relations interpersonnelles solides et de l'engagement scolaire[57]. Étant donné que les jeunes forment une population plus difficile à rejoindre et que leur vie sociale est encadrée par les médias sociaux et les technologies numériques, l'ACSM recommande également d'élargir les services numériques en santé mentale comme plateforme éventuelle de sensibilisation sur la consommation plus sécuritaire de substances[58].

Bien que peu explorée à ce jour, les programmes entre pairs peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation des jeunes sur la consommation plus sécuritaire de substances. Le projet TRIP!, par exemple, est un projet de réduction des méfaits dirigé par des jeunes à Toronto, qui a mis sur pied des kiosques lors de concerts de musique électronique au cours desquels les jeunes sont susceptibles de consommer des drogues. Les bénévoles reçoivent une formation en counseling de base, en intervention en cas de crise, en réanimation cardiorespiratoire et en intervention d'urgence associée à la consommation de drogues ; ces bénévoles fournissent aussi des renseignements et du matériel sur la consommation plus sécuritaire de drogues et sur des pratiques sexuelles plus sûres[59]. Des projets comme celui-là ont une valeur inestimable, car ils accroissent la participation des jeunes et leur donnent voix au chapitre. Dans certains cas, les jeunes peuvent également se sentir plus à l'aise de faire appel à des services dirigés par des jeunes : par exemple, un sondage mené à Toronto auprès d'adolescents a révélé que 53 % d'entre eux préféraient faire appel à des amis, à un frère ou à une sœur, ou à des infolignes pour leurs questions de santé plutôt que de s'adresser à des professionnels de la santé[60].

1.3 Continuer de travailler en collaboration avec tous les ordres de gouvernement, de concert avec les intervenants de la santé publique et de la communauté, les communautés autochtones et les consommateurs de drogues pour mettre en œuvre un vaste plan d'intervention et de prévention des surdoses fondé sur des données probantes



- Affecter un coordonnateur et du financement pour appuyer la mise en œuvre d'une stratégie fédérale à travers les ministères et les secteurs[61].

La réinsertion de la réduction des méfaits dans la stratégie nationale constitue donc un pas de géant pour le réalignement de la politique antidrogue en mettant l'accent sur la santé publique.

- Promouvoir la « Trousse à outils d'opioïdes» de Santé Canada pour enseigner la façon de reconnaître des cas de surdose et d'intervenir, et promouvoir à l'échelle nationale la sensibilisation à la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* pour éliminer la crainte d'être criminalisé qui agit souvent comme obstacle pour faire appel aux intervenants en cas d'urgence (911) durant une surdose.
- Former la famille, les amis et les pairs sur la façon d'intervenir en cas d'urgence liée à des opioïdes en incluant des renseignements sur la prévention, la détection et l'intervention appropriée lors de surdoses, notamment sur la façon de reconnaître les symptômes et d'administrer de la naloxone[62].
- Soutenir un processus pour les communautés autochtones visant à tenir et à diriger des discussions au sujet de la prévention des surdoses et des stratégies d'intervention pour les communautés autochtones[63].
- Continuer à travailler avec les provinces et les autres autorités pour concevoir de la formation et pour élaborer des programmes sur l'administration de la naloxone[64] (p. ex. : en fournissant des trousses de naloxone en milieu de travail et en formant le personnel sur la façon d'intervenir en cas de surdose, comme mentionné dans le document de CMHA Ontario intitulé *Reducing Harms: Recognizing and Responding to Opioid Overdoses in Your Organization*) [65].

Contexte et raison d'être

Étant donné que le nombre d'intoxications et de décès engendrés à la fois par les opioïdes d'ordonnance et ceux provenant du marché noir a beaucoup augmenté, plusieurs organismes communautaires ont réagi en formant des comités et en publiant des plans de prévention des surdoses/stratégies en matière de drogues axés sur les méfaits causés par les opioïdes dans leur communauté. Dans leurs rapports, ils demandent au gouvernement fédéral et aux instances provinciales/territoriales et municipales de prendre rapidement des mesures ; bon nombre de ces stratégies réclament un accès accru à la naloxone, la mise à disposition de la naloxone aux premiers répondants et la formation conséquente de ceux-ci sur la façon de l'administrer, le respect de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, la nomination de coordonnateurs de surdoses provinciaux/territoriaux et la collecte en temps opportun des données sur les surdoses[66]. Plusieurs ont cerné des « obstacles aux politiques qui entravent les initiatives de traitement et de prévention des surdoses aux opioïdes au Canada » et ont exigé que soient mis en place des programmes fédéraux, provinciaux/territoriaux exhaustifs en matière de prévention de surdoses[67].

LA *LOI SUR LES BONS SAMARITAINS SECOURANT LES VICTIMES DE SURDOSE*
offre de la protection légale aux personnes qui vivent une surdose ou qui en sont témoins, puis qui composent le 911 pour obtenir de l'aide.

En réponse à ces demandes de prise de mesures et à la situation qui s'aggrave au fil du temps, en 2016, le gouvernement fédéral a commencé à présenter

des mesures importantes pour régler la crise des opioïdes. En décembre 2016, le gouvernement canadien remplaçait la Stratégie nationale antidrogue mise en place par le gouvernement précédent par la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. En 2007, le gouvernement fédéral précédent avait éliminé la réduction des méfaits de sa stratégie nationale antidrogue et avait attribué la part du lion du financement fédéral au respect des lois — dont 70 % étaient consacrés au maintien de l'ordre public — tandis que la prévention et le traitement ne se voyaient attribuer respectivement que 4 % et 17 % du financement[68]. La réinsertion de la réduction des méfaits dans la stratégie constitue donc un pas de géant pour le réalignement de la politique antidrogue en mettant l'accent sur la santé publique.

En 2016, l'ancienne ministre de la Santé, Jane Philpott, et l'ancien ministre ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, Eric Hoskins, ont présidé la Conférence sur les opioïdes et le Sommet sur les opioïdes, qui ont réuni des intervenants de partout au Canada et ont donné lieu à la Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes (2016). Cette Déclaration conjointe contenait « des mesures précises pour désamorcer cette crise et un engagement public à prendre lesdites mesures[69] ». Depuis qu'il a présenté cette déclaration, le gouvernement fédéral a pris des mesures concernant d'importants éléments : il a passé la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, loi qui offre de la protection légale aux personnes qui cherchent de l'aide à la suite d'une intoxication accidentelle ; il a modifié la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin de permettre aux municipalités de mettre sur pied des sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses ; il a accru l'accessibilité à la naloxone sans prescription ; il a rouvert le Programme d'accès spécial (PAS) aux médicaments et aux produits de santé pour permettre aux médecins d'avoir accès à de la diacétylmorphine pour traiter des patients qui n'ont pas bénéficié de traitements aux agonistes opioïdes ; il a financé des projets pilotes novateurs de réduction des méfaits par l'intermédiaire du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances ; et il a mis en place le Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes pour améliorer la surveillance et la collecte des données sur les décès liés aux opioïdes[70]. Le gouvernement fédéral a également redistribué son financement, de façon à ce que la prévention, la réduction des méfaits et le traitement se voient attribuer une plus grande part du soutien ; il a aussi annoncé en 2017 qu'il légaliserait et réglementerait le cannabis en juillet 2018 afin d'harmoniser la Politique canadienne sur le cannabis avec les intérêts de la santé publique.

Ces efforts reflètent la volonté du gouvernement du Canada de jouer un rôle de leader et de travailler en collaboration avec une vaste gamme d'intervenants de différents secteurs pour désamorcer la crise. En dépit des diverses étapes qui ont été franchies, la crise poursuit son escalade, ce qui met en relief l'importance de travailler conjointement, pour le gouvernement fédéral ainsi que les instances provinciales/territoriales et municipales, afin d'unir leurs efforts pour prévenir un plus grand nombre de méfaits. Notamment, plusieurs organismes communautaires mettent l'accent sur la

nécessité de tirer parti du succès des programmes de naloxone financés par les deniers publics et de continuer à améliorer l'accès à la naloxone et à la formation sur la façon de l'administrer pour les membres de la famille, les amis, les professeurs et les collègues de travail[71]. Certaines organisations ne disposent pas de protocole de prévention des surdoses ou sont confrontées à des obstacles pour en élaborer un. Toutefois, dans plusieurs municipalités, des efforts sont déployés pour élargir la formation sur la naloxone et pour mettre en place un protocole de prévention des surdoses. Le Toronto Public Health, par exemple, travaille avec des filiales de la Toronto Public Library pour offrir de la formation sur l'administration de la naloxone[72]. CMHA Ontario a également conçu une trousse d'outils qui fournit aux prestataires de services communautaires des renseignements mis à jour pour élaborer un protocole de prévention des surdoses aux opioïdes, qui comprend également de l'information sur la façon d'effectuer une veille et de déclarer les surdoses ainsi que sur le débriefing et la prévention de la détresse en milieu de travail[73].

Le gouvernement du Canada a aussi fait des annonces publiques en 2017 sur la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, et il devrait continuer à sensibiliser le public à cette loi pour diminuer la crainte d'arrestation qui empêche souvent de nombreuses personnes consommant des drogues d'appeler les premiers répondants lors d'une intoxication aux opioïdes[74].

Les stratégies antidrogues axées sur la communauté soulignent l'urgence de la crise des opioïdes. Aussi récemment qu'en mai 2017, le Bureau de santé publique de Toronto a constaté la nécessité pour le gouvernement fédéral d'élaborer une stratégie en matière de surdoses, en affectant un coordonnateur à cette fin et en attribuant du financement pour faciliter la collaboration entre le gouvernement fédéral et les instances provinciales/ territoires[75]. Le réseau des coordonnateurs des stratégies municipales antidrogue de l'Ontario et le Waterloo Region Crime Prevention Council, qui ont aussi exigé l'adoption d'une stratégie fédérale, ont suggéré d'y inclure des « cibles précises de réduction des surdoses », des échéanciers et du financement pour réduire les méfaits liés à la consommation d'opioïdes. De plus, ils ont réaffirmé le besoin des provinces d'élaborer et de mettre en place des stratégies de réduction de la pauvreté, et d'améliorer l'accès au logement supervisé et aux services de traitement[76].

1.4 Créer un système national visant la collecte, l'analyse et la diffusion de données exhaustives ainsi que la surveillance des drogues, qui demande à toutes les provinces/territoires de repérer et de consigner les données sur le nombre de surdoses et de décès liés aux opioïdes

L'ACSM recommande fortement que le gouvernement fédéral crée un organisme permanent pour fournir de la formation et des comptes rendus systématiques aux bureaux de coroners et de médecins légistes afin de rendre les données sur les opioïdes et les méfaits qui leur sont attribuables cohérentes et comparables, et ce, partout au Canada.

- Établir une organisation permanente de formation et d'accréditation des coroners et des médecins légistes, et instituer un système national de déclaration afin d'assurer la cohérence et la comparabilité des données sur les opioïdes et sur les méfaits associés aux opioïdes partout au Canada.
- Améliorer le partage des données entre les corps policiers, la santé publique, les chercheurs, le service des coroners ainsi que les laboratoires d'analyse des drogues et de toxicologie afin de s'assurer que les données soient communiquées en temps réel et d'améliorer les programmes d'intervention et les alertes précoces en vue de réduire les méfaits[77].

Contexte et raison d'être

Au Canada, nous manquons de données qualitatives sur l'usage des opioïdes et les méfaits qui y sont associés. À l'échelle nationale, nous ne disposons que de peu d'informations sur le nombre d'hospitalisations et d'intoxications mortelles, les types et les puissances des drogues illicites en circulation, la distribution d'opioïdes d'ordonnance et les résultats des traitements chez les personnes qui ont accès à des services de traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes. Même si certaines provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Alberta, produisent de fréquents rapports sur les méfaits attribuables aux opioïdes, d'autres provinces accusent un retard en ce qui a trait à la diffusion de leurs données[78]. De plus, le temps d'attente pour passer des tests de toxicologie et de drogues dans les cas de décès suspects causés par des opioïdes peut atteindre jusqu'à deux mois dans certaines provinces[79]. Le manque de cohérence et de rapports exacts signifie que le nombre de méfaits attribuables aux opioïdes et de décès attribuables à l'intoxication aux opioïdes, et particulièrement au fentanyl et à ses analogues, est presque certainement sous-déclaré au Canada.

Cette incohérence dans l'ensemble du Canada découle des méthodes et des fréquences variées de déclarations parmi les provinces/territoires et au sein des municipalités[80]. Les bureaux du coroner et du médecin légiste, qui sont des organismes responsables d'examiner et de déclarer les décès suspects dans chaque province/territoire, disposent tous de systèmes individuels de déclaration. Par conséquent, les pratiques de déclaration varient d'un bureau à l'autre, ce qui rend difficile la comparaison de leurs données. Depuis 2014, Dr Matthew Bowes, médecin légiste en chef en Nouvelle-Écosse, demande une systématisation des déclarations et de la formation des médecins légistes, en notant qu'il « n'existe aucun système d'accréditation des bureaux de coroners ou de médecins légistes, aucune norme nationale d'enquête ou de classification des décès, aucun programme de formation reconnu à l'échelle nationale ou de système de délivrance de titres et de certificats pour les coroners et les médecins légistes, et aucune entente sur l'évaluation des résultats courants permettant d'évaluer le rendement[81] ». Comme Dr Bowes

Pour une crise aussi aiguë et urgente que celle du fentanyl au Canada, un système de déclaration systématisée, qui diffuse des données en temps réel, est essentiel.

le suggère, il est important de faire une déclaration sur la qualité, car les données peuvent avoir des « répercussions élargies sur la santé du public» : « attribuer les décès à une cause “indéterminée” dans les cas de surdose de drogue… parce qu’il n’y a eu ni enquête ni autopsie, nuit aux efforts qui visent à prévenir d’autres décès[82]. » Sans déclaration exacte sur la qualité, il est difficile de s’engager dans des efforts de prévention afin de contrer la crise des opioïdes.

Pour améliorer la veille des données, le gouvernement du Canada a mis sur pied un Comité consultatif spécial sur l’épidémie de surdoses d’opioïdes coprésidé par l’administratrice en chef de la santé publique du Canada, Dre Theresa Tam, et le médecin hygiéniste en chef de la Nouvelle- Écosse, Dr Robert Strang, qui ont créé un groupe de travail sur la surveillance des surdoses d’opioïdes. Les membres de ce groupe ont travaillé en collaboration pour élaborer une définition commune des « décès attribuables aux opioïdes » qui a été adoptée par tous les territoires administratifs ; ils ont également présenté des rapports trimestriels sur les décès par surdose. Ces deux étapes sont importantes pour améliorer les données de surveillance à l’échelle nationale[83]. Dans le but d’améliorer et de systématiser les déclarations futures, l’ACSM recommande fortement que le gouvernement fédéral crée un organisme permanent pour fournir de la formation et des comptes rendus systématiques aux bureaux de coroners et de médecins légistes afin de rendre les données sur les opioïdes et les méfaits qui leur sont attribuables cohérentes et comparables, et ce, partout au Canada.

Les provinces et les territoires peuvent imiter le système de déclaration de la Colombie-Britannique pour mettre sur pied un système d’harmonisation des efforts des bureaux de coroners et de médecins légistes. En 2017, le B.C. Coroners Service a élaboré un protocole sur les surdoses de drogue accidentelles, qui exige des coroners qu’ils remplissent un rapport de 11 pages pour chaque personne décédée d’une intoxication apparemment associée aux opioïdes. En plus de recueillir les renseignements usuels requis dans un rapport du coroner, comme l’autopsie et l’examen de toxicologie, le protocole permet également de collecter des renseignements au sujet du type de résidence de la personne décédée, de son occupation, de ses diagnostics de santé précédents, de ses antécédents en matière de problèmes de santé mentale ou de traumatismes, de ses anciennes habitudes de consommation de drogues et de son utilisation des services de traitement[84]. L’ACSM applaudit cette approche globale de collecte de données, qui permettra de mieux saisir les données sur les populations les plus touchées par les intoxications mortelles et qui réduira les écarts concernant les connaissances portant sur la consommation de substances et ses liens avec la dépendance, la santé mentale et l’utilisation des services.

Le gouvernement du Canada aborde actuellement ces écarts en termes de connaissances en développant un système de surveillance nationale — ou un « observatoire national des drogues » — qui sera cogéré par les divers ordres gouvernementaux. L’initiative, dont le lancement est prévu au printemps 2018,

normalisera la collecte de données et la façon de les déclarer pour un large éventail de substances. Le projet en est maintenant à sa phase de mise en œuvre et Santé Canada évalue actuellement les mesures dont l'Observatoire des drogues tiendra compte. L'ACSM applaudit cette initiative et espère que l'Observatoire saisira un large éventail de données liées à la consommation de substances, à la dépendance, à la santé mentale et aux avenues de traitement, tout comme le système qui est établi par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Il dispose également d'un indicateur de demandes de traitement qui repère des renseignements sur les personnes qui souhaitent obtenir des services auprès d'établissements de traitement, ce qui aide à cerner les habitudes touchant l'utilisation des services et à mieux aider les États membres de l'UE en matière de politiques et de planification de services de santé[85].

Finalement, pour une crise aussi aiguë et urgente que celle du fentanyl au Canada, un système de déclaration systématisée qui diffuse des données en temps réel est essentiel. Michael Parkinson, un spécialiste en stratégies des drogues auprès du Waterloo Region Crime Prevention Council, affirme qu'il est crucial de cerner les « points névralgiques » de surdoses au fentanyl. La déclaration en temps réel des intoxications aiderait les ambulanciers et les intervenants de première ligne à mieux répondre aux urgences et à émettre des avertissements lorsqu'une drogue donnée est contaminée par le fentanyl[86].

SECTION II

Traitement

2.1 Étudier et financer les traitements pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes, notamment les traitements de rechange fondés sur les données probantes, et en améliorer l'accès

- Améliorer les services des organisations qui soutiennent et traitent les personnes qui consomment des opioïdes grâce à l'ajout de financement et de ressources afin de réduire les temps d'attente et les frais d'utilisation ou de services cliniques actuellement inabordables[87].
- Améliorer l'intégration des services de traitement aux soins primaires et aux services en santé mentale, notamment les services de réduction des méfaits et les soins tenant compte des traumatismes[88].
- Établir des programmes de soutien au logement, et investir dans ceux-ci, pour mettre fin à l'itinérance chronique des personnes qui consomment des drogues afin d'améliorer leur état de santé et d'accroître leur accès au traitement.
- Améliorer l'accès aux thérapies comme le traitement par agoniste opioïde (c'est-à-dire buprénorphine/naloxone et méthadone) dans les provinces où elles sont moins disponibles.
- Élargir les modèles de traitement afin de s'assurer que les personnes peuvent accéder aux services appropriés au moment où elles en ont besoin et que des traitements fondés sur des données probantes, comme la thérapie à l'aide de la diacétylmorphine ou de l'hydromorphone, font partie du continuum de traitements pour les individus qui n'ont pas bénéficié d'autres thérapies.
- S'assurer que personne n'est refusé à un programme provincial de traitement de la consommation problématique de substances en raison d'un traitement de substitution aux opioïdes ou de toute autre ordonnance déjà présents[89].

Il est nécessaire d'élaborer une approche de soins intégrée par paliers dans laquelle les professionnels de la santé travaillent avec les individus pour mettre sur pied des plans de traitement personnalisés, qui réduisent les barrières et qui anticipent les besoins du patient.

- Reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et utiliser ces pratiques dans le traitement des Autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, comme le recommande la Commission de vérité et réconciliation[90].
- Accroître la mise à disposition des services appropriés de traitement et de gestion du sevrage, particulièrement pour les jeunes, les femmes enceintes ou les nouvelles mères. S'assurer que des services complets soient offerts pour soutenir le traitement et le rétablissement[91].
- Étudier la possibilité d'utiliser la psychothérapie, la physiothérapie, la méditation et d'autres traitements de rechange comme substituts au traitement par agoniste opioïde ou comme options de traitement à utiliser conjointement avec ce dernier.
- Étudier la nouvelle recherche prometteuse sur le cannabis comme forme alternative de traitement en guise de substitut aux opioïdes pour le traitement de la douleur, des symptômes de sevrage et/ou des problèmes de consommation de drogues.

Contexte et raison d'être

Même si le trouble lié à la consommation de substances est souvent de nature cyclique, le rétablissement est possible pour toute personne qui reçoit un bon soutien. Les services de soutien et de traitement qui favorisent le rétablissement peuvent inclure le counseling en matière de dépendance, la thérapie cognitivo-comportementale, les consultations auprès de médecins et de travailleurs sociaux qui traitent les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, le counseling sur les compétences de base, la référence en matière de logement, la thérapie pour le traitement des traumatismes, la désintoxication appuyée par la médication, le traitement d'entretien aux opioïdes, le soutien par les pairs, les services spécialisés pour les populations autochtones, les femmes et les jeunes, etc. Les services communautaires sont essentiels au traitement et au rétablissement. Comme Fischer et ses collègues le suggèrent, pour aborder les troubles liés à la consommation d'opioïdes, il est nécessaire d'élaborer une approche de soins intégrée par paliers dans laquelle les professionnels de la santé travaillent avec les individus pour mettre sur pied des plans de traitement personnalisés, qui réduisent les obstacles et qui anticipent les besoins du patient[92]. Une approche de soins intégrée devrait également inclure des partenariats avec les services communautaires et ceux de soins primaires (p. ex. : centres de santé communautaires, équipes de santé familiale[93]).

Accès aux services

Le coût élevé des services et les longs temps d'attente sont souvent des obstacles importants à l'accès au traitement de la dépendance. Pour les personnes qui recherchent un traitement à la méthadone, par exemple, les listes d'attente d'une province à l'autre peuvent varier de deux semaines à douze mois et, dans les secteurs ruraux, éloignés et dans les communautés autochtones, les services peuvent être inexistants ou nécessiter des déplacements sur de grandes distances[94]. Même si les services de traitement en résidence financés par les deniers publics sont souvent entièrement couverts par le gouvernement, leurs listes d'attente sont habituellement plus longues que celles des centres de traitement privés, dont les coûts peuvet s'élever jusqu'à 12 000 $ par mois, sont assumés par le patient lui-même ou par un assureur privé[95]. Un sondage mené en 2013 auprès de 203 organismes de traitement de la consommation problématique de substances financés par la province de l'Ontario a révélé que 65 % d'entre eux ont établi une liste d'attente, et que 56 % des organismes offrant des programmes communautaires de sevrage étaient surchargés par leurs listes d'attente[96]. Ces longs temps d'attente sont problématiques, car la recherche révèle que les individus inscrits sur une liste d'attente lors du contact initial en vue d'une admission et d'une inscription aux services de traitement sont moins susceptibles de s'inscrire[97]. En reconnaissant que le traitement sur demande est essentiel au rétablissement, l'ACSM recommande fortement d'accroître le financement pour les services de traitement financés par les deniers publics afin d'éliminer les coûts prohibitifs et de faire en sorte qu'il y ait suffisamment de places dans les centres de traitement pour répondre à la demande.

L'accès peut être particulièrement difficile pour les populations vulnérables. Pour les communautés autochtones vivant sur une réserve, les services communautaires ne sont souvent disponibles qu'en dehors de la réserve ; conséquemment, ils ne peuvent être sécuritaires ni adaptés à la culture de ces personnes. De plus, le soutien qui serait autrement fourni par la communauté et le réseau familial pourrait ne pas être offert en dehors de la réserve[98]. Le manque d'intégration entre les services du gouvernement fédéral et ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux crée également des lacunes dans la continuité des services en santé mentale et en dépendance pour de nombreuses personnes autochtones[99]. Les pratiques exemplaires recommandent que le traitement des personnes autochtones tienne compte des traumatismes et soit axé sur les forces, tout en favorisant la résilience chez ces personnes, les membres de leur famille et leur communauté[100]. Les options de traitement devraient aussi être adaptées aux besoins de la communauté, inclure des options de traitement axées sur la terre et inclure du soutien après les soins, comme le counseling, l'accès aux intervenants culturels, l'éducation, la formation, l'aide à l'emploi et le développement des compétences, l'aide au logement, les services de garde et le soutien aux parents[101].

Des initiatives communautaires menées par les Autochtones *devraient être soutenues et intensifiées dans les communautés où il existe une demande de services de traitement pour les jeunes.*

Les jeunes, qu'ils soient Autochtones ou non, font également face à des obstacles pour avoir accès au traitement. Une étude menée en Ontario a

Étant donné que le logement est un déterminant social essentiel de la santé, l'ACSM recommande fortement d'investir dans le logement supervisé destiné aux personnes confrontées à des troubles mentaux et de consommation de substances psychoactives.

révélé que les jeunes font souvent face à l'exclusion en raison de leur âge dans les centres de traitement pour adultes, et qu'ils doivent accéder aux services à l'extérieur de leur communauté, ce qui les retire de leur réseau de soutien. De plus, les jeunes sont particulièrement vulnérables, car ils dépendent de leur famille pour répondre à leurs besoins de base et ils sont exposés aux abus[102]. Mae Katt, une infirmière praticienne ojibwée, a élaboré un programme unique dans une école secondaire de Thunder Bay, qui permet de fournir de la buprénorphine/naloxone ainsi que du soutien culturel, éducatif et spirituel aux jeunes qui vivent des troubles de consommation problématique d'opioïdes. Ce programme permet également de rencontrer les jeunes sur le terrain et de leur offrir le soutien des aînés et du counseling pour les aider à gérer leur stress[103]. Des initiatives communautaires comme celle-ci, menées par les Autochtones, devraient être soutenues et intensifiées dans les communautés où il existe une demande de services de traitement pour les jeunes. Un meilleur accès aux services de traitement pour les jeunes requiert un continuum de soins qui tient compte de leur développement, qui est accessible, qui présente des options de traitement flexibles et qui s'appuie sur les déterminants sociaux de la santé[104].

Par ailleurs, les mères nécessitent aussi une considération spéciale en ce qui a trait au traitement. Un nombre croissant d'enfants naissent avec le syndrome de sevrage néonatal, un état dans lequel les nouveau-nés ressentent des symptômes de sevrage peu après la naissance suivant une exposition aux opioïdes pendant la grossesse[105]. La nécessité d'offrir aux nouvelles mères et aux femmes enceintes de meilleurs services intégrés, en plus grande nombre, se fait de plus en plus criante en raison de la forte augmentation des hospitalisations causées par le syndrome de sevrage néonatal[106]. Le fait de favoriser un environnement qui est exempt de jugement aidera les nouvelles mères et les femmes enceintes à avoir accès au traitement. De plus, de récentes publications suggèrent que la cohabitation, qui permet à la mère et au nourrisson de rester ensemble plutôt que de placer le nourrisson aux soins intensifs, peut améliorer la santé de la mère et de l'enfant[107]. Peu importe la voie empruntée pour obtenir des soins, dès qu'ils sortent de l'hôpital, la mère et son nourrisson ont besoin de services complets, notamment de soins de santé primaires, de services de soutien pour la famille et de traitements à poursuivre à la maison, le cas échéant[108].

Les temps d'attente trop longs et les écarts d'accès aux services de traitement dans notre système de santé actuel découlent de la fragmentation des services ainsi que d'un manque de coordination[109]. Trop souvent, les personnes qui recherchent un traitement pour leurs problèmes de consommation de substances n'y ont pas accès, parce que les services ne disposent pas des ressources nécessaires pour gérer des problèmes de santé sévères et concomitants ; ils peuvent également être confrontés à d'autres obstacles comme les exigences en matière d'admissibilité[110]. En réponse à ces problèmes, et reconnaissant que les probabilités de succès sont meilleures si les troubles mentaux et les problèmes de consommation de substances sont traités conjointement, le Centre de santé mentale Royal

L'ACSM est entièrement d'accord avec le BCCSU et affirme qu'une ligne directrice nationale doit présenter « la gamme complète d'options thérapeutiques pour le traitement optimal chez les adultes et les jeunes aux prises avec des profils variés du trouble lié à la consommation d'opioïdes ».

Ottawa a mis sur pied le Service régional d'intervention en opioïdes (SRIO) qui offre des soins pour les troubles concomitants de dépendance aux opioïdes et les problèmes de santé mentale. Le Service est dirigé par une équipe multidisciplinaire d'organismes communautaires, de programmes hospitaliers et de médecins de famille qui collaborent afin d'offrir une gamme complète de soins[111]. À l'aide du modèle en étoile, le SRIO a pour but de « favoriser l'établissement de liens et l'intégration de services de soins primaires, de traitement en dépendance et en santé mentale, tout en rapprochant les soins de l'endroit où vivent les patients », et en s'assurant que les soins offerts soient appropriés et tiennent compte des besoins réels de l'individu[112].

Le logement supervisé est essentiel pour faciliter l'accès au traitement et pour améliorer l'état de santé des personnes qui consomment des drogues. Le fait d'avoir vécu des problèmes de consommation ne devrait pas constituer un obstacle à l'accès au logement supervisé, compte tenu des avantages qu'offre celui-ci pour la réduction des méfaits et le rétablissement. Par exemple, l'approche « Logement d'abord », un programme qui offre un accès direct au logement aux personnes en situation d'itinérance et qui souffrent de problèmes de santé mentale et de dépendance, fait la promotion du rétablissement en mettant fin à l'itinérance et en collaborant avec l'individu pour créer un plan de soins pouvant inclure une gamme complète de services : des soins de courte durée, des services familiaux, du counseling en matière de dépendance et de la formation professionnelle[113]. L'approche Logement d'abord s'est avérée efficace et elle a généré « des améliorations en santé, en consommation de substances et en intégration communautaire » pour les personnes en situation d'itinérance[114]. Étant donné que le logement est un déterminant social essentiel de la santé, l'ACSM recommande fortement d'investir dans le logement supervisé destiné aux personnes confrontées à des troubles mentaux et de consommation de substances.

» *Traitement du trouble lié à la consommation d'opioïdes*

Actuellement, il existe des incohérences dans la façon dont les troubles liés à la consommation d'opioïdes sont traités au Canada. Comme le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) le note, les services associés au traitement de la consommation de drogues au Canada tombent sous divers types d'organisations administratives qui « varient largement en fonction de leur structure, de leur organisation, de leur responsabilité, de leur idéologie et de leurs sources de financement », ce qui crée une « fragmentation et une incohérence » plutôt qu'un système de services intégrés[115]. Jusqu'à tout récemment, la méthadone a été le traitement de première ligne pour le trouble lié à la consommation d'opioïdes dans de nombreuses provinces canadiennes, mais depuis 2007, lorsque la buprénorphine/naloxone a été approuvée au Canada, certaines directives provinciales ont été mises à jour pour favoriser celle-ci comme traitement de première ligne. Ce changement est une étape positive pour s'assurer que le traitement du trouble lié à la consommation d'opioïdes soit fondé sur des données probantes, étant donné que le manque de directives nationales et

l'absence de pratiques fondées sur des données probantes ont mené à des ordonnances inappropriées dans de nombreuses provinces, comme Fischer et ses collègues l'ont illustré dans l'exemple de l'Ontario avec la méthadone[116]. Même si la nouvelle ligne directrice pour la prescription des opioïdes dans les cas de douleur chronique non cancéreuse existe depuis 2010, une ligne directrice nationale pour le traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes n'a été présentée qu'en mars 2018. Les lignes directrices nationales établissant les meilleures pratiques pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, produites par l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), sont fondées sur les lignes directrices de 2017 du British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) et du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ; conformément à la recherche et aux meilleures pratiques, la buprénorphine/naloxone est recommandée comme traitement de première ligne pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes, suivie par la méthadone et la morphine orale à libération prolongée[117].

L'ACSM est entièrement d'accord avec le BCCSU et affirme qu'une ligne directrice nationale doit présenter « la gamme complète d'options thérapeutiques pour le traitement optimal chez les adultes et les jeunes aux prises avec des profils variés du trouble lié à la consommation d'opioïdes[118] ». Une gamme complète d'options thérapeutiques devrait inclure des interventions non pharmacologiques, comme la psychothérapie et le soutien psychosocial, le soutien communautaire et la référence vers les services de santé et les services sociaux, en plus des interventions pharmacologiques, comme la désintoxication appuyée par la médication et par la diminution progressive de la dose ainsi que le traitement par agonistes opioïdes. L'ACSM appuie fortement l'initiative nationale de l'ICRAS qui recommande aux médecins-prescripteurs d'adopter une approche progressive et intégrée qui fonde les plans de traitement sur les besoins du patient et qui est établie par une évaluation complète des caractéristiques du patient[119]. Cependant, la ligne directrice a une grave lacune, car elle est fondée seulement sur les « approches de traitement du trouble lié à la consommation d'opioïdes actuellement offertes au Canada » et elle exclut donc les « pharmacothérapies qui ne sont pas largement offertes au Canada, notamment les antagonistes opioïdes à libération prolongée et à action prolongée ainsi que le traitement par agonistes opioïdes injectables (c.-à-d. la diacétylmorphine et l'hydromorphone)[120] ». Le BCCSU a également exclu ces thérapies de sa ligne directrice provinciale, bien que le Centre ait élaboré un document connexe pour le traitement par agonistes opioïdes injectables qui fournit des directives cliniques pour l'hydromorphone injectable, en spécifiant que le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) devrait être envisagé comme partie intégrante du continuum des soins en vue de traiter le trouble lié à la consommation d'opioïdes[121].

L'exclusion d'options de thérapie fondées sur les données probantes comme le TAOi au sein de la directive nationale est préoccupante pour l'ACSM, étant donné qu'elle risque ainsi de ne pas tenir compte d'une population qui fait usage des opioïdes non médicaux et qui est hautement vulnérable à l'intoxication mortelle au fentanyl. Pour une poignée de personnes qui

L'ACSM appuie fortement les traitements de rechange qui aident les personnes qui consomment des drogues à aborder leurs traumatismes et à gérer leurs troubles concomitants, comme la dépression et l'anxiété.

souffrent de troubles liés à la consommation d'opioïdes et qui ont épuisé toute autre forme de traitement par agonistes, comme la méthadone et la buprénorphine, la diacétylmorphine et l'hydromorphone injectables ont réussi à réduire l'usage des opioïdes non médicaux, la criminalité, l'incarcération, la mortalité, la maladie associée aux injections et l'abandon des traitements, comme l'ont révélé des études pilotes en Colombie-Britannique (SALOME et NAOMI) et en Suisse, où le traitement par diacétylmorphine d'ordonnance est légal[122]. Étant donné les dangers liés au fentanyl et à ses analogues dans l'approvisionnement illégal de drogues, le BCCSU suggère dans son document de directives cliniques qu'il existe un « profond besoin d'améliorer l'ensemble du système de soins dans le cas du trouble lié à la consommation d'opioïdes, et que davantage d'options devraient être offertes aux patients souffrant du trouble lié à la consommation d'opioïdes et qui n'ont pas bénéficié d'autres traitements[123] ». L'ACSM presse aussi le gouvernement fédéral d'accroître la disponibilité de ces options de traitement afin qu'elles soient accessibles aux personnes pour lesquelles elles ont été jugés appropriées et chez lesquelles le risque de subir les dommages associés aux opioïdes contaminés est le plus élevé.

L'ACSM appuie fortement les traitements de rechange qui aident les personnes qui consomment des drogues à aborder leurs traumatismes et à gérer leurs troubles concomitants, comme la dépression et l'anxiété. Actuellement, la base de données probantes sur l'efficacité des seuls traitements comportementaux combinés avec les traitements par agonistes est limitée et a donné des résultats mitigés. Cependant, on s'entend pour dire que ce problème demeure inexploré et que des soutiens psychosociaux devraient être offerts avec des plans de traitement aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes[124]. Même si le BCCSU reconnaît que les données probantes sont actuellement limitées, il recommande néanmoins que le soutien au traitement psychosocial soit la « norme des soins pour gérer tout état médical complexe ou chronique » et que « tous les cliniciens doivent fournir une prise en charge médicale, notamment du soutien général et du counseling non structuré, aux patients souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes[125] ».

Des études récentes ont également exploré les interventions thérapeutiques au-delà de la psychothérapie, comme la respiration yogique et la pleine conscience, et ont révélé des améliorations de la qualité de vie et une diminution de la douleur, du stress et de l'envie de consommer des opioïdes chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes[126]. De plus, on commence à considérer le cannabis comme voie de traitement possible pour réduire l'usage des opioïdes. Une recherche récente qui étudie l'usage du cannabis chez les personnes qui ont accès à un centre de distribution à Vancouver a indiqué que l'usage de ce dernier réduit l'usage des opioïdes et aide à gérer les symptômes de sevrage[127]. Ces formes de traitement de rechange méritent que la recherche s'y attarde davantage afin d'explorer les avantages éventuels du rétablissement. Une crise de cette ampleur nécessite l'adoption de nouvelles approches novatrices et un renouvellement de l'engagement à explorer des traitements de rechange.

Une crise de cette ampleur *nécessite l'adoption de nouvelles approches novatrices et un renouvellement de l'engagement à explorer des traitements de rechange.*

2.2 Élaborer une stratégie nationale sur la douleur et la dépendance qui inclut un investissement dans la recherche, l'éducation et les soins cliniques visant à trouver des approches de gestion de la douleur plus sécuritaires

- Accroître l'accès à des traitements de la douleur non-opioïdes et non pharmacologiques en finançant publiquement des thérapies de rechange.
- Aider les patients et les professionnels autorisés à prescrire des médicaments à faire des choix sécuritaires pour la gestion de la douleur en favorisant une prise de décisions collaborative entre le patient et le clinicien[128].
- S'assurer que les opioïdes ne soient pas prescrits avec d'autres dépresseurs et que les patients connaissent les risques associés à la prise d'opioïdes avec d'autres médicaments, comme les benzodiazépines et d'autres substances, comme l'alcool[129].
- Améliorer la gestion de la douleur et la formation sur la dépendance pour tous les professionnels de la santé, du premier cycle au niveau postdoctoral, sans oublier les programmes de formation continue[130].
- Évaluer les conséquences inattendues des Recommandations canadiennes 2017 sur l'usage des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse (National Pain Centre) qui fait passer la dose limite quotidienne d'opioïdes de 200 mg à <90 mg en équivalent morphine quotidien[131].
- Élaborer des programmes de pharmacovigilance qui permettent d'effectuer des comparaisons cohérentes et systématiques entre les provinces, tout en s'assurant de ne pas limiter l'accès au traitement de la douleur ou au traitement des personnes touchées par une consommation problématique ou souffrant de dépendance aux opioïdes[132].
- Consulter les consommateurs de drogues et d'autres experts avant que des changements soient apportés à la mise à disposition des médicaments pharmaceutiques, p. ex., sur le retrait des opioïdes de la liste des régimes provinciaux de médicaments, pour s'assurer que la nouvelle réglementation ne force pas les personnes à avoir recours aux marchés illégaux[133].

Les chercheurs recommandent que les gouvernements provinciaux élaborent des programmes de surveillance des ordonnances qui permettent de faire des comparaisons cohérentes et systématiques entre les provinces, sans toutefois limiter l'accès au traitement de la douleur ou aux traitements destinés aux personnes souffrant de consommation problématique ou de dépendance aux opioïdes, une recommandation que l'ACSM appuie fortement.

Contexte et raison d'être

Au Canada, les opioïdes sont couramment prescrits pour traiter la douleur aiguë et chronique. Ils sont utilisés pour traiter la douleur postopératoire, la douleur en soins palliatifs et les états chroniques, comme la douleur musculo-squelettique et lombaire et la douleur cancéreuse. Comme mentionné dans la section précédente, ils sont aussi prescrits pour traiter le trouble lié à la consommation d'opioïdes. Même si les opioïdes se sont révélés efficaces dans la gestion de certaines douleurs, comme la douleur cancéreuse et la douleur postopératoire, leur efficacité a été remise en question pour ce qui est de gérer la douleur associée aux maladies chroniques[134]. Dans les années 1990, les opioïdes étaient faussement préconisés comme un médicament sécuritaire et efficace pour traiter la douleur chronique, une position qui est maintenant contestée dans les recherches qui suggèrent que l'efficacité à long terme des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique est non seulement peu évidente, mais que son usage à long terme est en fait lié à un plus grand nombre de méfaits[135].

En réponse au taux élevé de méfaits associés aux opioïdes liés à la surprescription au Canada, différentes stratégies ont été mises en place pour surveiller et limiter les prescriptions. Récemment, le National Pain Centre a diffusé les Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse qui établissent de nouvelles limites pour les doses quotidiennes d'opioïdes pour le traitement de la douleur non cancéreuse. Les nouvelles lignes directrices, qui remplacent celles de 2010, ont fait passer la dose limite quotidienne maximale d'opioïdes d'une « dose à surveiller » de 200 mg d'équivalent morphine quotidien à une dose de <90 mg d'équivalent morphine quotidien, en stipulant qu'une dose de <50 mg serait optimale. Les lignes directrices canadiennes de 2017 recommandent aussi des formes de traitements de rechange et encouragent les médecins à envisager la réduction de la dose chez les patients qui font déjà usage d'opioïdes pour le traitement de la douleur non cancéreuse[136]. De plus, plusieurs provinces ont mis en œuvre des programmes de surveillance des ordonnances au Canada afin de réduire les méfaits potentiels des médicaments d'ordonnance, de surveiller les renseignements sur la distribution, de réduire le détournement de médicaments d'ordonnance et d'aborder le problème des ordonnances multiples (patients qui consultent de nombreux médecins pour obtenir les mêmes ordonnances). Certains ordres provinciaux de médecins et de chirurgiens ont également commencé à enquêter sur les médecins qui prescrivent des doses d'opioïdes plus élevées que la moyenne. Ces enquêtes pourraient entraîner des mesures disciplinaires[137].

Fischer et coll. soutiennent qu'il est important de mettre en œuvre des mesures de surveillance pour réduire les méfaits attribuables aux opioïdes et pour s'assurer qu'il existe des données exactes et cohérentes sur l'usage des opioïdes d'ordonnance, y compris la consommation de drogues au Canada. Ils spécifient toutefois que ces initiatives peuvent avoir des conséquences indésirables, dont le classement des patients par catégorie, par exemple « les

patients dont la douleur est légitime » et « les toxicomanes », un classement qui stigmatise et qui n'existe probablement pas, et une réticence des médecins à prescrire des opioïdes, avec un recours possible à des substituts moins efficaces et plus dangereux pour traiter la douleur chronique. Ces chercheurs recommandent donc que les gouvernements provinciaux élaborent des programmes de surveillance des ordonnances qui permettent de faire des comparaisons cohérentes et systématiques entre les provinces, sans toutefois limiter l'accès au traitement de la douleur ou aux traitements destinés aux personnes souffrant de consommation problématique ou de dépendance aux opioïdes, une recommandation que l'ACSM appuie fortement[138].

L'ACSM croit que des mesures pour limiter le nombre d'ordonnances feront peu pour mettre fin à la crise des opioïdes, sauf si elles sont accompagnées d'un investissement en solutions de rechange sécuritaires et efficaces pour la gestion de la douleur. Depuis 2011, de nombreux spécialistes de la douleur ont demandé l'élaboration d'une stratégie canadienne pour contrer la douleur, qui mettrait en œuvre un plan de prévention, de recherche et d'éducation, une coordination des soins ainsi qu'un financement des services de gestion de la douleur[139]. Maria Hudspith, directrice principale de l'organisme sans but lucratif Pain BC, commente cette lacune dans l'observation suivante : « C'est la raison pour laquelle les médecins se fient tellement à la médication. Ils ne disposent que d'un seul outil financé dans leur coffre, soit le carnet de prescription[140] .» De nombreux prestataires de soins primaires ne savent pas comment gérer la douleur chronique de leurs patients, car ils reçoivent une formation minimale sur le sujet[141]. Une étude canadienne réalisée en 2009 a indiqué que seul le tiers des grandes universités offrant des programmes de sciences de la santé consacrait du temps à l'enseignement relatif au traitement de la douleur, et que ces programmes se limitaient à 16 heures d'enseignement, tandis qu'une moyenne de 28 à 41 heures y est consacrée dans les programmes d'ergothérapie et de physiothérapie. En médecine vétérinaire, par contre, le nombre d'heures d'enseignement consacré au traitement de la douleur est de 86, ce qui veut dire que les vétérinaires reçoivent cinq fois plus d'heures de formation sur le traitement de la douleur que les médecins[142]. Subséquemment, les patients sont souvent référés par leur prestataire de soins primaires vers des cliniques de la douleur, où les délais d'attente peuvent varier de quelques mois à cinq ans ; cette option n'est souvent pas accessible aux personnes vivant dans des secteurs ruraux et dans le Nord[143]. Pour gérer la douleur de manière efficace, les spécialistes en la matière ont besoin d'avoir accès à une équipe de soins multidisciplinaire qui offre une variété de stratégies de traitement pouvant inclure des interventions pharmacologiques ou non[144]. Ayant reconnu ce besoin, l'ACSM collabore actuellement avec des partenaires de recherche pour étudier l'efficacité des équipes de soins multidisciplinaires ainsi que leur rôle dans la gestion de la douleur et dans la réduction des doses d'opioïdes. L'ACSM croit également que l'élaboration d'une stratégie nationale de traitement de la douleur qui inclurait les dépendances permettrait de dispenser des formations plus efficaces et préparerait mieux les médecins et les prestataires de soins primaires à traiter la douleur au Canada.

DOULEUR

Seul le tiers des grandes universités qui offrent des programmes de sciences de la santé consacre du temps à l'enseignement relatif au traitement de la douleur.

Ces universités n'y consacrent toutefois que les nombres d'heures suivants :

16 **HEURES** *en médecine*

28 **HEURES** *en ergothérapie*

41 **HEURES** *en physiothérapie*

86 **HEURES** *en médecine vétérinaire, soit cinq fois plus d'heures de formation sur le traitement de la douleur qu'en médecine générale.*

L'ACSM croit que l'élaboration d'une stratégie nationale de traitement de la douleur qui inclurait les dépendances permettrait de dispenser des formations plus efficaces et préparerait mieux les médecins et les prestataires de soins primaires à traiter la douleur au Canada.

ECHO Ontario constitue un exemple de programme prometteur dans la transformation de la qualité des soins pour la gestion de la douleur chronique. Le programme ECHO, qui signifie Extensions for Community Healthcare Outcomes, utilise la technologie de la téléconférence pour créer une communauté de pratique établissant des liens entre les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les intervenants en santé mentale de partout en Ontario. Le réseau d'apprentissage qui en résulte favorise un échange multidirectionnel de connaissances sur la gestion de la douleur qui est fondé sur les besoins locaux et des cas de patients réels. Dans une étude qui évalue les résultats d'ECHO Ontario, les prestataires de soins de santé primaires ont indiqué être plus confiants en leurs capacités de traiter la douleur de leurs patients et, dans certains cas, ils ont décrit la façon dont ils ont réussi à « réduire la consommation d'opioïdes de leurs patients et à les rendre plus fonctionnels[145] ». L'ACSM recommande que la formation sur la gestion de la douleur soit intégrée dans le programme de formation médicale continue destiné aux prestataires de soins de santé primaires, et que la formation soit plus approfondie qu'elle ne l'est actuellement, surtout en ce qui concerne la gestion de la douleur chronique.

L'ACSM croit qu'une stratégie nationale en matière de douleur et de dépendance devrait également inclure une formation destinée aux médecins qui dispensent des soins de santé primaires portant sur les points communs entre la douleur chronique, la santé mentale et la dépendance. Même si la douleur chronique peut se manifester de façon indépendante comme problème médical, elle peut également être liée de près à la santé mentale : comparativement à d'autres maladies chroniques, la douleur chronique est liée à des taux élevés de dépression, d'anxiété, de pensées suicidaires et de suicide[146]. La dépendance peut aussi résulter de l'usage d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique. Dans le traitement à long terme de la douleur avec des opioïdes, la tolérance à la drogue augmente graduellement, ce qui veut dire que les patients ont besoin de doses de plus en plus élevées pour soulager leur douleur, ce qui favorise souvent une dépendance physique, voire une dépendance tout court[147]. Selon les Recommandations canadiennes 2017, il y a un risque de dépendance de 5,5 % lié à l'usage d'opioïdes, quoiqu'il ait été suggéré qu'il s'agit d'une estimation prudente et que les troubles liés à la consommation d'opioïdes peuvent toucher jusqu'à un tiers des patients suivant un traitement de la douleur chronique aux d'opioïdes[148]. Les prestataires de soins primaires doivent donc recevoir la formation appropriée pour reconnaître et dépister des problèmes de consommation de substances, traiter les troubles mentaux concomitants en plus de la douleur chronique, et être sensibilisés à la réduction des méfaits pour assurer la sécurité des patients.

L'ACSM recommande que **la formation sur la gestion de la douleur soit intégrée dans le programme de formation médicale continue** *destiné aux prestataires de soins de santé primaires et que* **la formation soit plus approfondie** *qu'elle ne l'est actuellement, surtout en ce qui concerne la gestion de la douleur chronique.*

Pour les patients qui considèrent la possibilité de prendre des opioïdes pour gérer leur douleur chronique (aussi connue sous le nom de « nouveaux départs »), le Dr David Juurlink, interniste et chef de la pharmacologie et de la toxicologie cliniques au Centre Sunnybrook Health Sciences à Toronto,

Si le plan de traitement pour gérer la douleur comprend une ordonnance d'opioïdes, il devrait également prévoir un sevrage progressif.

recommande que les médecins considèrent les bienfaits et les risques associés à la prise d'opioïdes lors de la consultation avec le patient, et qu'ils évaluent les antécédents du patient, notamment tout antécédent de troubles mentaux concomitants ou de consommation de drogues, afin d'élaborer un plan de traitement. Dans le cas où le plan de traitement inclut une ordonnance d'opioïdes, Dr Juurlink conseille également, fortement, de prévoir un sevrage progressif (p. ex. : plan de réduction progressive de la dose[149]). De plus, lors de la prescription d'opioïdes, d'autres facteurs doivent être pris en considération, notamment la consommation de plusieurs drogues. La recherche suggère que l'usage concomitant de benzodiazépines ou d'autres dépresseurs du système nerveux central, comme l'alcool, avec des opioïdes représente un risque plus élevé d'intoxication[150]. L'ACSM recommande que les médecins continuent d'informer les patients au sujet des risques associés à l'usage concomitant d'opioïdes et de dépresseurs du système nerveux central, et qu'ils adhèrent à la recommandation mentionnée dans les Recommandations canadiennes 2017 qui conseille aux médecins d'éviter de prescrire des benzodiazépines ou tout autre dépresseur du système nerveux central avec des opioïdes[151].

La désindexation des formules à teneur élevée en opioïdes à action prolongée constitue une autre intervention stratégique des gouvernements pour lutter contre la crise des opioïdes d'ordonnance, mais cette stratégie a aussi des conséquences imprévues. En 2012, lorsque l'OxyContin a été remplacé par l'OxyNeo, une version résistante à l'adultération du même médicament, ce changement n'a pas engendré une réduction des décès attribuables à l'usage d'opioïdes. Il a plutôt contribué à produire un « effet de substitution » en ce sens que les consommateurs sont ensuite passés à d'autres opioïdes d'ordonnance très puissants, comme l'hydromorphone et le fentanyl[152]. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale et CMHA Ontario notent que la décision de désindexer certains opioïdes très puissants peut avoir un impact sur les populations à faible revenu et sur d'autres populations vulnérables, notamment les personnes suivant des programmes de soutien à l'invalidité, étant donné qu'un nombre élevé de ces personnes vivent avec des problèmes de santé mentale et de consommation de drogues. Pour reconnaître ces méfaits potentiels, l'ACSM recommande que les décideurs politiques consultent les Canadiens et les Canadiennes à faible revenu, les personnes âgées, les populations autochtones et les personnes recevant un soutien du revenu lié à l'incapacité au sujet des risques et des conséquences possibles de la désindexation, et que toute proposition de sevrage progressif soit accompagnée d'une stratégie à l'intention des médecins, des travailleurs sociaux et des pairs pour appuyer les personnes qui font présentement usage d'opioïdes très puissants afin de faire la transition vers un autre plan de traitement[153].

SECTION III

Réduction des méfaits

3.1 Augmenter l'accès à la naloxone, antidote à la surdose d'opioïdes, en apportant des changements aux pratiques de distribution actuelles

- Réduire les obstacles qui empêchent les personnes d'avoir accès à la naloxone en la classant comme un médicament imprévu et en l'offrant gratuitement ; s'assurer que la naloxone soit toujours offerte dans les pharmacies et dans les organismes de santé communautaire dans toutes les provinces et tous les territoires.
- Offrir un accès plus facile à la naloxone sous forme de vaporisateur nasal, en l'ajoutant au programme national et en s'assurant qu'elle soit offerte gratuitement.
- Fournir un accès à la naloxone et une formation sur le sujet au personnel non médical travaillant dans les milieux communautaires où surviennent des surdoses (p. ex. : dans les refuges, les centres d'hébergement temporaire, les centres d'accueil), particulièrement pour les communautés des Premières Nations et du Nord où l'accès est actuellement limité[154].
- Appuyer les professionnels autorisés à prescrire des médicaments dans la distribution de la naloxone aux patients susceptibles de faire une surdose, y compris les patients qui souffrent de douleurs et ceux qui suivent un traitement de substitution aux opioïdes[155].

En 2017, le BC Centre for Disease Control a distribué environ

30 000

trousses de naloxone et

7 000

d'entre elles ont neutralisé une surdose.

Contexte et raison d'être

Le chlorhydrate de naloxone est un antagoniste opioïde à action brève qui neutralise temporairement les effets d'une intoxication aux opioïdes. Administrée par injection (intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée) ou par voie intranasale, la naloxone déplace en quelques minutes l'opioïde des récepteurs μ2 du cerveau et neutralise la dépression respiratoire et celle du système nerveux central causée par une intoxication aux opioïdes[156]. Au beau milieu de la crise des opioïdes, et particulièrement en raison de la menace intensifiée d'intoxication mortelle causée par le fentanyl et ses analogues, la

L'ACSM est préoccupée par le fait que des exigences d'admissibilité aux trousses de naloxone empêchent certains groupes vulnérables d'accéder à cette drogue salutaire.

naloxone s'est révélée hautement efficace comme intervention de première ligne pour neutraliser les intoxications et réduire le nombre de décès attribuables aux opioïdes. En 2017, par exemple, le BC Centre for Disease Control a distribué environ 30 000 trousses de naloxone et 7 000 d'entre elles ont neutralisé une surdose[157].

Lorsque le gouvernement du Canada a élaboré sa Déclaration commune sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes en 2016, il a fait de l'accès à la naloxone une priorité politique. Le 22 mars 2016, Santé Canada a retiré la naloxone de la liste des médicaments d'ordonnance aux fins d'utilisation d'urgence hors des hôpitaux. Dans la plupart des provinces, il s'agit maintenant d'une drogue de l'annexe II, ce qui veut dire qu'elle peut être distribuée ou vendue en pharmacie ; la Colombie-Britannique et l'Alberta, cependant, ont suivi une voie différente en déréglementant la naloxone et son inscription sur la liste comme une drogue imprévue, permettant ainsi à la naloxone d'être vendue partout[158]. La plupart des provinces et des territoires ont également élaboré des programmes financés par l'État pour rendre la naloxone injectable disponible et gratuite, et fournir de la formation sur la façon d'administrer le médicament chez soi. Les points d'accès de ces programmes varient d'une province ou d'un territoire à l'autre et peuvent inclure des pharmacies communautaires, des établissements correctionnels, des refuges, des centres de traitement/services d'intervention en cas de consommation de substances, des centres de soins de santé/ cliniques sans rendez-vous et d'autres organismes communautaires.

Cependant, tandis que la naloxone est plus accessible aux Canadiens et aux Canadiennes qu'auparavant, cet accès est irrégulier partout au pays. En plus de la variabilité à travers le pays des points d'accès aux programmes de naloxone à emporter chez soi financés par l'État, presque chaque province a rendu ces programmes disponibles dans les pharmacies qui fournissent les trousses de naloxone aux personnes qui consomment des substances, à leurs amis et à leur famille, et parfois à des membres du public. Cependant, ce ne sont pas toutes les pharmacies qui ont de la naloxone à leur disposition, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon, où on signale que la naloxone est offerte dans chaque pharmacie[159]. De plus, certaines provinces et certains territoires ont également des exigences d'admissibilité qui doivent être respectées pour recevoir une trousse de naloxone financée par l'État. En Ontario, par exemple, toute personne souhaitant obtenir de la naloxone par l'entremise d'une pharmacie doit présenter une carte-santé valide. L'ACSM est préoccupée par le fait que ces exigences d'admissibilité empêchent certains groupes vulnérables d'accéder à cette drogue salutaire.

La naloxone est également offerte en vaporisateur nasal au Canada sous le nom Narcan[MC]. Cependant, au moment d'écrire ces lignes, le vaporisateur est exclu des programmes de naloxone à emporter chez soi financés par l'État, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest et en Ontario[160]. En raison de son exclusion de ces programmes, Narcan[MC] n'est pas accessible à la plupart des Canadiens et des Canadiennes, car une boîte contenant deux

L'ACSM recommande que la naloxone soit dispensée avec les ordonnances d'opioïdes.

doses coûte environ 145 $. L'ACSM est préoccupée par cette exclusion et les répercussions sur la crise des opioïdes. Même si les avantages du vaporisateur nasal, en termes d'utilité pour les intervenants de première ligne et les réseaux de soutien, n'ont pas été bien évalués, selon Vera Horsman, une infirmière à la Portland Primary Care Clinic de Vancouver, le vaporisateur nasal « pourrait sauver plus de vies que la forme injectable, car il requiert moins de formation et de compétences pour l'administrer ». Mme Horsman, qui assure la prestation de séances de formation sur la naloxone injectable auprès des personnes qui font usage des opioïdes et des intervenants de première ligne, a signalé dans un article de la CBC que de nombreuses personnes choisissent de ne pas prendre de trousses de naloxone gratuites offertes à la fin de la formation, car « elles ne se sentent pas capables d'effectuer l'injection de manière efficace[161] ». De plus, le vaporisateur nasal est considéré comme étant une intervention plus sécuritaire. À Denver, au Colorado, et à San Francisco, en Californie, les premiers intervenants des salles d'urgence ont été équipés de vaporisateurs nasaux de naloxone et ont fait de cette voie d'administration la norme en matière de soins pour intervenir lors d'une intoxication aux opioïdes, car elle réduit le risque de blessures par injection et de maladies transmissibles par le sang[162].

Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, il existe une corrélation entre la dispensation d'opioïdes d'ordonnance et les méfaits attribuables aux opioïdes, notamment l'intoxication[163]. Étant donné que les patients prenant des opioïdes d'ordonnance pour le traitement de la douleur chronique et du trouble de consommation de drogues font face à un risque d'intoxication, l'ACSM recommande que la naloxone soit dispensée avec les ordonnances d'opioïdes. L'US Center for Disease Control recommande actuellement de co-prescrire de la naloxone aux patients qui ont un risque plus élevé de faire une surdose, qui ont un trouble de consommation de drogues et qui reçoivent une dose d'opioïdes d'ordonnance plus élevée[164]. La recherche indique aussi que la dispensation de la naloxone avec les ordonnances est efficace pour neutraliser les intoxications aux opioïdes. Dans une étude menée à San Francisco, en Californie, par Coffin et coll., les patients souffrant de douleur chronique ayant reçu une ordonnance de naloxone avec leur ordonnance d'opioïdes se rendent 47 % moins de fois par mois aux urgences dans les six mois suivant la réception de leur ordonnance, et 63 % moins de fois en un an[165].

3.2 Étudier et appuyer des programmes pilotes novateurs qui offrent des drogues d'ordonnance comme solution de rechange à l'approvisionnement de drogue contaminée pour les personnes qui continuent de consommer des drogues illicites parce que le traitement de la dépendance s'est avéré inefficace ou parce qu'elles ne sont pas prêtes à suivre un traitement

- Accroître la capacité des personnes qui consomment des drogues à tester leurs propres drogues en s'assurant que les sites de consommation supervisée, les travailleurs de première ligne, les programmes de réduction des méfaits et les membres de la population habitant dans des zones urbaines ou rurales aient accès aux outils de vérification des drogues, notamment des bandelettes de test du fentanyl.
- Investir dans la recherche clinique en évaluant l'efficacité de la vérification des drogues sur les comportements de consommation de drogues et la santé des personnes qui consomment des opioïdes, et explorer des modèles de rechange pour accroître cette efficacité.
- Continuer de diffuser des alertes publiques quand il existe une preuve de contamination des drogues offertes sur le marché.

Contexte et raison d'être

Pour réagir au nombre élevé d'intoxications et de décès provoqués par des drogues illicites contaminées par des quantités inconnues et souvent mortelles de fentanyl et de ses analogues, de nombreux travailleurs en santé publique exigent des approches novatrices, basées sur des données probantes pour réduire le nombre élevé de décès. Puisque la Colombie- Britannique est la province qui est la plus durement touchée par la crise, les responsables de la santé publique ont proposé que l'option la plus réaliste soit de fournir, aux personnes qui sont les plus à risque d'être exposées au fentanyl, des opioïdes non contaminés et réglementés pouvant être distribués par le gouvernement et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Dr Mark Tyndall, directeur du Centre for Disease Control de l'UBC, dirige un programme novateur appuyé par Santé Canada qui fournira des

L'ACSM reconnaît que la distribution d'opioïdes non contaminés viendra avec son lot de défis qui devront être abordés et que cette approche n'est pas à elle seule une solution à la crise ou à la dépendance aux opioïdes.

comprimés d'hydromorphone aux personnes qui sont à risque d'intoxication au fentanyl et à ses analogues. Même si les détails du programme pilote n'ont pas encore été annoncés, Dr Tyndall a noté qu'il fait face à trois options pour la distribution de ces comprimés : à l'intérieur de machines distributrices au sein de logements sociaux et d'autres emplacements avec un besoin réel, dans des sites de consommation supervisée ou dans les pharmacies[166]. Lorsque comparé au coût du traitement assisté par la diacétylmorphine, qui s'élève à environ 27 000 $ par année, le coût du traitement par comprimés d'hydromorphone est estimé à environ 700 $ par année. L'ACSM reconnaît que la distribution d'opioïdes non contaminés viendra avec son lot de défis qui devront être abordés et que cette approche n'est pas à elle seule une solution à la crise ou à la dépendance aux opioïdes. Cependant, l'ACSM est d'accord avec Dr Tyndall pour dire qu'un programme pilote comme celui-là est « une intervention en santé publique, et non une intervention médicale en consommation de substances », et qu'il est un mécanisme important pour promouvoir la réduction des méfaits chez les personnes les plus à risque en cette période de crise[167].

Les intervenants en réduction des méfaits se penchent aussi sur d'autres substances, comme le cannabis, comme avenue pour réduire les méfaits associés aux opioïdes. En 2017, la High Hopes Foundation a créé un petit kiosque pourvu par la Overdose Prevention Society et a distribuée des capsules, des huiles et des produits comestibles de cannabis pour aider à réduire la consommation d'opioïdes. Les services d'urgence de la Colombie-Britannique et le service de police de Vancouver ont déclaré publiquement leur soutien à l'initiative de High Hopes, reconnaissant que le cannabis présente moins de risques de méfaits quand il est comparé aux opioïdes et qu'il peut être un outil de réduction des méfaits efficace durant la crise des opioïdes[168]. Étant donné la rareté des études qui évaluent le cannabis comme solution de rechange aux opioïdes et comme outil pour réduire les méfaits, l'ACSM recommande que des recherches soient menées dans ce domaine.

Cependant, l'ACSM est d'accord avec le Dr Tyndall pour dire qu'un programme pilote comme celui-là est « une intervention en santé publique, et non une intervention médicale en consommation de substances », et qu'il est un mécanisme important pour promouvoir la réduction des méfaits chez les personnes les plus à risque en cette période de crise.

La vérification des drogues a également été cernée comme un important outil pour réduire les méfaits. La vérification des drogues est un service qui permet aux personnes qui consomment des drogues d'en analyser chimiquement le contenu[169]. À ce moment-ci, il n'existe pas de preuve claire de l'efficacité de la vérification des drogues sur les comportements de consommation de drogues ou l'état de santé des consommateurs de drogues[170]. Cependant, certains rapports sont disponibles concernant le nombre de personnes qui ont jeté leur drogue après avoir obtenu un résultat positif suite à la vérification. Récemment, un programme pilote de vérification des drogues utilisant des bandelettes de fentanyl à moindre coût au centre Insite a révélé que la plupart des consommateurs ne jetaient pas leur drogue après avoir obtenu un résultat positif. Par contre, ces consommateurs étaient dix fois plus susceptibles de réduire leur dose, et, de ce nombre, 25 % étaient moins susceptibles de faire une surdose[171]. Le programme pilote du centre Insite est reconnu comme étant rentable et « prometteur ». Ainsi, il a été intégré dans environ 25 sites de prévention des surdoses[172].

Malgré les preuves limitées à ce moment-ci, l'ACSM considère la vérification des drogues comme une mesure utile pour réduire les méfaits, étant donné qu'elle est souvent jumelée à des services de counseling et qu'elle permet aux intervenants de première ligne d'offrir des renseignements en matière de réduction des méfaits et de services de traitement. Par exemple, lors de festivals de musique et d'événements en soirée à Vienne, en Autriche, un service mobile de vérification des drogues, connu sous le nom de Checkit!, teste en moyenne de 100 à 120 échantillons de drogues et fournit des services de counseling et des renseignements aux 600 personnes qui s'y présentent chaque soir[173]. De plus, une récente étude menée aux États- Unis a aussi révélé que 90 % des jeunes qui consomment des drogues illicites étaient prêts à utiliser des bandelettes de test rapide pour vérifier si leur drogue contenait du fentanyl, ce qui laisse entendre que la vérification des drogues « pourrait être une intervention acceptable chez les jeunes adultes qui consomment des drogues dans le but de déceler les adultérants dans l'approvisionnement de drogues illicites[174] ». Au Canada, cependant, la vérification des drogues n'est toujours pas largement offerte, car les organismes ont besoin d'une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour offrir aux consommateurs l'option de tester leurs propres drogues[175]. L'ACSM recommande fortement d'élargir l'accès aux services de vérification des drogues en rendant l'équipement disponible aux intervenants de première ligne et aux prestataires de soins de santé. Nous appuyons également la recommandation du BCCSU voulant que davantage de modèles de vérification des drogues soient étudiés, et que les bandelettes de test soient « mises à la disposition des personnes vulnérables afin qu'elles puissent les utiliser pour faire leur vérification à la maison ». Étant donné le nombre élevé de personnes qui s'intoxiquent accidentellement dans leur résidence, la vérification des drogues à la maison aidera à rejoindre une population élargie et à éliminer la stigmatisation qui a souvent un effet dissuasif sur la vérification des drogues[176].

3.3 Miser sur le succès des sites de prévention des surdoses et des sites de consommation supervisée et améliorer l'accessibilité en sensibilisant le public à leur efficacité

- Réduire la stigmatisation qui agit souvent comme un obstacle à l'établissement de sites de consommation supervisée et de sites de prévention des surdoses.
- Explorer des modèles de rechange de consommation supervisée, par exemple à l'aide de la technologie de vidéoconférence ou en créant d'autres environnements de consommation, afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui consomment des substances en solitaire à la maison.

Le risque d'intoxication mortelle est plus élevé chez les personnes qui consomment des substances illicites seules à la maison, étant donné le manque de soutien par les pairs ou l'absence d'un réseau de soutien qui peut intervenir avec la naloxone.

- Suivre les meilleures pratiques en matière d'embauche des pairs. S'assurer que les pairs reçoivent une rémunération équitable pour leur expertise et leur travail[177].
- Étendre les services de réduction des méfaits à l'ensemble du Canada, y compris dans les zones éloignées et rurales, ainsi que dans les prisons[178].
- Élaborer des politiques qui mettent fin aux libérations conditionnelles et qui empêchent les prisonniers récemment libérés de visiter des sites de réduction des méfaits (« zones rouges ») ou de transporter du matériel de réduction des méfaits[179].

Contexte et raison d'être

Malgré qu'il soit communément perçu que les intoxication liées aux opioïdes touchent la portion la plus marginalisée de la population qui fait usage de drogues régulièrement, et que les intoxications surviennent dans la rue et les ruelles, la réalité au Canada est qu'un grand nombre de décès surviennent à la maison. Le BC Coroners a signalé dernièrement que 94 % des décès de janvier 2018 attribuables aux drogues illicites sont survenus à l'intérieur de bâtiments, dont 64,8 % dans des résidences[180]. En raison de la contamination des substances illicites par le fentanyl et ses analogues, le risque d'intoxication et de décès est aussi élevé chez les personnes qui consomment des substances de manière récréative qu'il peut l'être chez les personnes qui en consomment tous les jours. Tout Canadien ou toute Canadienne qui consomme une substance illicite, que ce soit de la cocaïne, des méthamphétamines, de la MDMA, de l'héroïne, de l'hydromorphone ou du fentanyl — même seulement à l'occasion — est à risque d'intoxication aux opioïdes et de décès maintenant que le fentanyl et ses analogues sont ajoutés à une grande gamme de substances illicites. En fait, le risque d'intoxication mortelle est plus élevé chez les personnes qui consomment des substances illicites seules à la maison, étant donné le manque de soutien par les pairs ou l'absence d'un réseau de soutien qui peut intervenir avec la naloxone. À mesure que le nombre de méfaits associés aux opioïdes continue de croître au Canada, il est essentiel que les gouvernements et le secteur des soins de santé abordent la stigmatisation associée à la consommation de drogues qui empêche souvent les personnes utilisant des drogues d'accéder à des services de réduction des méfaits.

Le B.C Coroners a signalé dernièrement que

94 %

des décès de janvier 2018 attribuables aux drogues illicites sont survenus à **L'INTÉRIEUR BÂTIMENTS, DONT**

64,8 %

étaient **DANS DES RÉSIDENCES.**

Les sites de consommation supervisée, aussi appelés centres d'injection supervisée, sont hautement efficaces pour réduire les méfaits associés à la consommation de drogues. Aux sites de consommation supervisée, les personnes qui font usage de drogues reçoivent un équipement stérile pour leur consommation de drogue, des soins d'urgence en cas d'intoxication, des soins médicaux et une référence vers les services de consommation de drogues dans un environnement médical supervisé[181]. Une étude qualitative

a révélé que les espaces publics de consommation entraînent des pratiques de consommation non sécuritaires[182]. Les sites de consommation supervisée, cependant, permettent de constater que l'état de santé des consommateurs est amélioré, particulièrement chez les personnes qui s'injectent des drogues, de par une réduction des cas d'infections au virus de l'hépatite C et du VIH, et des décès attribuables à l'intoxication. Les sites de consommation supervisée présentent également d'importants avantages sur les plans de la communauté et de la sécurité publique. Une étude du centre Insite de Vancouver a révélé que l'ouverture du centre était corrélée à une réduction de l'usage public de drogues et de seringues jetées, et à une amélioration de l'ordre public[183]. Cependant, plus important encore, personne n'est décédé des suites d'une intoxication accidentelle dans les sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses en Colombie-Britannique. Dans ses 20 sites de prévention des surdoses, 66 604 visites ont été effectuées entre décembre 2016 et mars 2017, et 481 surdoses ont été neutralisées[184].

Par contre, de nombreuses provinces canadiennes n'ont actuellement pas de sites de consommation supervisée ni de sites de prévention des surdoses. Les sites de consommation supervisée se sont développés au Canada depuis 2015, allant du seul site du centre-ville est de Vancouver à 21 sites en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Québec ainsi que des sites de prévention des surdoses temporaires qui se sont établis en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario pour combler les lacunes durant la crise. Pourtant, ensemble, les sites de consommation supervisée et les sites de prévention des surdoses ne se retrouvent que dans les grandes villes de ces quatre provinces, et ils demeurent absents en Saskatchewan et au Manitoba, dans les provinces de l'Atlantique et dans les territoires du Nord, où l'opposition communautaire, la stigmatisation et le manque d'infrastructures continuent de représenter des obstacles à leur établissement. Au Canada, les sites de consommation supervisée requièrent une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, et une fois approuvés, ils deviennent des sites permanents. En décembre 2017, une année après que la province de la Colombie-Britannique se soit opposée à l'exemption fédérale et ait ouvert plusieurs sites de prévention des surdoses non désignés, le gouvernement fédéral a décidé de permettre aux provinces de faire une demande auprès de Santé Canada pour obtenir une exemption aux dispositions fédérales pour ouvrir des sites de prévention des surdoses temporaires si « un besoin urgent touchant la santé publique » était cerné[185]. Les sites de prévention des surdoses sont différents des sites de consommation supervisée, car les personnes qui les exploitent peuvent ne pas être des professionnels de la santé (p. ex. : il peut s'agir d'infirmières autorisées, d'intervenants de première ligne ou de pairs), mais elles sont formées dans le but d'intervenir avec de la naloxone dans l'éventualité d'une intoxication accidentelle. Le gouvernement fédéral définit aussi les sites de prévention des surdoses comme une « intervention immédiate à court terme pour sauver des vies » durant la crise des opioïdes et accorde des autorisations aux sites pour une période limitée de trois à six mois[186]. Cependant, à ce jour, seules la Colombie-Britannique

Le succès des sites de consommation supervisée et leur plus grande prévalence au Canada sont attribuables à l'activisme des personnes qui consomment des drogues en Colombie-Britannique.

et l'Ontario ont profité du relâchement des restrictions fédérales pour établir des sites de prévention des surdoses. Puisque le fentanyl et ses analogues continuent de progresser vers l'est du Canada, l'ACSM recommande que le gouvernement fédéral continue de travailler de près avec les provinces et leurs municipalités pour favoriser l'établissement de nouveaux sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses.

Le succès des sites de consommation supervisée et leur plus grande prévalence au Canada sont attribuables à l'activisme des personnes qui consomment des drogues en Colombie-Britannique. En 1996, le Réseau des consommateurs de drogues de la région de Vancouver (VANDU), un organisme militant fondé par des personnes ayant une expérience vécue de consommation de drogues (PEVC), a organisé deux sites de consommation supervisée non désignés qui ont éventuellement créé suffisamment de pression pour entraîner l'ouverture du centre Insite, le premier centre de consommation supervisée désigné par le gouvernement au Canada[187]. L'engagement des PEVC s'est révélé une mesure très efficace dans la promotion de la réduction des méfaits chez les personnes qui consomment des substances illicites. Les PEVC ont ouvert la voie au développement de programmes de distribution de seringues, en sensibilisant les gens à propos de la réduction des méfaits, en appuyant les initiatives pour les pairs et en favorisant la recherche axée sur la communauté[188]. Les PEVC ont montré qu'ils « abordent les questions d'équité pour améliorer l'utilisation des services de réduction des méfaits, ce qui leur permet de mieux répondre aux besoins des pairs », et ils peuvent également aider à faire la promotion d'une meilleure compréhension « des environnements locaux à risque, notamment des problèmes liés aux environnements physiques, sociaux et économiques qui varient entre et au sein des autorités sanitaires[189] ». Étant donné que l'usage de substances continue d'être stigmatisé et criminalisé, les PEVC peuvent aussi créer un environnement de soutien qui améliore l'état de santé des personnes qui utilisent des drogues. Cependant, même si l'engagement des PEVC est en hausse, elles sont encore sous-utilisées pour élaborer des mesures de réduction des méfaits.

Les sites de prévention des surdoses sont différents des sites de consommation supervisée, *car les personnes qui les exploitent peuvent ne pas être des professionnels de la santé (p. ex. : il peut s'agir d'infirmières autorisées, d'intervenants de première ligne ou de pairs), mais elles sont formées dans le but d'intervenir avec de la naloxone dans l'éventualité d'une intoxication accidentelle.*

Puisqu'il existe un nombre élevé de personnes s'étant intoxiquées avec des opioïdes en étant seules à la maison, il existe un besoin criant d'élaborer de nouvelles approches novatrices de réduction des méfaits afin de joindre ces personnes qui se cachent pour consommer des drogues illicites, mais qui ne sont pas prêtes ou ne se sentent pas à l'aise d'avoir recours à des sites de consommation supervisée ou de prévention des surdoses. Les forums en ligne pour les personnes qui consomment des substances, qui existent depuis au moins 2001, sont un endroit où les pairs échangent des connaissances sur les pratiques plus sécuritaires de consommation de drogues ; ils ont été reconnus comme étant un important outil de réduction des méfaits[190]. Des plateformes similaires pourraient être mises en œuvre, par exemple, à l'aide de la technologie de vidéoconférence dans les forums en ligne appuyés par les pairs, afin d'intervenir en cas d'intoxication. L'ACSM recommande de consulter et d'embaucher des PEVC pour mener des

Il est particulièrement important d'avoir accès à la naloxone pour les personnes récemment libérées d'établissements correctionnels, car elles sont à risque élevé de s'intoxiquer si elles font une rechute, puisqu'une période d'abstinence suivant la consommation d'opioïdes réduit significativement les niveaux de tolérance cumulés par une utilisation prolongée.

recherches afin de cerner les besoins de cette population et d'explorer des modèles de rechange pour la consommation supervisée, y compris la possibilité d'intervenir sur le Web.

Finalement, les personnes qui sont incarcérées ou qui ont été récemment libérées d'un établissement correctionnel sont un groupe particulièrement vulnérable quand il s'agit de méfaits causés par les opioïdes. Étant donné que de nombreux pays adoptent des mesures punitives envers les personnes qui font usage de drogues et commettent des crimes liés à leur consommation de drogues, un grand nombre de personnes qui intègrent le système carcéral ont vécu une consommation problématique de substances. La consommation des drogues est particulièrement prévalente dans les prisons et est considérablement plus risquée, à cause de l'absence d'équipement stérile pour la consommation, ce qui entraîne un partage des seringues et plus de cas d'infection au VIH et à l'hépatite C. Aussi, les prisons sont aux prises avec des taux plus élevés d'intoxication à cause de la contamination de substances par le fentanyl et ses analogues. Les services de santé de l'Alberta ont signalé qu'entre janvier 2016 et le 30 novembre 2017, 122 intoxications ont eu lieu dans les établissements correctionnels de l'Alberta, dont 95 % impliquaient des opioïdes[191]. De plus, dans une étude menée en Écosse, on a révélé que les personnes qui consomment des drogues et qui sont récemment libérées courraient huit fois plus de risques de mourir d'une intoxication dans les deux semaines suivant leur mise en liberté. Dans une étude menée aux États-Unis, 53 % d'anciens prisonniers ont vécu ou ont été témoins d'une surdose, dont 64 % de celles-ci ont eu lieu dans le mois suivant la mise en liberté[192]. Il est particulièrement important d'avoir accès à la naloxone pour les personnes récemment libérées d'établissements correctionnels, car elles sont à risque élevé de s'intoxiquer si elles font une rechute, puisqu'une période d'abstinence suivant la consommation d'opioïdes réduit significativement les niveaux de tolérance cumulés par une utilisation prolongée. L'étude menée aux États-Unis recommande « qu'une planification de la prévention des surdoses soit un élément clé dans l'aide postpénale » et que les prisonniers devraient recevoir de la naloxone et être formés sur son utilisation à leur sortie de prison[193].

SECTION IV

Collaboration et soutien

4.1 Décriminaliser la possession personelle de drogues illicites en ayant pour objectif de centrer les lois canadiennes en matière de drogues sur la santé publique

DÉCRIMINALISATION CONTRE LÉGALISATION

Dans le cadre de la décriminalisation, la possession, l'usage et l'achat de drogues illicites ne sont plus considérés comme des infractions criminelles. Toute personne trouvée en possession de petites quantités de drogues pourrait se voir remettre une sanction administrative sous forme de recommandation de traitement ou d'amende. Toutefois, l'approvisionnement en drogues, ainsi que la production et la vente de drogues demeurent des infractions criminelles.

La légalisation, pour sa part, élimine toutes les interdictions de fabrication, de vente, de possession et d'usage personnel des drogues, bien qu'elle puisse imposer certaines réglementations, comme ce sera le cas du cannabis au Canada.

Contexte et raison d'être

Pendant trop longtemps, les gouvernements de partout dans le monde ont adopté une attitude antidrogue dans l'espoir de pouvoir contrôler et d'éradiquer le marché illégal des drogues. Au milieu du vingtième siècle, de nombreux gouvernements, y compris celui du Canada, ont signé des traités des Nations Unies qui énonçaient une obligation internationale de punir les personnes qui ont en leur possession et qui consomment des substances illicites en « reconnaissant comme un acte criminel en vertu de sa législation interne… la possession, l'achat ou la culture de stupéfiants ou de substances psychotropes à des fins personnelles[194] ». Cependant, un nombre croissant d'organisations et de dirigeants internationaux commencent à demander la décriminalisation des drogues destinées à un usage personnel, car la criminalisation entraîne d'importants coûts pour la santé des personnes qui en consomment, pour les droits de la personne et pour l'économie des pays qui imposent des mesures punitives. De plus, on reconnaît de plus en plus qu'une approche axée sur la santé publique ne tient pas compte du modèle de criminalisation et que le fait de soutenir la santé et le bien-être des personnes qui consomment des drogues est une approche basée sur des preuves scientifiques.

Les faits démontrent que la criminalisation des personnes qui consomment des drogues est inefficace. Comme le mentionne la Commission mondiale pour la politique des drogues, la criminalisation n'entraîne pas une réduction de la consommation de drogues. De 2006 à 2013, le nombre de personnes qui ont consommé des substances illicites à l'échelle mondiale a grimpé de près de 20 %, ce qui représente environ 246 millions de personnes, et ce, malgré l'existence de sanctions sévères associées à la consommation de drogues dans de nombreux pays[195]. La criminalisation est aussi considérablement liée aux résultats négatifs en matière de santé. Dans les pays où la consommation de substances illicites est sanctionnée, les cas de VIH et d'hépatite C sont nombreux et l'accès à des services de réduction des méfaits et à des équipements stériles comporte son lot

d'obstacles[196]. En 2014, lorsque la réduction des méfaits était bien plus limitée au Canada qu'elle ne l'est maintenant, 13 960 personnes, ou 19 % des Canadiens et des Canadiennes vivant avec le VIH, ont attribué leur séropositivité à la consommation de drogues par injection[197]. Les personnes autochtones sont également touchées de façon disproportionnée par des taux de VIH plus élevés. En 2014, elles représentaient 10,8 % de l'ensemble des nouvelles personnes infectées, et, de ce pourcentage, la moitié était attribuable à l'injection de drogues[198]. De plus, dans plusieurs parties du monde, la criminalisation a mené à la violation des droits de la personne, étant donné que « d'importants abus des droits de la personne sont commis au nom du contrôle des drogues, de l'utilisation de la peine de mort à des exécutions extrajudiciaires, en passant par la torture, la brutalité policière et des programmes inhumains de traitement de la consommation de substances[199] ».

L'adoption d'approches punitives envers la consommation de substances accentue les inégalités sociales, comme l'incarcération de personnes qui font déjà face à d'importants fardeaux d'oppression. Comme le déclare la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, « des lois sévères en matière de drogues ouvrent la porte à une discrimination répandue à l'égard de groupes déjà marginalisés, en particulier les personnes dépendantes de drogues, les personnes qui vivent dans la pauvreté, les Autochtones, les personnes noires et les femmes ». Les femmes incarcérées dans des établissements fédéraux, par exemple, sont deux fois plus susceptibles que les hommes de purger une peine pour des délits liés aux drogues ; et les femmes autochtones et noires sont plus susceptibles que les femmes blanches d'être en prison pour ce motif[200] ». L'incarcération de personnes pour des crimes liés aux drogues a aussi des effets déstabilisants sur les familles. La recherche indique que les enfants dont un parent est incarcéré sont plus sujets à des répercussions négatives, notamment à des problèmes de réussite scolaire, à une consommation de substances, à des problèmes de comportement, à la pauvreté, à la stigmatisation, à la dépression et à l'anxiété[201]. De plus, l'incarcération perpétue le cycle de la pauvreté en nuisant aux occasions d'emploi et à l'accès à un logement chez les personnes libérées d'un établissement correctionnel. L'incarcération punit donc les personnes qui ont été mêlées à des questions de drogues sans que les conditions sociales se trouvant à la source de ce contact ne soient abordées[202].

Au Canada, un nombre élevé de personnes souffrant de troubles de consommation de substances et ayant besoin de soins médicaux finissent par s'enfoncer dans le système de justice pénale pour avoir fait usage de substances ou pour avoir commis des crimes liés à leur dépendance. La possession continue d'être l'infraction liée aux drogues la plus courante au Canada. En 2016, des 95 400 infractions sanctionnées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la majorité était des possessions de cannabis et d'autres drogues, dont un nombre d'infractions touchant l'héroïne, les méthamphétamines et les opioïdes d'ordonnance

Les preuves semblent indiquer fortement que les politiques qui punissent et criminalisent les personnes qui consomment des drogues sont inefficaces, et qu'une nouvelle approche est nécessaire pour traiter les personnes aux prises avec une consommation problématique de substances.

s'élevant respectivement jusqu'à 32 %, 22 % et 7 %[203]. De plus, un nombre considérable de personnes incarcérées au Canada ont des problèmes de consommation de drogues. Le Bureau de l'enquêteur correctionnel a signalé qu'en 2014, 80 % des délinquants sous responsabilité fédérale avaient des problèmes de consommation de drogues, et que plus de la moitié de ceux-ci ont indiqué que leur(s) crime(s) étai(en)t lié(s) à leur consommation[204].

Contrairement à la logique de la criminalisation, l'incarcération n'entraîne pas l'arrêt de la consommation de substances ni ne prévient les méfaits. Selon un sondage, 17 % des détenus et 14 % des détenues s'injectent de la drogue en prison. De ce nombre, la moitié partage leur matériel de consommation avec des personnes infectées par le VIH et/ou l'hépatite C et d'autres personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées[205]. Les taux de VIH parmi les détenus fédéraux sont 10 fois plus élevés que chez le reste de la population canadienne, et les taux d'hépatite C sont de 30 à 39 fois plus élevés[206]. En fait, l'incarcération constitue un obstacle important pour les personnes qui veulent se rétablir d'un trouble de consommation de substances, étant donné que l'accès au traitement est souvent limité pour les Canadiens et les Canadiennes qui se trouvent derrière les barreaux[207].

Ces éléments semblent indiquer fortement que les politiques qui punissent et criminalisent les personnes qui consomment des drogues sont inefficaces, et qu'une nouvelle approche est nécessaire pour traiter les personnes aux prises avec une consommation problématique de substances. En reconnaissant qu'une approche axée sur la santé publique en matière de consommation de drogues est nécessaire, de nombreux dirigeants et organismes internationaux demandent maintenant une décriminalisation de l'usage de drogues illicites à des fins personnelles. La décriminalisation a été endossée par l'ONU et d'autres organisations internationales, y compris l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé et la Commission mondiale pour la politique des drogues. Au Canada, l'Association canadienne de santé publique, la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, le Centre for Disease Control de l'UBC, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux ainsi que le Réseau juridique canadien VIH/sida ne sont que quelques-uns des organismes qui demandent la décriminalisation[208].

Depuis la décriminalisation, le Portugal a noté une **DIMINUTION DE 60 %** *du nombre de personnes arrêtées et envoyées à la cour pénale pour des infractions relatives aux drogues, et une* **AUGMENTATION DE 60 %** *du nombre de personnes accédant à un traitement de la consommation de drogues.*

Des données assez fiables laissent croire que la décriminalisation pourrait être profitable pour la santé publique. En 2001, le Portugal a décriminalisé toutes les substances destinées à un usage personnel. Ce faisant, il a éliminé les sanctions pénales pour la possession de petites quantités et il a établi un système dans lequel les personnes prises avec de petites quantités de substances illicites se voient remettre une sanction administrative plutôt qu'un constat d'infraction criminelle. Même si l'interdiction est encore la règle au Portugal, les sanctions pour la possession et la consommation de substances ne font plus partie du cadre de la loi pénale dans ce pays[209]. Si les policiers arrêtent une personne qui consomme ou qui est en possession de substances illicites, ils lui remettront une sanction administrative et lui demanderont de comparaître devant une commission de dissuasion, qui

Nous croyons que la décriminalisation aidera à traiter la consommation problématique de substances en la considérant comme un problème de santé au lieu d'un problème criminel, qu'elle redirigera les ressources du système de justice pénale vers les soins de santé et qu'elle permettra de réduire la stigmatisation qui constitue toujours un obstacle au traitement.

est composée d'un juriste, d'un professionnel de la santé et d'un travailleur social[210]. La loi est conçue pour inciter les personnes qui consomment des substances à opter pour un traitement, plutôt que de les y forcer[211]. En décriminalisant la consommation de substances, les autorités portugaises avaient pour but de rediriger des ressources vers la prévention, d'améliorer la qualité et l'accès aux services de traitement pour les personnes souffrant de problèmes de consommation de substances et d'offrir un traitement sur une base volontaire comme solution de rechange aux peines d'emprisonnement[212]. Cet accent mis sur le traitement et l'amélioration de l'état de santé se reflète dans la décision des représentants politiques de transférer la responsabilité touchant la politique sur les drogues du ministère de la Justice au ministère de la Santé[213]. Étant donné que les drogues sont décriminalisées et non légalisées au Portugal, le trafic est toutefois encore punissable et peut entraîner une peine d'emprisonnement de 4 à 12 ans[214].

Ce que le Canada doit retenir de l'expérience portugaise, c'est que la décriminalisation semble avoir réduit chez les gens la crainte d'avoir recours au traitement. Les responsables en matière de drogues au Portugal ont noté qu'avant la décriminalisation, les personnes qui consommaient des drogues avaient peur d'être arrêtées et poursuivies si elles tentaient d'avoir accès à un traitement, particulièrement par l'entremise d'organismes publics[215]. Les responsables croyaient qu'en décriminalisant les substances illicites, ils pouvaient dissiper cette peur (et la stigmatisation qui y est associée) d'être accusé au criminel, tout en ouvrant la voie à un meilleur accès au traitement. Depuis la décriminalisation, le Portugal a noté une diminution de 60 % du nombre de personnes arrêtées et envoyées à la cour pénale pour des infractions relatives aux drogues, et une augmentation de 60 % du nombre de personnes accédant à un traitement pour la consommation de drogues[216]. De plus, les réformes portugaises incluaient un plan pour améliorer l'offre de traitements, ce qui a entraîné l'ajout de 26 centres de traitement en consultation externe aux 53 centres qui existaient déjà[217]. Les surdoses de drogues ont aussi diminué. Tandis que le nombre de décès attribuables aux surdoses de drogues en 2015 était de 20,3 millions de personnes dans l'Union européenne, au Portugal, ce nombre n'était que de 5,8 millions[218].

Dans des pays comme le Canada, où la consommation de substances illicites continue d'être criminalisée, les personnes ayant une expérience vécue de consommation de drogues disent aux décideurs politiques que la décriminalisation est absolument nécessaire pour favoriser les traitements et réduire la stigmatisation. Jordan Westfall, président de la Canadian Association of People Who Use Drugs, indique que « nous ne pourrons pas sortir de cette épidémie sans une certaine forme de décriminalisation, sans que les personnes se sentent suffisamment en sécurité pour accéder à des services et à des traitements. Nous devons réellement repenser l'ensemble de notre politique en matière de drogues[219] ».

Étant donné que la décriminalisation puisse engendrer un meilleur accès aux traitements et améliorer l'état de santé des personnes qui consomment des drogues, l'ACSM recommande que le Canada décriminalise toutes les substances illicites consommées à des fins personnelles. Nous croyons que la décriminalisation aidera à traiter la consommation problématique de substances en la considérant comme un problème de santé au lieu d'un problème criminel, qu'elle redirigera les ressources du système de justice pénale vers les soins de santé et qu'elle permettra de réduire la stigmatisation qui constitue toujours un obstacle au traitement. Dans le cas où des sanctions administratives feraient partie de la politique de décriminalisation du Canada, comme c'est le cas au Portugal, nous recommandons également que le traitement devrait être suivi sur une base volontaire et qu'il devrait soutenir le rétablissement des personnes qui consomment des drogues dans le cadre de services complémentaires. Nous manquons de preuves en ce qui a trait à l'efficacité des traitements obligatoires des dépendances, mais nous disposons de plus en plus de preuves en ce qui concerne le traitement sur une base volontaire, qui améliore l'état de santé des personnes qui consomment des substances. De plus, il existe de possibles abus des droits de la personne associés au traitement obligatoire. À la lumière de ces faits, l'ACSM conseille aux décideurs politiques d'élaborer une politique de décriminalisation faisant la promotion du traitement sur une base volontaire qui soit fondée sur des données probantes afin de réduire les méfaits associés à la consommation de substances[220].

CONCLUSION

Tourné vers l'avenir

Depuis que le gouvernement du Canada a présenté la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances en 2016 et qu'il a rétabli la réduction des méfaits comme pilier essentiel de cette stratégie, les intervenants de partout au pays ont franchi de grands pas dans l'élaboration et l'expansion de programmes et d'initiatives qui ont de réelles incidences sur la vie des Canadiens et des Canadiennes qui consomment des substances, ou dont la vie est touchée par une personne qui consomme. Ces mesures jettent les bases d'une approche de santé publique face à une urgence découlant de la souffrance de nombreux Canadiens et Canadiennes aux prises avec des problèmes d'inégalités sociales, de douleur non traitée, de maladie mentale et de dépendance. Cependant, même avec l'expansion des mesures en matière de réduction des méfaits et de traitement, la crise des opioïdes poursuit son escalade au Canada, année après année. Les recommandations formulées dans le présent document incitent à une lutte efficace contre une urgence aussi pressante et complexe que la crise des opioïdes. Cette lutte nécessitera une solide collaboration intersectorielle entre les différents ordres de gouvernement, les organismes de santé publique, les chercheurs et les prestataires de services communautaires.

Ces recommandations demandent de plus grands investissements dans le traitement, une meilleure coordination des services – notamment les services de suivi et les services complets – un financement pour un continuum de services en santé mentale et en traitement de la dépendance au sein de la communauté, un investissement dans la promotion de la santé et des déterminants sociaux de la santé, des investissements dans des projets novateurs de réduction des méfaits fondés sur des données probantes ainsi qu'un appui aux initiatives qui visent à réduire la stigmatisation. Alors que de nombreux Canadiens et Canadiennes font face à des obstacles systémiques attribuables à l'exclusion sociale, les programmes et les services doivent être adaptés aux besoins des populations vulnérables, y compris les femmes, les mères, les Autochtones, les personnes handicapées, les personnes âgées, les enfants et les jeunes, les minorités visibles, les immigrants et les réfugiés. Nous croyons aussi qu'une approche de santé publique qui vise à enrayer le grand nombre de méfaits causés par les opioïdes nécessite la décriminalisation des substances illicites. Selon nous, cette approche promouvra la santé et le bien-être des personnes qui consomment des substances et facilitera leur accès au traitement.

L'ACSM est bien positionnée pour travailler avec tous les ordres de gouvernement afin de fournir un soutien à la recherche, aux politiques et aux programmes axés sur la santé mentale et la dépendance. Au Canada, les filiales, les régions et les divisions de l'ACSM fournissent un grand éventail de services en matière de santé mentale et de dépendance, qu'il s'agisse de logements adaptés, de services de counseling ou de services cliniques. Grâce aux filiales établies dans 330 communautés partout au Canada, nous sommes bien intégrés au sein des communautés que nous servons et nous pouvons être un partenaire solide dans la prestation de services qui répondront aux besoins en santé mentale et faciliteront le rétablissement des personnes qui font face à des problèmes de santé mentale et de dépendance. L'ACSM se réjouit à la perspective de travailler en collaboration avec le gouvernement fédéral pour élaborer des politiques efficaces et proactives qui freineront la crise de plus en plus aiguë des opioïdes et qui promouvront la santé publique pour tous les Canadiens et Canadiennes.

Notes

1 Gouvernement du Canada « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017) », 18 décembre 2017, tiré le 10 février 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.htm.

2 « More than 1,420 People Died of Illicit-drug Overdoses in B.C. in 2017, the 'Most Tragic Year Ever': Coroner », CBC, 31 janvier 2018, tiré le 10 février 2018, http://www. cbc.ca/news/canada/british-columbia/overdose-deaths- bc-2017-1.4511918.

3 Lewis S. Nelson, David N. Juurlink et Jeanmarie Perrone, « Addressing the Opioid Epidemic », *Journal of American Medical Association* 314.14 (2015): 1453.

4 National Pain Centre, *The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain* (Hamilton, ON : Université McMaster, 2017), 16.

5 Gouvernement du Canada, « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (publié en mars 2018) », 27 mars 2018, tiré le 28 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-mars-2018.html.

6 First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*, 7. (Vancouver-Ouest, BC: First Nations Health Authority), 7.

7 Ministère de la Santé mentale et de la Toxicomanie, *Responding to BC's Opioid Overdose Epidemic: Progress Update*, ministère de la Santé mentale et de la Toxicomanie, 2017).

8 « Les « importantes » répercussions de la crise des opioïdes sur les systèmes de santé canadiens », ICIS, septembre 2017, tiré le 28 mars 2018 https://www.cihi.ca/fr/les-importantes-repercussions-de-la-crise-des-opioides-sur-les-systemes-de-sante-canadiens.

9 Bernie Pauly, Paul Hasselback et Dan Reist, *A Public Health Guide to Developing a Community Overdose Response Plan* (Victoria, BC: Université de Victoria, 2017), 4.

10 Fraser Health, *The Hidden Epidemic: The Opioid Overdose Emergency in Fraser Health* (BC: Fraser Health. 2018), 12.

11 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), *Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches*, Lisbonne : OEDT, 2005, 4.

12 Glenn Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Washington, D.C.: The Cato Institute, 2009, 2. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Perspectives on Drugs: Models for the Legal Supply of Cannabis: Recent Developments, Lisbonne : OEDT, 2016.

13 Commission globale de politique en matière de drogues, *Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques : pour une véritable dépénalisation des drogues*, Suisse : Commission globale de politique en matière de drogues, 2016), 15-16.

14 Idem 20.

15 Hannah Laqueur, « Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal », *Law & Social Inquiry*, 40.3 (2015).

16 BC Centre for Disease Control, *The BC Public Health Opioid Overdose Emergency*, Vancouver, BC: BCCDC, 2017, 14.

17 Camille Bains, « Vancouver Drug Users' Group Was Once Called Militant. Now It's Leading the Prevention Charge », *CBC News*, le 17 juillet 2017, tiré le 18 janvier 2018, http:// www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/vancouver-drug- users-group-1.4208467.

18 Pauline Voon, « Why Canada Should Declare a National Opioid Emergency Too », *The Conversation*, 15 novembre 2017, tiré le 17 janvier 2018, https://theconversation.com/why-canada-should-declare-a-national-opioid-emergency-too-87325.

19 Prévention et contrôle des infections Canada (PCI), Pandémique (H1N1) 2009 Virus, 6 octobre 2014, https://ipac-canada.org/pandemic-h1n1-resources.php. Gouvernement du Canada, « Rapport national : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (2016) », 15 janvier 2018, tiré le 3 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides.html.

20 John Trainor, Ed Pomeroy, Bonnie Pape, *A Framework for Support: Third Edition*, Toronto: CMHA, 2004).

21 Canadian Mental Health Association, Ontario, « Mental Health Promotion in Ontario: A Call to Action », CMHA Ontario, tiré le 6 mars 2018, https://ontario.cmha.ca/documents/mental-health-promotion-in-ontario-a-call-to-action/.

22 BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Action Exchange II*, Vancouver, BC: BCCDC, 2017, 4. Santé Canada, Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières nations, Ottawa, Ontario : Santé Canada, 2015).

23 BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Action Exchange II*, 14.

24 Victoria Smye, Annette J Browne, Colleen Varcoe et Viviane Josewski, « Harm Reduction, Methadone Maintenance Treatment and the Root Causes of Health and Social Inequities: An Intersectional Lens in the Canadian Context », *Harm Reduction Journal 8* (2011): 2.

25 Nabarun Dasgupta, Leo Beletsky et Daniel Ciccarone, « Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants », *American Journal of Public Health* 108.2 (2018): 184.

26 Nora Volkow, « Addressing the Opioid Crisis Means Confronting Socioeconomic Disparities », *National Institute on Drug Abuse*, 25 octobre 2017, tiré le 15 mars 2017, https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2017/10/addressing-opioid-crisis-means-confronting-socioeconomic-disparities.

27 Jane C. Ballantyne et K. Steven LaForge, « Opioid Dependence and Addiction during Opioid Treatment of Chronic Pain », *Pain* 129 (2007): 235-6; Chetna J. Mistry, Monica Bawor, Dipika Desai, David C. Marsh et Zainab Samaan, « Genetics of Opioid Dependence », *Current Psychiatry Reviews* 10 (2014): 156-57.

28 Gabor Maté, *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction* (Toronto, Canada: Random House, 2008).

29 Dennis Raphael, « Restructuring Society in the Service of Mental Health Promotion: Are We Willing to Address the Social Determinants of Health? » I*nternational Journal of Mental Health Promotion* 11.3 (2009): 23.

30 Institut canadien d'information sur la santé, *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada* (Ottawa, ON: ICIS, 2008), 27. https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf.

31 K. Quinn, L.Boone, J.D., Scheidell, P. Mateau-Gelabert, S.S. Mcgorray, N. Beharie, L.B Cottler et M.R Kahn, « The relationships of childhood trauma and adult prescription pain reliever misuse and injection drug use », *Drug and Alcohol Dependence* 1.169 (2016): 169.

32 Michael P. Marshal, Mark S. Friedman, Ron Stall, Kevin M. King, Jonathan Miles, Melanie A. Gold, Oscar G. Bukstein et Jennifer Q. Morse, « Sexual Orientation and Adolescent Substance Use : A Meta-analysis and Methodological Review », *Addiction* 103.4 (2008): 7.

33 Campaign for Trauma-informed Policy and Practice, « Trauma-informed Approaches Need to be Part of a Comprehensive Strategy for Addressing the Opioid Epidemic », *Policy Brief* 1 (2017): 2; Robert F. Anda, David W. Brown, Vincent J. Felitti, Shanta R. Dube et Wayne H Giles, « Adverse Childhood Experiences and Prescription Drug Use in a Cohort Study of Adult HMO Patients », *BMC Public Health* 8 (2008): 1-9. https://ctipp.org/Portals/0/xBlog/uploads/2017/7/17/CTIPP_OPB_No1.pdf.

34 First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*, Vancouver-Ouest, BC: 7.

35 First Nations Health Authority, *Overdose* Data, 7.

36 Gabor Maté, « Addiction, Trauma and Dispossession », *First Nations Health Authority*, 18 novembre 2016, tiré le 3 maes 2018, http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/the-relationship-between-addiction-trauma-and-dispossession.

37 Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, Santé Canada, *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*. (Ottawa, ON: ministère de la Santé, 2011), 8.

38 Gouvernement du Canada, « Décès apparemment liés aux opioïdes au Canada en 2016 », 2017, tiré le 5 mars 2018, https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/deces-apparemment-lies-opioides-affiche.pdf.

39 Fraser Health, *The Hidden Epidemic*, 9.

40 Lori Culbert, « B.C. Construction Workers Warned About Deadly Overdose Epidemic », *Vancouver Sun*, 15 janvier 2017, tiré le 17 mars 2018, http://vancouversun.com/news/local-news/plumbers-electricians-and-construction-workers-warned-about-deadly-overdose-epidemic.

41 Graeme Roy, « Men between 19 and 59 at the Heart of B.C.'s Opioid Overdose Epidemic »" *The Globe and Mail*, 29 août 2017, tiré le 17 mars 2018, https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/men-between-19-and-59-at-the-heart-of-bcs-opioid-overdose-epidemic/article36111102/.

42 Cité dans Raphael, « Restructuring Society », 19.

43 Association canadienne pour la santé mentale, National, « Mental Health Promotion: A Framework for Action », tiré le 12 mars 2018, https://cmha.ca/documents/mental-health-promotion- a-framework-for-action; Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et l'Association Canadienne de santé publique, *Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé* (Ottawa, ON: WHO, 1986), http://www.phac-aspc. gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf.

44 Karen A. Urbanoski, Brian R. Rush, T. Cameron Wild, Diego G. Bassani et Saulo Castel, « Use of Mental Health Care Services by Canadians with Co-occuring Substance Dependence and Mental Disorders », *Psychiatric Services* 58.7 (2007): 966.

45 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge ! Promouvoir la santé mentale des Canadiens : Le rôle fédéral* (Ottawa, ON: ACMMSM, 2016), 10-11.

46 Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils* (Ottawa, ON: CCLT, 2014), 9.

47 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, Santé mentale : que ça bouge! 10.

48 Idem, 14.

49 Prevention First, *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD) Prevention* (Springfield, IL.: Prevention First, 2008).

50 Robert Zimmerman, *Social Marketing Strategies for Campus Prevention of Alcohol and Other Drug Problems* (Newton, Massachusetts: Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention, 1997); For a comprehensive review of the research on scare tactics in advertising, see also, Prevention First, *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD) Prevention* (Springfield, IL.: Prevention First, 2008). https://www.prevention.org/Resources/348ad797-5165-4695-885f-1e958b8f5591/IneffectivenessofFearAppealsinYouthATODPrevention-FINAL.pdf.

51 Clare Mochrie, *Keeping Youth Connected, Healthy and Learning: Effective Responses to Substance Use in the School Setting* (Vancouver, B.C.: Vancouver Island Health Authority, 2012), 15.

52 Lisa Lapointe, « Scare Tactics Less Effective in Overdose Crisis », *Gouvernement de la Colombie-Britannique*, 2 décembre2017, tiré le 29 mars2018, https://news.gov.bc.ca/factsheets/scare-tactics-less-effective-in-overdose-crisis.

53 R. Kathryn McHugh, Francesca Fulciniti, Yasmin Mashhoon et Roger D. Weiss, « Cue-induced Craving to Paraphernalia and Drug Images in Opioid Dependence », *The American Journal on Addictions* 25 (2016): 105-109.

54 M-J Milloy et coll. à E. Enkin, 5 décembre2017, tiré le 12 mars2018, http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/12/Letter-Stigmatizing-Language-in-the-Media.pdf.

55 Lu Ripley, *'Best' Practices in Prevention for Youth: Literature Review,* (Vancouver, B.C.: Vancouver Coastal Health), 2004, 9; Mochrie, Keeping Youth Connected, 15. http://www.vsb.bc.ca/sites/default/files/SACY/bestpractices.in%20prevention.FINAL_.pdf

56 Mochrie, *Keeping Youth Connected*, 15.

57 Ripley, *'Best' Practices in Prevention*, 12; Vancouver Island Health Authority, *Let's Talk: Speaking with Our Kids about Substance Use* (Victoria, B.C.: Vancouver Island Health, 2017), http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/60CD92B6-4FEC-4C13-8CE9-E06C0D4C1C4E/0/lets_talk_schools_web.pdf.

58 Commission de la santé mentale du Canada, La cybersanté mentale au Canada : Transformer le système de santé mentale grâce à la technologie (Ottawa, ON: CSMC, 2014), 29. http://www.assembly.pe.ca/docs/e-mental-health-report.pdf.

59 « About US », *Trip Project*, tiré le 26 mars 2018, http://www.tripproject.ca/trip/?q=about.

60 Adam Fletcher et Anita Krug, « Excluding Youth? A Global Review of Harm Reduction Services for Young People » dans Claudia Stoicescu, éd., *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response* (London: Harm Reduction International, 2017), 143. https://www.hri.global/files/2012/09/04/Chapter_3.2_youngpeople_.pdf.

61 Bureau de santé publique de Toronto, *Toronto Overdose Action Plan*, 8.

62 Connie I. Carter et Brittany Graham, *Opioid Overdose Prevention & Response in Canada, Vancouver*, BC: Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2013, 10.

63 Bureau de santé publique de Toronto, *Toronto Overdose Action Plan*, 6.

64 Carter et Graham, *Opioid Overdose Prevention*, 10.

65 CMHA, Ontario, *Reducing Harms: Recognizing and Responding to Opioid Overdoses in Your Organization* (Toronto, ON: CMHA Ontario, 2017).

66 Carter et Graham, *Opioid Overdose Prevention*, 4. Municipal Drug Strategy Co-ordinator's Network of Ontario, *Prescription for Life* (MDSCNO, 2015), 1-2. http://www.drugstrategy.ca/uploads/5/3/6/2/53627897/prescription_for_life_june_1_2015.pdf. Alan Beattie et coll. À la Premièere ministre Kathleen Wynne et au ministreEric Hoskins, 5 novembre2015, « Re: Request for Ontario Overdose Coordinator and Action Plan », tiré le 10 mars 2018.

67 Carter et Graham, *Opioid Overdose Prevention*, 4.

68 Connie I. Carter et Donald MacPherson, *Getting to Tomorrow: A Report on Canadian Drug Policy* (Vancouver, B.C.: Coalition canadienne des politiques sur les drogues, 2013), 68.

69 Gouvernement du Canada, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », 19 novembre 2016, tiré le 15 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html

70 Gouvernement du Canada, *Mesures concernant les opioïdes : 2016 et 2017* (Ottawa, ON: Santé Canada, 7), https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/actions-opioids-2016-2017/Opioids-Response-Report-FR-FINAL.pdf.

71 Bill Dobson à Kathleen Wynne, 27 avril 2017, « Request for Provincial Support: Opioid Strategy », tiré le 4 avril2018, http://app.oshawa.ca/agendas/city_council/2017/05-23-2017/CORR_REQ_LanarkCounty_Opioid_Strategy.pdf; Isra Levy, Harm Reduction and Overdose Prevention – Overview and Update (Ottawa, ON: Ottawa Board of Health, 2017), http://app05.ottawa.ca/sirepub/cache/2/cfaiprma31izwtm0vakkcogp/45788504042018025033239.PDF

72 Gilbert Ngabo, « Toronto Public Library to Offer Staff Naloxone Training for Overdoses in Branches », *thestar.com*, 19 septembre 2017, tiré le 22 mars 2018, https://www.thestar.com/news/gta/2017/09/19/toronto-public-library-to-offer-staff-naloxone-training-for-overdoses-in-branches.html.

73 Canadian Mental Health Association Ontario, « *Réduire les méfaits* ».

74 Gouvernement du Canada, « Loi du bon samaritain », tiré le 15 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/video/loi-bon-samaritain.html.

75 Toronto Public Health, *Toronto Overdose Action Plan*, 8.

76 Idem, 23.

77 Idem, 23.

78 « Fatal Fentanyl Overdose Data Lacking from Across Canada, Federal Health Minister Says », *CBC News*, 27 avril 2017, tiré le 1er mars 2018, http://www.cbc.ca/news/health/opioid-deaths-1.4088080.

79 Peter Cameron et Liam Casey, « Long Wait for Results of Fentanyl Tests Frustrates Ontario Cops, Health Units », *CTV News*, 6 avril 2017, tiré le 1er mars 2018, https://www.ctvnews. ca/health/long-wait-for-results-of-fentanyl-tests-frustrates- ontario-cops-health-units-1.3357647.

80 Bureau de santé publique de Toronto, *Toronto Overdose Action Plan*, 21.

81 Diane Kelsall et Matthew J. Bowes, « No Standards: Medicolegal Investigation of Deaths », *CMAJ*, 288.3 (2016): 1.

82 Kelsall et Bowes, « No Standards », 1.

83 Gouvernement du Canada, « Mesures fédérales concernant les opioïdes », juillet 2017, tiré le 16 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/mesures-federales.html.

84 Andrea Woo, « B.C. Collecting Comprehensive Data on Overdose Victims to Curb Opioid Crisis », *The Globe and Mail*, 7 août 2017, tiré le 7 mars 2018, https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/bc-launches-bid-to-curb-opioid-crisis/article35897893/.

85 « Treatment Demand Key Epidemiological Indicator », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, tiré le 10 mars 2018, http://www.emcdda.europa.eu/activities/tdi.

86 Kelly Bennett, « Did 2 People Die in Hamilton of Fentanyl Overdose Last Weekend? We May Not Know for a Year », *CBC News*, 28 février 2017, tiré le 9 mars 2018, http://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/did-2-people-die-in- hamilton-of-fentanyl-overdose-last-weekend-we-may-not- know-for-a-year-1.4002415.

87 Réseau juridique canadien VIH/sida, Harm Reduction International, Coalition canadienne des politiques sur les drogues et Canadian Association of People Who Use Drugs, *La réduction des méfaits au Canada — Actions immédiates requises des gouvernements* (2015).

88 Bureau de santé publique de Toronto, *Toronto Overdose Action Plan*, 18.

89 Idem, 18.

90 Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Cadre stratégique sur les opioïdes d'ordonnance*, (Toronto : ON, 2016, 13).

91 Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Cadre stratégique sur les opioïdes d'ordonnance*, 13.

92 Benedikt Fischer, Paul Kurdyak, Elliot Goldner, Mark Tyndall et Jürgen Rehm, « Treatment of Prescription Opioid Disorders in Canada: Looking at the 'Other Epidemic'? » *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 11 (2016).

93 Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario et Canadian Mental Health Association Ontario, *Response to the Ontario Government Strategy to Prevent Opioid Addiction and Overdose* (Toronto, ON: CMHA Ontario, 2017), 3.

94 Janine Luce et Carol Strike, *A Cross-Canada Scan of Methadone Maintenance Treatment Policy Developments, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies* (Ottawa, ON: CECT, 2011).

95 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, *Trouver des traitements de qualité pour les dépendances au Canada, Guide sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogue* (Ottawa, ON: CCDUS, 2017), 9; Melissa Leong, « A Price Tag on Life? Rehab for Drug and Alcohol Addiction Can Be Financially Damaging », Financial Post, 13 mai 2014, tiré le 6 mars, http://business.financialpost.com/personal-finance/a-price-tag-on-life-rehab-for-drug-and-alcohol-addiction-can-be-financially-damaging.

96 Rachael V. Pascoe, Brian Rush and Nooshin Khobzi Rotondi, "Wait Times for Publicly Funded Addiction and Problem Gambling Treatment Agencies in Ontario, Canada," *BMC Health Services Research* 13 (2013): 4.

97 Ayesha Chawdhary, Shelly L. Sayre, Charles Green, Joy M. Schmitz, John Grabowski et Marc E. Mooney, « Moderators of Delay Tolerance in Treatment-seeking Cocaine Users », *Addictive Behaviors* 32 (2007): 374 ; David S. Festinger, R.J. Lamb, Maria R. Kountz, Kimberly C. Kirby, et Douglas Marlowe, « Pretreatment Dropout as a Function of Treatment Delay and Client Variables », Addictive Behaviors 20.1 (1995): 111-15.

98 Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, Santé Canada, *Honorer nos forces*, 55.

99 Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, *Cadre du Continuum du mieux-être mental des Premières nations* (Ottawa, ON: Santé Canada, 2015), 27.

100 Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, Santé Canada, *Honorer nos forces*, 7.

101 Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, *Cadre du Continuum du mieux-être mental des Premières nations*, 19.

102 Gloria Chaim, Joanna Henderson et E.B. Brownlie, *Youth Services System Review: A Review of the Continuum of Ontario Services Addressing Substance Use Available to Youth Age 12-24* (Toronto, ON: Child, Youth and Family Services, 2013), 7.

103 Louise Brown, « Nightingale Honourable Mention: Nurse Mae Katt Designs Program to Manage Addiction among Teens », *The Star*, 7 mai 2013, tiré le 26 mars 2018, https://www.thestar.com/life/2013/05/07/nightingale_honourable_mention_nurse_mae_katt_designs_program_to_manage_addiction_among_teens.html.

104 Chaim, Henderson et Brownlie, *Youth Services System Review*, 86.

105 Annie Poulin et Michel Bolduc, « Crise des opioïdes: près de 2000 hospitalisations de bébés en un an », *Radio-Canada*, 19 octobre 2017, tiré le 16 mars 2018, http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1059381/opioides-bebes-hopital-dependance-sevrage.

106 Jackie Dunham, « 'It's Worrisome': More Babies Being Treated for Opioid Withdrawal in Canada », CTV News, 18 décembre 2017, tiré le 7 mars 2018, https://www.ctvnews.ca/health/it-s-worrisome-more-babies-being-treated-for-opioid-withdrawal-in-canada-1.3721699.

107 Dunham, « 'It's Worrisome.' »

108 Thierry Lacaze et Pat O'Flaherty, « La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse », *Société canadienne de pédiatrie*, 2018, tiré le 16 mars 2018, https://www.cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse.

109 Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Santé mentale : que ça bouge!*, 9.

110 Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, *Approche systémique de la toxicomanie au Canada. Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* (Ottawa, ON: Ottawa : Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008), 11; Qualité des services de santé Ontario, Normes de qualité, *Trouble de consommation d'opioïdes (la dépendance aux opiacés) Soins destinés aux personnes de 16 ans et plus*, (Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario, 2018), 3.

111 Kim Corace, (présentation, Pillars of Change: Priorities for Addressing the Opioid Crisis, Ottawa, ON, 20 mars 2018).

112 The Royal, *The Royal's 2017-18 Psychology Residency Program Brochure*, 27 juillet 2016, 25. http://www.theroyal.ca/wp-content/uploads/2016/08/TheRoyals2017-18-brochure-version-date-July-27-2016.pdf.

113 Lauren Polvere, Timothy MacLeod, Eric L. Macnaughton, R. Caplan, Myra Piat, Geoffrey B. Nelson, Stephen Gaetz et Paula N. Goering, *Canadian Housing First Toolkit: The At Home/Chez Soi Experience*, (Calgary et Toronto: Commission de la santé mentale du Canada et The Homeless Hub, 2014), 9.

114 Polvere et coll., *Canadian Housing First Toolkit*, 26.

115 National Treatment Strategy Working Group, *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy* (Ottawa, ON: National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada, 2008), 6.

116 Fischer et coll., « Treatment of Prescription Opioid Disorders ».

117 Julie Bruneau, Keith Ahamad, Marie-Ève Goyer, Ginette Poulin, Peter Selby, Benedikt Fischer, Cameron Wild et Evan Wood, « Management of Opioid Use Disorders: A National Clinical Practice Guideline », *Canadian Medical Association Journal* 190.9 (2018), E248.

118 British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la C.-B., *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder* (Vancouver, B.C: BCCSU, 2017), 11.

119 Fischer et coll, « Treatment of Prescription Opioid Disorders », 2.

120 Bruneau et coll., « Management of Opioid Use Disorders », E248.

121 British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la C.-B., *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder* (Vancouver, B.C.: BCSSU, 2017), 12.

122 Eugenia Oviedo-Joekes, Daphne Guh, Suzanne Brissette, Kirsten Marchand, Donald Scott MacDonald, Kurt Lock, Scott Harrison, Amin Janmohamed, Aslam H. Anis, Krauz, David C. Marsh et Martin T. Schechter, « Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: A randomized clinical trial », *JAMA Psychiatry* 73.5 (2016): 447-455; Marica Ferri, Marina Davoli, Carlo A. Perucci, « Heroin Maintenance for Chronic Heroin-dependent Individuals: A Cochrane Systematic Review of Effectiveness », Journal of Substance Abuse Treatment 30.1 (2006): 63-72.

123 British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la C.-B., *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment*, 9.

124 Fischer et coll., « Treatment of Prescription Opioid Disorders »; British Columbia Centre on Substance et ministère de la Santé de la C.-B., *A Guideline for the Clinical Management*, 21.

125 British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la C.-B., *A Guideline for the Clinical Management*, 30-31.

126 Eric L. Garland, Eron G. Manusov, Brett Froeliger, Amber Kelly, Jaclyn M. Williams et Matthew O. Howard, « Mindfulness-oriented Recovery Enhancement for Chronic Pain and Prescription Opioid Misuse: Results from an Early Stage Randomized Controlled Trial », *Journal Consult Clinical Psychology* (2014): 448-459.

127 Philippe Lucas et Zach Walsh, « Medical Cannabis Access, Use, and Substitution for Prescription Opioids and Other Substances: A Survey of Authorized Medical Cannabis Patients », *International Journal of Drug Policy* 42 (2017): 32.

128 Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur, *Reducing the Role of Opioids in Pain Management*, 11.

129 Idem, 11.

130 Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Cadre stratégique sur les opioïdes d'ordonnance*, 10.

131 BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Action Exchange II*, 16.

132 Benedikt Fischer, Jürgen Rehm, Brian Goldman et Svetlana Popova, « Non-medical Use of Prescription Opioids and Public Health in Canada: An Urgent Call for Research and Interventions Development », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique* 99.3 (2008): 182-84.

133 Toronto Public Health, *Toronto Overdose Action Plan*, 20.

134 Andrew Rosenblum, Lisa A. Marsch, Herman Joseph et Russell K. Portenoy, « Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions », *Experimental and Clinical Physchopharmacology* 16.5 (2008): 405-16; Howard L. Fields, « The Doctor's Dilemma: Opiate Analgesics and Chronic Pain », *Neuron* 69.4 (2011): 591-594.

135 David N. Juurlink et Irfan A. Dhalla, « Dependence and Addiction during Chronic Opioid Therapy », *Journal of Medical Toxicology* 8 (2012); Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur, *Reducing the Role of Opioids in Pain Management* (CGSED, 2017), 4 ; Erin E. Krebs, Amy Gravely, Sean Nugent, Agnes C. Jensen, Beth DeRonne, Elizabeth S. Goldsmith, Kurt Kroenke, Matthew J. Bair et Siamak Noorbaloochi, « Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-related Function in Patients with Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial », *Journal of the American Medical Association* 319.9 (2018): 872.

136 National Pain Centre, *Recommandations canadiennes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse de 2017*, (Hamilton, ON: Université McMaster, 2017), 16.

137 College of Physicians and Surgeons of Ontario, « College Releases Outcomes of Opioid Investigations », *MD Dialogue* 13.3 (2017): 10-11.

138 Benedikt Fischer, Jürgen Rehm, Brian Goldman et Svetlana Popova, « Non-medical Use of Prescription Opioids and Public Health in Canada: An Urgent Call for Research and Interventions Development », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique* 99.3 (2008): 182-84.

139 Furlan, Andrea, « How to Fix Canada's Opioid Crisis: It Starts with Pain and the Prescription Pad », *The Conversation*, 27 juin 2017, tiré le 10 mars 2018, https://theconversation.com/how-to-fix-canadas-opioid-crisis-it-starts-with-pain-and-the-prescription-pad-78512.

140 Matt Meuse, « Pain Sufferers Turning to Street Drugs as B.C. Doctors Prescribe Fewer Opioids », *CBC*, 19 juillet 2016, tiré le 1er mars2018, http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/opioid-prescription-reluctance-1.3685377.

141 Ruth E. Dubin, John Flannery, Paul Taenzer, Andrew Smith, Karen Smith, Ralph Fabico, Jane Zhao, Lindsay Cameron, Dana Chmelnitsky, Rob Williams, Leslie Carlin, Hannah Sidrak, Sanjeev Arora et Andrea D. Furlan, « ECHO Ontario Chronic Pain & Opioid Stewardship: Providing Access and Building Capacity for Primary Care Providers in Underserviced, Rural, and Remote Communities », *Studies in Health and Technology Informatics* 209 (2015): 15-22.

142 Mary E. Lynch, « The Need for a Canadian Pain Strategy », *Pain Research and Management* 16.2 (2011): 77-80; Judy Watt-Watson, Michael McGillion, J. Hunter, Manon Choiniere, Alexander J. Clark, Anne Dewar, Celeste Johnston, Mary Lynch, Patricia Morley-Forster, Dwight Moulin, Nornam Thie, Carl von Baeyer et K. Webber, « A Survey of Prelicensure Pain Curricula in Health Science Faculties in Canadian Universities », Pain Research and Management 14.6 (2009): 429-444.

143 Sarah Ritchie, « 'My Only Other Option is to Die': N.S. Woman Dismayed by Pain Clinic Closure », CTV News, 10 novembre 2017, tiré le 2 mars 2018, https://atlantic.ctvnews.ca/my-only-other-option-is-to-die-n-s-woman-dismayed-by-pain-clinic-closure-1.3672496; Camille Bains, « Chronic Pain Patients Need More than Opioids: B.C. Advocate », CTV News, 10 novembre 2017, tiré le 15 janvier 2018, https://www.ctvnews.ca/health/ chronic-pain-patients-need-more-than-opioids-b-c-advocate-1.3759531; Denise N. Guerriere, Manon Choinière, Dominique Dion, Philip Eng, Emma Stafford-Coyte, Brandon Zagorski, Robert Banner, Pamela M. Barton, Aline Boulanger, Alexander J. Clark, Allan S. Gordon, Marie-Claude Guertin, Howard M. Intrater, Sandra M. Lefort et Mary E. Lynch, « The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? » *Canadian Journal of Anaesthesiology* 57.6 (2010) :549–58.

144 Doctors of BC, Policy Statement: Improving Chronic Pain Management in BC (Vancouver, BC: Doctors of BC, 2017), 1-6; Leslie Carlin, Jane Zhao, Ruth Dubin, Paul Taenzer, Hannah Sidrak et Andrea Furlan, « Project ECHO Telementoring Intervention for Managing Chronic Pain in Primary Care: Insights from a Qualitative Study », *Pain Medicine* (2017): 4.

145 Carlin et coll., « Project ECHO Telementoring », 4.

146 Manon Choinière, Dominique Dion, Philip Peng, Robert Banner, Pamela M. Barton, Aline Boulanger, Alexander J. Clark, Allan S. Gordon, Denise N. Guerriere, Marie-Claude Guertin, Howard M. Intrater, Sandra M. Lefort, Mary E. Lynch, Dwight E. Moulin, May Ong-Lam, Mélanie Racine, Saifee Rashiq, Yoram Shir Paul Taenzer et Mark Ware, « The Canadian STOP-PAIN project—part 1: who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? », *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 57.6 (2010): 539-48.

147 Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur, *Reducing the Role of Opioids in Pain Management* (2017), 4.

148 National Pain Centre, *Recommandations canadiennes de 2017*, 16; Juurlink et Dhalla, « Dependence and Addiction », 398.

149 Stuart Foxman, « Opining on Opioids: When Talking to Patients, How Do You Weigh the Risks vs Rewards? » *MD Dialogue* 13.3 (2003): 38.

150 Tara Gomes, David N. Juurlink, Tony Antoniou, Muhammad M. Mamdani, Michael J. Paterson et Wim vander Brink, « Gabapentin, Opioids, and the Risk of Opioidrelated Death: A Population-based Nested Casecontrol Study », PLoS Med 14.10 (2017): 1.

151 National Pain Centre, *Recommandations canadiennes de 2017*, 80.

152 Yoko Murphy, Elliott M. Goldner et Benedikt Fischer, « Prescription Opioid Use, Harms and Interventions in Canada: A Review Update of New Developments and Findings Since 2010 », *Pain Physician* 18 (2015): 610.

153 Addictions & Mental Health Ontario and CMHA Ontario, *Response to the Ontario Government*, 7.

154 BC Centre for Disease Control, *BC DOAP Opioid Overdose Response Strategy (DOORS)*, (Vancouver, BC: BCCDC, 2016).

155 Carter et Graham, *Opioid Overdose Prevention*, 13.

156 Kwakye Peprah et Tina Frey, *Intranasal and Intramuscular Naloxone for Opioid Overdose in the Pre-hospital Setting: A Review of Comparative Clinical and Cost-effectiveness, and Guidelines* (Ottawa: ACMTS, 2017), 3.

157 Randy Shore, « *Overdose Crisis: Thousands More Naloxone Kits to Be Distributed through Pharmacies », Vancouver Sun*, 20 décembre 2017, tiré le 7 mars 2018, http://vancouversun.com/news/local-news/overdose-crisis-life-saving-naloxone-available-at-b-c-pharmacies.

158 Association des pharmaciens du Canada, *Environmental Scan: Access to Naloxone across Canada* (Ottawa, ON: Association des pharmaciens du Canada, 2017), 5.

159 Association des pharmaciens du Canada, *Environmental Scan*, 7-8.

160 Idem, 8 ; Kaitie Fraser, « Spike in Opioid Deaths Prompts Ontario Government to Offer Free Naloxone Spray », *CBC News*, 8 mars 2018, tiré le 9 mars 2018, http://www.cbc.ca/news/canada/windsor/ontario-opiod-death-spike-free-nalaxone-1.4567224.

161 Anna Dimoff, « High Price of Naloxone Nasal Spray Makes Distribution of Vital Drug Difficult », *CBC News*, 12 juillet 2016, tiré le 12 février 2018, http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/costly-naloxone-nasal-spray-1.3675243.

162 Erik D. Barton, Christopher B. Colwell, Timothy Wolfe, Dave Fosnocht, Craig Gravitz, Tamara Bryan, Will Dunn, Jeff Benson et Jeff Bailey, « Efficacy of Intranasal Naloxone as a Needleless Alternative for Treatment of Opioid Overdose in the Prehospital Setting », *The Journal of Emergency Medicine* 29.3 (2005): 265-71.

163 Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes de 2012 à 2016* (Ottawa, ON: ICIS, 2017), 6.

164 Phillip O. Coffin, Emily Behar, Christopher Rowe, Glenn Milo Santos, Diana Coffa, Matthew Bald et Eric Vittinghoff, « Nonrandomized Intervention Study of Naloxone Coprescription for Primary Care Patients Receiving Long-term Opioid Therapy for Pain », *Annals of Internal Medicine* 165.4 (2016): 250-51.

165 Coffin et coll., « Nonrandomized Intervention Study of Naloxone », 250.

166 Travis Lupick, « Health Canada backs new B.C. plan to provide clean drugs in bid to save people from fentanyl on the streets », *The Georgia Straight*, 20 décembre 2017, tiré le 10 mars 2018, https://www.straight.com/news/1010446/health-canada-backs-new-bc-plan-provide-clean-drugs-bid-save-people-fentanyl-streets.

167 Lupick, « Health Canada backs new B.C. plan ».

168 Dan Fumano, « Pop-up Vancouver Pot Dispensary an 'Outside the Box' Approach to Opioid Crisis », *Vancouver Sun*, 28 août 2017, tiré le 10 mars 2018, http://vancouversun.com/news/local-news/pop-up-vancouver-pot-dispensary-an-outside-the-box-approach-to-opioid-crisis.

169 British Columbia Centre on Substance Use, *Drug Checking as a Harm Reduction Intervention* (Vancouver, B.C.: BCCSU, 2017), 9.

170 British Columbia Centre on Substance Use, *Drug Checking, 21; Public Health Ontario, Evidence Brief: Drug Checking Services as a Harm Reduction Intervention* (Toronto, ON: Public Health Ontario, 2017).

171 « Drug Checking at Insite Shows Potential for Preventing Fentanyl-related Overdoses », *Vancouver Coastal Health*, 15 mai 2017, tiré le 11 mars 2018, http://www.vch.ca/about-us/news/news-releases/drug-checking-at-insite-shows-potential-for-preventing-fentanyl-related-overdoses.

172 British Columbia Centre on Substance Use, *Drug Checking*, 20.

173 Idem, 24.

174 Maxwell S. Krieger, Jesse L. Yedinak, Jane A. Buxton, Mark Lysyshyn, Edward Bernstein, Josiah D. Rich, Traci C. Green, Scott E. Hadland et Brandon D.L. Marshall, « High Willingness to Use Rapid Fentanyl Test Strips among Young Adults Who Use Drugs », *Harm Reduction Journal* 15.7 (2018): 1-9.

175 Idem, 11.

176 Idem, 20.

177 BC Centre for Disease Control, *BC Overdose Action Exchange II*, 7.

178 Idem, 12.

179 Idem, 12.

180 B.C. Coroners Service, *Illicit Drug Overdose Deaths in BC January 1, 2008-January 31, 2018* (Burnaby, B.C.: Ministry of Public Safety & Solicitor General, 2018), https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf.

181 Evan Wood, Mark W. Tyndall, Kathy Li, Elisa Lloyd-Smith, Will Small, Julio S. G. Montaner et Thomas Kerr, « Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users? » *American Journal of Preventative Medicine* 29.2 (2005): 126.

182 Will Small, Tim Rhodes, Evan Wood and Thomas Kerr, « Public Injection Settings in Vancouver: Physical Environment, Social Context and Risk », *International Journal of Drug Policy* 18 (2007): 31-32.

183 Evan Wood, Thomas Kerr, Will Small, Kathy Li, David C. Marsh, Julio S. G. Montaner et Mark W. Tyndall, « Changes in Public Order after the Opening of a Medically Supervised Safer Injecting Facility for Illicit Injection Drug Users », *CMAJ* 171.7 (2004): 733-34.

184 BC Centre for Disease Control, *The BC Public Health Opioid Overdose Emergency* (Vancouver, BC: BCCDC, 2017), 14.

185 Travis Lupick, « Dodging Drug Laws, B.C. Unveils Plans to Immediately Offer Supervised-injection Services in Vancouver and Other Cities », *The Georgia Straight*, 8 décembre 2016, tiré le 5 mars 2018, https://www. straight. com/news/843146/dodging-drug-laws-bc-unveils-plans-immediately-offer-supervised-injection-services; Gouvernement du Canada, Mesures concernant les opioïdes : 2016 et 2017 Government of Canada Actions on Opioids: 2016 and 2017 (Ottawa, ON: Santé Canada, 2017).

186 Gouvernement du Canada, « Déclaration de la ministre de la Santé au sujet de la crise des opioïdes », 7 décembre 2017, tiré le 4 mars 2018, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/12/declaration_de_laministredelasanteausujetdelacrisedesopioides.html.

187 Mark W. Tyndall, Thomas Kerr, Ruth Zhang, Evelyn King, Julio G. Montaner et Evan Wood, « Attendance, Drug Use Patterns, and Referrals made from North America's First Supervised Injection Facility », *Drug and Alcohol Dependence* (2006): 2.

188 Zack Marshall, Margaret K. Dechman, A. Minichiello, Lindsay Alcock et Gregory E. Harris, « Peering into the Literature: A Systematic Review of the Roles of People Who Inject Drugs in Harm Reduction Initiatives », *Drug and Alcohol Dependence* 151 (2015): 2.

189 Alissa Greer, Ashraf Amlani, Jane Buxton et l'équipe PEEP, « *Peer Engagement Principles and Best Practices: A Guide for BC Health Authorities and Other Providers* » (Vancouver, B.C.: BC Centre for Disease Control, 2017).

190 Levente Móró et József Rácz, « Online Drug User-led Harm Reduction in Hungary: A Review of 'Daath' », Harm Reduction Journal 10 (2013): 1-9; Christophe Soussan et Anette Kjellgren, « Harm Reduction and Knowledge Exchange—A Qualitative Analysis of Drug-related Internet Discussion Forums », *Harm Reduction Journal* 11.18 (2014): 1-9.

191 Jonny Wakefield. « More than 120 Overdoses in Alberta Jails Since 2016, Dozens More in Federal Facilities », *Edmonton Journal*, 22 décembre 2017, tiré le 5 mars 2018, http://edmontonjournal.com/news/local-news/more-than-120-overdoses-in-alberta-jails-since-2016-dozens-more-in-federal-facilities.

192 S.R. Seaman, R.P. Brettle et Sheila M. Gore, « Mortality from Overdose Among Injecting Drug Users Recently Released from Prison: Database Linkage Study », British Medical Journal 316 (1998): 426–8; Sarah E. Wakeman, Sarah E. Bowman, Michelle McKenzie, Alexandra Jeronimo et Josiah D. Rich, « Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription before Release », *Journal of Addictive Diseases* 28.2 (2009): 124-29.

193 Wakeman et coll., « Preventing Death among the Recently Incarcerated », 4.

194 Cité dans Commission mondiale pour la politique des drogues, *Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, 12.

195 Idem, 5.

196 Idem, 15.

197 Laurel Challacombe, *The Epidemiology of HIV in Canada* (Toronto, ON: CATIE, 2017), 2.

198 Agence de la santé publique du Canada, Résumé : *Estimations de l'incidence, de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada 2014* (Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada, 2015), 2.

199 Commission mondiale pour la politique des drogues, *Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, 11.

199 Réseau juridique canadien VIH/sida et coll., *La réduction des méfaits au Canada*, 2.

201 Stacy Calhoun, Emma Conner, Melodi Miller et Nena Messina, « Improving the Outcomes of Children Affected by Parental Substance Abuse: A Review of Randomized Controlled Trials », *Substance Abuse and Rehabilitation* 6 (2015): 17.

202 Emily van der Meulen, Ann De Shalit et Sandra Ka Hon Chu, « A Legacy of Harm: Punitive Drug Policies and Women's Carceral Experiences in Canada », *Women & Criminal Justice* 28.2 (2018): 82. https://www.urban.org/sites/default/files/publication/32106/411778-Employment-after-Prison-A-Longitudinal-Study-of-Releasees-in-Three-States.PDF. John Howard Society of Ontario, « Crime and Unemployment: What's the Link? » John Howard Society of Ontario Factsheet 24 (2009): 3.

203 Kathryn Keighley, *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada*, 2016 (Ottawa, ON: ministère de l'Industrie, 2018), 28.

204 Bureau de l'enquêteur correctionnel, « Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2013-2014 », 27 juin 2014, tiré le 6 mars 2018, http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-fra.aspx.

205 Idem.

206 van der Meulen et coll., « A Legacy of Harm », 89.

207 Fiona G. Kouyoumdjian, Alexandra Patel, Matthew J. To, Lori Kiefer et Leonara Regenstreif, « Physician Prescribing of Opioid Agonist Treatments in Provincial Correctional Facilities in Ontario, Canada: A Survey », PLoS ONE 13.2 (2018): 10.

208 Commission mondiale pour la politique des drogues, *Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*, Association canadienne de santé publique, *Décriminalisation de la consommation personnelle de substances psychotropes : énoncé de position* (Ottawa, ON: ACSP, 2017); Nicolas Caivano et Richard Elliott, « La journée de l'ONU contre l'« abus de drogues » fait faux pas », Réseau juridique canadien VIH/sida, 29 juin 2017, tiré le 8 mars 2018, http://www.aidslaw.ca/site/un-day-against-drug-abuse-gets-it-all-wrong/?lang=fr.

209 Artur Domostawki, Drug Policy in Portugal: *The Benefits of Decriminalizing Drug Use* (Warsaw, Pologne : Open Society Foundations, 2011), 22.

210 Domostawski, *Drug Policy in Portugal*, 29.

211 Cit. dans Hannah Laqueur, « Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal », *Law & Social Inquiry* 40.3 (2015), 6.

212 Greenwald, 7.

213 Association canadienne de santé publique, *Décriminalisation de la consommation personnelle de substances psychotropes : énoncé de position* (Ottawa, ON: ACSP, 2017), 6.

214 Glenn Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Washington, D.C.: The Cato Institute, 2009), 4.

215 Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal*, 10.

216 Drug Policy Alliance, *Drug Decriminalization in Portugal: A Health-centered Approach*, (New York, NY: Drug Policy Alliance, 2015), 2.

217 Laqueur, « Uses and Abuses », 23.

218 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Portugal: Country Drug Report 2017* (Lisbonne, Portugal: EMCDDA, 2017), 9. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf.

219 Tina Lovgreen, « The Answer to Canada's Opioid Overdose Crisis is Decriminalization, say Vancouver Drug Users and Advocates », *CBC News*, 20 février 2018, tiré le 6 mars 20182018, http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/multimedia/the-answer-to-canada-s-opioid-overdose-crisis-is-decriminalization-say-vancouver-drug-users-and-advocates-1.4544182.

220 Dan Werb, A. Kamarulzaman, Meredith C. Meacham, Claudia Rafful, Benedikt Fischer, Steffanie A. Strathdee et Evan Wood, « The Effectiveness of Compulsory Drug Treatment: A Systematic Review », *International Journal of Drug Policy* 28 (2016): 1-9.