

RECENSION DES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES SURDOSES

ANTOINE BERTRAND-DESCHÊNES
ANDRÉ-ANNE PARENT

Une publication financée par



RÉDIGÉ PAR

Antoine Bertrand-Deschênes,

doctorant en travail social,
Université de Montréal

André-Anne Parent, professeure agrégée,
École de travail social, Université de Montréal

FINANCEMENT

RAP Jeunesse

Centre de recherche en santé publique (CReSP)

GRAPHISME

Hélène Bouchard,

Communication Graphique Carte Blanche

Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet de recherche « Soutenir l'intégration de pratiques visant la prévention des surdoses adaptées à la réalité des personnes utilisatrices de substances psychoactives du Nord de l'Île de Montréal ».

ÉQUIPE DE RECHERCHE

André-Anne Parent

Jean-Sébastien Fallu,
professeur agrégé,
École de psychoéducation,
Université de Montréal

Isabelle Ruelland,
professeure, École de travail social,
Université du Québec à Montréal

Antoine Bertrand-Deschênes

Kevin Fournier, étudiant en travail social,
École de travail social, Université de Montréal

PARTENAIRES

RAP Jeunesse

Direction régionale de santé publique
de Montréal, CIUSSS du
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
PACT de rue

TABLE DES MATIÈRES

	MISE EN CONTEXTE	4
1	NALOXONE	6
	1.1 Formation et recours à la naloxone	7
2	SURDOSES ET STIMULANTS	9
3	SENSIBILISATION ET ÉDUCATION	10
	3.1 Sensibilisation et éducation à la problématique des surdoses	10
	3.2 Sensibilisation et formation des policiers	11
4	CONTINUUM D'INTERVENTION EN SITUATION DE SURDOSE	12
5	INTERVENTIONS, CONTEXTES D'INTERVENTION ET GROUPES OU ACTEURS SPÉCIFIQUES	15
	5.1 Interventions de réduction des méfaits et offre de services	15
	5.2 Itinérance et prévention des surdoses	17
	5.3 Des judiciarisation et prévention des surdoses	18
	5.4 L'intervention dans les institutions de santé	19
	5.5 L'intervention aux urgences hospitalières	19
	5.6 Les rôles des pharmaciens, au-delà de la pharmacie communautaire	21
	5.7 Les infirmières	21
	5.8 Les pédiatres et autres cliniciens travaillant auprès d'adolescents et jeunes adultes	22
	5.9 Interventions recourant à la technologie	23
	5.10 Intervention par les pairs	24
6	APPROCHES COMMUNAUTAIRES, GLOBALES ET INTERSECTORIELLES	27
	6.1 Planifications et mise en place de réponses pour la prévention des surdoses	27
	6.2 Adaptation des services en contexte pandémique	28
	6.3 Monitoring, systèmes de surveillance et de communication	29
	CONCLUSION	32
	RÉFÉRENCES	33

MISE EN CONTEXTE

Le Canada est reconnu pour avoir adopté une diversité d'interventions de réduction des méfaits (RM), souvent soutenues financièrement par les instances publiques (Milaney et al., 2022). Au Canada, environ 90% de ces décès ont eu lieu en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario (ASPC, 2024; Dogherty et al., 2022). Le Québec n'échappe toutefois pas à la situation et des différences s'observent entre ses régions et ses villes. Les données fournies par la Direction de Santé Publique (DRSP) de Montréal¹ démontrent une augmentation des interventions d'urgence en sites de consommation et d'injection supervisée (SCS/SIS), une augmentation des interventions d'Urgences-Santé pour intoxication avec administration de naloxone, une augmentation de la distribution de naloxone par les pharmacies et organismes communautaires ainsi qu'une augmentation des décès par intoxication suspectée aux substances psychoactives (SPA) entre 2021 et 2023. Afin d'agir, la DRSP de Montréal collabore, sollicite et s'appuie sur les groupes communautaires pour déployer les actions de première ligne pour prévenir les surdoses.

Toutefois, la situation montréalaise n'est pas une réalité homogène. À cet effet, les intervenants du nord de la ville constatent que les messages préventifs n'atteignent pas toujours la cible et que les interventions doivent être adaptées aux besoins des personnes utilisant leurs services. À la demande initiale de l'organisme RAP Jeunesse, une équipe de recherche collabore avec des organismes du nord de l'île de Montréal et la DRSP de Montréal afin d'explorer la question. Les objectifs du projet de recherche sont les suivants :

1. Recenser la littérature sur les meilleures pratiques d'intervention en prévention des surdoses ;
2. Sonder des personnes du nord de l'île de Montréal sur leurs pratiques de consommation : substances, mode de consommation, perception des risques et stratégies de prévention des surdoses ;
3. Comprendre comment des pratiques inspirantes peuvent être intégrées aux interventions afin de mieux répondre aux besoins et contribuer à prévenir les surdoses.

1 <https://ccsmtlpro.ca/drsp/drsp-sujets-de-z/drsp-surdose#paragraph-110231>

Le présent document est un résumé de la littérature recensée dans le cadre du premier objectif. Ayant adapté la méthodologie de Maureen Dobbins (2017) pour les revues rapides visant l'utilisation de données probantes dans l'élaboration de politiques et de programmes, nous avons recensé la littérature sur les interventions reconnues pour prévenir les surdoses. Les résultats présentés dans ce résumé proviennent majoritairement d'articles synthétisant les données scientifiques disponibles sur certaines thématiques liées à la prévention des surdoses ou d'institutions reconnues pour fournir des lignes directrices en termes de meilleures pratiques. Selon la méthodologie adoptée pour cette recension de la littérature, il se peut que certaines pratiques émergentes, celles en constante évolution ou encore celles ayant fait moins l'objet de synthèse scientifique soient peu représentées dans ce document. Les recherches existantes portant sur ces pratiques (ex.: l'approvisionnement plus sécuritaire en SPA ou l'analyse de substances) pourraient être recensées, synthétisées et intégrées au présent document de résultat.

Comme le démontre la variété des thématiques présentes dans ce document, la prévention des surdoses regroupe une panoplie d'interventions possibles et concerne également une variété d'acteurs. Certaines recherches incluses dans ce résumé ont analysé des études provenant de différents pays, notamment avec des législations différentes du Québec quant à l'applicabilité de certaines interventions, comme la naloxone, ou encore avec des politiques publiques et sociales différentes qui octroient des rôles différents aux acteurs concernés (groupes communautaires, policiers, système de santé, etc.).

Ces précisions étant apportées, nous espérons que les résultats présentés dans ce document pourront nourrir les réflexions quant à l'adaptation des pratiques de prévention des surdoses au contexte du nord de l'île de Montréal.

1

NALOXONE

Il s'agit probablement de la stratégie la plus connue de prévention des surdoses reliées aux opioïdes. Au Québec, la distribution de la naloxone est restreinte aux pharmacies et à certains organismes communautaires. L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux ([INESSS](#)) du Québec recommande que les organismes et pharmacies communautaires reconnus comme étant distributeurs de naloxone auprès des particuliers distribuent la forme intranasale ou intramusculaire, selon la préférence des utilisateurs. Les instances devraient également s'assurer que les trousses comportent un minimum de quatre doses de naloxone ([INESSS, 2023](#)).

Les pharmaciens communautaires peuvent agir comme agents facilitateurs dans l'accès à la naloxone ou se poser en obstacle, selon par exemple leurs connaissances ou encore leurs perceptions des personnes concernées (Martignetti et al., 2022 ; Thakur et al., 2020). Les pharmaciens ne seraient pas tous familiers avec les procédures de facturation, l'initiation de conversations sur l'utilisation des SPA auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et le public en général ainsi qu'avec l'identification des personnes susceptibles de bénéficier de naloxone (Bakhivera et al., 2017, cité dans Chisholm-Burns et al. 2019, p. 431 ; Martignetti et al., 2022 ; Thakur et al., 2020). Les professionnels devraient être formés sur ces thématiques (Chisholm-Burns et al., 2019 ; Thakur et al., 2020). Certains programmes de formations ont en effet eu comme résultats pour des pharmaciens, étudiants en pharmacie ou médecins résidents participants d'augmenter la quantité de naloxone distribuée, de rehausser le sentiment de confiance en la capacité d'identifier les personnes susceptibles d'en bénéficier et d'augmenter leurs habiletés de communication (Jacobson et al., 2018, Taylor et al., 2018, cité dans Haegerich et al., 2019, p.7 ; Thakur et al., 2020).

La communication ressort comme un défi de taille pour les pharmaciens, ce qui ébranle leur confiance en leur capacité d'initier des conversations en regard de la prévention des surdoses d'opioïdes et de l'utilisation de la naloxone (Thakur et al., 2020). Des techniques de communication pourraient les aider à combler ces lacunes et à réduire la stigmatisation (Cid et al., 2021 ; Rawal et al., 2023). Les pharmaciens pourraient, par exemple, offrir universellement de la naloxone en pharmacie plutôt qu'attendre que les personnes la demandent. Ils pourraient aussi mettre à la disposition des clients des brochures qui seraient présentées au pharmacien en service afin de réduire le besoin de demander verbalement une trousse (Green et al., 2017, cité dans Cid et al., 2021, p. 8). Enfin, d'autres stratégies comme d'augmenter la publicité sur la naloxone dans les

pharmacies, sensibiliser le public aux avantages et accroître l'aisance des patients lorsqu'ils demandent une trousse pourraient permettre de réduire la stigmatisation et favoriser son utilisation (Spivey et al., 2020, cité dans Cid et al., 2021, p. 8).

Les auteurs recensés rapportent le manque d'information sur les inégalités en matière d'accès à la naloxone, que ce soit pour des groupes vulnérables ou dans certaines régions, villes ou quartiers (Cid et al., 2021; Martignetti et al., 2022). À ce sujet, [l'INESSS \(2023\)](#) recommande notamment de rendre disponibles les trousse dans certains endroits publics, tout en s'assurant que l'information transmise soit disponible et standardisée. Certaines études notent aussi que l'aménagement physique des pharmacies ou encore l'achalandage sont des éléments pouvant compliquer le travail d'identification des personnes susceptibles de bénéficier de naloxone et/ou la tenue de consultations auprès des celles-ci (Cochran et al., 2016, cité dans Chisholm-Burns et al., 2019, p. 432). La création d'un espace sans jugement où la naloxone peut être fournie, accompagné de modalités de distribution qui réduisent les risques de stigmatisation, devrait aussi être mise de l'avant. Cela peut prendre la forme d'un espace privé pour donner l'information lors de la remise de la naloxone ([INESSS, 2023](#)).

Des publications suggèrent aussi de fournir systématiquement de la naloxone à toute personne recevant du matériel de réduction des méfaits et certaines en font ressortir les retombées positives (Martignetti et al., 2022; Kidorf et al., 2013, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 8). D'autres proposent, par exemple, de placer la naloxone au sein d'espaces communs des logements sociaux, communautaires ou à faible coût pour un meilleur accès pour les populations marginalisées (Mitchell et al., 2017, cité dans Martignetti et al., 2022, p. 10).

Enfin, au Québec, [l'INESSS \(2023\)](#) considère qu'il serait pertinent de développer des ententes de distribution de naloxone entre communautés autochtones (non conventionnées) et directions de santé publique concernées, tout en respectant les modes de gouvernances locales et les ententes existantes.

1.1 FORMATION ET RECOURS À LA NALOXONE

[L'INESSS \(2023\)](#) recommande aussi que les intervenants côtoyant régulièrement ou travaillant auprès de personnes à risque de surdose d'opioïdes soient adéquatement formés pour intervenir en cas de surdose, soit par la réanimation cardiorespiratoire (RCR) complète et l'administration de naloxone. Dans une étude pilote, l'entretien motivationnel, incluant des interventions de suivi, lorsque combiné à l'éducation sur les surdoses et la naloxone, s'est avéré réduire les potentielles surdoses subséquentes comparativement à seulement une éducation sur les surdoses et la naloxone chez des personnes avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et avec antécédents de surdoses (Coffin et al., 2017, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 8).

Mercer et al. (2021) rapportent dans leur recherche l'existence de plusieurs obstacles qui nuisent à l'utilisation de la naloxone. Premièrement, on remarque que les personnes utilisant des SPA ne traînent pas systématiquement leur naloxone avec elles, possiblement parce qu'elles le trouvent encombrant (Gaston et al., 2009, Holloway et al., 2018, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11). Dans certains cas, on remarque aussi que les personnes peuvent manquer de confiance en leur habileté à l'administrer (Holloway et al., 2018, cité dans Mercer et al., p. 11). L'hésitation à intervenir durant une surdose peut aussi être reliée aux lois entourant l'utilisation de SPA, aux normes des groupes d'utilisateurs, tout comme aux difficultés à identifier et reconnaître une surdose (Gaston et al.,

2009, Holloway et al., 2018, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11). En outre, la capacité à suivre les bonnes pratiques telles que recommandées dans les formations (ex. : ne pas s'injecter seul, traîner de la naloxone, appeler les services d'urgences) est entravée par des vulnérabilités structurelles, comme la peur d'éviction si les services d'urgence sont appelés ou encore la criminalisation de l'utilisation de SPA (Kolla et Strike, 2019, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11).

Une autre raison expliquant l'hésitation à intervenir en situation de surdose pourrait être la détresse potentielle associée au moment de post-ressuscitation ou liée au fait d'avoir déjà été témoin de réactions négatives suivant l'administration de naloxone (Holloway et al., 2018, cité dans Mercer et al., 2021, p.11). Les réactions psychologiques et physiologiques liées au sevrage soudain sont à considérer lorsqu'on incite des personnes à intervenir avec la naloxone. Les formations devraient être renforcées en incluant un volet sur les meilleures manières de répondre aux réactions liées au sevrage soudain d'opioïdes (Farrugia et al., 2020, Parkin et al., 2020, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11). Enfin, des travaux recensés par Mercer et al. (2021) recommandent que les personnes utilisant des SPA soient mieux soutenues pour gérer le stress induit par l'intervention possible auprès de proches ainsi que pour les pertes liées aux surdoses (Kolla et Strike, 2019, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11).

En somme, un environnement positif envers l'approche de réduction des méfaits influence les croyances des personnes qui n'utilisent pas de SPA et favorisent une attitude de non-jugement à l'égard de l'utilisation de SPA (Miller et al., 2022). Dans un tel contexte, l'identité sociale des personnes utilisant des SPA est renforcée et favorise des dynamiques d'entraide et a des retombées concrètes comme des interventions plus rapides lorsqu'en situation de surdoses. Ainsi, une formation basée sur une approche de réduction des méfaits serait utile pour les intervenants de la santé, comme les pharmaciens communautaires, afin de modifier les normes, les attitudes et les perceptions à l'égard des personnes qui utilisent des SPA (Miller et al., 2022).

Enfin, les policiers ont aussi le potentiel de contribuer à la réduction des décès par surdose (Rando et al., 2015, Wagner et al., 2016, Davis et al., 2015, cité dans Miller et al., 2022, p. 10). Cependant, un obstacle majeur au recours à la naloxone était la peur d'être arrêté par la police (Gaston et al., 2009, cité dans Mercer et al., 2021, p. 11; Miller et al., 2022). Or, [l'INESSS \(2023\)](#) recommande aux organismes offrant une formation sur l'intervention en situation de surdoses d'opioïdes d'informer les participants sur la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* tout en clarifiant sa portée et ses limites. Comme les policiers peuvent avoir des opinions mitigées à l'égard de cette Loi et réagir en présentant des attitudes négatives à l'égard des personnes présentes sur les lieux d'une surdose, des campagnes de lutte contre la stigmatisation seraient bénéfiques. Par exemple, la communication de récits sympathiques et positifs concernant les personnes qui utilisent des SPA et l'augmentation des contacts avec celles-ci peuvent réduire la stigmatisation et être utiles dans les formations auprès de premiers intervenants, notamment de policiers (Bachhuber et al., 2015; Livingston et al., 2012, cité dans Miller et al., 2022, p. 10).

2

SURDOSES ET STIMULANTS

Le Canada observe depuis quelques années une augmentation de l'utilisation de méthamphétamine et des méfaits associés (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2019, cité dans Jones et al., 2022, p. 4). Les personnes utilisatrices de méthamphétamine peuvent être exposées involontairement à des opioïdes puissants, comme le fentanyl (Amlani et al., 2015, cité dans Jones et al., 2022, p. 4). Les surdoses de méthamphétamine ont des manifestations cliniques distinctes, incluant des comportements désinhibés et agités, pour lesquels les services médicaux d'urgence et les premiers répondants pourraient avoir besoin de formation et de soutien clinique (Jones et al., 2022). Comme la méthamphétamine peut être contaminée par des opioïdes de synthèse, les communautés devraient augmenter l'éducation à la prévention des surdoses ainsi que l'offre de naloxone dans les établissements de soins primaires, les pharmacies, les programmes de traitement de la toxicomanie interne ou externe, les programmes d'échange de seringue (*syringe services programs*), les groupes de soutien, les services de proximité mobiles et dans les autres lieux d'intervention dans la communauté, notamment dans les milieux ruraux, où les services sont peu présents (Centers for Disease Control and Prevention, 2021, Lister et al., 2020, Kishore et al., 2019, cité dans Jones et al., 2022, p. 15).

Par ailleurs, l'éducation et la conscientisation sur les risques de surdose involontaire d'opioïdes sont essentielles pour toutes personnes utilisatrices de SPA (cocaïne, méthamphétamine, benzodiazépines contrefaites), car elles pourraient contenir du fentanyl ou autre (Fairbairn et al., 2017, Tomassoni et al., 2016, cité dans Chan et al., 2022, p. 208). Au sujet des messages de sensibilisation pouvant être adaptée, Chan et al. (2022) recommandent de : 1) conseiller sur les voies d'administration les plus sûres, comme par voie nasale ou rectale plutôt que par injection ; 2) conseiller sur des pratiques plus sûres, comme de ne pas partager de matériel et d'utiliser une quantité minimale d'acidifiant pour dissoudre la cocaïne et finalement, 3) conseiller d'emporter de la naloxone et des bandelettes de détection du fentanyl dû à la contamination possible au fentanyl ou ses analogues (Park et al., 2021, cité dans Chan et al., 2022, p. 211). Enfin, face à la montée de l'utilisation de stimulants et aux risques associés à leur contamination par du fentanyl ou ses analogues, Fleming et al. (2020) soutiennent le besoin de développer l'approvisionnement sécuritaire.

3.1 SENSIBILISATION ET ÉDUCATION À LA PROBLÉMATIQUE DES SURDOSES

Selon [l'INESSS \(2023\)](#), la population générale du Québec demeure faiblement sensibilisée au phénomène des surdoses et sa capacité à distinguer une surdose d'une autre condition nécessitant une intervention est un défi. [L'INESSS \(2023\)](#) recommande ainsi de continuer les efforts de déploiement et de mise en œuvre d'activités de sensibilisation, d'éducation et de formation par les instances pertinentes visant notamment à : 1) sensibiliser les personnes utilisatrices d'opioïdes, le grand public, les travailleurs de la santé et les dispensateurs de services sur l'utilisation d'opioïdes, les surdoses d'opioïdes et la stigmatisation des personnes utilisatrices d'opioïdes ; 2) sensibiliser la population à l'importance de suivre une formation RCR ; 3) sensibiliser la population à l'administration de la naloxone et à la connaissance de ses effets en situation de surdose. Par ailleurs, les messages de sensibilisation à l'intention du public sont plus efficaces pour augmenter l'acceptabilité de la naloxone lorsqu'ils incluent simultanément des informations factuelles et des narratifs sympathiques (Bachhuber et al., 2015, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 8).

Selon Frkovich et al. (2022), qui ont analysé plus largement les campagnes de sensibilisation aux États-Unis liées à l'utilisation d'opioïdes (prévention, stigmatisation, naloxone, traitement médicamenteux des troubles liés à l'usage d'opioïdes), ces campagnes auraient plus d'impacts en mettant l'accent sur les traitements efficaces et reconnus et si elles viseraient davantage des groupes clés pour la prévention, le traitement, l'opinion publique et la stigmatisation. Ces campagnes de santé publique devraient aussi être évaluées et fondées sur des données probantes. Par exemple, une campagne de sensibilisation en Utah recourant à des médiums variés qui incluait des messages sur un usage sécuritaire de médication pour la douleur ainsi que sur les modes appropriés de disposition a démontré que les personnes étaient ensuite moins susceptibles de partager leur médication et d'en utiliser une qui ne leur était pas prescrite. Les auteurs de l'étude évaluent que cette campagne peut être associée à une réduction de 14 % sur un an des surdoses non intentionnelles liées à l'utilisation d'opioïdes (Jonhson et al., 2011, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 9).

3.2 SENSIBILISATION ET FORMATION DES POLICIERS

Khorasheh et al. (2019) ont observé un manque de contenu portant sur les interactions entre la police et les personnes utilisant des SPA dans les formations offertes aux policiers. L'incorporation de contenu à ce sujet pourrait favoriser la compréhension et l'amélioration des interactions avec les personnes utilisatrices de SPA. Davantage d'implication des personnes utilisatrices de SPA dans les programmes de formation permettrait de sensibiliser les policiers aux effets de leurs pratiques ainsi qu'aux besoins émotionnels et de santé mentale des personnes qui utilisent des SPA (Dalhem et al., 2017, Midford et al., 2002, cité dans Khorasheh et al., 2019, p. 148).

4

CONTINUUM D'INTERVENTION EN SITUATION DE SURDOSE

Au sujet du continuum d'intervention en situation de surdose, au Québec [l'INESSS \(2023\)](#) a émis des recommandations afin de favoriser une collaboration intersectorielle optimale entre organismes communautaires, services préhospitaliers et services policiers. Cette collaboration intersectorielle devrait aborder : a) les pratiques d'intervention en contexte de surdose ainsi que les rôles et responsabilités de chacun, dont les intervenants communautaires et les policiers ; b) la portée et l'application de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* ; c) les obstacles à l'appel au 911 tels que rapportés par les différentes parties prenantes consultées par [l'INESSS \(2023\)](#) ; d) les stratégies à préconiser pour offrir une réponse optimale en situation de surdose.

La littérature recensée démontre que les programmes de liaison offerts par les premiers répondants (police, pompiers et personnels d'urgence médicale), créés dans le cadre de collaborations intersectorielles, ont favorisé les voies d'accès au traitement des troubles liés à l'usage de SPA ainsi qu'à d'autres services, tels que ceux de réduction des méfaits (Worthington et al., 2022). Ces programmes se distinguent par l'accent qu'ils mettent sur l'intervention en communauté et en dehors des contextes institutionnels. Worthington et al. (2022) recensent quatre types de programmes correspondant à ce type de pratique :

1. Préarrestation : les agents orientent les individus vers des traitements et des services au lieu de les arrêter ou de ne prendre aucune mesure.
2. Postsurdose : Les premiers répondants ou d'autres intervenants, travaillant seuls ou en équipe, contactent les personnes ayant récemment fait une surdose ou leurs réseaux personnels pour leur proposer des ressources.
3. Basé sur la localisation : les individus peuvent demander une référence, sans craindre d'être arrêtés à l'intérieur de certains sites désignés, tels que des postes de pompiers, de police ou des événements communautaires.
4. Hybride : Les 3 autres types d'intervention combinée.

Basés sur leur recension, Worthington et al. (2022) présentent neuf stratégies d'intervention, classées en deux catégories, garantissant des services rapides et sans obstacle étant ressortis dans les différents programmes :

STRATÉGIES LIÉES À L'ENGAGEMENT

1. **La sensibilisation proactive** où les données ou références policières sont utilisées pour identifier et contacter des individus par téléphone ou en personne (*proactive outreach*)
2. **La présence d'un prestataire de services** sur des lieux désignés pour des demandes de référence sans rendez-vous ou qui se déplacent pour rencontrer des personnes identifiées par la police à l'intérieur d'un court délai (*On-site providers*)
3. **Une offre de transport sécurisé** vers des endroits désignés où les prestataires de services peuvent rencontrer les personnes

STRATÉGIES LIÉES AU RÉFÉRENCIEMENT VERS LES SERVICES OU LES TRAITEMENTS

4. **La gestion de cas**, où les prestataires aident les individus à accéder à divers types de soins
5. **La navigation des patients**, où les prestataires aident les personnes à naviguer au sein des différents modes d'accès au traitement pour le trouble lié à l'usage de SPA (*patient navigation*)
6. **L'offre de soutien par les pairs** ou par un spécialiste du rétablissement pour améliorer les relations avec les services de rétablissement
7. **L'entrevue motivationnelle**, où les prestataires des services favorisent la préparation au traitement et travaillent la motivation
8. **L'accès à bas seuil**, où des efforts sont déployés pour accroître l'accès aux services pour les individus et les prestataires
9. **La pression extérieure**, où des efforts sont déployés pour encourager, voire imposer, la mise en place de relations avec des centres de traitements ou des services ; à utiliser avec discernement, car cette stratégie est contraire à l'approche volontaire

Selon Worthington et al. (2022), la mise en place de ces stratégies exige au préalable suffisamment de ressources, de partenariats, d'adhésion des divers acteurs et de relations avec les premiers répondants. Même s'il est démontré que de nombreuses stratégies de ce type, qu'elles soient utilisées seules ou en combinaison, améliorent les résultats en termes de traitement, d'autres méritent encore d'être évaluées. À noter, ces stratégies peuvent être contre-productives et causer des préjudices lorsqu'elles impliquent des critères d'éligibilité ou aboutissent à une arrestation (Worthington et al., 2022). De plus, peu de programmes incluaient un lien à la médication pour

le trouble d'utilisation d'opioïde et peu distribuaient de la naloxone. L'accès à la naloxone, aux bandelettes de détection du fentanyl, à l'éducation sur les pratiques d'injections sécuritaires, à des seringues stériles ou d'autres outils de réduction des méfaits est particulièrement essentiel lorsque les personnes ne sont pas intéressées par un traitement (Worthington et al., 2022).

Bagley et al. (2019) ont voulu comprendre l'ampleur spécifique des programmes d'intervention post-surdose aux États-Unis. De nombreux programmes sont offerts exclusivement dans les services d'urgences, où les personnes sont approchées alors qu'elles y sont à la suite d'une surdose non mortelle ou dans la semaine suivant leur sortie. D'autres programmes sont plutôt ancrés dans la communauté, où un suivi a lieu au domicile ou sur les lieux de la surdose et repose sur une collaboration entre les services d'incendie, les forces de l'ordre, les services médicaux d'urgence et les services de santé. Il est ainsi possible de générer des listes de personnes ou de ménages ayant besoin d'un suivi suivant une surdose. Ces listes sont généralement compilées à partir des services médicaux d'urgence ou des dossiers des forces de l'ordre sur les interventions en situation de surdose. Les équipes de suivi sont généralement composées d'un policier/pompier/shérif et d'un clinicien de santé ou d'un spécialiste en réduction des méfaits. Le suivi a généralement lieu entre 2 et 7 jours suivant la surdose non mortelle et comprend souvent un soutien et des références pour les amis et la famille. Des programmes sont dits « mobiles », où les survivants sont rencontrés par l'équipe d'intervention aux urgences, à leur domicile ou ailleurs dans la communauté.

Des recherches préliminaires démontrent une préférence pour la sensibilisation proactive par les pairs à la suite d'une surdose (Wagner et al., 2019, cité dans Worthington et al., 2022, p. 307). Afin de minimiser les risques d'intrusion non désirée dans la vie privée, il est possible d'obtenir le consentement pour un suivi post-surdose sur les lieux de la surdose (Scott et al., 2020, cité dans Worthington et al., 2022, p. 307). Au côté de l'intervention par les pairs, des programmes incluent parfois d'autres professionnels telles des infirmières pouvant prescrire de la buprénorphine (Champagne-Langabeer et al., 2020, cité dans Mechling et al., 2023, p. 21).

Haegerich et al. (2019) soutiennent que les partenariats/collaborations entre force de l'ordre et santé publique dans les communautés sont prometteurs pour la prévention des surdoses. Notamment, un programme de formation destiné aux policiers sur les surdoses d'opioïdes et l'administration de la naloxone avec référencement vers des traitements aurait mené à environ 20% de personnes accédant aux traitements après une surdose (Dahlem et al., 2017, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 9).

Bagley et al. (2019) rappellent l'importance d'une approche holistique des interventions post-surdoses, impliquant des services complémentaires, tels que diverses formes de soutien en matière de santé, le traitement des complications des maladies infectieuses liées à l'utilisation de SPA injectables et l'accès au logement, au transport et à l'aide à l'emploi.

Les pratiques d'interventions post-surdoses soulèvent toutefois plusieurs questions : en lien au moment optimal pour intervenir et mettre en place un suivi (sur les lieux de la surdose, aux urgences, après la sortie des urgences, une combinaison de tous) ; à la composition optimale des équipes d'intervention ; au rôle possible d'un traitement obligatoire, de sanctions et/ou d'incitatifs ; à la façon d'exploiter et de protéger les informations personnelles lors des interventions ; et enfin, en lien à la meilleure façon de proposer et d'administrer la médication pour le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes lorsque les personnes souhaitent amorcer un traitement (Bagley et al., 2019).

INTERVENTIONS, CONTEXTES D'INTERVENTION ET GROUPES OU ACTEURS SPÉCIFIQUES

5.1 INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES MÉFAITS ET OFFRE DE SERVICES

Il est désormais reconnu que les sites d'injection supervisée sont associés à une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux surdoses d'opioïdes. Ils permettent d'améliorer les comportements associés à l'injection, facilitent l'accès à des programmes de traitement et contrairement à ce que certains voudraient laisser croire, ils ne contribuent pas à une augmentation des crimes ou des nuisances publiques (Levendgood et al., 2021).

Au-delà de l'injection de SPA, les sites de consommation supervisée (SCS) sont définis par l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances ([ICRAS, 2023](#)) comme des espaces où une personne peut consommer par différentes voies d'administration des substances qu'elle s'est procurées préalablement (injection, inhalation, voie orale, voie intranasale). Il existe plusieurs modèles de SCS : les SCS autonomes fixes, qui sont des établissements distincts ; les SCS en modèles intégrés, qui font partie d'un plus grand établissement, comme un hôpital ou un centre de santé ; et les SCS en unités mobiles de proximité, qui se déplacent pour aller à la rencontre des personnes utilisatrices de SPA à l'aide de véhicules aménagés ([ICRAS, 2023](#)).

En plus d'intervenir en situation de surdose, le personnel travaillant en SCS offre des informations sur la réduction des méfaits, distribue du matériel stérile (aiguilles, cups, trousses pour l'inhalation, etc.) et oriente les personnes vers d'autres services (Hyshka et al., 2021a). En ce qui concerne les effets sur la santé, les données montrent que les SCS aident à prévenir les méfaits liés aux surdoses, à promouvoir des pratiques de consommation plus sûres, à réduire le risque de transmission d'infections véhiculées par le sang et à favoriser l'accès à des services sociaux et de santé. D'autres études sont toutefois nécessaires pour examiner les effets sur la santé d'un éventail plus large de services (par exemple, les SCS qui supervisent l'inhalation) et explorer leur impact dans le contexte actuel où les SPA sont de plus en plus dangereuses (Hyshka et al., 2021a). La plupart des recherches soutiennent que les SCS n'augmentent pas la criminalité, qu'ils peuvent participer à l'amélioration de l'ordre public (Hyshka, 2021b), en plus de permettre de réaliser des économies pour les fonds publics (Hyshka et al., 2021c).

Dans leurs *Directives opérationnelles nationales sur la mise en œuvre de sites de consommation supervisée*, l'[ICRAS \(2023\)](#) souligne l'importance de l'expérience des personnes utilisatrices de SPA et soutient le besoin de les inclure dans la conception, la mise en œuvre et le fonctionnement des SCS afin de tenir compte des conditions locales d'utilisation de SPA, que les services soient accessibles et de qualité. [l'ICRAS \(2023\)](#) préconise des soins ancrés dans la réduction des méfaits, incluant notamment la sécurité culturelle et des soins adaptés aux traumatismes. La conception et la prestation des services des SCS doivent également tenir compte d'inégalités particulières que vivent certains groupes, comme les personnes s'identifiant en tant que femmes, les personnes 2ELGBTQIA+ (bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, intersexes, asexuelles, plus), les adolescents et les jeunes adultes, les membres des Premières Nations, les Inuits ou les Métis ([ICRAS, 2023](#)). Afin de maximiser l'utilisation et la portée des SCS, [l'ICRAS \(2023\)](#) promut un modèle intégrant à la fois plusieurs services tels que la consommation supervisée de SPA non injectable, la consommation assistée, le fractionnement et partage de doses, l'analyse de substances, les traitements pour l'utilisation de SPA ou encore les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire.

Les bandelettes de détection du fentanyl sont également reconnues comme un moyen pertinent pour réduire les risques de surdose. Toutefois, Chan et al. (2022) recommandent aux praticiens d'adapter leurs messages et miser sur la prévention, car les résultats de type « faux négatifs » sont possibles, tout comme leur capacité limitée à détecter d'autres opioïdes très puissants et émergents (Bergh et al., 2021, McGowan et al., 2018, cité dans Chan et al., 2022, p. 208).

En complément des informations présentées préalablement, mentionnons que la consommation d'alcool est très répandue et constitue un facteur important de morbidité, de mortalité et de coûts socioéconomiques au Canada et dans le monde entier ([British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU et Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR, 2023](#)). Malgré l'existence de services pour les personnes intéressées par l'arrêt ou la réduction de leur consommation d'alcool, les interventions disponibles ne répondent souvent pas aux besoins des personnes atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) grave pour qui la réduction ou l'arrêt sont non souhaités ou irréalistes. Les programmes de gestion de l'alcool (PGA) sont principalement destinés aux personnes atteintes d'un TUA grave pour qui l'abstinence est non réaliste ou souhaitable et qui sont confrontées à des obstacles dans l'accès aux soins en raison des iniquités systémiques liées au racisme, au colonialisme et à la stigmatisation de la pauvreté et de l'utilisation de SPA. L'objectif des PGA est de lutter contre le cycle de la marginalisation et de la consommation en s'assurant que l'accès à l'alcool n'empêche pas d'accéder aux autres déterminants de la santé, comme le logement, la nourriture ou les soins ([BCCSU et CISUR, 2023](#)). Selon la description de Chan et al. (2022), on y distribue de l'alcool avec limitations des doses maximales quotidiennes ainsi que la possibilité de refuser le service en cas d'état de trop grande intoxication. Les études sur les PGA soutiennent une réduction des méfaits pour la santé liée à l'usage d'alcool, une réduction de la consommation d'alcool non destinée à la consommation (ex.: alcool à friction, désinfectant pour les mains et autres), l'amélioration de la qualité de vie et de la sécurité, l'amélioration de la stabilité du logement et la réduction du fardeau sur les systèmes de santé et de justice (Pauly et al., 2018; Pauly et al., 2013; Stockwell et al., 2018, cité dans [BCCSU et CISUR, 2023, p. 33](#)). Les PGA ont également permis à certaines personnes de réduire leurs visites aux urgences, les admissions dans les hôpitaux, tout comme les interactions avec la police menant à une détention (Vallance et al., 2016, cité dans Chan et al., 2022, p. 209). Plusieurs modèles de PGA existent et presque tous incluent un éventail de services médicaux et sociaux (Pauly et al., 2020, cité dans [BCCSU et CISUR, 2023, p. 77](#)). Dans

leur *Document d'orientation opérationnelle nationale*, le [BCCSU et le CISUR \(2023\)](#) discutent de modèles spécifiques, comme les PGA de proximité et haltes-accueils dirigés par des pairs, les PGA programmes de jour et haltes-accueils, les PGA de proximité médicaux, les PGA basés sur le logement et les PGA dans les structures de soins pour patients hospitalisés.

5.2 ITINÉRANCE ET PRÉVENTION DES SURDOSES

Selon Miler al. (2021), des soins intégrés pour les personnes en situation d'itinérance (PSI) et utilisatrices de SPA, ou avec concomitance de problèmes sérieux de santé mentale et d'utilisation d'alcool ou autres SPA, semble être associées à de meilleurs résultats. Les auteurs estiment que les approches de réduction des méfaits ont des effets positifs sur les risques liés à la consommation de SPA et aux surdoses, ainsi que sur les visites et les admissions à l'hôpital. La gestion de cas a des effets positifs sur l'utilisation problématique de SPA, le maintien en logement et les résultats en matière de santé mentale. Les approches particulières de gestion de cas ayant mené à ces résultats sont : 1) une intervention globale et proactive dans la communauté, répondant à plusieurs besoins (logement, santé physique et mentale, services en toxicomanie, etc.) pour les PSI avec de grands besoins, avec des problématiques liées à la santé mentale, mais vivant moins de périodes d'hospitalisation et confrontées à moins d'obstacles dans leur fonctionnement social ; 2) une intervention lors de moments critiques, mettant de l'avant la continuité des soins entre les périodes de transition, par exemple, entre des conditions de logement précaires (vivre dans un refuge ou sortir de l'hôpital) et un logement indépendant ; 3) la gestion de soins intensifs pour les personnes en situation d'itinérance avec de grands besoins, par exemple, celles avec des problématiques liées à la santé mentale, vivant de multiples périodes d'hospitalisation et confrontée à plusieurs obstacles dans leur fonctionnement social.

Les interventions en matière de logement telles que l'approche Logement d'abord (*Housing First*) ont amélioré la stabilité et la rétention dans le logement et sont associées à des améliorations de la santé physique, mais ont peu d'effet sur l'utilisation problématique de SPA. Quant à lui, le logement permanent avec la mise en place de services de soutien s'est avéré efficace pour les personnes souffrant d'un trouble concomitant d'utilisation de SPA et de problèmes de santé mentale en réduisant les symptômes liés à la santé mentale (Miler al., 2021).

L'approche intensive dans la communauté est associée à des résultats positifs pour les personnes avec concomitance de problèmes sérieux de santé mentale et d'utilisation de SPA en termes de santé physique et mentale. La littérature recensée met en évidence les approches de soutien par les pairs, pouvant mener à des résultats positifs en matière de logement, d'utilisation de SPA et de bien-être, tout en ayant un impact positif sur les pairs eux-mêmes (Miler al., 2021).

Magwood et al. (2020) ont voulu évaluer l'efficacité des interventions de type réduction des méfaits et pharmacologiques chez les PSI ou hébergées de manière précaire et souffrant de troubles concomitants liés à l'usage de SPA. Plus précisément, il s'agissait des 1) installations de consommation supervisée 2) interventions pharmacologiques et 3) programmes de gestion de la consommation d'alcool. Pour ce qui est des installations de consommation supervisée, les résultats soulignent qu'elles ont eu des impacts positifs quant à la prévention des surdoses mortelles, l'injection publique et d'autres formes de consommation à haut risque. De plus, elles peuvent servir de pont vers d'autres services de santé et sociaux, bien que les personnes soient souvent confrontées à de longues listes d'attente pour obtenir ces services. En lien avec les

interventions pharmacologiques, les résultats suggèrent que la buprénorphine et la méthadone sont les agents pharmaceutiques les plus efficaces pour lutter contre la mortalité et la morbidité chez les personnes qui consomment des SPA. Enfin, concernant les programmes de gestion de la consommation d'alcool, Magwood et al. (2020) n'ont pu identifier de revue systématique de haute qualité sur ceux-ci. Des études ont toutefois souligné que de tels programmes facilitent la stabilisation en fournissant un espace sûr, diminuent les risques associés à l'utilisation de SPA, favorisent les reconnections sociales et culturelles, et offrent un environnement favorisant le changement personnel.

Miler et al. (2021) rappellent qu'il n'existe pas d'approche « universelle » pour les PSI et utilisatrices de SPA. Il existe cependant une gamme d'approches et il est probable que les approches les plus efficaces sont celles qui répondent aux besoins particuliers des personnes, en leur offrant une variété d'options abordant la santé, le logement et l'utilisation de SPA de manière holistique. D'ailleurs, Carver et al. (2020) concluent qu'un traitement efficace inclut une série de composantes : des environnements offrant divers services ; l'accès à des traitements basés sur la réduction des méfaits et/ou l'abstinence ; un soutien compatissant et sans jugement ; des interventions suffisamment longues ; des choix en termes de traitement ; et des opportunités pour (ré)apprendre à vivre. Ces éléments doivent être fournis dans un contexte de bonnes relations, de soins centrés sur la personne et d'une compréhension de la complexité de la vie des gens.

5.3 DES JUDICIARISATION ET PRÉVENTION DES SURDOSES

Grella et al. (2021) ainsi que Malta et al. (2019) se sont intéressés aux personnes judiciairisées utilisant des opioïdes. Ces auteurs démontrent que le contexte social peut faciliter l'utilisation de la naloxone ou y faire obstacle, lié par exemple à la perception de sa disponibilité en communauté, au stigma associé au fait de transporter de la naloxone sur soi ou encore, à la peur de la police et des conséquences judiciaires possibles. Les peurs liées aux arrestations potentielles sont plus élevées chez les populations déjà judiciairisées. En sus, bien qu'offrir de la naloxone à la sortie de prison soit essentiel, les résultats de Grella et al. (2021) démontrent l'importance de référer les personnes aux ressources communautaires, notamment pour une offre continue de naloxone, pour des traitements liés à l'usage de SPA et des services de prévention des surdoses.

Malta et al. (2019) ont constaté que les personnes incarcérées dans un établissement correctionnel offrant un traitement à la méthadone ou à la buprénorphine présentaient des taux plus faibles de consommation « illicite » d'opioïdes, présentaient une plus grande observance du traitement, étaient moins susceptibles d'être réincarcérées après la sortie et avaient plus de chance de travailler un an après l'incarcération. Les participants qui ont reçu ces traitements pendant leur incarcération ont présenté moins de surdoses non mortelles ainsi qu'une mortalité plus faible après leur retour en communauté. Ainsi, selon, Malta et al. (2019), les établissements correctionnels devraient intensifier les traitements par agoniste opioïde (TAO) parmi les personnes incarcérées. Cette stratégie est susceptible de diminuer les surdoses et la mortalité liées aux opioïdes, de réduire l'utilisation d'opioïdes et autres comportements à risque pendant et après l'incarcération, ainsi que d'améliorer la rétention dans les traitements pour l'usage de SPA après la sortie de prison. Enfin, la mise en place de TAO immédiatement après la sortie de prison et de stratégies préventives supplémentaires telles que la distribution de kits de naloxone diminue considérablement la survenue de surdoses et de mortalités liées aux opioïdes chez les personnes ayant été incarcérées (Malta et al., 2019).

5.4 L'INTERVENTION DANS LES INSTITUTIONS DE SANTÉ

En lien à la prévention des surdoses, Chan et al. (2022) recommandent que la naloxone soit offerte aux personnes au moment de leur sortie de l'hôpital et par la suite dans leur milieu de vie. Les différents praticiens de la santé devraient être sensibilisés et éduqués sur la naloxone, ses effets et son efficacité afin de défaire certains mythes. Les auteurs recommandent aussi le déploiement de soins à bas seuil d'accessibilité dans les institutions de santé. Les composantes d'une telle approche devraient inclure 1) la disponibilité de traitements quotidiens pour mitiger les risques élevés de mortalité qu'encourent les personnes utilisant des SPA alors qu'elles sont sur des listes d'attentes, réduire les rendez-vous manqués et améliorer l'initiation aux traitements; 2) la non-concurrence entre les formes de traitement (par exemple, lorsque des traitements comportementaux ou psychosociaux sont requis pour recevoir un TAO); 3) ne pas exiger une abstinence complète de toutes SPA, car les traitements à bas seuil d'accessibilité reconnaissent qu'une reprise de la consommation ou l'absence d'abstinence ne signifient pas que le traitement est un échec. Au lieu d'un arrêt forcé de leur TAO, les personnes qui reprennent leur utilisation de SPA se voient plutôt proposer des formes de soutien supplémentaire.

5.5 L'INTERVENTION AUX URGENCES HOSPITALIÈRES

Les patients admis aux urgences pour surdoses peuvent en sortir généralement après quelques heures, lorsque leurs conditions physiques leur permettent. De plus, les interventions entourant la sortie sont généralement minimales (Barnes et McClughen, 2018; Choo et Wen, 2018, cité dans Mechling et al., 2023, p. 19). Toutefois, bien que les patients puissent satisfaire les critères nécessaires liés à la condition physique, ces périodes minimales d'observation sous-estiment d'autres facteurs et le risque de surdoses reste élevé après la sortie de l'hôpital (Mechling et al., 2023). Plusieurs interventions fondées sur les données probantes seraient réalisables et efficaces dans les urgences (Chen et al., 2020).

Mechling et al. (2023) ont cherché à synthétiser les meilleures pratiques de soins pour les personnes admises aux urgences pour surdoses de SPA illicites aux États-Unis. La majorité des interventions dans leurs études recensées concernaient des personnes admises aux urgences pour surdose d'opioïdes. Bien que le trouble lié à l'utilisation de SPA soit catégorisé dans le DSM, les événements de surdoses ne sont pas toujours classifiés comme tels dans les dossiers des urgences. Les patients ressortent ainsi parfois sans évaluation psychiatrique (SAMHSA, 2016, cité dans Mechling et al., 2023, p. 20). Comme l'abus de SPA et les problématiques de santé mentale sont souvent concomitants et afin d'offrir de meilleurs soins, Mechling et al. (2023) recommandent que les intervenants déterminent les meilleurs traitements et suivis nécessaires en recourant aux outils de dépistage fondés dans les données probantes pour le trouble lié à l'utilisation de SPA ainsi que pour des problématiques de santé mentale.

Les urgences hospitalières devraient aussi inclure des interventions de réduction des méfaits (Mechling et al., 2023). L'éducation aux meilleures stratégies de prévention des surdoses est primordiale et les infirmières peuvent jouer un rôle auprès des personnes s'injectant des SPA pour des pratiques plus sécuritaires d'injection et pour de la prévention à propos des différents risques d'infection (le VIH, l'hépatite, etc.) (Bartlett et al., 2013, cité dans Mechling et al., 2023, p. 21).

Fournir la naloxone et l'éducation à son administration aux patients à la suite d'une surdose peut réduire le risque de décès (Dwyer et al., 2015, Papp et al., 2019, cité dans Mechling et al., 2023, p. 21). Chen et al (2020) constatent d'ailleurs dans leur recherche que l'offre de naloxone aux urgences est ressortie comme faisable et acceptable pour les patients et le personnel de l'urgence. Toutefois, selon Haegerich et al. (2019), si des résultats comme ceux de Coffin et al. (2016, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 8) montrent une baisse des visites aux urgences liées à l'utilisation d'opioïdes à la suite d'une formation des soignants sur la naloxone et thématiques liées, d'autres comme ceux de Banta-Green et al. (2011, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 8) suggèrent que l'éducation sur les surdoses, l'intervention brève, et la distribution de naloxone pour des patients à haut risque à la suite d'une visite aux urgences n'ont pas mené à une réduction significative de surdoses par rapport à un groupe contrôle. Enfin, il est aussi important de se rappeler que certains patients présentant un risque de surdose peuvent se sentir plus à l'aise avec les services communautaires ou ceux fournis par des pairs (Faulkner-Gurstein, 2017, cité dans Chen et al., 2020, p. 11).

L'initiation de la buprénorphine au sein de l'urgence par rapport au référencement augmente l'engagement dans le traitement et améliore d'autres difficultés liées à l'utilisation d'opioïdes (D'Onofrio et al., 2015, cité dans Chen et al., 2020, p. 11). Mechling et al. (2023, p. 21, citant Larochelle et al., 2018, Maryland Hospital Association, 2018, SAMHSA, 2021) abondent également dans le même sens, l'initiation de la buprénorphine aux urgences étant la meilleure intervention comparée à la méthadone ou la naltrexone. Comme le traitement à la buprénorphine peut contribuer à réduire la consommation illicite d'opioïdes et la mortalité associée (Sordo et al., 2017, cité dans Chen et al., 2020, p. 11), l'initiation d'un traitement par buprénorphine à l'urgence est une option importante pour améliorer les soins. Les interventions dans les urgences ont le potentiel de rejoindre des personnes à risque de surdose due à l'utilisation d'opioïdes pharmaceutiques et qui ont peut-être moins de chances de recourir aux interventions communautaires développées notamment pour les personnes s'injectant des SPA (Chen et al., 2020).

Quant aux interventions psychosociales dans les urgences hospitalières, l'entretien motivationnel est associé à une réduction significative des comportements à risque de surdose (Bohnert et al., 2016, cité dans Chen et al., 2020, p. 11) et lorsqu'elle est dispensée en même temps qu'une coordination active de soins et de liens à d'autres services, la majorité des patients ont déclaré que l'intervention avait fourni des services de qualité, comme souhaité par ces derniers (Whiteside et al., 2017, cité dans Chen et al., 2020, p. 11)). Mechling et al. (2023) recommandent aussi que l'entretien motivationnel soit déployé dans les urgences lorsqu'une personne présente un trouble lié à l'utilisation de SPA.

Mechling et al. (2023) recensent aussi des études sur le rôle joué par des pairs, des personnes elles-mêmes en rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation de SPA et ayant elles-mêmes souvent vécu des surdoses. En plus de faciliter l'entrée en relation auprès des personnes avec un trouble lié à l'utilisation de SPA ou ayant fait une surdose, ces pairs partagent des stratégies de réduction des méfaits dans le but de réduire le risque ultérieur de surdoses. Ils aident de plus à obtenir et à maintenir des services après la sortie des urgences (Ashford et al., 2019, Champagne-Langabeer et al., 2020, Wayne et al., 2019, Welch et al., 2019, cité dans Mechling et al., 2023, p. 21). Certains programmes impliquant les pairs basés dans les urgences procurent des formations à la naloxone et la dispensent à des personnes à haut risque de surdose.

Avant leur sortie des urgences, les personnes devraient également être référées à des services externes, un accès immédiat à des services adaptés aux besoins de chacun selon leur situation donnant de meilleurs résultats (D'Onofrio et al., 2017, cité dans Mechling et al., 2023, p. 21).

En sommes, bien que des interventions fondées sur les données probantes soit faisables et sont prouvées comme efficaces lorsqu'implantées dans les urgences (Chen et al., 2020; Mechling et al., 2023), plusieurs barrières à leur implantation subsistent et impacts la capacité et/ou la volonté des soignants à les adopter. Enfin, les hôpitaux et leurs partenaires communautaires sont encouragés à développer leurs liens et à conduire des évaluations sur les barrières existantes lors des moments de transitions entre les urgences et les services externes (Mechling et al., 2023).

5.6 LES RÔLES DES PHARMACIENS, AU-DELÀ DE LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Rawal et al. (2023), Thakur et al. (2020) et Chisholm-Burns et al. (2019) soutiennent la pertinence d'impliquer les pharmaciens au sein d'équipes interdisciplinaires dans la communauté pour les rôles complémentaires qu'ils peuvent jouer et les retombées positives, par exemple, en termes d'identification des patients à risque, d'utilisation de la naloxone, et de possibilités de renverser une surdose. Les autres milieux, au-delà des pharmacies communautaires, sont des opportunités pour les pharmaciens de s'engager dans une diversité d'interventions reliées à la naloxone. Rawal et al. (2023) ont toutefois mis en évidence de multiples obstacles qui entravent les interventions par ces pharmaciens et qui sont similaires à ceux vécus en contexte de pharmacie communautaire.

Chisholm-Burns et al. (2019) soutiennent aussi que les pharmaciens pourraient jouer de plus grands rôles dans les collaborations interprofessionnelles par leurs expertises et les rôles qu'ils sont déjà appelés à jouer. Par exemple, ils jouent et peuvent jouer des rôles facilitants dans l'initiation et le suivi des TAO dans les divers contextes de soins en communauté afin d'accompagner et d'éduquer les autres professionnels sur la prescription et l'utilisation d'opioïdes, tout comme dans des contextes de soins institutionnels en lien à la gestion de la douleur (Chisholm-Burns et al., 2019). Une difficulté rencontrée par les pharmaciens est liée à la tension ressentie dans leur rôle de soignant entre « surveillance » et « soins », soit entre leurs obligations de prévenir l'abus de médicaments opioïdes tout en même temps que leur souhait de fournir les soins de qualité dont les personnes ont besoin (Cochran et al., 2016, cité dans Chisholm-Burns et al., 2019, p. 432). Cette posture conflictuelle peut avoir des conséquences et représenter une barrière à des soins de qualité pour les personnes utilisant des médicaments opioïdes (Chisholm-Burns et al., 2019).

5.7 LES INFIRMIÈRES

Selon Gilles (2022), les infirmières peuvent jouer un rôle clé pour lutter contre les surdoses. À partir de leur expertise, elles peuvent par exemple plaider pour une distribution élargie de la naloxone, pour un accès plus grand au traitement des troubles liés à l'utilisation de SPA ainsi que pour l'expansion d'autres services en réduction des méfaits. Elles peuvent aussi sensibiliser le public aux dangers des SPA contaminées par du fentanyl et jouer des rôles déterminants dans les plaidoyers pour des réformes et pour des actions visant à accroître la visibilité de la crise des surdoses. Elles peuvent aussi favoriser la tenue de dialogues dans les recherches de solutions (Gilles, 2022).

Selon Mechling et al. (2023), les infirmières sont bien positionnées au sein des départements d'urgences hospitalières pour favoriser l'implantation d'interventions fondées sur les données probantes de prévention des surdoses d'opioïdes. Elles le sont aussi pour la mise en place du continuum de soins appropriés de prise en charge des personnes admises à la suite d'une surdose d'opioïdes. Elles peuvent aussi encourager et faciliter des consultations multidisciplinaires pour élaborer des plans de sorties des urgences hospitalières qui soient personnalisés et adaptés aux besoins des personnes.

Sur le plan clinique de gestion de la douleur, Gilles (2022) mentionne que les infirmières devraient évaluer minutieusement la douleur, communiquer avec les autres membres des équipes soignantes, veiller à la mise en place de mesures adéquates de soulagement ainsi qu'évaluer l'efficacité des interventions (Gilles, 2022). Puisque la douleur a de multiples causes, les infirmières devraient posséder les connaissances nécessaires pour établir des traitements qui combinent à la fois des approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Notamment, elles devraient être familières aux stratégies non pharmacologiques qui peuvent réduire la médication nécessaire, comme le massage, la relaxation/méditation, la physiothérapie ou l'ergothérapie, les traitements chiropratiques, l'acupuncture, l'exercice, la psychothérapie, etc. (Gilles, 2022). De plus, les infirmières devraient veiller et s'assurer que leurs patients et les membres de leur famille connaissent les signes/symptômes d'une surdose d'opioïdes, et le protocole d'intervention à appliquer en situation de surdose. Cela suppose que les infirmières elles-mêmes sont entraînées à reconnaître les signes d'une surdose et à l'administration de la naloxone dans ces situations. Gilles (2022) recommande aux infirmières d'adopter une posture de non-jugement et de compassion afin d'accroître le dialogue, l'engagement, le soutien et la compréhension.

5.8 LES PÉDIATRES ET AUTRES CLINICIENS TRAVAILLANT AUPRÈS D'ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Comme l'explique Bell et Hadland (2023), intervenir auprès d'adolescents et de jeunes adultes implique des balises à considérer. Par exemple, au niveau du consentement, les divers cliniciens devraient connaître les législations en vigueur dans leur juridiction de pratique, en lien avec l'âge requis pour le consentement aux différents soins dans la confidentialité. Une première tâche des cliniciens peut être d'en informer les adolescents et jeunes adultes. Ces derniers peuvent craindre que s'en suivre un dévoilement forcé de leur situation à leurs familles, leur école ou encore aux différentes autorités légales (police, protection de la jeunesse, etc.). Les cliniciens devraient aussi les informer des possibilités d'accès confidentiel à des services de réduction des méfaits dans leur secteur. Par ailleurs, les cliniciens devraient exposer clairement aux adolescents et jeunes adultes les circonstances où ils devraient briser la confidentialité, ce qui est d'autant plus important en lien avec une approche de réduction des méfaits, puisque la notion de ce qui constitue une préoccupation en lien à la sécurité est subjective et variera selon les cliniciens. Exposer ses critères pour déterminer ce qui constitue une préoccupation susceptible d'amener à briser la confidentialité est donc essentiel pour établir une relation de confiance. Bell et Hadland (2023) rappellent que la plupart du temps, l'utilisation de SPA ne constitue pas en soi un danger méritant de briser la confidentialité. En lien au contexte législatif des États-Unis, toutefois, les auteurs recommandent de statuer clairement auprès des adolescents et jeunes adultes qu'un risque élevé pressenti de surdose pourrait mener à un bris de confidentialité. De plus, les cliniciens peuvent favoriser l'ouverture des adolescents et jeunes adultes en lien à leur utilisation de SPA en adoptant une approche non stigmatisante et en en faisant la promulgation dans leurs institutions de travail.

Après avoir bien établi ces balises, Bell et Hadland (2023) recommandent que les cliniciens promulguent des interventions de réduction des méfaits tels: ne pas consommer seuls; consommer en alternance avec des pairs afin que si une surdose survient quelqu'un puisse intervenir avec de la naloxone; si les jeunes consomment seuls, les référés à des services comme les lignes téléphoniques de consommation supervisée; essayer des petites quantités de la SPA afin d'en tester la puissance; utiliser des bandelettes de détection du fentanyl dans les SPA; conseiller de minimiser l'utilisation de plusieurs SPA à la fois (en particulier les SPA avec effets sédatifs comme l'alcool, les benzodiazépines, etc.). Les cliniciens devraient aussi fournir aux adolescents et jeunes adultes de la naloxone et leur fournir l'information sur le protocole d'administration, les guider quant à la manière d'en obtenir de manière confidentielle (s'il existe des craintes que les proches soient au fait de leur utilisation de SPA). Les cliniciens devraient aussi sensibiliser les adolescents et jeunes adultes (et leurs proches lorsque la confidentialité n'est pas un enjeu) de l'importance d'appeler les services d'urgence lors de l'administration de naloxone et aussi sur l'existence de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* et ses dispositions (Bell et Hadland, 2023).

Lorsque les adolescents et jeunes adultes veulent réduire leur utilisation de SPA, ou lorsqu'ils sont admis aux urgences pour surdose d'opioïdes, les TAO devraient leur être accessibles. Toutefois, ce groupe expérimente un accès limité à cette médication dans plusieurs pays (Pilarinos et al., 2022, cité dans Bell et Hadland, 2023, p. 412), notamment dû à des dispositions législatives.

5.9 INTERVENTIONS RECOURANT À LA TECHNOLOGIE

Les modalités d'interventions orientées vers les technologies qui pourraient détecter et surveiller à distance les surdoses répondent aux préoccupations liées à la consommation solitaire de SPA. Des preuves préliminaires suggèrent que les interventions électroniques en réduction des méfaits pourraient augmenter la distribution de la naloxone, promouvoir la détection et le monitoring des surdoses, augmenter l'éducation quant aux réponses en situation de surdoses et augmenter l'accès aux traitements. Selon les auteurs recensés, les interventions électroniques en réduction des méfaits sont faisables, acceptables et utilisables (Loverock et al., 2023). Compte tenu de la stigmatisation persistante à laquelle sont confrontées les personnes utilisatrices de SPA, l'amélioration des réseaux de distribution de naloxone via des plateformes permettrait de surmonter les obstacles individuels à son accès. Les interventions de réduction des méfaits électroniques montrent le potentiel d'amélioration des connaissances des personnes utilisatrices de SPA sur les facteurs de risque de surdose, la réponse aux surdoses, les facteurs de risque modifiables, et les connaissances spécifiques aux opioïdes. Toutefois, il n'est pas clair qu'elles se traduisent par une réduction dans l'utilisation de substances, du nombre de surdoses ou encore par une meilleure réponse en situation de surdoses dans des conditions réelles (Loverock et al., 2023).

Tas et al. (2023) ont voulu identifier les études publiées sur les technologies mobiles qui tentent de prévenir, de détecter ou de répondre aux surdoses d'opioïdes. Concernant les réponses/interventions à un événement de surdose nécessitant d'autres personnes, les technologies peuvent inciter les autres à réagir à une surdose. Par exemple, une des applications recensées permet aux utilisateurs d'une application de signaler leur besoin à des personnes géographiquement proches susceptibles d'avoir de la naloxone, en plus d'être connectées aux services d'urgences. Les résultats démontrent que la naloxone a été administrée 5 minutes avant l'arrivée des secours

dans la plupart des cas (Schwartz et al., 2020, cité dans Tas et al., 2023, p. 760). Concernant la détection de surdose à l'aide de données biométriques, les études incluent différents paramètres physiologiques, reflétant un large éventail de méthodes potentielles. Par exemple, un système de téléphone intelligent présentait des niveaux prometteurs dans la détection des changements respiratoires dans un site d'injections supervisées et lors d'événements de surdose simulée (Nandakumar et al., 2019, cité dans Tas et al., 2023, p. 760). Un autre dispositif porté au poignet a montré qu'il est possible de détecter des changements de température cutanée et de fréquence cardiaque après la diminution de la naloxone, indiquant une réentrée potentielle en surdose d'opioïdes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016, cité dans Tas et al., 2023, p. 760). Concernant la réponse à un événement de surdosage avec administration automatisée de naloxone, des études recensées par Tas et al. (2023, citant Chan et al., 2021, Dhowan et al., 2019, Imtiaz et al., 2021) décrivent des dispositifs automatisés capables de détecter et de répondre à une surdose en administrant la naloxone. Les résultats sont mitigés, car il arrive par exemple que les seuils d'action ne soient pas suffisamment sensibles. Lorsqu'un surdosage est détecté avec précision, la dose correcte de naloxone doit être soigneusement choisie, et il existe encore des controverses à cet effet (Clarke et al., 2005, Neale et Strang, 2015, Tylleskar et al., 2020, cité dans Tas et al., 2023, p. 761).

Enfin, les études recensées par Tas et al. (2023) qui ont évalué la volonté et l'acceptabilité des personnes utilisant des opioïdes envers les appareils/technologies utilisés, 54 à 76 % des participants ont montré leur volonté à utiliser un appareil. Tas et al. (2023) ont souligné que la confiance était un obstacle potentiel à l'adoption de ces dispositifs, notamment à cause de la façon dont ces appareils seraient perçus par les forces de l'ordre. La discrétion, la taille et le confort seraient les caractéristiques les plus importantes, quoique les personnes sondées estimaient que la conception n'était pas l'aspect le plus important si ces dispositifs pouvaient sauver des vies. En outre, il n'est pas certain que les dispositifs existants ou en cours d'examen puissent détecter des surdoses autres que celles liées aux opioïdes, en particulier de stimulants, étant donné les effets physiologiques différents (Tas et al., 2023).

Par ailleurs, Russell et al. (2023) se sont intéressés aux machines distributrices de matériel de réduction des méfaits implantés en communauté puisqu'elles présentent un fort potentiel pour lutter contre les disparités en matière de santé lorsqu'elles sont implantées de manière réfléchie. Toutefois, on doit envisager de rendre ces machines disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, afin qu'elles puissent compléter les autres programmes de réduction des méfaits et offrir des options anonymes pour récupérer les seringues. En outre, Russell et al. (2023) recommandent que les machines offrent plus que des seringues et que les personnes utilisant toutes sortes de SPA et par des modes d'administrations variées puissent être impliquées dans leur mise en œuvre.

5.10 INTERVENTION PAR LES PAIRS

Les études soutiennent que l'intervention par les pairs est une stratégie importante dans la crise des surdoses. L'intervention aurait un impact positif sur la fréquence d'utilisation de la naloxone, la réduction de l'utilisation d'opioïdes et des comportements à risque, et enfin, elle favorise une meilleure connaissance des facteurs menant aux surdoses (Mercer et al., 2021). Les études recensées par Mercer et al. (2021) dans leur synthèse ont également démontré qu'une intervention menée par les pairs auprès de personnes ayant vécu une surdose d'opioïde non mortelle favoriserait l'utilisation de la naloxone par la suite. En outre, les études de la synthèse de

Mercer et al. (2021) rapportent des bénéfices secondaires associés à la distribution de la naloxone par les pairs, favorisant la bienveillance, le sentiment d'*empowerment* associé aux compétences d'intervention et le sentiment d'être valorisé et respecté. Ces bénéfices contribuent à la confiance d'intervenir en situation de surdose ainsi qu'au rétablissement des pairs eux-mêmes, certaines études signalant une réduction autorapportée de l'usage de SPA et la réduction des méfaits dans les communautés (Wagner et al., 2010, cité dans Mercer et al., 2021, p. 10).

Le fait d'impliquer des pairs dans les interventions facilite la reconnaissance du plaisir lié à l'usage de SPA et réduit l'utilisation de naloxone lorsque ce n'est pas nécessaire. Mercer et al. (2021, p.12) rapportent l'étude de Watson et al. (2019) sur l'expérience d'un site de prévention des surdoses au Canada où œuvrent principalement des personnes avec un savoir expérientiel liées à l'usage de SPA. On y constate que l'oxygène était priorisé à la naloxone, à moins que la respiration soit absente, et que le jumelage entre des bénévoles du domaine médical et des personnes ayant un savoir expérientiel assurait que les perspectives médicales ne dominent pas.

Abordant les sites d'injection ou de consommation supervisés ainsi que les sites de prévention des surdoses, Mercer et al. (2021) soulignent l'aspect sécuritaire et rappellent que ces environnements diffèrent grandement en termes de formalité, de bureaucratie et d'implication des pairs. Dû à leur identité unique, les pairs jouent ainsi un rôle crucial dans des espaces plus sécuritaires de consommation. Les impacts des sites de prévention des surdoses qui incluent des pairs sont notamment : aucun décès ; une confiance augmentée envers les services ; des interventions en amont des surdoses ; le développement de relations significatives ; une réduction des traumatismes et de la stigmatisation vécue (Pauly et al., 2020, cité dans Mercer et al., 2021, p. 13). L'implication des pairs dans ces sites est également bénéfique pour ces derniers : un sentiment d'être utile et d'être une source d'inspiration pour les autres, un sentiment d'appartenance accru, une amélioration de la qualité de vie ainsi que le développement des compétences (Pauly et al., 2021, Kennedy et al., 2019, cité dans Mercer et al., 2021, p. 13). Par ailleurs, les pairs jouent également des rôles variés, cruciaux et innovants dans les communautés où il y a peu ou pas d'environnement considéré comme étant sécuritaire pour l'utilisation de SPA et auprès des personnes utilisatrices de SPA en position de vulnérabilité structurelle (Mercer et al., 2021). Le rôle des pairs comporte toutefois des défis importants : le stress, les traumatismes, le manque de reconnaissance, une rémunération inéquitable due au financement limité, des espaces physiques inadéquats pour intervenir convenablement et des dangers liés à la criminalisation des SPA. Certaines études soulignent aussi le manque de support pour les deuils considérables vécus par les pairs (Pauly et al., 2020, Kennedy et al., 2019, Pauly et al., 2021, cité dans Mercer et al., 2021, p. 14).

La substantielle synthèse de Mercer et al. (2021) met également en relief les divers rôles joués par les pairs dans l'éducation et la prévention des surdoses. Par exemple, l'éducation à l'injection plus sécuritaire de pair-à-pair a été identifiée comme essentielle pour les personnes utilisant des SPA qui manquaient de connaissances sur les techniques d'injection (Small et al., 2012, cité dans Mercer et al., 2021, p. 14). Dans une autre des études recensées par les auteurs, les personnes s'injectant des SPA et ayant participé à une formation ont vu leurs savoirs et leurs comportements en situation de surdose bonifiés, la majorité étant activement intervenue en présence d'une personne en situation de surdose (qui leur était aussi souvent étrangère) après avoir participé à la formation (Wagner et al., 2010, cité dans Mercer et al., p. 15).

Dans une étude sur le rôle des pairs dans le traitement de substitution aux opioïdes, on démontre que les pairs peuvent jouer un rôle dans la réintégration sociale et communautaire des personnes utilisant des SPA. Par exemple, dans un programme à bas seuil d'accessibilité et de proximité prescrivant de la buprénorphine, des pairs « coachs de rétablissement » étaient impliqués dans le traitement d'une population judiciairisée et largement désaffiliée des services. Les pairs travaillaient avec ces personnes pour les aider dans leur réinsertion à la communauté, à acquérir des pièces d'identité, des documents liés aux assurances, ou encore à s'engager auprès de programmes résidentiels ou d'hébergements. (Krawczyk et al., 2019, cité dans Mercer et al., 2021, p. 15)

Dans une autre étude portant sur un organisme à bas seuil d'accessibilité incluant des pairs et offrant divers services comme l'analyse de SPA, un site de prévention des surdoses et un programme de substitution aux opioïdes, les pairs ont rapporté que leur expérience vécue leur permettait d'évaluer avec confiance la tolérance et les risques liés aux surdoses des personnes rencontrées (Olding et al., 2020, cité dans Mercer et al., 2021, p. 15). Dans un autre programme de substitution aux opioïdes, les personnes participantes ont indiqué qu'elles avaient plus appris en lien à la réduction des méfaits par les contacts avec des pairs (Boucher et al., 2017, cité dans Mercer et al., 2021, p. 15).

Par ailleurs, certains auteurs suggèrent qu'embaucher des personnes avec une expérience vécue dans les services d'analyse de substances faciliterait la confiance des utilisateurs de services (Wallace et al., 2020, cité dans Mercer et al., 2021, p. 16), mais les recherches sur le rôle des pairs dans cette intervention sont limitées (Mercer et al., 2021). Malgré cela, des auteurs se sont penchés sur les initiatives d'analyse de substance offertes par et pour les personnes utilisatrices de SPA elles-mêmes et démontrent que ces dernières semblent motivées par l'altruisme, le désir d'augmenter le sentiment de sécurité ainsi que de minimiser les risques associés à l'usage de SPA (Palamar et al., 2019, cité dans Mercer et al., 2021, p. 16). En somme, toutes les études recensées par Mercer et al. (2021) ont identifié des impacts positifs des interventions impliquant des pairs dans la prévention des surdoses. Les bénéfices étaient à la fois pour les personnes utilisant des SPA visées par l'intervention que pour les pairs eux-mêmes.

Les organisations sont encouragées à reconnaître et valoriser les pairs et d'inclure des changements dans les conditions de travail. Afin de déployer le plein potentiel des interventions en réduction des méfaits, il est important de s'attaquer à la criminalisation de l'utilisation de SPA, de mener des campagnes contre la stigmatisation, en plus d'implanter et évaluer des interventions visant les barrières individuelles, organisationnelles et systémiques qui impactent l'implication des personnes utilisant des SPA dans les services en réduction des méfaits (Marshall et al., 2015, cité dans Mercer et al., 18). Citant Marshall et al. (2015), Mercer et al. (2021, p. 18) abordent quelques stratégies pour améliorer la participation des pairs aux initiatives de réduction des méfaits, notamment : créer des opportunités pour les principales parties prenantes de s'engager dans un dialogue sur la réduction des méfaits ; consacrer du temps et des ressources organisationnelles au développement de relations positives (ex. : avec les communautés, le grand public et les membres du gouvernement) ; favoriser des cultures organisationnelles qui soutiennent une participation et un leadership significatifs des personnes utilisant des SPA ; fournir une formation et une supervision appropriées aux pairs ; et éliminer les obstacles à la participation des personnes utilisant des SPA en créant un soutien qui reconnaît les déterminants plus larges de la santé.

6.1 PLANIFICATIONS ET MISE EN PLACE DE RÉPONSES POUR LA PRÉVENTION DES SURDOSES

Leece et al. (2019) ont examiné les plans communautaires, multistratégiques et multisectoriels, pour prévenir ou réduire les méfaits liés aux opioïdes. Ces derniers représentaient généralement des efforts de santé publique financés par la province ou l'État et impliquaient en moyenne sept partenaires, composés d'organisations visant à appliquer la loi, offrant des soins de santé et des organisations de santé publique. La plupart des plans se concentraient sur le traitement et la réduction des méfaits comme stratégie de réponse aux surdoses, en augmentant particulièrement l'accessibilité aux traitements ainsi qu'à la naloxone. Les stratégies utilisées incluaient l'amélioration des connaissances et des compétences des individus, mais incluaient peu de changements systémiques s'attaquant aux déterminants structurels de la santé. Elles manquaient aussi de recours aux données probantes pour justifier la sélection des interventions. Leece et al. (2019) constatent aussi un manque d'implication des personnes touchées de manière disproportionnée par la crise (par exemple, les personnes autochtones et les personnes ayant une expérience vécue d'utilisation de SPA).

Pour Haegerich et al. (2019), les preuves sont limitées quant aux interventions impliquant une coalition d'acteurs dans les communautés aux États-Unis. Par exemple, une coalition pour la prévention des surdoses en Caroline du Nord rassemblant les départements de santé, des initiatives en lien à la douleur chronique et des instances liées à l'abus de SPA a rapporté une réduction dans la mortalité, mais pour Haegerich et al., (2019) il est difficile d'évaluer les impacts de cette coalition indépendamment d'autres interventions au niveau local et étatique (Albert et al., 2021; Brason et al., 2013, cité dans Haegerich et al., 2019, p. 9). Les programmes pour les patients vivant avec des douleurs étaient tout de même associés à une mortalité réduite et les politiques entourant la naloxone et l'expansion des TAO eux à une réduction des visites aux urgences hospitalières, mais que de manières temporaires (Alexandridis et al., 2017, cité dans Haegerich et al., 2019, p.9).

Milaney et al. (2022) ont constaté que les populations subissant des oppressions, comme les groupes racialisés, les peuples autochtones, les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queer, en questionnement, intersexuées, asexuelles et bispirituelles (LGBTQIA2S+), les personnes vivant avec un handicap et les femmes, sont très peu représentées

dans les études publiées portant sur les stratégies de réduction des méfaits (15 sur 450). Ces lacunes limitent nos connaissances sur ces groupes généralement confrontés à des inégalités en matière de santé et impactent la façon dont nous pouvons répondre à leurs besoins. Leece et al. (2019) proposent trois stratégies pour améliorer la situation : 1) éliminer les obstacles liés à l'équité et à la stigmatisation envers les personnes ayant une expérience vécue de consommation de substances ; 2) améliorer la collecte de données pour faciliter l'évaluation des interventions ; et 3) améliorer les partenariats communautaires en impliquant des personnes ayant une expérience vécue d'utilisation de SPA. Milaney et al. (2022) recommandent d'utiliser un cadre d'intervention et de recherche axé sur l'équité et de prioriser les projets visant à renforcer l'équité en santé, réduire les méfaits de la stigmatisation et inclure la sécurité culturelle, les soins tenant compte des traumatismes et des violences vécus et enfin, la réduction des méfaits. Wallace et al. (2021) identifient quelques recommandations pour intégrer, mettre en œuvre ou évaluer les approches choisies :

1. Inclure des personnes avec une expérience vécue
2. Utiliser des approches multidimensionnelles pour réduire le stigma et la discrimination
3. Reconnaître et résoudre les iniquités
4. Réformer les politiques sur les SPA et décriminaliser
5. Assurer l'application de principes de réduction des méfaits à l'intérieur de solutions globales
6. Mettre en place l'universalisme proportionnel

6.2 ADAPTATION DES SERVICES EN CONTEXTE PANDÉMIQUE

Les organisations offrant des services de santé et des services sociaux devraient se préparer à de futures pandémies en élaborant des plans d'urgence et en impliquant les groupes de défense des personnes utilisant des SPA dans l'organisation des services (Wilkinson et al., 2020). Les services de réduction des méfaits devraient être désignés comme essentiels et des mesures devraient être prises pour faciliter leur maintien. Il n'existe pas de consensus sur les interventions à prioriser, mais Wilkinson et al. (2020) recommandent que ces décisions soient prises à partir des besoins de groupes spécifiques. Ces auteurs considèrent que les prestataires de services de réduction des méfaits, en tant que services essentiels, pourraient assumer des fonctions supplémentaires en contexte pandémique, par exemple, celles liées au dépistage des infections et des virus transmissibles par le sang. Pour garantir un accès équitable aux services, Wilkinson et al. (2020) mentionnent que les services devraient être adaptés pour favoriser la distanciation sociale, par exemple, en assurant la livraison de seringues, en offrant un accès à bas seuil pour la fourniture de matériel d'injection, ou en assouplissant la supervision des traitements de substitutions aux opioïdes et en augmentant le nombre de doses à emporter. Des stratégies

innovantes pour fournir des services de traitement de substitution aux opioïdes devraient être développées, comme la télémédecine, l'offre de téléphones portables aux personnes recevant ces services ou encore, l'emploi de pairs pour les soutenir. Dans un contexte pandémique, l'accès à la naloxone est particulièrement important. D'ailleurs, Wilkinson et al. (2020) proposent que les services en réduction des méfaits travaillent avec les prestataires d'hébergement pour PSI afin de garantir, par exemple, un entreposage sécuritaire de médicaments ainsi que des environnements sécuritaires pour l'utilisation de SPA.

Dans leur recherche, Wilkinson et al. (2020) démontrent aussi comment les messages de réduction de méfaits peuvent être adaptés lors de situation pandémique. Dans le but qu'ils s'inscrivent dans une approche holistique, ceux-ci couvrent trois dimensions : 1) le contrôle des infections ; 2) la qualité des SPA consommées ; 3) l'accessibilité des différents services (de réduction de méfaits, logements, etc.)

6.3 MONITORAGE, SYSTÈMES DE SURVEILLANCE ET DE COMMUNICATION

Les travaux de [l'INESSS \(2023\)](#) soulignent qu'il est difficile d'avoir un portrait précis de l'incidence des surdoses d'opioïdes au Québec et qu'une disponibilité de l'ensemble des données par région permettrait un meilleur portrait. [L'INESSS \(2023\)](#) recommande que les efforts actuels pour documenter les surdoses liées aux opioïdes et l'administration de la naloxone dans les différentes régions du Québec soient maintenus, mais que des indicateurs permettant de documenter l'information utile aux intervenants puissent être élaborés et disponibles sur une base régulière dans l'ensemble des régions. Ces indicateurs sont, par exemple ; *l'incidence des surdoses non mortelles ; l'incidence des visites à l'urgence et des hospitalisations pour surdoses ; le nombre de trousses de naloxone distribuées et utilisées ; le nombre d'interventions d'urgence réalisées au sein des sites de consommation supervisée ; l'incidence des décès par surdose ; les résultats des analyses de substances ; etc.*

En lien notamment à la hausse de l'utilisation de méthamphétamine et des méfaits associés aux États-Unis, mais aussi au Canada, Jones et al. (2022) considèrent qu'une réponse efficace commence par la connaissance de la situation en temps réel quant à l'utilisation des SPA et des surdoses. Ces auteurs proposent de mettre en place des équipes intersectorielles pour mieux comprendre la crise, optimiser les actions et faciliter le partage des responsabilités en matière d'amélioration continue. Ces équipes analyseraient les données liées aux surdoses, la disponibilité et l'utilisation des services de traitement, les activités de réduction des méfaits, les changements dans l'approvisionnement local en SPA à partir par exemple des informations sur les arrestations et les saisies liées à la drogue ainsi que les commentaires d'un large éventail d'agences locales et d'organisations communautaires. Jones et al. (2022) citent notamment *The Overdose Response Strategy*, une initiative déployée dans 34 États américains, qui élargit le partage de données de santé et de sécurité publique au niveau régional et qui examine les interventions communautaires fondées sur des données probantes. Cela suppose de saisir les opportunités d'orienter les personnes par exemple vers des services de traitement ou des programmes misant sur la déjudiciarisation.

D'autres systèmes de surveillance permettent eux de suivre les tendances en termes de surdoses et d'activer des ressources sur demande en collaboration avec des partenaires des communautés (Jones et al., 2022). Par exemple, le OD-MAP (*Overdose Detection – Mapping Application Program*) a recours aux téléphones intelligents ou aux systèmes de gestion de dossiers existants pour suivre la localisation géospatiale des surdoses mortelles et non mortelles, permettant aux communautés de réagir rapidement et de disséminer des messages de réduction des méfaits. Dans ces systèmes de surveillance, l'engagement d'intervenants variés est essentiel pour le partage sécuritaire des données et la coordination entre partenaires afin de maximiser la prestation des services. Jones et al. (2022) mentionnent aussi que les communautés peuvent conduire des *overdose fatality reviews* (OFR), où des équipes examinent les informations entourant les décès par surdose dans une région ciblée, identifier les opportunités d'intervention et de changements.

Perri et al. (2023) ont cherché à résumer les pratiques utilisées pour impliquer les personnes utilisant des SPA dans le suivi des méfaits liés à la consommation de SPA. À Peel, en Ontario, les autorités de santé publique utilisent des données récoltées à partir des paramédicaux et différents intervenants communautaires pour disséminer des informations pertinentes sur les méfaits entourant l'usage de SPA et la distribution de la naloxone. À Waterloo, Ontario, on a implanté l'*Overdose Monitoring, Alert, and Response System* (OMARS), un comité composé de différents intervenants ayant pour objectif de fournir des informations pertinentes entourant les méfaits liés à l'usage de SPA aux membres des communautés concernées, le public en général, et les prestataires de services de santé et services sociaux. Enfin, le *British Columbia Drug Overdose and Alert Partnership* (DOAP), un système intersectoriel de monitoring de données mobilisant des intervenants intersectoriels, a recours à une variété de sources de données pour disséminer les informations liées aux méfaits entourant l'usage de SPA, dont l'utilisation d'un site internet protégé par mot de passe.

Des personnes utilisant des SPA ont recommandé d'utiliser un outil en ligne pour disséminer de l'information sur les SPA qui garantit l'anonymat et la confidentialité, qui est facile d'utilisation, en mesure de rejoindre un grand nombre de personnes, qui peut rapporter les préoccupations liées aux SPA (ex. : leurs toxicités ou du matériel de réduction des méfaits déficient), et enfin, qui permet de partager les histoires personnelles. D'autres recommandations incluent l'importance d'utiliser des indicateurs de monitoring des méfaits liés aux SPA qui soient informées par les personnes ayant un savoir expérientiel puisque des données liées aux visites à l'urgence ou aux hospitalisations ne prennent pas en compte toutes les réalités entourant les méfaits liés aux opioïdes et ignorent le fait que plusieurs personnes utilisant des SPA évitent certains lieux comme les hôpitaux à cause d'expériences stigmatisantes vécues (York Region Public Health, 2019, cité dans Perri et al., 2023, p. 8). Dans d'autres études recensées par Perri et al. (2023), les personnes ayant un savoir expérientiel ont également souligné l'importance d'utiliser un langage clair et neutre et de disséminer rapidement et de façon accessible de l'information par exemple par le biais de sites web. Le « *timing* » est un élément clé pour l'efficacité de ces interventions, comme l'utilisation de médiums de communication variée (ex : le « bouche-à-oreille ») afin de rejoindre les personnes désaffiliées des services de santé et des services sociaux (Loyal et Buxton, 2021, Shepherd et Caldwell, 2017, cités dans Perri et al., 2023, p. 8).

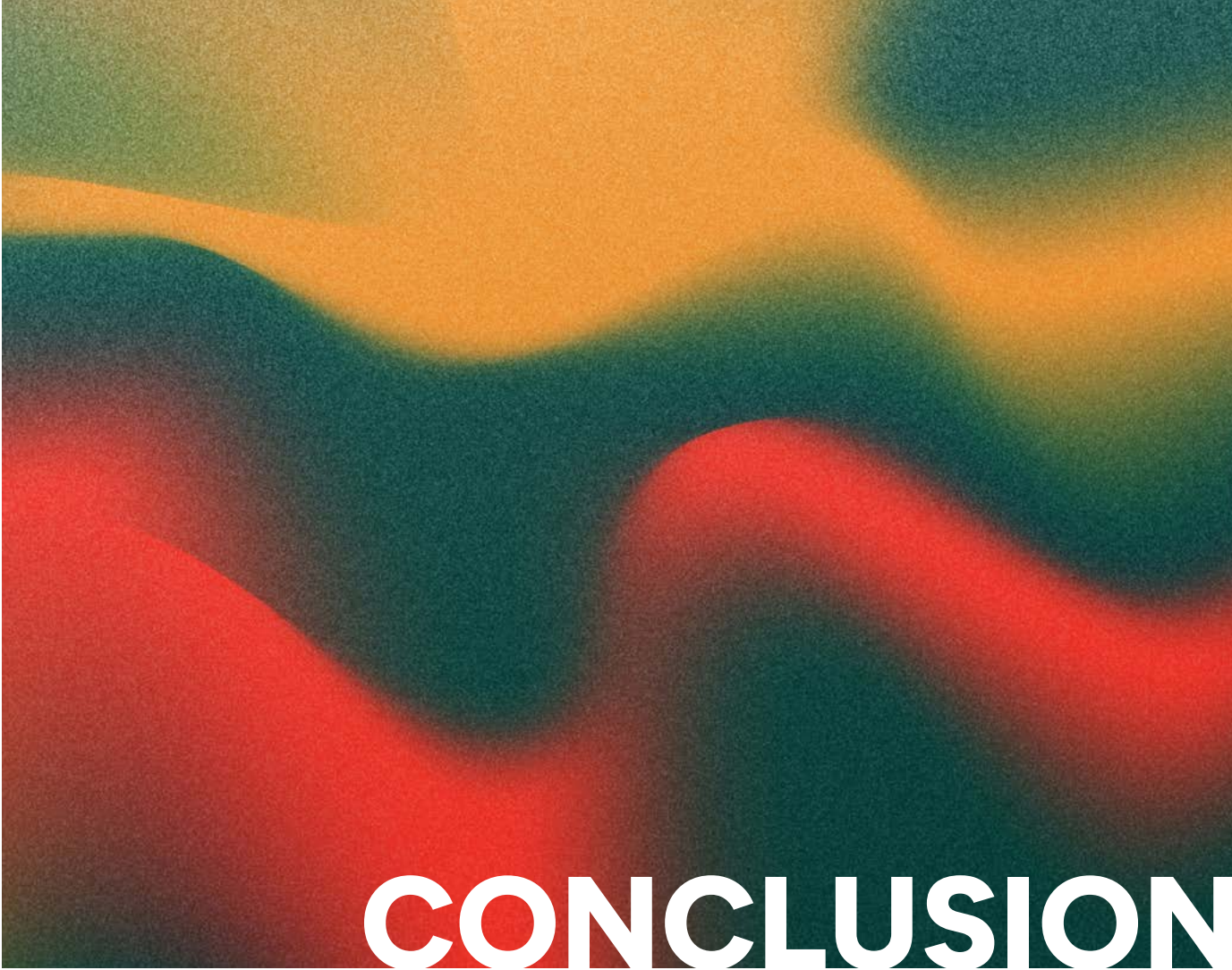
Plusieurs études recensées par Perri et al. (2023) démontrent que les revendeurs jouent des rôles à la fois dans l'analyse des substances, la communication d'informations sur la qualité et la puissance des SPA ainsi qu'aux partages des alertes dans les communautés. Les raisons

exprimées par les personnes utilisant des SPA pour s'engager auprès des revendeurs en lien à la qualité des SPA incluent notamment : si l'approvisionnement provient d'une nouvelle source ; si la couleur, la puissance ou la texture est différente ; et si elles ont entendu parler d'événements liés à des surdoses liés à cette source de SPA (Perri et al., 2023).

Les réseaux de personnes utilisatrices de SPA sont des stratégies de surveillance et de communication en matière de SPA. Le « bouche-à-oreille » est fréquemment utilisé pour obtenir et donner des informations sur la qualité des SPA. D'ailleurs, les « Satellite workers » fournissent des services spécifiques de réduction des méfaits, comme du matériel et de l'éducation dans les contextes résidentiels ou bien les refuges, et les études démontrent leur efficacité dans l'échange d'informations entourant les SPA (Kolla et Strike, 2020, Kolla et Penn, 2020, cité dans Perri et al., 2023, p. 8)

Enfin, les résultats de Perri et al. (2023) démontrent une implication limitée des personnes utilisant des SPA, menant à : 1) des systèmes de monitoring inefficaces pour capturer et disséminer l'information entourant les morts et morbidités liées aux SPA en temps opportun ; 2) le développement d'indicateurs qui ne sont pas pertinents pour les personnes afin qu'elles puissent agir pour réduire les risques ; 3) des systèmes de monitoring et de signalement qui oppriment, stigmatisent et créent une pression supplémentaire sur les personnes utilisant des SPA ainsi que sur les pratiques locales communautaires.

Perri et al. (2023, p. 10) recommandent que les grands systèmes de surveillance publics (1) augmentent le financement des organismes communautaires pour améliorer les stratégies actuelles de suivi et communication des données ; (2) éliminent les obstacles rencontrés par les personnes utilisant des SPA, tels que les pratiques d'embauche stigmatisantes ; (3) emploient et forment les personnes utilisatrices de SPA en tant qu'acteurs centraux au sein des agences de différents paliers gouvernementaux de surveillance et communication ; (4) tiennent les organisations responsables des lignes directrices existantes en matière de meilleures pratiques pour inclure les personnes utilisant des SPA ; (5) s'engagent auprès de toutes les parties prenantes concernées pour utiliser les données pour prendre des mesures visant à réduire les méfaits associées à l'utilisation de SPA. Pour une inclusion significative des personnes utilisatrices de SPA et afin qu'elles puissent s'en approprier le fonctionnement et les retombées, Perri et al. (2023, p.10) recommandent d'accroître la mise en réseau d'acteurs concernés par le suivi des données (ex. : les coalitions de personnes utilisant des SPA et les bureaux des coroners), de créer des processus de collecte et de diffusion pouvant être utilisés par toutes organisations communautaires et de santé publique et enfin, de développer une carte interactive illustrant les alertes en matière d'utilisation de SPA pouvant être consultée à une échelle provinciale par les coalitions de personnes utilisant des SPA. Finalement, les auteurs rappellent que la récolte et l'utilisation de données avec les communautés autochtones devraient être issus de partenariats *Indegenous-led* (Perri et al., 2023).



CONCLUSION

La variété des thématiques explorées dans ce résumé de la littérature démontre que la prévention des surdoses implique une panoplie d'interventions et d'acteurs. Plusieurs des interventions recensées sont déjà déployées sous différentes modalités dans le nord de l'île de Montréal. Nous espérons toutefois que ce résumé de la littérature puisse stimuler les réflexions autour des pratiques actuellement déployées, mais aussi en lien à de possibles pratiques à développer sur le territoire. Les intervenants et les personnes utilisatrices de SPA du nord de l'île de Montréal détiennent les connaissances et l'expertise nécessaire de la situation pour que ces réflexions prennent tout leur sens.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Bagley, S. M., Schoenberger, S. F., Waye, K. M. et Walley, A. Y. (2019). A scoping review of post opioid-overdose interventions. *Preventive Medicine*, 128, 105813. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105813>
- Bell, L. A. et Hadland, S. E. (2023). Unintentional overdoses: understanding the fentanyl landscape and reducing harm. *Current Opinion in Pediatrics*, 35(4), 408. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001249>
- Carver, H., Ring, N., Miler, J. et Parkes, T. (2020). What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-0356-9>
- Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU) et Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR). *Programmes de gestion de l'alcool — Document d'orientation opérationnelle nationale*. 2023. Vancouver, C.-B.: BCCSU. Disponible sur: <https://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder/managed-alcohol/>
- Chan, C. A., Canver, B., McNeil, R. et Sue, K. L. (2022). Harm Reduction in Health Care Settings. *Medical Clinics of North America*, 106(1), 201217. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.09.002>
- Chen, Y., Wang, Y., Nielsen, S., Kuhn, L. et Lam, T. (2020). A systematic review of opioid overdose interventions delivered within emergency departments. *Drug and Alcohol Dependence*, 213, 108009. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108009>
- Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., Sherwin, E., Wheeler, J. et Hohmeier, K. (2019). The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 76(7), 424435. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxy089>
- Cid, A., Daskalakis, G., Grindrod, K. et Beazely, M. A. (2021). What Is Known about Community Pharmacy-Based Take-Home Naloxone Programs and Program Interventions? A Scoping Review. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010030>
- Dobbins, M. (2017). *Guide pour les revues rapides*. Hamilton, Ontario: Centre de collaboration nationale des méthodes et outils.
- Dogherty, E., Patterson, C., Gagnon, M., Harrison, S., Chase, J., Boerstler, J., Gibson, J., Gill, S., Nolan, S., Ryan, A. (2022). Implementation of a nurse-led overdose prevention site in a hospital setting: lessons learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, (19) 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7>
- Fleming, T., Barker, A., Ivins, A., Vakharia, S. et McNeil, R. (2020). Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0351-1>

- Frkovich, J., Hedrick, H., Anakaraonye, A. R., Bornkessel, A. et Lefebvre, R. C. (2022). Opioid-Related Public Health Communication Campaigns: An Environmental Scan. *American Journal of Health Promotion*, 36(6), 913919. <https://doi.org/10.1177/08901171221082471>
- Gilles, S. (2022). Opioid Overdose Harm Prevention: The Role of the Nurse in Patient Education. *Nursing Clinics of North America*, 57(3), 477488. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.04.013>
- Grella, C. E., Ostlie, E., Scott, C. K., Dennis, M. L., Carnevale, J. et Watson, D. P. (2021). A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00346-1>
- Gunn, A. H., Smothers, Z. P. W., Schramm-Sapyta, N., Freiermuth, C. E., MacEachern, M. et Muzyk, A. J. (2018). The Emergency Department as an Opportunity for Naloxone Distribution: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 19(6). <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.8.38829>
- Haegerich, T. M., Jones, C. M., Cote, P.-O., Robinson, A. et Ross, L. (2019). Evidence for state, community and systems-level prevention strategies to address the opioid crisis. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107563>
- Hyshka, E., K. Speed, B. Kosteniuk, M.C. Kennedy, L. Jackson, A. Scheim. *Synthèse des données probantes : les effets sur la santé*. Edmonton : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, 2021a, 5 pages. Accessible à : whyscs.ca
- Hyshka, E., K. Speed, B. Kosteniuk, A. Scheim, M.C. Kennedy, L. Jackson. *Synthèse des données probantes : la criminalité et l'ordre public*. Edmonton : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, 2021b, 5 pages. Accessible à : whyscs.ca
- Hyshka, E., K. Speed, M.C. Kennedy, L. Jackson. *Synthèse des données probantes : les économies réalisées*. Edmonton : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, 2021c, 5 pages. Accessible à : whyscs.ca
- Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM). *Directives opérationnelles nationales sur la mise en œuvre de sites de consommation supervisée*. Edmonton, Alberta : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, Septembre 18, 2023. Version 1.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Réanimation en contexte de surdose d'opioïdes dans la communauté — Mise à jour et complément de l'Avis de l'INESSS publié en 2018 : *Réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté*. Avis rédigé par Faiza Boughrassa, Brigitte Moreault et Agathe Lorthios-Guilledroit. Québec, Qc : INESSS; 2023. 98 p.
- Jones, C. M., Houry, D., Han, B., Baldwin, G., Vivolo-Kantor, A. et Compton, W. M. (2022). Methamphetamine use in the United States: epidemiological update and implications for prevention, treatment, and harm reduction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1508(1), 322. <https://doi.org/10.1111/nyas.14688>

- Khorasheh, T., Naraine, R., Watson, T. M., Wright, A., Kallio, N. et Strike, C. (2019). A scoping review of harm reduction training for police officers. *Drug and Alcohol Review*, 38(2), 131150. <https://doi.org/10.1111/dar.12904>
- Leece, P., Khorasheh, T., Paul, N., Keller-Olaman, S., Massarella, S., Caldwell, J., Parkinson, M., Strike, C., Taha, S., Penney, G., Henderson, R. et Manson, H. (2019). 'Communities are attempting to tackle the crisis': a scoping review on community plans to prevent and reduce opioid-related harms. *BMJ Open*, 9(9), e028583. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028583>
- Levensgood, T. W., Yoon, G. H., Davoust, M. J., Ogden, S. N., Marshall, B. D. L., Cahill, S. R. et Bazzi, A. R. (2021). Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(5), 738749. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.017>
- Loverock, A., Marshall, T., Viste, D., Safi, F., Rioux, W., Sedaghat, N., Kennedy, M. et Ghosh, S. M. (2023). Electronic harm reduction interventions for drug overdose monitoring and prevention: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 250, 110878. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110878>
- Magwood, O., Salvalaggio, G., Beder, M., Kendall, C., Kpade, V., Daghmach, W., Habonimana, G., Marshall, Z., Snyder, E., O'Shea, T., Lennox, R., Hsu, H., Tugwell, P. et Pottie, K. (2020). The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLOS ONE*, 15(1), e0227298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227298>
- Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S. et Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLOS Medicine*, 16(12), e1003002. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003002>
- Martignetti, L., Sun, W., Martignetti, L. et Sun, W. (2022). Perspectives of Stakeholders of Equitable Access to Community Naloxone Programs: A Literature Review. *Cureus*, 14(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.21461>
- Mechling, B. M., Ahern, N., Palumbo, R., Bebawy, A. et Zumpe, R. L. (2023). Emergency Department-Initiated Interventions for Illicit Drug Overdose: An Integrative Review of Best Practices. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 61(6), 1824. <https://doi.org/10.3928/02793695-20221123-01>
- Mercer, F., Miler, J. A., Pauly, B., Carver, H., Hnizdilová, K., Foster, R. et Parkes, T. (2021). Peer Support and Overdose Prevention Responses: A Systematic 'State-of-the-Art' Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12073. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212073>
- Milaney, K., Haines-Saah, R., Farkas, B., Egunisola, O., Mastikhina, L., Brown, S., Lorenzetti, D., Hansen, B., McBrien, K., Rittenbach, K., Hill, L., O'Gorman, C., Doig, C., Cabaj, J., Stokvis, C. et Clement, F. (2022). A scoping review of opioid harm reduction interventions for equity-deserving populations. *The Lancet Regional Health - Americas*, 12, 100271. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100271>

- Miler, J. A., Carver, H., Masterton, W., Parkes, T., Maden, M., Jones, L. et Sumnall, H. (2021). What treatment and services are effective for people who are homeless and use drugs? A systematic 'review of reviews'. *PLOS ONE*, 16(7), e0254729. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254729>
- Miller, N. M., Waterhouse-Bradley, B., Campbell, C. et Shorter, G. W. (2022). How do naloxone-based interventions work to reduce overdose deaths: a realist review. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00599-4>
- Perri, M., Khorasheh, T., Poon, D. E.-O., Kaminski, N., LeBlanc, S., Mizon, L., Smoke, A., Strike, C. et Leece, P. (2023). A rapid review of current engagement strategies with people who use drugs in monitoring and reporting on substance use-related harms. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00902-x>
- Rawal, S., Osae, S. P., Cobran, E. K., Albert, A. et Young, H. N. (2023). Pharmacists' naloxone services beyond community pharmacy settings: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(2), 243265. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.09.002>
- Russell, E., Johnson, J., Kosinski, Z., Kaplan, C., Barnes, N., Allen, S. et Haroz, E. (2023). A scoping review of implementation considerations for harm reduction vending machines. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00765-2>
- Tas, B., Lawn, W., Traykova, E. V., Evans, R. A. S., Murvai, B., Walker, H. et Strang, J. (2023). A scoping review of mHealth technologies for opioid overdose prevention, detection and response. *Drug and Alcohol Review*, 42(4), 748764. <https://doi.org/10.1111/dar.13645>
- Thakur, T., Frey, M. et Chewning, B. (2020). Pharmacist roles, training, and perceived barriers in naloxone dispensing: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(1), 178194. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.06.016>
- Tran, M. T. N., Luong, Q. H., Le Minh, G., Dunne, M. P. et Baker, P. (2021). Psychosocial Interventions for Amphetamine Type Stimulant Use Disorder: An Overview of Systematic Reviews. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.512076>
- Wallace, B., MacKinnon, K., Stroscher, H., Macevicius, C., Gordon, C., Raworth, R., Mesley, L., Shahram, S., Marcellus, L., Urbanoski, K. et Pauly, B. (2021). Equity-oriented frameworks to inform responses to opioid overdoses: a scoping review. *JB I Evidence Synthesis*, 19(8), 17601843. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00304>
- Wilkinson, R., Hines, L., Holland, A., Mandal, S. et Phipps, E. (2020). Rapid evidence review of harm reduction interventions and messaging for people who inject drugs during pandemic events: implications for the ongoing COVID-19 response. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00445-5>
- Worthington, N., Gilliam, T., Mital, S. et Caslin, S. (2022). First Responder Assertive Linkage Programs: A Scoping Review of Interventions to Improve Linkage to Care for People Who Use Drugs. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(Supplement 6), S302.