



# Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes au Canada

Un énoncé de position de la  
Société canadienne de psychologie

Préparé par

Kim Corace, Ph. D., C. Psych., coprésidente  
Aliza Weinrib, Ph. D., C. Psych., coprésidente  
Paige Abbott, M.Sc., psy. agréée  
Kenneth Craig, O.C., Ph. D.  
Emma Eaton, Ph. D. en psychologie clinique., psy. agréée  
Heather Fulton, Ph. D., psy. agréée  
Shari McKee, Ph. D, C. Psych.  
Lachlan McWilliams, Ph. D., psy. agréé  
Chris Mushquash, Ph. D., C. Psych.  
Brian Rush, Ph. D.  
Sherry Stewart, Ph. D., psy. agréée  
Shandra Taylor, M.Ed., psy. agréée  
Dennis Wendt, Ph. D.  
Keith Wilson, Ph. D.

Juin 2019

### Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes au Canada<sup>1</sup>

La Société canadienne de psychologie (SCP) est la seule association nationale qui se consacre à la fois à la science, la pratique et l'enseignement de la psychologie au Canada. La SCP a comme mandat principal d'améliorer la santé et le bien-être de tous les Canadiens, qu'elle accomplit en soutenant et en promouvant le développement, la diffusion et l'application des connaissances en psychologie. La SCP travaille avec le gouvernement et avec d'autres intervenants de la santé et des sciences afin de faire la promotion d'une politique publique qui se fonde sur des données probantes et qui répond de manière optimale aux besoins du public qu'elle vise. La recherche en psychologie et la pratique de la psychologie, en particulier dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie, sont au cœur de la série de recommandations élaborées par la SCP dans le but de faire face à la crise des opioïdes au Canada.

Le Canada connaît en ce moment une crise des opioïdes qui a entraîné une hausse de la morbidité et de la mortalité et qui a des effets dévastateurs sur les individus, les familles et les collectivités. Plus de 10 300 décès survenus au Canada entre janvier 2016 et septembre 2018 seraient dus à la consommation d'opioïdes. Qui plus est, on constate une augmentation de près de 40 % des décès apparemment liés aux opioïdes survenus entre 2016 et 2017 au Canada, tandis que le nombre de décès liés aux opioïdes au cours des neuf premiers mois de 2018 dépasse l'ensemble des décès dénombrés en 2016. En 2016-2017, au Canada, les intoxications aux opioïdes ont nécessité en moyenne 17 hospitalisations chaque jour. Les méfaits liés aux opioïdes continuent de croître à un rythme alarmant.

#### Comprendre la crise des opioïdes

Entre janvier et septembre 2018, la plupart des décès liés aux opioïdes étaient accidentels (93 %) et sont survenus chez les hommes (75 %), la répartition entre les sexes variant d'une province ou d'un territoire à l'autre. La plupart des décès sont survenus chez les personnes de 30 à 39 ans (27 %), tandis que 20 % des décès sont survenus chez les personnes de 20 à 29 ans, 21 %, chez les personnes de 40 à 49 ans, et 21 %, chez les personnes de 50 à 59 ans. De plus, dans 75 % des décès accidentels apparemment liés aux opioïdes, un ou plusieurs types de substances non opioïdes (p. ex., alcool, benzodiazépines, cocaïne, méthamphétamine) étaient en cause.

Comme il en est question dans l'édition d'été 2018 de *Psynopsis*, l'interaction complexe de **plusieurs facteurs** a conduit à la crise des opioïdes. En ce moment, le taux élevé de décès apparemment liés aux opioïdes est associé à l'augmentation de **fentanyl et de ses analogues** fabriqués illégalement, disponibles sur le marché et vendus dans la rue. La drogue offerte sur le marché est contaminée, le fentanyl étant « coupé » avec d'autres substances (p. ex., héroïne, cocaïne) ou vendu sous forme de comprimés de contrefaçon qui ressemblent à d'autres médicaments opiacés sur ordonnance. Cela a de graves conséquences car les gens prennent par inadvertance du fentanyl, sans savoir qu'il a été ajouté à d'autres drogues. Entre janvier et septembre 2018, le fentanyl ou les analogues du fentanyl étaient en cause dans 73 % des décès accidentels apparemment liés à la consommation d'opioïdes, comparativement à 55 % en 2016.

La **prescription d'opioïdes pour le soulagement de la douleur** représente également une préoccupation de santé publique légitime. Un Canadien sur cinq déclare souffrir de douleur chronique, et le tiers de ces personnes décrivent leur douleur comme étant intense. En 2016, une personne sur huit en Ontario s'est

---

<sup>1</sup> Les références figurent à la fin du document.

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

fait prescrire un médicament opioïde. Le Canada est aussi le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes sur ordonnance du monde entier. La prescription abusive d'opioïdes, y compris les opioïdes à forte dose, pour la prise en charge de la douleur chronique contribue à la crise. Il est possible que l'augmentation de la prescription d'opioïdes soit liée à l'accroissement de l'offre d'opioïdes dans l'environnement. Le fait que les médicaments en circulation soient plus nombreux augmente la probabilité que les personnes auxquelles ils n'ont pas été prescrits y aient accès. Les initiatives visant à réduire la prescription d'opioïdes ont parfois conduit à l'arrêt brusque du traitement ou à la réduction de l'accès aux opioïdes sur ordonnance, ce qui peut conduire à la consommation d'opioïdes illicites et à l'exposition au fentanyl et à ses analogues.

Traditionnellement, les opioïdes sur ordonnance, comme l'Oxycontin, étaient commercialisés de manière à réduire le risque au minimum, y compris le risque de développer une dépendance. Cinq pour cent des personnes qui consomment des opioïdes risquent de développer une dépendance et l'usage d'opioïdes est associé à une probabilité accrue de surdose à des doses plus élevées. Cependant, même la consommation d'opioïdes à faible dose [dose en équivalent morphine <20 mg/jour] entraîne à la fois un risque de surdose fatale (0,1 %) et non fatale (0,2 %). De plus en plus de preuves montrent que les personnes qui souffrent de douleur non cancéreuse persistante voient leur douleur, leur fonctionnement et leur qualité de vie s'améliorer lorsque leur consommation d'opioïdes diminue. Parmi les personnes qui prennent des opioïdes sur ordonnance, celles qui ont une maladie mentale grave ou qui souffrent de toxicomanie active présentent un risque élevé de développer une dépendance aux opioïdes et de faire une surdose. Par exemple, dans le cas des personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale grave, le risque de dépendance aux opioïdes sur ordonnance est de 8 %, et, chez ces personnes, même l'usage d'opioïdes à faible dose (dose en équivalent morphine <20 mg/jour) engendre un risque élevé de surdose fatale (0,15 %) et non mortelle (0,3 %). En outre, les personnes souffrant de douleur chronique non cancéreuse et de toxicomanie active qui consomment des doses en équivalent morphine inférieures à 20 mg par jour risquent davantage de développer une dépendance aux opioïdes (de 5,5 % à 8,9 %), de faire une surdose non mortelle (de 0,2 % à 0,9 %) et de faire une surdose fatale (0,1 % à 0,5 %). Nous sommes particulièrement préoccupés par les risques qu'entraîne la prescription d'opioïdes à ces Canadiens vulnérables. Ainsi, que l'opioïde soit pris au départ pour soulager la douleur ou pour son effet psychoactif, une fois que la dépendance aux opioïdes est installée, les personnes devenues dépendantes déclarent consommer des opioïdes surtout pour soulager la détresse psychologique qu'elles vivent (qui est souvent causée par des troubles psychologiques préexistants graves), y compris la détresse associée au sevrage opiacé.

Le **faible accès aux traitements non pharmacologiques pour soulager la douleur** (y compris les traitements psychologiques) aggrave le problème. Le **manque d'accès à un traitement fondé sur des données probantes pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes**, y compris par un agoniste opioïde (c.-à-d., buprénorphine/naloxone), contribue à la crise, tout comme le **cloisonnement entre les systèmes de toxicomanie et de santé mentale** (malgré le niveau élevé de comorbidité).

La **stigmatisation**, notamment la stigmatisation envers les personnes qui ont des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou de douleur chronique, concourt à cette crise. Les personnes qui ont développé une dépendance aux opioïdes ont droit à un traitement équivalent à celui que reçoivent celles qui ont d'autres problèmes de santé, y compris des soins prodigués avec compassion et respect. Enfin, pour trouver des solutions aux troubles liés à la consommation d'opioïdes et aux troubles associés à la douleur chronique, nous devons aborder les **déterminants sociaux de la santé** et les facteurs de risque sociaux, psychologiques et biologiques (y compris les expériences pénibles vécues au cours de la petite enfance).

### **Approches psychologiques pour prévenir la consommation problématique d'opioïdes**

Bien qu'une grande partie de l'intérêt porté à la crise des opioïdes se focalise sur les interventions en aval, il est crucial, pour aborder la crise, de mettre l'accent sur les efforts déployés en amont (c.-à-d., la prévention). Les expériences négatives vécues durant l'enfance (y compris la violence, la négligence et les problèmes domestiques) sont associées à une relation dose-effet graduée avec de nombreux problèmes de santé, de problèmes de comportement et de problèmes sociaux au cours de la vie, notamment la douleur chronique, l'utilisation problématique d'opioïdes et la consommation de drogues injectables. Les interventions de prévention fondées sur des données probantes sont essentielles car elles peuvent retarder l'usage précoce des opioïdes et arrêter la progression de la consommation problématique, et même de la toxicomanie. Cependant, il existe très peu de données sur la prévention de l'usage d'opioïdes. Cela s'explique par l'insuffisance de programmes conçus pour prévenir précisément l'utilisation des opioïdes et par l'incapacité générale à évaluer les résultats propres aux opioïdes dans les programmes destinés à prévenir la toxicomanie chez les jeunes ou à intervenir tôt auprès des jeunes.

Des études se sont penchées sur l'efficacité à long terme des programmes de prévention universels qui s'inscrivent dans une stratégie de santé publique pour réduire le risque de l'usage d'opioïdes à des fins non médicales. Citons, à titre d'exemple, le Strengthening Families Program for Parents and Youth (10-14 ans), qui, seul ou en association avec un programme universel d'apprentissage des compétences s'adressant aux jeunes (c.-à-d., le Life Skills Program), révèle une réduction importante du risque de consommation à des fins non médicales d'opioïdes sur ordonnance de la 12<sup>e</sup> année jusqu'à l'âge de 25 ans (réduction du risque relatif de 21 % à 65 %). Il est évident que, jumelé au Life Skills Program, le Strengthening Families Program fonctionne mieux chez les adolescents à risque élevé lorsqu'il s'agit de réduire le risque de consommation à des fins non médicales d'opioïdes sur ordonnance, comparativement aux adolescents à faible risque. Ces types de programmes sont prometteurs, mais demeurent peu développés et insuffisamment étudiés. Ainsi, il faut **mettre au point, tester et mettre en œuvre à grande échelle un éventail d'interventions préventives qui ciblent l'usage d'opioïdes.**

En plus des programmes universels qui s'adressent à l'ensemble des jeunes, des programmes de prévention ciblés (p. ex., Preventure), qui interviennent de façon sélective auprès des jeunes à risque élevé, devraient être envisagés. Les facteurs de risque pouvant mener à l'utilisation problématique d'opioïdes sont, notamment : la personnalité (propension à la dépression, impulsivité), les troubles de santé mentale (p. ex., anxiété, dépression), les facteurs génétiques (y compris les antécédents familiaux de dépendance), l'âge (de 15 à 24 ans), le niveau et l'intensité de la douleur, l'utilisation d'autres substances, les expériences négatives vécues durant d'enfance, les traumatismes subis et la pauvreté. Chacun de ces facteurs pourrait être visé dans la prévention. Les programmes de prévention peuvent également viser l'acquisition de facteurs de protection, comme la résilience. Le stade de développement est important. Les interventions préventives doivent être effectuées lorsque les étudiants commencent à faire usage de drogue, mais avant que la consommation ne devienne plus fréquente ou plus grave.

### **Traitement fondé sur des données probantes pour soigner la dépendance aux opioïdes**

Plutôt que d'être perçue comme un problème de santé qui doit être traité, la dépendance est souvent synonyme de « mauvais choix », « mauvais comportements », « failles de la personnalité » ou fautes morales ou éthiques. La stigmatisation empêche les Canadiens de chercher de l'aide et de recevoir des soins continus. Pour réduire les obstacles à l'obtention de soins, la stigmatisation doit être prise en

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

considération. Il est impératif de fournir aux personnes qui souffrent d'une dépendance aux opioïdes un traitement accessible fondé sur des données probantes, et prodigué avec compassion.

Le traitement de première ligne de la dépendance aux opioïdes est le traitement par agonistes opioïdes, en particulier la buprénorphine et le naloxone, en raison de son profil d'innocuité. Certaines études révèlent que, lorsqu'il est associé aux interventions psychologiques, le traitement par agonistes opioïdes produit de meilleurs résultats, parmi lesquels l'augmentation de la poursuite du traitement et la réduction de la consommation d'opioïdes. Lorsqu'elles complètent le traitement de maintien à la méthadone, la thérapie cognitivo-comportementale, la gestion des imprévus et les interventions comportementales sur le Web s'avèrent efficaces pour réduire l'utilisation d'opioïdes. D'autres interventions psychosociales, comme le soutien téléphonique, le soutien communautaire et la formation familiale, contribuent, lorsqu'elles sont fournies en combinaison avec la buprénorphine, à la réduction de la consommation d'opioïdes et à l'augmentation de l'observance du traitement, comparativement au traitement habituel.

Il est essentiel d'intégrer des stratégies et des mesures de réduction des méfaits (p. ex., éducation, trousse de naloxone, accès à des drogues sûres, services de consommation supervisée) à l'ensemble des services et des traitements offerts aux personnes qui font un usage problématique d'opioïdes, ainsi qu'à celles qui reçoivent des opioïdes sur ordonnance, car il est primordial de réduire les infections, les surdoses et les décès.

### **Interventions psychologiques pour la gestion de la douleur**

Les opioïdes ont longtemps joué un rôle central dans la gestion de la douleur dans les établissements de soins (par exemple, après une chirurgie) et dans le traitement de la douleur cancéreuse. Depuis peu, l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non liée au cancer s'est généralisée.

Lorsque la douleur devient chronique (elle dure plus de trois mois), le fait d'axer le traitement sur la réduction de l'intensité de la douleur à l'aide d'opioïdes limite l'efficacité à long terme et représente un risque d'effets secondaires, de surdose et de dépendance aux opioïdes. Contrairement aux attentes, dans certains cas, l'utilisation d'opioïdes à long terme n'améliore pas le fonctionnement et augmente le degré de douleur, en raison de l'hyperalgie induite par les opioïdes. Les interventions psychologiques qui se sont avérées efficaces, et que l'on recommande aux personnes qui souffrent de douleur chronique, sont les suivantes :

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie d'acceptation et d'engagement
- Méditation basée sur la pleine conscience
- Hypnose thérapeutique
- Biofeedback
- Autogestion
- Entrevue motivationnelle

Des interventions psychologiques peuvent induire des changements biologiques qui modifient la perception de la douleur, ce qui fait diminuer l'intensité de la douleur, en plus de réduire la détresse et l'incapacité liées à la douleur, améliorant ainsi la qualité de vie. Les opioïdes sont accessibles malgré le danger potentiel qu'ils représentent et les préoccupations quant à leur efficacité à long terme, alors que les traitements psychologiques, qui posent moins de risques de préjudice, ne sont pas accessibles ni financés par le régime public.

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Lorsque des opioïdes à forte dose ont été prescrits en conformité avec les anciennes directives thérapeutiques en matière de traitement de la douleur, les Recommandations canadiennes de 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse préconisent d'orienter les patients vers un programme de prise en charge multidisciplinaire de la douleur, si ceux-ci ont beaucoup de difficulté à réduire progressivement la dose. Même si nous sommes d'accord avec cette recommandation, il n'y a pas, à ce jour, de preuves scientifiques nous permettant de déterminer les protocoles de traitement psychologique qui doivent être utilisés pour faciliter la réduction des doses d'opioïdes. D'autres recherches psychologiques sont nécessaires, et sont déjà en cours.

### Les besoins des femmes

Il faut prendre en considération le sexe et le genre lorsqu'on aborde la crise des opioïdes. L'utilisation d'opioïdes chez les femmes est très différente de celle qu'en font les hommes. Il est important de tenir compte des besoins particuliers des femmes, qui sont influencés par les facteurs biologiques, la situation socio-économique, le rôle familial, la reproduction, les responsabilités relatives aux soins aux enfants, et la violence sexuelle et conjugale à laquelle elles sont exposées.

Dans le contexte de la crise des opioïdes, on constate des différences importantes entre les sexes :

- Chez les femmes, le taux d'utilisation d'opioïdes sur ordonnance est plus élevé que chez les hommes (64 % des personnes qui prennent des analgésiques opioïdes sont des femmes).
- La prévalence de plusieurs troubles de la douleur est plus élevée.
- La prévalence de la dépression et des troubles anxieux est plus élevée chez les femmes.
- Les femmes sont également plus susceptibles de se faire prescrire des médicaments qui présentent un risque accru lorsqu'ils sont associés à des opioïdes, comme les anxiolytiques.
- Les femmes sont plus susceptibles d'abuser des opioïdes après qu'ils leur ont été prescrits.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être admises à l'hôpital pour une surdose intentionnelle d'opioïdes.
- Les femmes développent plus rapidement que les hommes une dépendance aux opioïdes.
- Chez les femmes, les conséquences physiques et psychologiques de la consommation de drogue sont plus graves que chez les hommes.

Les données montrent que la majorité des femmes toxicomanes ont subi des traumatismes graves dans leur vie, comme les abus sexuels durant l'enfance. Avec le temps, les effets biologiques du traumatisme influencent le développement de troubles de santé mentale et de douleur chronique, et augmentent la vulnérabilité à la toxicomanie. En outre, les femmes qui ont un problème de consommation d'opioïdes sont plus susceptibles de satisfaire aux critères du trouble de la personnalité limite, lequel est souvent associé à un traumatisme passé. Selon certaines hypothèses, ce trouble est lié à un dérèglement du système opioïde endogène et peut être traité efficacement par des méthodes comportementales qui sont, en ce moment, nettement sous-financées compte tenu des besoins de la population. Les besoins des femmes qui gardent des séquelles de traumatismes passés, y compris des séquelles psychologiques, doivent être pris en considération lorsqu'il s'agit de planifier les programmes de traitement. Les besoins particuliers des femmes sont manifestement négligés comme en témoigne la sous-représentation des femmes dans les milieux de traitement. Le faible accès aux services de garde, la peur de se faire enlever leurs enfants si elles avouent avoir un problème de toxicomanie et l'absence de services sensibles aux besoins des survivants de traumatismes nuisent aux femmes lorsque vient le temps de demander et d'obtenir des soins.

### **Les besoins des jeunes**

La crise des opioïdes frappe les jeunes d'une manière particulière. Au Canada, entre 2007 et 2015, on observait chez les jeunes de 15 à 24 ans le taux de croissance le plus élevé d'hospitalisations causées par une intoxication aux opioïdes. Par ailleurs, les problèmes de santé mentale et de toxicomanie apparaissent souvent dans cette tranche d'âge. Les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont la norme chez les jeunes, le taux de comorbidité y étant le plus élevé comparativement aux autres groupes d'âge de la population canadienne. Les jeunes qui ont des problèmes de consommation d'opioïdes ont des besoins qui leur sont propres, et différents de ceux des adultes. Certaines études montrent que, chez les jeunes, les problèmes de toxicomanie et de santé mentale sont plus complexes que chez les adultes. Le traitement de la dépendance aux opioïdes devrait être adapté au niveau de développement et à la culture; il doit être sûr, facilement accessible, centré sur les jeunes, collaboratif, souple et fondé sur des données probantes, en plus de tenir compte des traumatismes passés et d'intégrer la réduction des méfaits et le traitement des troubles concomitants de santé mentale. Les familles (tel que défini par les jeunes) doivent être impliquées au besoin. Les données scientifiques actuelles préconisent fortement le recours à la buprénorphine/naloxone comme traitement de première intention pour les jeunes qui ont un problème de consommation d'opioïdes de modéré à sévère. Les directives thérapeutiques recommandent d'offrir des traitements psychologiques et psychosociaux aux jeunes aux prises avec des problèmes de consommation d'opioïdes. Tout comme chez l'adulte, la désintoxication et la prise en charge du sevrage seules devraient être évitées en raison des risques de rechute, de surdose et de mortalité qui leur sont associés. Les interventions doivent être adaptées aux besoins particuliers des jeunes et écarter l'idée qu'il existe un traitement universel pour tous les jeunes.

### **Comprendre les besoins des peuples autochtones**

L'utilisation problématique d'opioïdes préoccupe énormément les collectivités autochtones du Canada (p. ex., Premières Nations, Métis et Inuits). Les Autochtones affichent un taux plus élevé de consommation problématique d'opioïdes et de surdose que les autres segments de la population — par exemple, des statistiques récentes de la Colombie-Britannique montrent que les femmes autochtones ont huit fois plus de chances de faire une surdose et cinq fois plus de chances d'en mourir que les femmes non autochtones, et que les hommes autochtones ont trois fois plus de chances de faire une surdose et d'en mourir que les hommes non autochtones. Le problème de la consommation d'opioïdes n'est pas réparti également dans les populations autochtones du Canada, certaines collectivités qui sont établies plus près du reste du Canada étant plus gravement touchées par la consommation d'opioïdes que les collectivités rurales et éloignées.

Les traumatismes, les pertes, la pauvreté et la séparation des familles découlant de la colonisation sont largement reconnus et ont des répercussions multigénérationnelles sur le bien-être des peuples autochtones, qui contribuent aux problèmes de consommation d'opioïdes. En outre, les individus et les nations autochtones continuent d'être confrontés au racisme structurel sur de nombreux fronts, y compris l'accès aux soins de santé. Il est essentiel de replacer les problèmes de consommation d'opioïdes dans les collectivités autochtones dans leur contexte socio-économique présent et passé.

La vision et les valeurs autochtones traditionnelles relatives au mieux-être sont différentes de celles de la médecine conventionnelle occidentale. Les approches traditionnelles de la guérison, y compris les médecines traditionnelles, sont très évoluées et bénéfiques aux peuples autochtones depuis des milliers d'années. Parallèlement, les interventions occidentales utilisées pour traiter la dépendance aux opioïdes et les surdoses d'opioïdes sont de plus en plus utilisées dans les collectivités autochtones et souhaitées

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

par les Autochtones qui cherchent à être traités (y compris la buprénorphine ou la méthadone, ainsi que la naloxone en cas d'urgence pour traiter les surdoses d'opioïdes; cependant, à notre connaissance, aucune étude publiée ne s'est penchée sur l'utilité et l'efficacité de ces interventions auprès des Autochtones). Les interventions basées sur le concept de double regard (c'est-à-dire des plans de mieux-être fondés sur les meilleures preuves disponibles tirées des approches de mieux-être occidentales et autochtones) devraient être mises à la disposition des Autochtones afin de déterminer les aspects de chacune qui sont les plus propices à la guérison.

### **Réduire la criminalité associée à la consommation d'opioïdes**

La légalisation du cannabis en octobre 2018 amène à se demander si les lois interdisant l'utilisation non médicale des opioïdes devraient également être revues. Le principal argument justifiant l'établissement d'une politique plus permissive en matière de drogue vient du fait que les lois actuelles poussent vers la clandestinité l'utilisation non médicale des opioïdes, favorisant du même coup la criminalité, et tout ce qu'elle engendre : dossiers criminels, incarcération, stigmatisation et nonaccès au traitement. La décriminalisation pour possession (c.-à-d., remplacer des peines criminelles par des amendes ou des avertissements) ou la légalisation pure et simple sont des mesures qui, au lieu de mettre l'accent sur l'application du droit pénal, mettent désormais au premier plan des considérations de santé et de bien-être.

Au Canada, ce changement commence à s'opérer sur plusieurs plans : (1) Programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables, qui fournissent l'accès supervisé aux médicaments contrôlés; (2) Lois du bon samaritain qui protègent les particuliers contre les poursuites, s'ils signalent une surdose ou font appel aux services d'urgence s'ils sont témoins d'une surdose; (3) Sites de consommation supervisée, qui permettent de consommer de la drogue dans un environnement sûr et contrôlé, sans le risque d'être arrêté.

D'autres pays vont plus loin encore en ce qui concerne la décriminalisation. Par exemple, au Portugal et en République tchèque, la possession de drogues illicites pour usage personnel est une infraction administrative, plutôt qu'une infraction pénale. L'Uruguay a instauré la légalisation complète. Ces options ont été étudiées récemment pour le compte du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Même s'il y a peu d'évaluations rigoureuses, le Portugal obtient des résultats positifs, comme la réduction des coûts liés à la transmission du VIH/sida et l'amélioration de la productivité chez les consommateurs de drogue; en outre, le recours aux forces policières, aux prisons et aux tribunaux diminue, sans aucune augmentation marquée de la consommation.

### **Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes**

La crise des opioïdes est un problème complexe, et y mettre un terme est tout aussi complexe. Par la défense des intérêts, la recherche, la pratique, le leadership et la formation, la psychologie au Canada peut contribuer à résoudre la crise, et ce de multiples façons. Nous devons décloisonner les systèmes, notamment en abattant les barrières qui séparent le système de traitement de la toxicomanie et le système de traitement de la maladie mentale, car ces barrières nuisent aux Canadiens. Nous devons travailler en collaboration avec nos partenaires des autres disciplines, systèmes et secteurs, car l'action concertée a beaucoup plus d'impact. Nous devons veiller à englober, dans tous nos efforts, les personnes qui ont ou ont déjà eu des problèmes de consommation d'opioïdes. À la lumière des conclusions sur la nature de l'actuelle crise des opioïdes, décrites ci-dessus, et des besoins des Canadiens, la SCP fait les



## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

recommandations suivantes, parmi lesquelles figurent les priorités de recherche à privilégier pour approfondir nos connaissances.

### LA STIGMATISATION

- La lutte contre la stigmatisation, en particulier la stigmatisation envers les personnes qui ont des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou de douleur chronique, est un élément essentiel de la lutte contre la crise des opioïdes. Il faut du financement pour aborder la stigmatisation à plusieurs niveaux, entre autres, au niveau de la personne, des soins de santé, de l'éducation, de la justice pénale, de la structure, de l'organisation et de la société. Pour ce faire, il est important de mettre véritablement à contribution les personnes qui ont ou ont déjà eu des problèmes de consommation d'opioïdes (ainsi que leur famille).
- Il faut aussi du financement pour améliorer et évaluer l'efficacité des stratégies de réduction de la stigmatisation, actuelles et nouvelles, y compris celles qui visent à réduire la stigmatisation chez les fournisseurs de soins de santé. Même si la sensibilisation est importante, elle ne peut pas, à elle seule, éliminer la stigmatisation.
- La toxicomanie doit être traitée comme un problème de santé mentale, et non comme une affaire criminelle.

### LA PRÉVENTION

#### Prévention de la dépendance aux opioïdes.

- Il faut investir dans des programmes de prévention fondés sur des données probantes et accessibles qui s'adressent aux jeunes afin de prévenir la consommation problématique d'opioïdes, notamment des programmes dans les écoles. Il faut établir en priorité des programmes de prévention ciblée, qui interviennent de manière sélective auprès des personnes à risque élevé (p. ex., Preventure).
- Les programmes de prévention peuvent s'intéresser aux facteurs de risque (p. ex., personnalité, troubles de santé mentale, expériences négatives durant l'enfance, traumatismes) qui rendent certaines personnes plus susceptibles de développer des problèmes de consommation d'opioïdes. Les programmes de prévention peuvent également viser l'acquisition de facteurs de protection, comme la résilience.

#### Prévention de la douleur persistante et de l'usage d'opioïdes à forte dose.

- Des programmes interdisciplinaires de prise en charge de la douleur, visant à aider les personnes souffrant de douleur aiguë qui présentent un risque élevé de développer des douleurs chroniques après un accident ou une opération, sont en cours d'élaboration. Le risque peut être stratifié en fonction de variables médicales (p. ex., type de chirurgie) et de variables psychologiques (p. ex., antécédents de dépression/traumatisme). Des consultations facilement accessibles sur l'utilisation modérée de médicaments opioïdes, ainsi que des interventions psychologiques et de la physiothérapie, peuvent être offertes pour réduire la chronicité de la douleur et l'utilisation d'opioïdes à long terme.
- Des lignes directrices sur la prescription d'opioïdes peuvent aider à limiter la surabondance d'opioïdes d'ordonnance excessifs et inutiles dans les foyers, à la suite d'un événement médical critique, comme une chirurgie, tout en s'assurant que les opioïdes adéquats sont prescrits pour soulager une douleur attendue, ce qui réduit le risque de détournement et l'utilisation par la famille et les amis.

### RÉDUCTION DES MÉFAITS

#### **La réduction des méfaits est essentielle dans le contexte de la crise des opioïdes.**

- L'accès équitable, facile et rapide (p. ex., accès le jour même) à l'éventail complet des services de réduction des méfaits (p. ex., éducation, drogues sûres, vaccination, dépistage des maladies infectieuses, services de consommation supervisée, trousse de naloxone) sauve des vies et réduit les répercussions de la crise des opioïdes.
- Des services de réduction des méfaits devraient être offerts à toutes les personnes qui consomment des opioïdes (y compris des opioïdes prescrits) et intégrés à l'ensemble du continuum de soins, notamment dans les services de traitement de la toxicomanie (p. ex., services de traitement à l'interne).

#### **La réduction des méfaits peut également être appliquée dans le contexte de la gestion de la douleur.**

- La réduction des méfaits chez les personnes qui souffrent de douleur persistante peut aussi être abordée par le truchement d'initiatives visant à s'assurer que les patients qui ont des antécédents de prise de médicaments contre la douleur ne se tournent pas vers les réseaux illicites pour se procurer des médicaments, ce qui les expose au risque d'acheter des médicaments dangereux et contaminés. Dans cette optique, la prescription de médicaments opioïdes pour éviter que les gens aient à acheter des médicaments contaminés dans la rue est une approche de réduction des méfaits qui devrait accompagner la prise en charge de la douleur.
- Les patients qui prennent des opioïdes ne devraient pas être sevrés brusquement ou diminuer les doses trop rapidement. Lorsque l'arrêt progressif d'un opioïde est recommandé, il doit être entrepris en étant conscient que le risque augmente pendant cette période. L'arrêt trop rapide du médicament peut provoquer des symptômes de sevrage difficiles à supporter, ce qui amène les personnes qui souffrent de douleur à chercher des opioïdes par d'autres canaux, y compris des médicaments contre la douleur en vente dans la rue, qui sont parfois contaminés par du fentanyl, ou des drogues illégales comme l'héroïne, qui n'ont pas nécessairement été consommés auparavant, ce qui entraîne des risques supplémentaires de surdose et de décès. L'arrêt du médicament doit toujours se faire progressivement sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, avec le consentement du patient, et avec le soutien et la surveillance continus de la douleur et du fonctionnement, et la prise en charge des symptômes de sevrage. Il est aussi possible d'envisager un transfert vers la buprénorphine/naloxone ou la méthadone, puis de diminuer progressivement. La diminution progressive du médicament peut réduire les risques de consommation d'opioïdes même si les doses sont réduites, comparativement au sevrage complet.
- On peut également donner aux personnes qui éprouvent de la douleur la possibilité de passer à la buprénorphine/naloxone (ou un autre traitement par agonistes opioïdes), au besoin. Étonnamment, certains patients déclarent éprouver moins de douleur après cette transition car l'hyperalgie induite par les opioïdes — un effet des opioïdes qui, paradoxalement, accentue la douleur — disparaît.

### TRAITEMENT

**Il est primordial de renforcer la capacité du système de soins primaires d'évaluer et de traiter les problèmes liés aux opioïdes.**

- Nous recommandons fortement que la santé mentale, la toxicomanie, les soins primaires, la santé publique et la prise en charge médicale de la douleur soient mieux intégrés.
- Les Canadiens sont plus susceptibles de consulter un professionnel de leur équipe de soins primaires qu'un professionnel exerçant dans un autre cadre. Nous devons donc impérativement prendre toutes les mesures nécessaires pour évaluer et traiter la dépendance aux opioïdes, la douleur et les troubles mentaux concomitants dans les milieux de soins de première ligne.
- Grâce à l'expertise qu'ils possèdent, les psychologues sont capables de déterminer, d'évaluer et de traiter la toxicomanie et la douleur dans les soins primaires par l'intermédiaire des équipes de médecine familiale.

**Par ailleurs, le renforcement des capacités des psychologues est important.**

- Les psychologues ont une expertise non négligeable, à la fois dans le domaine de la douleur et dans le domaine de la consommation de drogue; toutefois, en ce moment, nos capacités ne se développent pas aussi rapidement qu'elles le devraient pour régler cette crise. La formation et les programmes de formation continue destinés aux psychologues devraient permettre à ces derniers d'acquérir des compétences dans le traitement des problèmes de consommation d'opioïdes et de la douleur.

**Le traitement de la consommation problématique d'opioïdes doit être fondé sur des données empiriques, et être accessible et offert dans un cadre qui ne favorise pas la stigmatisation. Tous les systèmes et les services de traitement devraient mettre à contribution de manière significative les personnes qui ont ou ont déjà eu des problèmes de consommation d'opioïdes (y compris les familles) dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation.**

- Comme les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de développer une dépendance aux opioïdes, les psychologues devraient effectuer régulièrement le dépistage de l'usage problématique d'opioïdes chez leurs patients à l'aide d'outils validés. Selon ce que révèle le dépistage, les psychologues devraient, dans le cadre d'une évaluation complète, évaluer de manière plus approfondie la consommation problématique d'opioïdes et déterminer dans quelle mesure le patient est disposé à changer sa consommation d'opioïdes.
- Le traitement par agonistes opioïdes devrait être le traitement de première ligne de la dépendance aux opioïdes et devrait être accessible à tous, y compris aux personnes qui souffrent de douleur. Le traitement psychologique de la consommation problématique d'opioïdes est utilisé conjointement avec le traitement par agonistes opioïdes. La désintoxication et la prise en charge du sevrage seules devraient être évitées en raison du risque élevé de rechute, de surdose, de morbidité et de mortalité qu'elles représentent.
- La psychothérapie – offerte par des fournisseurs de services bien formés, qui utilisent des approches fondées sur des données empiriques – peut être jumelée à un traitement par agonistes opioïdes afin d'améliorer la poursuite du traitement et les résultats par rapport à la consommation d'opioïdes. Le traitement doit être conçu de manière à aider les individus à atteindre leurs objectifs de rétablissement (y compris l'abstinence et la réduction des méfaits).
- Il faut du financement pour former les professionnels de la santé sur la dépendance aux opioïdes et la toxicomanie, sur la douleur et sur les troubles mentaux concomitants afin d'améliorer les compétences des fournisseurs et d'accroître leur capacité à déterminer, évaluer et traiter les problèmes de consommation d'opioïdes et la douleur. La formation et les programmes de

formation continue destinés aux psychologues devraient permettre à ces derniers d’acquérir des compétences dans le traitement des problèmes de consommation d’opioïdes, de la toxicomanie, de la douleur et d’autres problèmes connexes.

- Il existe une forte comorbidité entre les troubles mentaux et les problèmes de consommation d’opioïdes. Par conséquent, il faut offrir un traitement concomitant et intégré aux personnes qui souffrent à la fois de dépendance aux opioïdes et de troubles mentaux. Les soins intégrés constituent le traitement de référence. Les soins pour les personnes qui souffrent de problèmes concomitants (y compris les traitements psychologiques pour les troubles de santé mentale et la toxicomanie) devraient faire partie du système public de soins de santé et non seulement du secteur privé. Le fait de ne pas fournir de traitement accessible dans le système financé par l’État crée des obstacles, contribue à la stigmatisation et nuit à la lutte contre la crise des opioïdes.
- Le traitement psychologique des vulnérabilités psychologiques qui sont susceptibles de conduire à l’utilisation concomitante d’opioïdes (y compris la dépression, l’anxiété, le trouble de stress post-traumatique [TSPT] et les troubles de la personnalité) devrait être accessible et financé par l’État.
- La réduction de la stigmatisation est essentielle pour limiter les obstacles à l’obtention de soins et impliquera l’intervention à plusieurs niveaux, y compris celui de l’individu, de l’éducation et de la société.
- Le traitement doit être adapté aux besoins particuliers des jeunes et à leur niveau de développement; il doit être facilement accessible, centré sur les jeunes, et intégrer la réduction des méfaits et le traitement des troubles concomitants (santé mentale et toxicomanie).
- Il existe des lacunes importantes en matière de recherche sur le traitement des problèmes de consommation d’opioïdes, et même les interventions les plus réussies montrent des résultats très variables. Nous devons mieux comprendre le type, le format et la durée des interventions psychologiques qui fonctionnent le mieux en combinaison avec le traitement par agonistes opioïdes. Des recherches sont nécessaires pour déterminer les stratégies à employer pour mettre en œuvre les interventions fondées sur des données probantes existantes dans les services et les soins, compte tenu de la difficulté que pose l’adoption à grande échelle de la pratique fondée sur des données probantes (c.-à-d. traitement des troubles concomitants; recours à la buprénorphine/naloxone).
- Il faut mener des recherches plus approfondies pour examiner la relation entre la consommation d’opioïdes et les troubles de santé mentale. Il faut également étudier l’efficacité des traitements psychologiques et pharmacologiques pour les personnes qui souffrent d’une dépendance aux opioïdes et de problèmes concomitants courants, y compris la dépression, l’anxiété, le TSPT, la consommation problématique d’autres substances, les troubles du sommeil et la douleur chronique.
- Enfin, la recherche doit explorer les traitements (pharmacologiques et psychologiques) offerts et destinés précisément aux jeunes qui ont des problèmes de consommation d’opioïdes, y compris ceux qui ont, en plus, des problèmes de santé mentale, étant donné la pénurie de recherche dans ce domaine.

**Il faut prioritairement offrir aux personnes qui souffrent de douleur persistante des traitements psychologiques financés par le régime public pour la gestion de la douleur, les problèmes de santé mentale concomitants et l’arrêt des opioïdes.**

- Nous avons besoin d’un financement accru pour mettre sur pied des cliniques multidisciplinaires de gestion de la douleur et de sevrage d’opioïdes. Ces cliniques font partie des soins standard recommandés dans les lignes directrices canadiennes de 2017 sur les opioïdes; cependant, avec une clinique multidisciplinaire de gestion de la douleur pour 50 000 Canadiens qui sont aux prises

avec de la douleur, peu d'entre nous peuvent espérer avoir accès au soutien comportemental nécessaire à la prise en charge de la douleur ou au sevrage d'opioïdes.

- Nous devons donner aux Canadiens un accès équitable et rapide aux traitements comportementaux de la douleur. En outre, la vulnérabilité psychologique (p. ex., dépression, anxiété, traumatismes passés) qui peut aggraver la douleur et augmenter la vulnérabilité à la consommation problématique d'opioïdes chez les personnes aux prises avec de la douleur doit être traitée à l'aide de programmes accessibles, financés par l'État.
- Les thérapies comportementales pour le traitement de la douleur doivent viser explicitement l'arrêt de l'opioïde. Les traitements psychologiques peuvent aider les personnes qui éprouvent de la douleur à se fixer des objectifs motivants et significatifs sur le plan personnel dans l'optique de l'arrêt du médicament, à aborder les obstacles psychologiques qui entravent la diminution de l'usage des opioïdes (p. ex., anxiété accrue au moment du retrait) et à utiliser des stratégies psychologiques qui favorisent la prise en charge personnelle pour calmer la douleur, tout en réorientant leur vie en fonction de leurs propres objectifs et priorités.
- Beaucoup de preuves scientifiques montrent que les personnes qui éprouvent de la douleur en l'absence de lésions des tissus évidentes sont considérées par les fournisseurs de soins de santé comme ayant des douleurs de moindre intensité et sont regardées avec moins de sympathie et plus de suspicion par ces derniers. En sensibilisant les travailleurs de la santé sur la souffrance, souvent invisible, des Canadiens qui sont aux prises avec de la douleur, nous réduirons la stigmatisation et les interactions inutiles avec les fournisseurs de soins de santé. À ce chapitre, les psychologues peuvent jouer un rôle de premier plan en donnant de la formation sur la science de la douleur, y compris la sensibilisation centrale, et en enseignant comment la douleur peut persister une fois les tissus guéris.
- Il faut mener des essais cliniques contrôlés rigoureux, où des interventions psychologiques sont déployées pour soulager la douleur aiguë et chronique et où les résultats mesurés sont à la fois ceux qui sont traditionnellement évalués (p. ex., intensité de la douleur, détresse liée à la douleur et fonctionnement physique) et l'utilisation d'opioïdes (p. ex., autodéclaration de la consommation quotidienne, ordonnances remplies, tests d'urine, etc.).

**Pour aider les femmes qui consomment des opioïdes, il faut privilégier des interventions visant à réduire les obstacles à l'obtention de soins et comprendre les considérations particulières qui viennent avec la grossesse. Les systèmes et les services devraient être conçus de concert avec les femmes et les personnes qui ont ou ont déjà eu des problèmes de consommation d'opioïdes.**

- **Prévention.**
  - Les stratégies de prévention s'adressant aux femmes enceintes ne devraient pas être fondées sur la peur. Les discours ou les graphiques culpabilisants destinés aux femmes se sont avérés inefficaces; il faut, au lieu de cela, se concentrer sur l'éducation de façon normalisante et respectueuse.
  - Le matériel de prévention devrait intégrer le prisme du genre et promouvoir des relations et des responsabilités équitables dans les familles, par exemple, des campagnes qui encouragent les deux parents à s'aider l'un et l'autre lorsqu'il s'agit d'appliquer les techniques de réduction des méfaits ou à demander de l'aide pour traiter leur toxicomanie, plutôt que de donner à la mère le rôle de gardienne de la santé de la famille.
- **Traitement.**
  - Pour traiter les femmes, l'approche multimodale doit être la norme et incorporer du soutien médical et psychologique, ainsi que du soutien aux activités de la vie quotidienne, y compris des interventions psychologiques fondées sur des données probantes, comme la thérapie comportementale dialectique et les interventions basées sur l'approche

*Seeking safety* (programme d'intervention ciblant la double problématique toxicomanie-STPT).

- Les soins sensibles aux besoins des survivants de traumatismes, qui utilisent une approche fondée sur les forces, offrent le choix, la parole et le contrôle aux clients et fournissent un espace sécuritaire et accueillant, sont essentiels pour travailler efficacement avec les femmes, ainsi qu'avec toutes les personnes qui ont des problèmes de consommation d'opioïdes.
- **Particularités du traitement pour les femmes enceintes et les femmes qui ont des enfants.**
  - Pour que les femmes enceintes aient accès aux services et aux soins, il est essentiel de réduire la stigmatisation liée à la consommation d'opioïdes. Le dépistage systématique et sans jugement devrait être effectué lors de la première évaluation prénatale et poursuivi tout au long de la grossesse afin de déterminer la consommation de drogue ou d'alcool.
  - Le traitement par agonistes opioïdes devrait être privilégié chez les femmes enceintes qui ont une dépendance aux opioïdes car il est associé à de meilleurs résultats néonataux, par exemple, une réduction du nombre de naissances prématurées, un poids à la naissance plus élevé et une plus grande probabilité que le bébé ait son congé de l'hôpital avec sa mère après la naissance. En outre, l'accès aux soins et aux services intégrés est efficace. L'éducation et la sensibilisation, les services d'accueil (y compris la thérapie sensible aux besoins des survivants de traumatismes), les bons alimentaires et les vitamines prénatales, ainsi que la collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services sociaux et l'aide au transport et à la garde d'enfants pour permettre d'aller aux rendez-vous, figurent parmi ces soins intégrés.
  - Par ailleurs, on constate que la cohabitation, où les parents et leur bébé qui se rétablit du syndrome d'abstinence néonatale restent ensemble dans la même chambre, apporte à la fois des bénéfices pour la santé du bébé et favorise les soins axés sur la famille.
  - Le manque de soutien familial ou la réticence à être séparées de leur enfant peut être un obstacle majeur pour les femmes en traitement pour toxicomanie. Les centres de traitement intégrés permettent aux femmes de participer au traitement avec leur enfant et peuvent, de plus, offrir de la formation pour l'acquisition de compétences parentales. Des programmes comme le programme Sheway, à Vancouver, intègre plusieurs ou l'ensemble de ces services et contribuent à stopper le cycle multigénérationnel de la dépendance, de la pauvreté et du placement des enfants.
- **La recherche doit tenir compte systématiquement du sexe et du genre et faire appel à la participation importante des intervenants (p. ex., les femmes qui ont ou ont déjà eu des problèmes de toxicomanie).**
  - Peu de recherches tiennent compte du sexe et du genre dans leur conception, leurs méthodes, leurs analyses et leurs conclusions. Toute recherche qui aborde la crise des opioïdes, y compris la prévention, la réduction des méfaits et le traitement, devrait intégrer le sexe et le genre.
  - D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les obstacles à l'obtention de soins chez les femmes et les stratégies visant à atténuer ces obstacles.

**Les traitements destinés aux peuples autochtones doivent être conçus en collaboration avec les intervenants locaux, de manière à tenir compte de la culture, car cela améliore l'engagement à l'égard du traitement et l'efficacité.**

- Comparativement à la population en général, le traitement des maladies mentales et de la toxicomanie, y compris le traitement par agonistes opioïdes, est généralement peu accessible aux peuples autochtones. Le gouvernement fédéral devrait avoir comme priorité de veiller à

ce que les peuples autochtones de partout au Canada aient un accès équitable aux traitements adéquats.

- De plus, il faut prioritairement étudier les facteurs favorables et les obstacles à l'accès au traitement ainsi que la mise en œuvre dans les collectivités autochtones. Le traitement par agonistes opioïdes doit être intégré à des soins holistiques et adapté sur le plan culturel, tout en tenant compte des facteurs de vulnérabilité sous-jacents à la toxicomanie.
- Compte tenu du passé colonial du Canada, il est impératif que les interventions prodiguées dans les collectivités autochtones par des praticiens de l'extérieur soient soigneusement planifiées afin d'être culturellement et émotionnellement sûres. Les animateurs qui dispensent les programmes de traitement et les fournisseurs de traitement devraient investir du temps dans la recherche de ressources culturelles locales, y compris les Anciens et les gardiens du savoir, et dans l'établissement de partenariats avec les organisations autochtones afin de comprendre les objectifs et les perspectives de la collectivité en ce qui concerne la dépendance aux opioïdes. En outre, les praticiens non autochtones qui travaillent avec les populations autochtones dans le domaine de la dépendance aux opioïdes devraient recevoir une formation obligatoire sur la culture autochtone adaptée aux Premières Nations, aux Inuits ou aux Métis avec lesquels ils travaillent.

### **Réduire la criminalité associée à la consommation d'opioïdes**

- Étant donné que la toxicomanie est considérée comme un problème de santé et que la vente illicite de drogue entraîne de graves problèmes, il nous appartient d'examiner à nouveau les lois et les politiques qui criminalisent l'usage de drogue en vigueur au Canada. Il faut aborder le problème sous l'angle de la santé publique, et non sous l'angle de la justice pénale. L'approche que nous adopterons peut s'inspirer de celle d'autres pays qui ont décriminalisé l'usage de drogue avec des résultats prometteurs.

## Références

### Préambule

Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (2019). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes* [En ligne] <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>

Centre canadien d'information sur la santé (2018). *Préjudices liés aux opioïdes au Canada*. [En ligne] <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-related-harms-report-2018-fr-web.pdf>

### Comprendre la crise des opioïdes

Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (2019). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes* [En ligne] <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>

American Society of Addiction Medicine (2011). *Policy statement: Definition of addiction*. [En ligne] [https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition\\_of\\_addiction\\_long\\_4-11.pdf?sfvrsn=a8f64512\\_4](https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11.pdf?sfvrsn=a8f64512_4)

Association canadienne pour la santé mentale (2018). *Soutenir et non punir : Désamorcer la crise des opioïdes au Canada*. [En ligne] <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/04/Soutenir-et-non-punir.pdf>

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

Busse, J. W., S. Craigie, D. N. Juurlink, D. N. Buckley, L. Wang, R. J. Couban ... et G. H. Guyatt (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 189(18). doi:10.1503/cmaj.170363

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2017). *Opioïdes d'ordonnance (Sommaire canadien sur la drogue)*. [En ligne] <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2017-fr.pdf>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018). *How did we get to an opioid crisis?* [En ligne] <http://www.ccdus.ca/Eng/Opioids/issue/Pages/default.aspx>

Cicero, T. J. et M. S. Ellis (2017). Understanding the demand side of the prescription opioid epidemic: Does the initial source of opioids matter? *Drug and Alcohol Dependence*, 173, S4-S10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.03.014

Corace, K. (2018). The role of psychology in mitigating Canada's opioid crisis. *Psynopsis*, 40(2), 4-5. [En ligne] <https://cpa.ca/docs/File/Psynopsis/2018/Psynopsis-Issue2-2018.pdf>



## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Dowell, D., R. K. Noonan et D. Houry (2017). Underlying factors in drug overdose deaths. *Journal of the American Medical Association*, 318(23), 2295-2296. doi:10.1001/jama.2017.15971

Dubin, R., H. Clarke et M. Kahan (2017). The risks of opioid tapering or rapid discontinuation. *Canadian Family Physician*. [En ligne] <http://www.cfp.ca/news/2017/12/05/12-05>

Fernandes, K., D. Martins, D. Juurlink, M. Mamdani, J. M. Paterson, L. Spooner, S. Singh, et T. Gomes (2016). High-dose opioid prescribing and opioid-related hospitalization: a population-based study. *PLoS ONE*, 11(12), e0167479.

Højsted, J. et P. Sjøgren (2007). Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *European Journal of Pain*, 11, 490-518. doi:10.1016/j.ejpain.2006.08.004

Katz, C., R. El-Gabalawy, K. M. Keyes, S. S. Martins et J. Sareen (2013). Risk factors for incident nonmedical prescription opioid use and abuse and dependence: Results from a longitudinal nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 107-113. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.010

McWilliams, L. A., I. P. Clara, P. D. J. Murphy et B. J. Cox (2008). Associations between arthritis and a broad range of psychiatric disorders: Findings from a nationally representative sample. *The Journal of Pain*, 9, 37-44. doi:10.1016/j.jpain.2007.08.002

Michael G. DeGroot National Pain Centre de l'Université McMaster (2017). *The 2017 Canadian guideline for opioids for chronic non-cancer pain*. [En ligne] <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/guidelines.html>

Novak, S. P., M. Herman-Stahl, B. Flannery et M. Zimmerman (2009). Physical pain, common psychiatric and substance use disorders, and the non-medical use of prescription analgesics in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 63-70. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.09.013

Organisation des Nations unies, Organe international de contrôle des stupéfiants (2014). *Report of the International Narcotics Control Board for 2013*. [En ligne] [http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/English/AR\\_2013\\_E.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/English/AR_2013_E.pdf)

Rosenblum, A., H. Joseph, C. Fong, S. Kipnis, C. Cleland et R. K. Portenoy (2003). Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2370-2378. doi:10.1001/jama.289.18.2370

### **Approches psychologiques pour prévenir la consommation problématique d'opioïdes**

Centers for Disease Control and Prevention (2019). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. [En ligne] [https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html)

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018). *How did we get to an opioid crisis?* [En ligne] <http://www.ccdus.ca/Eng/Opioids/issue/Pages/default.aspx>

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2014). *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. [En ligne] <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/Canada-Strategy-Prescription-Drug-Misuse-Report-fr.pdf>

Chinneck, A., K. Thompson, I. T. Mahu, P. Davis-MacNevin, K. Dobson et S. H. Stewart (2018). Personality and prescription drug use/misuse among first year undergraduates. *Addictive Behaviors*, 87, 122-130. doi:10.1016/j.addbeh.2018.07.001

Conrod, P. J., N. Castellanos-Ryan et J. Strang (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 67, 85-93. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.173

Conrod, P. J., S. H. Stewart, N. Comeau et A. M. Maclean (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 550-563. doi:10.1207/s15374424jccp3504\_6

Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards . . . et J. S. Marks (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:[http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Furlan, A. D., N. Carnide, E. Irvin, D. Van Eerd, C. Munhall, J. Kim, C. M. F. Li, A. Hamad, Q. Mahood, et S. MacDonald (2018). A systematic review of strategies to improve appropriate use of opioids and to reduce opioid use disorder and deaths from prescription opioids. *Revue canadienne de la douleur*, 2(1), 218-235. doi:10.1080/24740527.2018.1479842

Mahu, I.T., C. Doucet, M. O'Leary-Barrett et P. Conrod (sous presse). Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? 24-month outcome of the adventure trial on cannabis use. *Addiction*, 110, 1625-1633. doi:10.1111/add.12991

Quinn, K., L. Boone, J. D. Scheidell, P. Mateu-Gelabert, S. Sp. Mcgorray, N. Beharie, L. B. Cottler et M. R. Kahn (2016). The relationship of childhood trauma and adult prescription pain reliever misuse and injection drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 190-198.

Spoth, R., L. Trudeau, C. Shin, E. Ralston, C. Redmond, M. Greenberg et M. Feinberg (2013). Longitudinal effects of universal preventive intervention on prescription drug misuse: Three randomized controlled trials with late adolescents and young adults. *American Journal of Public Health*, 103, 665-672. doi:10.2105/AJPH.2012.301209

Tilson, E. C. (2018). Adverse Childhood Experiences (ACEs): An Important Element of a Comprehensive Approach to the Opioid Crisis. *North Carolina Medical Journal*, 79(3), 166-169. doi:10.18043/ncm.79.3.166

U.S. Department of Health and Human Services (2016). Chapter 3: Prevention. In *Facing addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. [En ligne] <https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/chapter-3-prevention.pdf>

Walley, A. Y., Z. Xuan, H. H. Hackman, E. Quinn, M. Doe-Simkins, A. Sorensen-Alawad, S. Ruiz et A. Ozonoff (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

in Massachusetts: Interrupted time series analysis. *British Medical Journal*, 346, f174. doi:10.1136/bmj.f174

### Traitement fondé sur des données probantes pour soigner la dépendance aux opiacés

Amato, L., S. Minozzi, M. Davoli et S. Vecchi (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). CD005031. doi:10.1002/14651858.CD005031.pub4

Brady, K. T., J. L. McCauley et S. E. Back (2016). Prescription opioid misuse, abuse, and treatment in the United States: An update. *American Journal of Psychiatry*, 173, 18-26. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15020262

Bruneau, J., K. Ahamad, M.E. Goyer, G. Poulin, P. Selby, B. Fischer ... pour l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190, E247-57. doi:10.1503/cmaj.170958

Drummond, D.C. et K. Perryman (2007). *Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: A literature review*. London, R.-U.: St. George's University of London. doi: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/psychosocial\\_interventions.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf)

Dugosh, K., A. Abraham, B. Seymour, K. McLoyd, M. Chalk et D. Festinger (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 10, 91-101. doi:10.1097/ADM.000000000000193

Qualité des services de santé Ontario (2018). *Trouble de consommation d'opioïdes. Soins destinés aux personnes de 16 ans et plus* [En ligne] <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-fr.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016). *Medication-assisted treatment*. [En ligne] <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment>

Weir, K. (2017). Psychologists' roles in helping to treat opioid-use disorders and prevent overdoses. *Monitor on Psychology*, 48, 28-32.

### Interventions psychologiques pour la gestion de la douleur

Alperstein, D. et L. Sharpe (2016). The efficacy of motivational interviewing in adults with chronic pain: a meta-analysis and systematic review. *The Journal of Pain*, 17(4), 393-403. doi:10.1016/j.jpain.2015.10.021

Busse, J. W., S. Craigie, D. N. Juurlink, D. N. Buckley, L. Wang, R. J. Couban, et C. Cull (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 189(18), E659-E666. doi:10.1503/cmaj.170363

Dindo, L., M. B. Zimmerman, K. Hadlandsmayth, B. StMarie, J. Embree, J. Marchman ... et B. Rakel (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Prevention of Chronic Post-surgical Pain and Opioid Use in At-Risk Veterans: A Pilot Randomized Controlled Study. *The Journal of Pain*, 19(10), 1211-1221. doi:10.1016/j.jpain.2018.04.016

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Du, S., C. Yuan, X. Xiao, J. Chu, Y. Qiu et Q. Huijuan (2011). Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 85, e299-e310. doi:10.1016/j.pec.2011.02.021

Dubin, R., H. Clarke et M. Kahan (2017). The risks of opioid tapering or rapid discontinuation. *Canadian Family Physician*. [En ligne] <http://www.cfp.ca/news/2017/12/05/12-05>

Eccleston, C., E. Fisher, K. H. Thomas, L. Hearn, S. Derry, C. Stannard ... et R. A. Moore (2017). Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD010323. doi:10.1002/14651858.CD010323.pub3

Elkins, G., M. P. Jensen et D. R. Patterson. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287. doi:10.1080/00207140701338621

Fashler, S. R., L. K. Cooper, E. D. Oosenbrug, L. C. Burns, S. Razavi, L. Goldberg et J. Katz (2016). Systematic review of multidisciplinary chronic pain treatment facilities. *Pain Research & Management*, 19. [En ligne] <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=https://search-proquest-com.myaccess.library.utoronto.ca/docview/1865271133?accountid=14771>

Gatchel, R. J., D. D. McGeary, C. A. McGeary et B. Lippe (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, 69(2), 119. doi:10.1037/a0035514

Hann, K. E. et L. M. McCracken (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227. doi:10.1016/j.jcbs.2014.10.001

Kerns, R. D., J. Sellinger et B. R. Goodin (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-434. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430

Loeser, J. D et R. D. Treede (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137(3), 473-477. doi:10.1016/j.pain.2008.04.025

Murphy, L., R. Babaei-Rad, D. Buna, P. Isaac, A. Murphy, K. Ng et B. Sproule (2018). Guidance on opioid tapering in the context of chronic pain: Evidence, practical advice and frequently asked questions. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, 151(2), 114-120. doi:10.1177/1715163518754918

Nestoriuc, Y., A. Martin, W. Rief et F. Andrasik (2008). Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(3), 125-140. doi:10.1007/s10484-008-9060-3

Oliveria, V.C., P.H. Ferreira, C.G. Maher, R.Z. Pinto, K.M. Refshauge et M.L. Ferreira (2012). Effectiveness of self-management of low back pain: systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 64(11), 1739-48. doi:10.1002/acr.21737

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities (1990). *Desirable characteristics for pain treatment facilities*. Washington, D.C.: International Association for the Study of Pain. [En ligne] [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section\\_Home&Template\\_/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID\\_3011](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section_Home&Template_/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID_3011)

Tefikow, S., J. Barth, S. Maichrowitz, A. Beelmann, B. Strauss et J. Rosendahl (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 623-636. doi:10.1016/j.cpr.2013.03.005

Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of oxycontin: Commercial triumph, public health tragedy. *American Journal of Public Health*, 99(2), 221-227. doi:10.2105/AJPH.2007.131714

Veehof, M. M., M. J. Oskam, K. M. Schreurs et E. T. Bohlmeijer (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002

Williams, A. C., C. Eccleston et S. Morley (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD007407. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub3

### Les besoins des femmes

ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, American Society of Addiction Medicine (2012). ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 119, 1070-1076. doi:10.1097/AOG.0b013e318256496e

Arthur, E., A. Seymour, M. Dartnall, P. Beltgens, N. Poole, D. Smylie, N. North et R. Schmidt (2013). *Trauma-Informed Practice Guide*. [En ligne] [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)

Back, S.E., R.L. Payne, A.H. Wahlquist, R.E. Carter, Z. Stroud, L. Haynes, M. Hillhouse, K.T. Brady, K.T. et W. Ling (2011). Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 313-323. doi:10.3109/00952990.2011.596982

Bandelow, B., C. Schmahl, P. Falkai et D. Wedekind (2010). Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological review*, 117(2), 623-636. doi:10.1037/a0018095.

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (2014). *Women and prescription pain medications*. [En ligne] [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/03/Women-Prescription.Pain\\_.Meds-infograph.Feb2014.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/03/Women-Prescription.Pain_.Meds-infograph.Feb2014.pdf)

Centre canadien d'information sur la santé (2018). *Opioid crisis having "significant" effect on Canadian healthcare system*. [En ligne] <https://www.cihi.ca/en/opioid-crisis-having-significant-impact-on-canadas-health-care-system>

Centre canadien d'information sur la santé (2018). *Préjudices liés aux opioïdes au Canada – Recueil de graphiques* [En ligne] [https://secure.cihi.ca/free\\_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf)

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Centre canadien d'information sur la santé (2018). *Préjudices liés aux opioïdes au Canada – Tableau de données* [En ligne] <https://www.cihi.ca/fr/opioides-au-canada/2018/prejudices-lies-aux-opioides-au-canada>

Centre of Excellence for Women's Health and Canada FASD Research Network (2018). *Women and Opioids. Centre of Excellence for Women's Health and Canada FASD Research Network*. [En ligne] [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/05/CanFASD\\_WomenAndOpioids\\_180504\\_1504\\_MediaGuide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/05/CanFASD_WomenAndOpioids_180504_1504_MediaGuide.pdf)

Committee on Obstetric Practice, American Society of Addiction Medicine (2017). *Committee Opinion No. 711: Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 130*, e81–94. [En ligne] [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewibllvI7Z7iAhUCnawKHZ96DpUQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.acog.org%2F-%2Fmedia%2FCommittee-Opinions%2FCommittee-on-Obstetric-Practice%2Fco711.pdf%3Fdmcc%3D1%26ts%3D20180803T1619512856&usq=AOvVaw0dJL2B5LsrjZ9CPao8d\\_Af](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewibllvI7Z7iAhUCnawKHZ96DpUQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.acog.org%2F-%2Fmedia%2FCommittee-Opinions%2FCommittee-on-Obstetric-Practice%2Fco711.pdf%3Fdmcc%3D1%26ts%3D20180803T1619512856&usq=AOvVaw0dJL2B5LsrjZ9CPao8d_Af)

Greaves, L., R. Schmidt, N. Poole, N. Hemsing et E. Boyle (2015). *Women, Girls, and Prescription Medication*. Vancouver, C.-B.: BC Centre of Excellence for Women's Health.

Holmes, A.V., E.C. Atwood, B. Whalen, J. Beliveau, J.D. Jarvis, J.C. Matulis et S.L. Ralston (2016). Rooming-in to treat neonatal abstinence syndrome: Improved family-centered care at lower cost. *Pediatrics, 137*, e20152929. doi:10.1542/peds.2015-2929

Kremer, M.E. et K.S. Arora (2015). Clinical, ethical and legal considerations in women with opioid abuse. *Obstetrics and Gynecology, 126*, 474-478. doi:10.1097/AOG.0000000000000991

Montgomery, E., C. Pope et J. Rogers (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth, 15*, 194-211. doi:10.1186/s12884-015-0626-9

Najavits, L.M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York, N.-Y.: The Guilford Press.

Nathoo, T., L. Marcellus, M. Bryans, D. Clifford, S. Louie, D. Penaloza, A. Seymour, M. Taylor et N. Poole (2015). Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada. *Victoria and Vancouver, C.-B.: University of Victoria School of Nursing and British Columbia Centre of Excellence for Women's Health*. [En ligne]: [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015\\_web.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015_web.pdf)

National Center on Addiction and Substance Abuse (2003). *The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8-22*. New York, NY: CASA.

Pepler, D.J., M. Motz, M. Leslie, J. Jenkins, S.D. Espinet et W. Reynolds (2014). *The mother-child study: Evaluating treatments for substance-using women - A focus on relationships*. Toronto, ON: Mothercraft Press. [En ligne]: [http://www.mothercraft.ca/assets/site/docs/resource-library/publications/Mother-Child-Study\\_Report\\_2014.pdf](http://www.mothercraft.ca/assets/site/docs/resource-library/publications/Mother-Child-Study_Report_2014.pdf).

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Perinatal Services BC (2014). *Provincial Perinatal Guidelines: Population and Public Health Prenatal Care Pathway*. [En ligne] <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/PrenatalCarePathway.pdf>

Poole, N. et C.A. Dell (2005). *Girls, women and substance use*. [En ligne]: <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/ccsa-011142-2005.pdf>

Wathen, C.N., J. C.D. MacGregor et H.L. MacMillan (2016). *Research Brief: Identifying and responding to intimate partner violence against women*. London, ON: PreVAiL Research Network. [En ligne] <https://prevailresearch.ca/wp-content/uploads/sites/10/.../IPV-Research-Brief-2016.pdf>

Wright, T.E., M. Terplan, S.J. Ondersma, C.Boyce, K. Yonkers, G. Chang et A.A. Creanga (2016). The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215, 539-547. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.038

### Les besoins des jeunes

British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, & BCM of Addictions (2018). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Youth Supplement*. [En ligne] <http://www.bccsu.ca/care-guidancepublications/>

Centre canadien d'information sur la santé, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2016). *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*. [En ligne] [https://secure.cih.ca/free\\_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20FR.pdf](https://secure.cih.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20FR.pdf)

Corace, K., M. Willows, N. Schubert, L. Overington et G. Howell. (2018). Youth require tailored treatment for opioid use and mental health problems: A comparison to adults. *Journal Canadien d'Addiction*, 9(4), 15-24. doi:10.1097/CXA.000000000000032

### Comprendre les besoins des peuples autochtones

British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (2009). *Drug Situation in Vancouver*. Consulté le 28 juin 2017 <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2016/10/dsiv2009.pdf>

Danto, D., R. Alex, R. Alter, Y. Bohr, S. Calvez, K. Fellner... et C. Willinsky (2018). Psychology's response to the Truth and Reconciliation Commission of Canada's Report. [En ligne] [https://www.cpa.ca/docs/File/Task\\_Forces/TRC%20Task%20Force%20Report\\_FINAL.pdf](https://www.cpa.ca/docs/File/Task_Forces/TRC%20Task%20Force%20Report_FINAL.pdf)

Deleary, M. (2016). *Indigenous wellness framework*. [En ligne] <http://www.addictionresearchchair.ca/wp-content/uploads/2011/10/Indigenous-Wellness-Framework.pdf>

First Nations Health Authority (2017). *Overdose data and First Nations in BC: Preliminary findings*. Vancouver, C.-B.: First Nations Health Authority. [En ligne] [http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA\\_OverdoseDataAndFirstNationsInBC\\_PreliminaryFindings\\_FinalWeb\\_July2017.pdf](http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb_July2017.pdf)

Hopkins, C., R. Linklater, B. Restoule, D. Lavand et T. Rowan (2017). Braiding together Indigenous wellness, trauma and gender - informed approaches in the substance use field. *Trauma, Gender and Substance Use*

## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

*Webinar Series*. [En ligne] [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2017/05/FINAL-TGS-Webinar-4\\_Braiding-together\\_Oct-19-2017-v2.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2017/05/FINAL-TGS-Webinar-4_Braiding-together_Oct-19-2017-v2.pdf)

Hyslop, K. (2018). First Nations receive \$20 million for opioid crisis. *The Tyee*. [En ligne] <https://thetyee.ca/News/2018/02/09/First-Nations-Receive-20-Million-For-Opioid-Crisis/>

Lianping, T. et T. Kerr (2014) The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal*, 11(7). doi:10.1186/1477-7517-11-7

Monture, P. A. (2007). Racing and Erasing: Law and Gender in White Settler Societies. In *Race & Racism in 21st-Century Canada: Continuity, Complexity, and Change*. Peterborough, ON: Broadview Press.

Nair, R. (2017). *Health system should recognize intergenerational trauma, expert says*. Société Radio-Canada [En ligne] <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/health-system-should-recognize-intergenerational-trauma-expert-says-1.3920778>

National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2009). *Access to Health Services as a Social Determinant of First Nations, Inuit and Métis Health*. Prince George, C.-B.: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. [En ligne] <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-EN.pdf>

Organisation mondiale de la santé (2000). *Promoting the Role of Traditional Medicine in health systems: A Strategy for the African Region*. [En ligne] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95467/1/AFR\\_RC50\\_9.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95467/1/AFR_RC50_9.pdf)

Restoule, B., C. Hopkins, J. Robinson et P.K. Wiebe (2015). First nations mental wellness: Mobilizing change through partnership and collaboration. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 34, 89-109. doi:10.7870/cjcmh-2015-014

Smye, V., A. Browne et V. Josewski (2010). *Building Bridges 2: A Pathway to Cultural Safety, Relational Practice and Social Inclusion*. [En ligne] [https://mdsc.ca/documents/Publications/BUILDING%20BRIDGES%20\\_FINAL%20REPORT.pdf](https://mdsc.ca/documents/Publications/BUILDING%20BRIDGES%20_FINAL%20REPORT.pdf)

Venner, K.L., D.M. Donovan, A.N.C. Campbell, D.C. Wendt, T. Rieckmann, S.M. Radin, S.L. Momper et D.C. Rosa (2018). Future directions for medication assisted treatment for opioid use disorder with American Indian/Alaska Natives. *Addictive Behaviours*, 86, 111-117. doi:10.1016/j.addbeh.2018.05.017

### **Réduire la criminalité associée à la consommation d'opioïdes**

Goncalves, R., A. Lourenco et S. da Silva (2015). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *International Journal on Drug Policy*, 26, 199-209. doi:10.1016/j.drugpo.2014.08.017

Jesseman, R. et D. Payer (2018). *La décriminalisation : les options et les données probantes* [En ligne] <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf>

### **Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes**



## LA CRISE DES OPIOÏDES AU CANADA

Brondani, M.A., R. Alan et A.R. Donnelly (2017). Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings. *PLOS ONE*, 12(5). doi:10.1371/journal.pone.0177388

Centre de toxicomanie et de santé mentale (1999). *Stigma of Substance Use: A review of the literature*. [En ligne] [http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resources\\_comunities\\_organizations/stigma\\_subabuse\\_litreview99.pdf](http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resources_comunities_organizations/stigma_subabuse_litreview99.pdf)

Corrigan, P.W., A.K. Sachiko et J. O'Shaughnessy (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147. doi:10.1177/1468017308101818

De Ruddere, L. et K.D. Craig (2016). Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain*, 157, 1607-1610. doi:10.1097/j.pain.0000000000000512

LeMay, K., K.G. Wilson, U. Buenger, V. Jarvis, E. Fitzgibbon, K. Bhimji et P.L. Dobkin (2011). Fear of pain in patients with advanced cancer or in patients with chronic non-malignant pain. *Clinical Journal of Pain*, 27, 161-170. doi:10.1097/AJP.0b013e3181f3f667

Livingston, J. D., T. Milne, M. L. Fang et E. Amari (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39-50. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x

Waugh, O.C., D.G. Byrne et M.K. Nicholas (2014). Internalized stigma in people living with chronic pain. *Journal of Pain*, 15, 550.e1-10. doi:10.1016/j.jpain.2014.02.001

Wilson, K.G., A. Heenan, J. Kowal, P.R. Henderson, L.A. McWilliams et D.C. Castillo (2017). Testing the interpersonal theory of suicide in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 33, 699-706. doi:10.1097/AJP.0000000000000451.

Woll, P. (2005). *Healing the stigma of addiction: A guide for treatment professionals*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Centre.

### **Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes — Traitement**

Taha, S. (2018). Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes [En ligne] <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>