

Les programmes de prévention des surdoses : l'éducation et la distribution de naloxone

Guide pratique

Mars 2016

Introduction et aperçu

Le Canada est le deuxième consommateur d'opioïdes pharmaceutiques prescrits par habitant au monde (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2013). Par ailleurs, on estime que de 321 000 à 914 000 personnes consomment des opioïdes pharmaceutiques non prescrits¹ dans la population en général. Environ 72 000 consommateurs de « drogues de rue » du pays utilisent des opioïdes pharmaceutiques non prescrits ou de l'héroïne (Popova, Patra, Mohapatra, Fischer et Rehm, 2009). De plus en plus, les opioïdes pharmaceutiques non prescrits constituent la principale drogue injectable dans la plupart des régions du pays (Fischer et Rehm, 2007; Fischer, Patra, Firestone-Cruz, Gittins et Rehm, 2008). Dès lors, il paraît important de mettre en place et d'étendre la portée des programmes efficaces qui luttent contre les surdoses d'opioïdes, et ce, afin de réduire les méfaits et de sauver des vies.

Une intervention possible consiste à distribuer de la naloxone aux utilisateurs d'opioïdes et à leurs proches. La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui renverse temporairement les effets de ceux-ci. Elle peut être administrée de façon à rétablir les fonctions respiratoires d'une personne qui fait une surdose. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère qu'elle est un médicament essentiel et elle a récemment produit un document contenant des lignes directrices et des recommandations à l'appui du développement de programmes de distribution de

naloxone (voir la section *Ressources additionnelles* à la fin de ce document). Le présent document s'adresse aux praticiens en santé publique et en soins de santé qui œuvrent dans les autorités de santé, aux organisations à but non lucratif, aux pharmaciens, aux cliniciens et aux autres pairs et professionnels canadiens qui souhaitent créer un programme de distribution de naloxone pour lutter contre les surdoses d'opioïdes dans leur communauté. Il fournit une description sommaire de la manière dont fonctionne la naloxone et présente les façons dont un programme de naloxone peut être mis en place, les formes de collaboration qu'il peut prendre, des idées de contenu à inclure dans toute formation de réduction des méfaits, et des considérations à prendre en compte pour assurer un programme de prévention des surdoses complet et efficace, adapté au contexte de pratique.

Les opioïdes et la naloxone

Les opioïdes sont une classe de substances psychoactives qui inclut l'héroïne, l'opium et les médicaments antidouleur comme la codéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la méthadone, la buprénorphine et l'oxycodone. Les opioïdes pharmaceutiques (OP) sont de plus en plus utilisés de manière prescrite et non prescrite, deux pratiques qui peuvent entraîner des surdoses et ainsi induire des effets à long terme ou la mort. La naloxone, mieux connue sous la marque de commerce Narcan^{MC}, est un antagoniste des opioïdes.

Les décès liés aux surdoses sont dus à une variété de mécanismes. De fortes doses d'opioïdes peuvent saturer les récepteurs opioïdes, ce qui cause une dépression respiratoire (une difficulté à respirer). Lorsque les opioïdes sont consommés en même temps que d'autres substances psychoactives (qu'elles soient d'ordonnance ou illégales) ou avec de l'alcool, des anomalies respiratoires, neurologiques ou cardiaques peuvent survenir. Ces effets peuvent être particulièrement graves

¹ Toute terminologie est imparfaite : dans ce document, nous utilisons « *opioïdes pharmaceutiques* » pour désigner les médicaments opioïdes fabriqués légalement et les médicaments opioïdes contrefaits. Lorsqu'un individu les utilise en suivant les doses prescrites par un médecin, nous parlons d'une *utilisation prescrite*; lorsqu'on les consomme d'une manière différente de celle prescrite, que ce soit parce que les doses ou les modes de consommation ne sont pas ceux qui ont été prescrits, ou parce que la personne qui les consomme n'est pas celle à qui le médicament a été prescrit, nous parlons d'une *utilisation non prescrite*. Quand les données regroupent les deux types d'utilisation, nous employons le terme « *lié aux opioïdes* ». Ces distinctions peuvent parfois être difficiles à opérer.



chez les personnes ayant déjà d'autres problèmes de santé.

La naloxone déplace les opioïdes de leurs récepteurs, renversant ainsi leurs effets physiologiques. Elle agit rapidement, fonctionne pendant environ 45 minutes, et ses effets secondaires sont minimes. La naloxone n'a pratiquement aucun effet sur l'action d'autres substances psychoactives ou de l'alcool. Elle n'a pas d'effets pharmacologiques ou indésirables en l'absence d'opioïdes exogènes. Elle ne présente donc pratiquement aucun risque d'être détournée à d'autres fins, et elle n'aggraverait pas les symptômes et ne causerait pas d'effets négatifs si elle est administrée par erreur à quelqu'un qui ne fait pas de surdose d'opioïdes (Baca et Grant, 2005; Maxwell, Bigg, Stanczykiewicz et Carlberg-Racich, 2006).

La naloxone est offerte dans différents formats, qui varient selon les juridictions et les lois concernant les médicaments d'ordonnance. Le format le plus courant est une ampoule ou une fiole de verre remplie de liquide. On aspire la naloxone dans une seringue et on l'administre par injection intramusculaire (dans les zones grasses du corps, comme la cuisse, le haut du bras ou les fesses). On peut aussi l'administrer par voie intraveineuse ou sous-cutanée (sous la peau). L'administration peut aussi se faire avec un vaporisateur nasal. Plusieurs considèrent cette option comme plus sécuritaire, parce que le vaporisateur est plus facile à manipuler et réduit la possibilité de blessures par piqûres d'aiguille, tout en agissant rapidement (Corrigan, Wilson et Hampton, 2015; McDermott et Collins, 2012; Robertson, Hendey, Stroh et Shalit, 2009; Robinson et Wermeling, 2014). Dans une étude, les personnes qui consommaient de l'héroïne ont manifesté une préférence pour l'administration intranasale, parce qu'elle est plus facile d'utilisation, présente moins de risques de transmission des virus transmis par le sang et préserve l'intégrité des veines, en plus d'être moins douloureuse et d'offrir une image moins inquiétante lorsqu'on l'utilise en public (Kerr, Dietze, Kelly et Jolley, 2008). Il faut noter, toutefois, que certains indices laissent penser que la naloxone intranasale peut être moins efficace lorsqu'elle est administrée aux personnes qui présentent des anomalies nasales, comme celles qui ont par le passé consommé des drogues par voie nasale (p. ex., la cocaïne; Ashton, 2006). Les

vaporisateurs nasaux pourraient bientôt être offerts au Canada.

LA DISTRIBUTION DE NALOXONE AUX PERSONNES QUI UTILISENT DES OPIOÏDES ET À LEURS PROCHES

La distribution de naloxone constitue une mesure de plus en plus populaire pour combattre la morbidité et la mortalité liées aux surdoses d'opioïdes. Ces programmes peuvent être gérés par (ou en collaboration entre) des organisations à but non lucratif, des programmes d'échange de seringues, des autorités municipales ou régionales de santé, des pharmacies, des services hospitaliers d'urgence, des services de santé dans les prisons ou des médecins. Les participants sont ceux que l'on considère à risque de surdose d'opioïdes ainsi que leurs amis et les membres de leur famille qui pourraient être témoins d'une surdose. Les personnes considérées comme à risque sont les suivantes : celles qui vivent avec une dépendance (connue ou soupçonnée) aux opioïdes d'ordonnance; celles qui ont des antécédents de soins d'urgence liés à une surdose d'opioïdes ou à une utilisation d'opioïdes combinée à la consommation (connue ou soupçonnée) d'alcool, de benzodiazépines ou d'autres substances psychoactives dont on sait qu'elles augmentent les risques de surdose; celles qui sont sorties de prison et ont des antécédents de dépendance aux opioïdes; celles qui ont quitté un programme de désintoxication pour une dépendance aux opioïdes; et celles qui participent à des programmes de traitement à la méthadone pour une dépendance aux opioïdes, lors de périodes précises, comme au début et à la fin de ceux-ci (Orkin *et al.*, 2015).

Les participants sont généralement recrutés sur invitation, à travers des services qu'ils consultent déjà. La formation consiste normalement à informer les participants sur les risques liés à l'utilisation d'opioïdes, les signes et les symptômes d'une surdose, et les mesures d'intervention immédiate à prendre, dont l'administration correcte de la naloxone. Les participants reçoivent ensuite de la naloxone, habituellement en vertu d'un protocole général de distribution conforme à la réglementation pharmaceutique de la juridiction concernée. Ils peuvent conserver la naloxone à la maison ou la transporter avec eux pour l'utiliser lors d'une intervention de réanimation urgente liée aux opioïdes (une « surdose »). De tels

Les programmes de prévention des surdoses :
l'éducation et la distribution de naloxone

programmes existent dans plusieurs régions du monde, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Europe et en Asie centrale.

Les recommandations et les meilleures pratiques des programmes canadiens existants

Les sections qui suivent décrivent certaines considérations possibles dans l'élaboration d'un programme de distribution de naloxone, comme l'information à inclure dans les formations portant sur l'utilisation à risque élevé, le contenu d'une trousse d'intervention en cas de surdose, différentes possibilités de collaboration entre les parties prenantes du milieu des soins de santé, les coûts du financement, certains obstacles courants à la mise en œuvre d'un programme et des idées pour les surmonter, et des considérations particulières concernant la mise en place d'un tel programme en région rurale. Au lieu de présenter une liste de règles, différentes suggestions tirées de l'expérience des programmes actuellement en place sont ici mises de l'avant. Toute intervention liée à l'utilisation des opioïdes doit s'adapter à la population participante visée, ainsi qu'aux contextes politique, géographique et économique.

Au moment de la rédaction de ce document, des programmes de naloxone provinciaux existaient, à notre connaissance, en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario. Des programmes étaient également déployés ou élaborés par les autorités municipales, locales ou régionales à Edmonton, à Montréal, à Ottawa, à Thunder Bay et à Toronto.

LES FORMATIONS EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Les formations à l'administration de la naloxone ne suivent pas une formule unique. Certains programmes considèrent que la souplesse et la brièveté (de 15 à 45 minutes) sont des principes importants. Ils recommandent de recruter et de former les individus au moment même où ceux-ci démontrent un intérêt au lieu de planifier un suivi à une date ultérieure, puisque les gens peuvent oublier ou ne pas être en mesure de se présenter plus tard à la formation. Des formations de groupe programmées dans un site prévu et fixe ne sont peut-être pas la meilleure manière d'atteindre les

participants souhaités, mais cela dépend de la dynamique de la population concernée (Wagner *et al.*, 2014). Les participants aux programmes qui ciblent des populations ayant des horaires plus stables, ou qui sont organisés par des bureaux de médecins et des cliniques où les rendez-vous planifiés constituent la norme, peuvent être plus ouverts aux séances de formation plus longues et organisées. Plusieurs vidéos de formation sont disponibles (consultez la section *Ressources additionnelles*) et peuvent être utilisées dans le cadre d'une formation.

Surtout si les ressources sont limitées, les autorités de santé pourront trouver rentable de gérer les programmes de naloxone conjointement avec des services de réduction des méfaits à but non lucratif déjà existants, comme les programmes d'échange de seringues mobiles ou fixes, les services d'injection supervisée ou les centres de désintoxication. Les gens seraient ainsi formés dans des centres communautaires qu'ils connaissent déjà (Bennett, Bell, Tomedi, Hulsey et Kral, 2011). Les cliniques, les pharmacies et les médecins qui ont de l'expérience à l'égard de l'utilisation d'opioïdes peuvent tous être des parties prenantes importantes dans la création d'un programme de naloxone. Il peut être idéal d'inclure les établissements à risque élevé (comme les prisons et les centres de gestion du sevrage et de réhabilitation, des endroits où, à leur départ, les gens sont plus à risque de surdose) dans les réseaux de distribution de naloxone en intégrant la formation et la prescription de naloxone au processus de sortie des personnes présentant un risque élevé de surdose. On a récemment fait remarquer que les services d'urgence sont des lieux où les utilisateurs à haut risque peuvent facilement être reconnus (puisque les surdoses précédentes constituent un facteur de risque important) et avoir accès à la naloxone (Dwyer *et al.*, 2015).

LE CONTENU DES FORMATIONS SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'information présentée dans cette section est tirée des deux ressources suivantes :

The DOPE Project —Quick & Dirty Narcan Training Checklist. Consulté en ligne à : <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2012/02/dope-quick-dirty-training.pdf> (en anglais seulement).

Programme Toward the Heart-Guide de survie à une surdose : conseils pour sauver une vie.

Consulté en ligne à :

http://towardtheheart.com/assets/uploads/files/Naloxone_OD_Survival_Guide_Tips_to_Save_a_Life_2014.08.19_French.pdf

Tableau 1 Facteurs de risque et stratégies de prévention pour les surdoses d'opioïdes

| Facteurs de risque | Conseils de prévention |
|---|--|
| <i>Posologie</i> : prendre un opioïde d'ordonnance, surtout au-delà de 100 mg/jour (équivalent en morphine) | Utilisez la substance en respectant rigoureusement votre prescription et maintenez le dialogue avec votre médecin traitant. |
| <i>Polyconsommation</i> : combiner opioïdes et alcool, comprimés ou cocaïne | N'utilisez qu'une substance psychoactive à la fois, et surtout ne combinez pas opioïdes et alcool ou benzodiazépines. |
| <i>Tolérance</i> : sortir de prison, d'un hôpital ou d'un centre de désintoxication, particulièrement pour une désintoxication à la méthadone | Consommez moins à ces moments où la tolérance est faible; faites des essais à petites doses de vos produits. |
| <i>Qualité</i> : la composition est imprévisible, surtout lorsque des médicaments d'ordonnance contrefaits sont en circulation | Faites des essais à petites doses de vos produits; ayez autant que possible recours à un vendeur fiable et régulier. |
| <i>Consommation en solitaire</i> : derrière des portes closes et verrouillées, là où l'on ne peut pas être trouvé | Consommez toujours avec un ami ou une connaissance (mais sans partager d'équipement). |
| <i>État de santé</i> : problèmes de foie, troubles rénaux ou pulmonaires (difficulté à respirer, élimination réduite, etc.) | Si possible, traitez les problèmes existants et trouvez des manières appropriées de réduire leur fréquence et leur sévérité. |

1) Comment reconnaître les **facteurs de risque** d'une surdose et les principales stratégies de prévention : voir tableau 1 ci-dessus.

2) Comment reconnaître les **symptômes d'une surdose** ou d'autres urgences potentiellement mortelles ou dangereuses : on peut, par exemple, poser quelques questions au

participant pour évaluer ses connaissances et ses croyances de base au sujet des signes et des manières d'intervenir lors d'une surdose, et pour corriger les renseignements erronés. On poursuivra ensuite la discussion sur les signes annonciateurs et les symptômes d'une surdose. Ces symptômes peuvent grandement varier selon les personnes et les différentes sortes d'opioïdes. On peut donc simplement discuter des symptômes généraux de la détresse respiratoire ou cardiaque. L'utilisation de supports visuels peut être utile — des exemples de vidéos sont offerts dans la section *Ressources additionnelles*.

3) **Intervention d'urgence** et administration de la naloxone : ce volet consiste à discuter des étapes à suivre pour reconnaître une surdose et intervenir lorsqu'elle survient, et pour administrer la naloxone.

- Reconnaître l'urgence de réanimation liée aux opioïdes et confirmer par des stimuli verbaux et douloureux que la personne ne présente aucun signe de vie;
- Appeler le 911;
- Administrer la naloxone en l'aspirant dans la seringue et en l'injectant dans une zone grasse du corps comme le haut du bras ou les fesses (si on utilise l'ampoule liquide) ou en la vaporisant dans les narines (si on utilise plutôt le mode intranasal);
- Commencer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire selon son niveau de formation, avec ou sans respiration artificielle bouche-à-bouche;
- Les gens résistent souvent à appeler le 911 parce qu'ils craignent les répercussions judiciaires associées à l'utilisation de drogues illicites. La formation devrait inclure des renseignements propres au contexte au sujet des protections qu'offrent les lois du bon samaritain, si elles s'appliquent à l'échelle locale (voir ci-dessous : « Des changements favorables aux politiques en matière de drogues »).

4) Discuter des **effets secondaires possibles** et faire un **suivi** : les patients qui reprennent connaissance à la suite d'un renversement des effets d'une surdose par la naloxone peuvent être très agités et irritables, car les effets de la substance psychoactive ont été abruptement interrompus. Il est crucial qu'ils ne reconsommant pas immédiatement, car la

Les programmes de prévention des surdoses : l'éducation et la distribution de naloxone

demi-vie de la naloxone est plus courte que celle des opioïdes, et la surdose peut « revenir » lorsque la naloxone se dissipe, après environ 45 minutes. Une deuxième dose peut donc être nécessaire. La formation devrait aborder la gestion de crise, et l'importance d'appeler le 911 et de rester avec la personne après qu'elle a été ranimée.

5) De plus, certaines recherches ont démontré que **l'utilisation de substances psychoactives des participants peut diminuer** après la formation, car ils deviennent plus conscients des risques et plus préoccupés par leur santé (Maxwell *et al.*, 2006; Wagner *et al.*, 2014). Cette diminution de l'utilisation de substances psychoactives et le stress que génère la réponse à une surdose sont susceptibles de faire en sorte qu'un réseau donné de personnes consommant des drogues peut perdre une partie de sa capacité globale à réagir aux surdoses. Les participants formés pourraient socialiser moins fréquemment avec des personnes présentant un risque élevé de surdose et être plus susceptibles de consommer en solitaire. La consommation en solitaire fait en sorte qu'ils sont moins susceptibles d'être ranimés par un intervenant formé et qu'ils risquent de ne pas être présents pour être témoins et réagir aux surdoses d'autres personnes. On peut lutter contre ce problème en s'assurant que le programme prévoit un site de soutien psychosocial pour les personnes formées et en élargissant la formation pour parer à la perte, au fil du temps, de certains individus formés (Wagner *et al.*, 2014).

- des aiguilles et des seringues;
- des tampons imbibés d'alcool;
- un masque de réanimation respiratoire;
- des gants en latex;
- des aide-mémoire rappelant les étapes d'intervention requises;
- une carte format portefeuille contenant l'ordonnance de la personne qui transporte la naloxone;
- une brochure d'information sur les risques de surdose.



Figure 1 Le contenu typique d'une trousse de naloxone. La trousse initialement distribuée en Colombie-Britannique (Canada)

Source : Toward the Heart, 2014. Consulté à : <http://towardtheheart.com/naloxone/>

Les aspects logistiques de la mise en œuvre d'un programme

LE CONTENU D'UNE TROUSSE DE NALOXONE

Le contenu d'une trousse dépendra des fonds et des ressources disponibles ainsi que des besoins des utilisateurs d'opioïdes locaux. Toutefois, un examen des programmes canadiens existants montre que ces trousse incluent souvent les éléments suivants :

- deux doses de naloxone (0,4 mg/ml)²;

² D'autres programmes utilisent des fioles d'un plus grand volume, pour assurer l'accès à une quantité suffisante de

naloxone si une personne doit intervenir dans le cas de plusieurs surdoses simultanées. Cependant, prescrire de plus petites quantités aide à faire en sorte que les participants au programme devront plus fréquemment renouveler leur prescription, ce qui permet une surveillance et un suivi plus réguliers. De plus, les fioles à utilisation unique minimisent le potentiel de contamination bactérienne et virale par des agents comme l'hépatite et le VIH. Les deux systèmes de distribution présentent des avantages et des désavantages qu'il faut évaluer en fonction de la population concernée.

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, DES AUTORITÉS DE SANTÉ ET DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

Chaque province a ses propres règles, constamment mises à jour, concernant les médicaments que les médecins, les infirmières praticiennes et les pharmaciens peuvent prescrire. Les pratiques de prescription sont supervisées par les collèges de médecins et les ordres de pharmaciens de chaque province, ce qui fait aussi d'eux des sources d'information. Si vous souhaitez discuter avec vos ordres provinciaux, vous trouverez leurs coordonnées sur le site Web de l'Association des pharmaciens du Canada : <http://www.fmrac.ca/members/> <http://www.pharmacists.ca/index.cfm/pharmacy-in-canada/directory-of-pharmacy-organizations/provincial-regulatory-authorities1/> (en anglais seulement).

Les médecins peuvent s'impliquer dans la prévention des surdoses d'opioïdes et la distribution de naloxone de plusieurs façons. Ils peuvent s'associer à une organisation à but non lucratif (OBNL) pour lui permettre de distribuer de la naloxone, puisque ces groupes ont besoin d'un médecin traitant pour se procurer de la naloxone et qu'ils comptent rarement des médecins au sein de leur personnel. Un médecin peut aussi vérifier si ses patients traités par opioïdes sont des utilisateurs à risque élevé et leur prescrire de la naloxone à titre de mesure préventive (les outils à cet effet se retrouvent dans la section *Ressources additionnelles*).

Les organisations à but non lucratif qui cherchent à collaborer avec leur autorité de santé devraient communiquer avec le ministère de la Santé de leur province pour connaître les possibilités et les processus judiciaires à entreprendre. Les autorités de santé qui souhaitent s'associer à des OBNL voudront peut-être examiner les services qu'offrent les groupes qu'ils financent déjà ou ceux avec lesquels ils collaborent actuellement, ou consulter des listes locales pour déterminer quels programmes existants constitueraient un partenariat idéal.

Habituellement, les programmes supervisés par la santé publique bénéficient de certaines exceptions aux protocoles de prescription plus restrictifs. Plusieurs programmes de naloxone fonctionnent présentement grâce à du financement reçu

d'organismes de santé publique provinciaux, régionaux ou municipaux et en partenariat avec ceux-ci. Un résumé de la façon dont ces organismes de santé publique sont organisés et de leurs divers mandats se trouve à l'adresse suivante :

<http://www.ccnpps.ca/fr/profilstructurel.aspx>.

Les directions de santé publique peuvent offrir du financement et du soutien logistique à des programmes de réduction des méfaits déjà existants qui sont alors gérés par des OBNL, comme celles offrant des services d'échange de seringues et de traitement à la méthadone ou qui effectuent du travail de rue ou de proximité. Ces programmes requièrent la coopération d'un médecin qui accepte de rédiger des ordonnances de naloxone, que ce soit à titre de membre du personnel ou comme partenaire. Les possibilités de financement et de partenariats gouvernementaux varient selon les provinces.

LA COORDINATION AVEC LES FORCES DE L'ORDRE ET LES SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ

Dans tous les cas et peu importe la manière dont un programme de naloxone est organisé, l'idéal est d'informer les autorités policières locales de sa mise en œuvre. Certains programmes ont constaté que des policiers mal informés saisissent les trousseaux de naloxone, croyant qu'il s'agit d'une substance illégale. En Pennsylvanie, 12 % des participants qui ont renouvelé leur prescription invoquaient une saisie policière (Bennett *et al.*, 2011). Un programme en cours à San Francisco a connu le même problème, avec un taux de renouvellement de 12 % dû à des saisies policières dans la rue ou lors de l'admission en prison (Enteen *et al.*, 2010). En date de 2013, le programme torontois avait fait face à la même situation (Leece *et al.*, 2013). Pour cette raison, il est essentiel de développer des relations de collaboration avec les services policiers locaux en les informant du programme avant son lancement et en expliquant pourquoi il est nécessaire. Le fait d'inviter un membre des services policiers à participer à un comité ou à un conseil pourrait accroître encore l'adhésion et la collaboration des forces de l'ordre. Puisque les agents de la paix pourraient ne pas comprendre l'utilité de la naloxone ou les principes de la réduction des méfaits, l'idéal serait d'offrir une brève séance de formation ou de distribuer un court document

Les programmes de prévention des surdoses : l'éducation et la distribution de naloxone

informatif aux policiers de la région, dont un exemple se trouve dans les *Ressources additionnelles*.

Les premiers répondants de la région devraient aussi être sensibilisés à l'importance du programme et éduqués au sujet de celui-ci. Idéalement, les premiers répondants et les policiers devraient avoir l'autorisation de transporter et d'utiliser de la naloxone afin de ne pas créer une situation juridique dans laquelle un professionnel ne peut pas intervenir là où le peut toute autre personne.

FAIRE PARTICIPER LES PAIRS AUX PROGRAMMES

En ce qui concerne les programmes qui ciblent les personnes utilisant des opioïdes d'une manière non prescrite (illégal), l'idéal est de faire participer les utilisateurs à la planification et à la mise en œuvre du programme, si le contexte est approprié et que la population ciblée démontre un intérêt suffisant. Non seulement les interventions guidées par les utilisateurs sont-elles réalisables, mais elles peuvent augmenter la portée et l'efficacité des programmes. En effet, ces interventions permettent un plus grand recrutement et un meilleur contact avec les participants, intégrant ainsi une connaissance approfondie des habitudes et des pratiques de consommation locales et augmentant la confiance des participants (Broadhead *et al.*, 1998; Cottler *et al.*, 1998; Grund *et al.*, 1992; Hayashi, Wood, Wiebe, Qi et Kerr, 2010; Kerr, Douglas, Peace, Pierre et Wood, 2001; Kerr, Oleson, Tyndall, Montaner et Wood, 2005; Small *et al.*, 2012; Wood *et al.*, 2003).

Les organisations à but non lucratif et les autorités de santé souhaiteraient donc peut-être faire appel à des résidents locaux qui utilisent des substances psychoactives. Cette participation peut varier, allant d'un simple comité de représentants à la mise en œuvre d'initiatives pleinement menées par les utilisateurs. D'autres possibilités consistent à recruter des gens qui utilisaient ou utilisent des substances psychoactives pour qu'ils agissent à titre d'employés et de bénévoles, à faire en sorte que des utilisateurs soient membres des conseils et des comités, et à faire appel à des utilisateurs pour la distribution secondaire de matériel et la diffusion d'information. Une étude de cas auprès de VANDU (Vancouver Area Network of Drug

Users, ou Réseau d'utilisateurs de drogues de la région de Vancouver) (Kerr *et al.*, 2001) et un guide du groupe de pairs de l'ADDICQ (Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec, 2012) expliquent certains principes directeurs cruciaux à la base des initiatives efficaces que dirigent ou auxquelles participent des utilisateurs :

- Ne limitez pas les utilisateurs à un rôle symbolique : soyez prêts à valoriser les idées des pairs.
- Avant de concevoir une initiative, faites le tour des zones où les utilisateurs de drogues se rassemblent et invitez-les à se joindre aux discussions pour énoncer leurs préoccupations les plus pressantes, leurs idées d'initiatives et leurs commentaires quant aux stratégies idéales en ce qui a particulièrement trait aux programmes de naloxone.
- Si les membres du personnel de l'organisation ne sont pas eux-mêmes des utilisateurs ou d'anciens utilisateurs, adoptez un processus par lequel les utilisateurs locaux peuvent élire démocratiquement leurs « représentants », ou participer de quelque manière à leur sélection, et jouer un rôle permanent dans les décisions organisationnelles (p. ex., exiger qu'un pourcentage minimal du CA soit composé d'utilisateurs actuels ou d'anciens utilisateurs de substances psychoactives).
- Adoptez une formule à bas seuil d'accessibilité : le fait d'exiger la sobriété des utilisateurs qui participent aux comités de planification ou aux réunions limitera qui peut y prendre part et à quels moments.
- De la même façon, soyez prêts à vous adapter aux réalités quotidiennes des usagers en ce qui a trait aux méthodes de communication et au calendrier (p. ex., soyez conscients que l'accès à Internet peut être impossible, organisez des réunions brèves et informelles, soyez prêts à reporter la rencontre, offrez un repas, etc.).
- Faites participer au moins deux utilisateurs pour répartir la charge de travail, afin qu'ils aient le soutien d'un pair dans les groupes de travail et pour éviter qu'une seule personne monopolise la parole des utilisateurs.
- Priorisez le recrutement de bénévoles auprès des personnes nouvellement impliquées dans l'organisation, afin de démocratiser la participation et d'éviter l'élitisme.

- Adoptez une politique de mentorat par les pairs en jumelant des employés et des bénévoles ayant certaines connaissances et habiletés à des utilisateurs actuels et à d'anciens utilisateurs qui souhaitent acquérir ces habiletés.
- Offrez aux utilisateurs les moyens de contribuer réellement, non seulement en offrant leur opinion, mais en réalisant des tâches concrètes.
- Soulignez les réussites et les contributions des personnes et témoignez-leur votre reconnaissance. Autant que possible, indemnisez les utilisateurs pour leur temps en leur offrant de l'argent, de la nourriture ou d'autres biens dont ils pourraient avoir besoin.

LES COÛTS DE FINANCEMENT TYPIQUES

Les coûts fluctuent constamment. Les exemples ci-dessous visent simplement à faciliter les estimations générales. Chaque fiole de naloxone coûte en moyenne de 12 \$ à 15 \$. On doit aussi penser au matériel additionnel à inclure dans une trousse de naloxone, aux coûts de fonctionnement et au paiement du médecin ou du pharmacien qui fournit les prescriptions, obligatoire ou non selon les règlements locaux.

StreetWorks estime consacrer 7 800 \$ par année à son programme de naloxone : environ 1 800 \$ couvrent la naloxone (calcul fondé sur 80 doses à un coût de 20 \$ à 25 \$ par dose) et approximativement 6 000 \$ servent à imprimer des manuels de prévention des surdoses (Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE], 2010).

Le programme POINT de Toronto estime à 11,35 \$ le coût moyen d'une dose de naloxone et à 25 \$ le coût d'une trousse (qui inclut deux doses de 1 ml de naloxone, trois seringues, une carte qui identifie le détenteur de la prescription, une brochure d'instructions simplifiées rappelant les étapes d'intervention et des tampons d'alcool) (Leece *et al.*, 2013).

Dans certains cas, les organisations à but non lucratif peuvent obtenir du financement des directions de santé publique ou intégrer de nouveaux programmes à leur mandat. Un exemple de demande de financement se trouve dans la section *Ressources additionnelles*.

LES OBSTACLES COURANTS À LA MISE EN ŒUVRE

- *Obtenir un financement récurrent suffisant qui permet de conserver un approvisionnement constant de naloxone afin de maintenir le programme.* Les programmes qui réussissent se sont généralement associés aux directions de santé publique et aux services de réduction des méfaits de la province ou de la municipalité, avec lesquels ils partagent le financement et les ressources. La meilleure façon de justifier la rentabilité du programme est de souligner les économies potentielles sur les coûts des ambulanciers paramédicaux, des services hospitaliers d'urgence et de la morbidité à long terme.
- *Respecter les règlements en matière de prescription.* Les protocoles varient selon les provinces en ce qui concerne les personnes habilitées à prescrire et à distribuer de la naloxone et en quelles circonstances. Cette situation peut poser des défis et nécessite des discussions et un accord entre les ministères de la Santé et les ordres professionnels. Au moment de la rédaction du présent document, Santé Canada étudiait le statut de la naloxone comme médicament d'ordonnance (Branswell, 2015).
- *Joindre la clientèle cible en raison de la nature parfois illégale de la consommation d'opioïdes.* Le contexte lié à l'utilisation illégale d'opioïdes peut être tel qu'une association à des programmes d'échange de seringues ou une concentration sur l'utilisation de substances psychoactives non prescrites peut miner l'acceptabilité sociale. De plus, beaucoup de surdoses d'opioïdes sont liées à l'utilisation thérapeutique d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique. Les dirigeants des programmes de naloxone développés avec une autorité régionale de santé et des pharmacies (plutôt qu'avec des OBNL visant la réduction des méfaits) trouveront peut-être utile de cibler ces usagers d'opioïdes dans un cadre thérapeutique mais aussi d'ouvrir le programme aux consommateurs de drogues de rue. Insister sur l'utilisation générale des opioïdes dans la société et passer outre les interprétations dichotomiques de la consommation de substances psychoactives comme étant soit « légitime » soit « abusive » peut générer une plus grande adhésion de la collectivité, permettre d'atteindre plus de

personnes qui sont potentiellement à risque et amorcer une discussion sur la consommation illégale de substances psychoactives qui peut réduire la stigmatisation. Afin de recevoir plus d'appuis, ces programmes peuvent mettre l'accent sur la formation à la réanimation d'urgence (RCR et respiration artificielle) qu'ils offrent plutôt que sur la naloxone. Une telle approche facilite et est facilitée par des partenariats avec des médecins et des pharmaciens, qui peuvent aider à conseiller les patients à haut risque traités aux opioïdes. Il existe des précédents en ce qui concerne l'administration de prescriptions d'urgence (p. ex., l'utilisation d'un EpiPen^{MC}) et l'application de procédures d'urgence (comme l'utilisation de défibrillateurs grand public) par de simples citoyens : rappeler cette réalité peut aider à gagner l'appui du public.

Des considérations particulières en ce qui concerne les programmes en milieux ruraux

L'utilisation de substances psychoactives, et en particulier l'utilisation de drogues par injection, est souvent considérée comme un problème urbain parce qu'elle est relativement dissimulée dans les communautés rurales (Wardman et Quantz, 2006). La majorité de la consommation de substances psychoactives en région rurale se fait dans les résidences privées et est rarement visible dans les espaces publics (Parker, Jackson, Dykeman, Gahagan et Karabanow, 2012). La consommation de substances psychoactives peut être invisible lorsque ses utilisateurs ne correspondent pas au stéréotype du jeune homme de passage et sans emploi. L'invisibilité s'accroît si moins de services de santé surveillent la consommation de drogues et les surdoses (Gustafson, Goodyear et Keough, 2008).

Plusieurs considérations devraient être prises en compte lors de l'élaboration de programmes dans des régions rurales ou de petites municipalités.

L'ÉLOIGNEMENT

Les utilisateurs d'opioïdes en milieu rural sont fréquemment loin des services de réduction des méfaits, lesquels se situent plus généralement dans les centres urbains. Le transport est souvent coûteux, peu fiable ou peu disponible. Le transport

collectif y est habituellement inexistant. Une solution possible consiste à former des distributeurs secondaires : des utilisateurs de substances psychoactives qui disposent de moyens de transport peuvent recueillir une plus grande quantité de matériel et le distribuer informellement auprès d'autres utilisateurs qui n'ont pas accès à du transport. L'intégration de ce système de « satellites » dans le programme peut étendre sa portée (Klein, 2007; Rich, Wolf et Macalino, 2002; Snead *et al.*, 2003) et a été suggérée pour les régions rurales en particulier (McCutcheon et Morrison, 2014). D'autres options déjà utilisées pour distribuer du matériel d'injection stérile sont les services mobiles et les distributeurs automatiques, qui peuvent être des solutions à envisager si les ressources sont limitées (Islam et Conigrave, 2007). Les systèmes de télémédecine peuvent aussi être intégrés aux soins et à la surveillance. Un essai récent au cours duquel on utilisait des téléphones ordinaires pour la surveillance automatisée des symptômes, pour l'ajustement du traitement à partir d'algorithmes et pour un contact infirmier a démontré des résultats prometteurs chez des patients souffrant de douleur chronique; en effet, ces derniers ont déclaré, après une intervention de douze mois, des scores de douleur plus faibles, et ce, sans avoir augmenté leur utilisation d'opioïdes (Kroenke *et al.*, 2014).

Dans les plus petites municipalités qui comptent des services de santé, les infirmières en santé publique, les prisons, les hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous et les pharmacies constituent de bons collaborateurs aux programmes organisés par l'autorité de santé. Les écoles, les commerces locaux, les centres communautaires et les lieux de culte peuvent aussi devenir des points de contact idéaux pour joindre des communautés disséminées sur le plan géographique.

LA CONFIDENTIALITÉ

Les plus petites communautés n'offrent pas l'anonymat que permettent les concentrations de populations des centres urbains, ce qui signifie que tout le monde « connaît la vie de tout le monde » (McCutcheon et Morrison, 2014; Wardman et Quantz, 2006). Conjugée aux préjugés associés à la consommation de drogues, et surtout à l'utilisation de drogues par injection, cette situation complique l'obtention de pipes, de seringues, de services, d'aide médicale, etc. Dans

les communautés rurales, les gens sont plus susceptibles d'obtenir des seringues dans les pharmacies, mais ils peuvent aussi se procurer de l'équipement de consommation auprès de leurs pairs et de distributeurs secondaires en mesure d'accéder à des services de réduction des méfaits. Les personnes qui font usage de drogues en zone urbaine ont tendance à se procurer leur équipement de consommation de façon plus exclusive — et gratuitement — auprès des services de réduction des méfaits comme les programmes d'échange de seringues (Day, Conroy, Lowe, Page et Dolan, 2006; McCutcheon et Morrison, 2014). Combiner et promouvoir la naloxone aux côtés des services destinés à l'utilisation licite d'opioïdes d'ordonnance peut aider à « déguiser » le programme et à offrir une certaine confidentialité aux utilisateurs. Les

médecins de famille qui sont à l'aise d'offrir des interventions de réduction des méfaits peuvent aussi constituer un point de service potentiel, car ils sont liés par un devoir de confidentialité.

D'autres domaines d'intervention pour une stratégie intégrée de réduction des méfaits

Selon la disponibilité des ressources nécessaires et le degré de soutien politique et communautaire, des programmes et des changements de politiques supplémentaires peuvent être mis en œuvre pour aider à prévenir les surdoses d'opioïdes. La figure 2 résume la manière dont les programmes de naloxone peuvent s'inscrire dans un ensemble d'initiatives politiques plus larges.

| Interventions médicales | Interventions préventives | Interventions du système des soins de santé |
|--|---|--|
| Traitement d'entretien à la méthadone (TEM) ³ | Prévention de l'initiation ou détournement des usagers du mode de consommation par injection ⁴ | Programmes de surveillance des prescriptions (PSP) ⁵ |
| Traitement assisté par la buprénorphine ⁶ | Programmes communautaires de prévention des surdoses avec la naloxone⁷ | Formation des médecins sur les différentes stratégies de gestion de la douleur ⁸ |
| Traitement assisté par la combinaison buprénorphine et naloxone ⁹ | Programmes de logement à bas seuil d'accessibilité ¹⁰ | Formation des médecins sur les méfaits des opioïdes et offre d'outils pour reconnaître et surveiller les patients à risque élevé ¹¹ |
| Implant de naltrexone à libération prolongée ¹² | Services à bas seuil d'accessibilité pour les usagers de drogues par injection (UDI) ¹³ | Politiques visant à réduire l'implication de l'industrie pharmaceutique dans le champ médical ¹⁴ |

Figure 2 Interventions de protection visant à réduire les méfaits associés aux surdoses d'opioïdes

³ (Brugal, 2005; Connock *et al.*, 2007; Darke, Williamson, Ross et Teesson, 2005; Degenhardt *et al.*, 2011, 2014; Gibson *et al.*, 2008; Kimber *et al.*, 2010; Kinner *et al.*, 2012; Milloy *et al.*, 2008; Soyka, Apelt, Lieb et Wittchen, 2006);

⁴ (Brugal *et al.*, 2002; Darke et Hall, 2003; Degenhardt *et al.*, 2011);

⁵ (Albert *et al.*, 2011; El-Aneed *et al.*, 2009; Feldman, Williams, Coates et Knox, 2011; Mello *et al.*, 2013; Simeone et Holland, 2006; Strang *et al.*, 2012);

⁶ (Auriacombe, Franques et Tignol, 2001; Bell, Butler, Lawrance, Batey et Salmelainen, 2009; Gibson *et al.*, 2008; Kakko, Svanbord, Kreek et Hellig, 2003; Luty, O'Gara et Sessay, 2005; Soyka *et al.*, 2006; Umbricht, Huestis, Cone et Preston, 2004);

⁷ (Albert *et al.*, 2011; Bennett *et al.*, 2011; Clark, Wilder et Winstanley, 2014; Commission des stupéfiants des Nations unies, 2012; Eggertson, 2013; Enteen *et al.*, 2010; Green, Heimer et Grau, 2008; Kim *et al.*, 2009; Maxwell *et al.*, 2006; Mello *et al.*, 2013; Piper *et al.*, 2008; Walley *et al.*, 2013; Wheeler *et al.*, 2012);

⁸ (Darke et Hall, 2003; Darke, Mills, Ross et Teesson, 2011; Kahan, Wilson, Mailis-Gagnon et Srivastava, 2011);

⁹ (Fudula *et al.*, 2003);

¹⁰ (Havinga, van der Velden, de Gee et van der Poel, 2014; Moore, 2004; Rhodes, 2002);

¹¹ (Dhalla *et al.*, 2011; Jovey *et al.*, 2003; Krebs, Ramsey, Milosheff et Bair, 2011);

¹² (Hulse *et al.*, 2005);

¹³ (Hedrich, Kerr et Dubois-Arber, 2010; Marshall, Milloy, Wood, Montaner et Kerr, 2011; Poschade, Hoger et Schnitzler, 2003);

¹⁴ (Dhalla et Laupacis, 2008; Dhalla *et al.*, 2011; Goldacre, Carroll et Hall, 2013; Persaud, 2013; Spielmans et Parry, 2010; Van Zee, 2009)

DES CHANGEMENTS FAVORABLES AUX POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES

La mise en place de lois du « bon samaritain » peut être un facteur de protection qui réduit les décès par surdose. Ces lois protègent de toute accusation de possession les personnes qui appellent les services d'urgence en cas de surdose qui implique une substance réglementée — un facteur clé qui empêche les gens d'appeler le 911 lors d'une urgence liée à une surdose (Bennett *et al.*, 2011; Davidson, Ochoa, Hahn, Evans et Moss, 2002; Davis, Webb et Burris, 2013; Kim, Irwin et Khoshnood, 2009; Mello *et al.*, 2013; Straus, Ghitz et Tai, 2013; Tobin, Davey et Latkin, 2005; Wagner *et al.*, 2014). S'il est impossible de changer les politiques, des consultations auprès du chef de police local pourraient permettre la création d'ententes informelles et une collaboration avec les policiers.

CHANGER LA PRATIQUE MÉDICALE

La sécurité de la prescription des opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses est de plus en plus souvent mise en cause. Certains indices laissent penser qu'il faut fondamentalement transformer les pratiques de prescription (Alexander, Kruszewski et Webster, 2012; Ballantyne et Shin, 2008; Chaparro *et al.*, 2013; Chou, Ballantyne, Fanciullo, Fine et Miaskowski, 2009; Coffin et Banta-Green, 2014; Dhalla, Persaud et Juurlink, 2011; Dowell, Kunins et Farley, 2013; Fischer, Jones et Rehm, 2013; Kissin, 2013; Noble, Tregear, Treadwell et Schoelles, 2008; Nüesch, Rutjes, Husni, Welch et Jüni, 2009). Lorsqu'ils traitent leurs patients, les médecins peuvent suggérer des techniques différentes pour gérer la douleur chronique, ne prescrire des opioïdes que lorsqu'ils sont absolument nécessaires (Wheeler, Davidson, Jones et Irwin, 2012), et dépister et conseiller les patients à risque élevé souffrant de douleur chronique, en prescrivant aussi de la naloxone à tous les patients utilisant des opioïdes ou à ceux qui sont considérés comme les plus à risque (Albert *et al.*, 2011; Coffin et Banta-Green, 2014; Davis *et al.*, 2013). L'encadré 1 offre un exemple de critères à appliquer aux patients traités par opioïdes, et la section *Ressources additionnelles* inclut des liens vers des recommandations récentes et des outils d'évaluation des risques concernant la prescription d'opioïdes.

CHANGER LES PROTOCOLES DE PRESCRIPTION

Contrairement au Canada, l'Italie a approuvé la vente libre de la naloxone, ce qui l'a rendue facile d'accès sans créer de conséquences négatives relatives à une administration inappropriée ou à d'autres problèmes (Campana, 2000). D'autres interventions possibles sur le plan des infrastructures de prescription sont la mise en place ou l'utilisation d'un système de suivi des substances réglementées (SSSR), d'un dossier de santé électronique (DSE), d'un réseau de pharmacies ou d'un programme de surveillance des médicaments d'ordonnance (PSMO) afin de limiter les interactions médicales indésirables et le détournement de médicaments (c.-à-d. le fait de procurer des médicaments à des personnes

Encadré 1. Un exemple de liste de groupes prioritaires pour la distribution de la naloxone et les facteurs de risque des méfaits associés aux surdoses d'opioïdes (extrait du Projet Lazarus)

- Avoir récemment reçu des soins médicaux liés à un empoisonnement, à une intoxication ou à une surdose de naloxone;
- Avoir des antécédents (soupçonnés ou confirmés) d'utilisation d'opioïdes non médicaux ou d'héroïne;
- Détenir une prescription d'opioïdes à forte dose (≥ 100 mg/jour — équivalents morphine);
- Toute prescription de méthadone pour un patient ne connaissant pas les opioïdes;
- Être récemment sorti de prison;
- Avoir récemment quitté un programme d'abstinence obligatoire ou un programme de désintoxication;
- Participer à un programme de désintoxication ou d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine (pour une dépendance ou des douleurs);
- Éloignement ou difficulté d'accès aux soins;
- Requête volontaire du patient;
- Toute prescription d'opioïdes combinée à l'un ou l'autre des éléments suivants (connus ou soupçonnés) :
 - tabagisme, MPOC, emphyseme, asthme, apnée du sommeil, ou toute autre maladie du système respiratoire;
 - maladie rénale ou hépatique;
 - consommation d'alcool;
 - utilisation simultanée de benzodiazépines;
 - prescription simultanée d'antidépresseurs.

Source : Albert *et al.*, 2011

auxquelles ils n'ont pas été prescrits, à tout moment dans la chaîne du fabricant au pharmacien). Les formes courantes de détournement de médicaments sont le vol, la falsification d'ordonnances et le « magasinage de médecins » (Albert *et al.*, 2011; El-Aneed *et al.*, 2009; Mello *et al.*, 2013; Strang *et al.*, 2012; Straus *et al.*, 2013; Wheeler *et al.*, 2012).

LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La collaboration entre les intervenants pertinents aide à rejoindre plus de gens, permet de gagner en cohérence et contribuer à une meilleure communication entre les différents secteurs de la santé. Un réseau de prévention des surdoses peut inclure les organismes à but non lucratif, les pharmacies et les centres de services en soins de santé, les écoles et les centres jeunesse, les centres de détention et de désintoxication, les médias locaux, etc. Le projet Lazarus en Caroline du Nord (Albert *et al.*, 2011) offre une étude de cas d'une intervention communautaire large et multisectorielle réussie.

Ressources additionnelles

Organisation mondiale de la Santé :

- Lignes directrices et recommandations en matière de programmes : http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/ (en anglais seulement)

Programme Toward the Heart

- Programme britanno-colombien qui présente notamment des manuels de formation, des vidéos et des exemples de trousse : <http://towardtheheart.com/naloxone/> (en anglais seulement)
- Exemple de brochure de prévention d'une surdose : http://towardtheheart.com/assets/uploads/files/Naloxone_OD_Survival_Guide_Tips_to_Save_a_Life_2014.08.19_French.pdf
- Ressources pour la création de relations de coopération avec les forces de l'ordre et les premiers répondants : <http://towardtheheart.com/naloxone/law-enforcement/> (en anglais seulement)
- Vidéo de formation qui présente la procédure d'administration de la naloxone et des conseils

Conclusion

L'utilisation d'opioïdes est une préoccupation croissante au Canada. Il semble important d'élargir la portée des interventions qui montrent des résultats prometteurs. Les programmes de prévention des surdoses qui utilisent la naloxone ont démontré qu'ils sont un moyen efficace d'augmenter la sensibilisation aux risques et de sauver des vies. C'est particulièrement le cas quand les programmes de naloxone mobilisent la participation de diverses parties prenantes et font partie d'un plus large ensemble d'interventions de protection. Ce document présente des points de départ potentiels pour la mise en place d'un programme de naloxone et des recommandations pour son fonctionnement. Tout programme, cependant, devra s'adapter et être évalué de façon à répondre aux besoins des communautés particulières. Ci-dessous, la section *Ressources additionnelles* et les documents contenus dans les références offrent des moyens additionnels de développer une expertise basée sur les programmes et les sources d'information existants.

visant à éviter la surdose : <http://www.youtube.com/watch?v=U1frPJoWtkw> (en anglais seulement)

- Un article révisé par des pairs rapportant les résultats du programme : <http://www.cmajopen.ca/content/2/3/E153.full> (en anglais seulement)

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

- Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits pour la santé — Partie 1, chapitre 11, Prévention des surdoses d'opioïdes : éducation et distribution de naloxone : <http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits>
- Description/étude de cas de StreetWorks, le programme de naloxone d'Edmonton (Alberta) : <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/projet-prevention-overdose>

Note documentaire

Les programmes de prévention des surdoses : l'éducation et la distribution de naloxone

- Exemple de demande de financement : <http://www.catie.ca/sites/default/files/Drug%20Education%20and%20Overdose%20Prevention.pdf> (en anglais seulement)

Information sur la naloxone

- Bibliographie annotée, études de cas, fiches de renseignements, conseils pour la création d'un programme, etc. : <http://www.naloxoneinfo.org/> (en anglais seulement)

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

- Survol des méthodes de prévention des décès par surdose : <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths> (en anglais seulement)
- Portail des meilleures pratiques : Mesures de réduction des méfaits en matière d'injection d'opioïdes) : <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors> (en anglais seulement)
- Revue systématique de l'efficacité de la naloxone à domicile : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness> (en anglais seulement)

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

- Les opioïdes d'ordonnance au Canada : un survol : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2015-fr.pdf>
- Mésusage d'opioïdes dans les villes canadiennes : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-CCENDU-Opioid-Bulletin-2013-fr.pdf>
- S'abstenir de faire du mal : répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/Canada-Strategy-Prescription-Drug-Misuse-Summary-fr.pdf>

Hungarian Civil Liberties Union (HCLU) / Drug Reporter

- Vidéo de formation animée : http://drogriporter.hu/en/Bunny_and_wolf_fight_overdose_animated_guide (en anglais seulement)

Coalition canadienne des politiques sur les drogues

- La prévention et la gestion des surdoses d'opiacés au Canada : <http://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2014/07/CDPC-Mesures-de-prevention-de-surdose-FR.pdf>

Lignes directrices canadiennes pour l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Inclut :

- Des recommandations complètes destinées aux prescripteurs d'opioïdes : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/> (en anglais seulement)
- Des outils conviviaux permettant aux médecins et aux patients d'évaluer et de gérer le risque de surdose d'opioïdes : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/tools.html> (en anglais seulement)

Physicians for Responsible Opioid Prescribing-PROP (Médecins pour une prescription responsable d'opioïdes)

- Recommandations pour une prescription d'opioïdes prudente et basée sur les données probantes) : renseignements supplémentaires quant aux pratiques sécuritaires de prescription : http://www.supportprop.org/educational/PROP_OpioidPrescribing.pdf (en anglais seulement)

Références

- Albert, S., Brason, F.W. 2nd, Sanford, C.K., Dasgupta, N., Graham, J., & Lovette, B. (2011). Project Lazarus: Community-based overdose prevention in rural North Carolina. *Pain Medicine*, 12(Suppl 2), S77–S85.
- Alexander, G. C., Kruszewski, S. P. et Webster, D. W. (2012). Rethinking opioid prescribing to protect patient safety and public health. *JAMA*, 308, 1865-1866.
- Ashton, R. (2006). Intranasal naloxone in suspected opioid overdose. *Emergency Medicine Journal*, 23, 221-223.
- Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui Consomment des drogues du Québec [ADDICQ]. (2012). *Recommandations pour l'inclusion des personnes utilisatrices de drogues*. Montréal: ADDICQ. Consulté en ligne à : <http://linjecteur.ca/addicq/PDF/Recommandations%20INCLUSION-web.pdf>
- Auriacombe, M., Franques, P. et Tignol, J. (2001). Deaths attributable to buprenorphine versus methadone in France. *JAMA*, 285, 45.
- Baca, C. T. et Grant, K. J. (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*, 100, 1823-1831.
- Ballantyne, J. C. et Shin, N. S. (2008). Efficacy of opioids for chronic pain: A review of the evidence. *Clinical Journal of Pain*, 24, 469-478.
- Bell, J. R., Butler, B., Lawrance, A., Batey, R., et Salmelainen, P. (2009). Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug and alcohol dependence*, 104(1), 73-77.
- Bennett, A. S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G. et Kral, A. H. (2011). Characteristics of an overdose prevention and response and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania. *Journal of Urban Health*, 88, 1020-1030.
- Branswell, H. (2015, 24 juillet). Naloxone's prescription-only status to get Health Canada review. *CBC*. Consulté en ligne à : <http://www.cbc.ca/news/health/naloxone-s-prescription-only-status-to-get-health-canada-review-1.3166867>
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., Anthony, D. L., Madray, H., Mills, R. J. et Hughes, J. (1998). Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention : Results from a peer-driven intervention. *Public Health Reports*, 113, 42-57.
- Brugal, M., Barrio, G., De, L. F., Regidor, E., Royuela, L. et Suelves, J. M. (2002). Factors associated with non-fatal heroin overdose : Assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*, 97, 319-327.
- Brugal, M., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., García de Olalla, P. et de la Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*, 100, 981-989.
- Campana, M. (2000). *Overdose mortality and naloxone distribution in Italy*. Présentation réalisée dans le cadre de la conférence « Preventing Heroin Overdose : Pragmatic Approaches ». Seattle, Washington, 13-14 janvier 2000.
- Chaparro, L. E., Furlan, A. D., Deshpande, A., Mailis-Gagnon, A., Atlas, S. et Turk, D. C. (2013). Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8, CD004959.
- Chou, R., Ballantyne, J. C., Fanciullo, G. J., Fine, P. G. et Miaskowski, C. (2009). Research gaps on use of opioids for chronic noncancer pain: Findings from a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *Journal of Pain*, 10, 147-159.

Les programmes de prévention des surdoses :
l'éducation et la distribution de naloxone

- Clark, A., Wilder, C. M. et Winstanley, E. L. (2014). A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *Journal of Addiction Medicine*, 8, 153-163.
- Coffin, P. et Banta-Green, C. (2014). The dueling obligations of opioid stewardship. *Annals of Internal Medicine*, 160, 207-208.
- Commission des stupéfiants des Nations unies. (2012). *Resolution 55/7: promoting measures to prevent drug overdose, in particular opioid overdose*. Vienne : Conseil économique et social des Nations unies.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., ... Taylor, R. S. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 11(9), 1-171.
- Corrigan, M., Wilson, S. S. et Hampton, J. (2015). Safety and efficacy of intranasally administered medications in the emergency department and prehospital settings. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(18), 1544-1554. doi : 10.2146/ajhp140630
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Ben Abdallah, A., Cunningham-Williams, R., Abram, F., Fichtemaum, C. et Dotson, W. (1998). Peer-delivered interventions reduce HIV risk behaviors among out-of-treatment drug abusers. *Public Health Reports*, 113(S1), 31-41.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J. et Teesson, M. (2005). Non-fatal heroin overdose, treatment exposure and client characteristics: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Review* 24, 425-432.
- Darke, S. et Hall, W. (2003). Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health*, 80, 189-200.
- Darke, S., Mills, K. L., Ross, J. et Teesson, M. (2011). Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001–2009. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 190-195.
- Davidson, P. J., Ochoa, K. C., Hahn, J. A., Evans, J. L. et Moss, A. R. (2002). Witnessing heroin-related overdoses: The experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction*, 97, 1511-1516.
- Davis, C., Webb, D. et Burris, S. (2013). Changing law from barrier to facilitator of opioid overdose prevention. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, printemps, 33-36.
- Day, C., Conroy, E., Lowe, J., Page, J. et Dolan, K. (2006). Patterns of drug use and associated harms among rural injecting drug users: Comparisons with metropolitan injecting drug users. *Australian Journal of Rural Health*, 14, 120-125.
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. et McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32-51.
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., ... Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: Retrospective data linkage study. *Addiction Research Report*. Diffusion en ligne avant l'impression. doi : 10.1111/add.12536
- Dhalla, I. et Laupacis, A. (2008). Moving from opacity to transparency in pharmaceutical policy. *CMAJ*, 178, 428-431.
- Dhalla, I., Persaud, N. et Juurlink, D. N. (2011). Facing up to the prescription opioid crisis. *BMJ*, 343, d5142.
- Dowell, D., Kunins, H. V. et Farley, T. A. (2013). Opioid analgesics—risky drugs, not risky patients. *JAMA*, 309, 2219-2220.

- Dwyer, K., Walley, A. Y., Langlois, B. K., Mitchell, P. M., Nelson, K. P., Cromwell, J. et Bernstein, E. (2015). Opioid education and nasal naloxone rescue kits in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 381-384.
- Eggertson, L. (2013). Take-home naloxone kits preventing overdose deaths. *CMAJ News*, 186, 17. doi : 10.1503/cmaj.109-4663
- El-Aneed, A., Alaghebandan, R., Gladney, N., Collins, K., MacDonald, D. et Fischer, B. (2009). Prescription drug abuse and methods of diversion: The potential role of a pharmacy network. *Journal of Substance Use*, 14, 75-83.
- Enteen, L., Bauer, J., McLean, R., Wheeler, E., Hurliax, K., Kral, A. et Bamberger, J. D. (2010). Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco. *Journal of Urban Health*, 87, 931-941.
- Feldman L., Williams, K. S., Coates J. et Knox, M. (2011). Awareness and utilization of a prescription monitoring program among physicians. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25, 313-317.
- Fischer, B. et Rehm, J. (2007). Illicit opioid use in the 21st century: Witnessing a paradigm shift? *Addiction*, 102, 499-501.
- Fischer, B., Patra, J., Firestone-Cruz, M., Gittins, J. et Rehm, J. (2008). Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug & Alcohol Review*, 27, 625-632.
- Fischer, B., Jones, W. et Rehm, J. (2013). High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005–2009. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22, 438-442.
- Fudula, P. J., Bridge, P., Herbert, S., Williford, W. O., Chiang, C. N., Jones, K., ... Tusel, D. (2003). Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine*, 349, 949-958.
- Gibson, A., Degenhardt, L., Mattick, R. P., Ali, R., White, J. et O'Brien, S. (2008). Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality. *Addiction*, 103, 462-468.
- Goldacre, B., Carroll, D. et Hall, E. (2013). Guidelines for collaboration with industry should be transparent. *BMJ*, 347, f6100.
- Green, T.C., Heimer, R., & Grau, L.E. (2008). Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: An evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction*, 103(6), 979-989. doi :10.1111/j.1360-0443.2008.02182.x
- Grund, J. P., Blanken, P., Adriaans, N. F., Kaplan, C. D., Barendregt, C. et Meeuwse, M. (1992). Reaching the unreached: Targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 41-47.
- Gustafson, D. L., Goodyear, L. et Keough, F. (2008). When the dragon's awake: A needs assessment of people injecting drugs in a small urban centre. *International Journal of Drug Policy*, 19, 189-194.
- Havinga, P., van der Velden, C., de Gee, A. et van der Poel, A. (2014). Differences in sociodemographic, drug use and health characteristics between never, former and current injecting, problematic hard-drug users in the Netherlands. *Harm Reduction Journal*, 11, 6.
- Hayashi, K., Wood, E., Wiebe, L., Qi, J. et Kerr, T. (2010). An external evaluation of a peer-run outreach-based syringe exchange in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 21, 418-421.

Les programmes de prévention des surdoses :
l'éducation et la distribution de naloxone

- Hedrich, D., Kerr, T. et Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. Dans T. Rhodes et D. Hedrich (dir.), *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*. (pp. 305-331). Monographie de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.
- Hulse, G. K., Tait, R. J., Comer, S. D., Sullivan, M. A., Jacobs, I. G. et Arnold-Reed, D. (2005). Reducing hospital presentations for opioid overdose in patients treated with sustained release naltrexone implants. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 351-357.
- Islam, M. M. et Conigrave, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): A review. *Harm Reduction Journal*, 4, 14.
- Jovey, R. D., Ennis, J., Gardner-Nix, J., Goldman, B., Hays, H., Lynch M. et Moulin, D. (2003). Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain — A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Research & Management*, 8, 3A-28A.
- Kahan, M., Wilson, L., Mailis-Gagnon, A. et Srivastava, A. (2011). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: Clinical summary for family physicians. Part 2: Special populations. *Canadian Family Physician*, 57, 1269-1276.
- Kakko, J., Svanbord, K. D., Kreek, M. J. et Hellig, M. (2003). 1-year retention and social function after buprenorphine assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: A randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*, 361, 662-668.
- Kerr, D., Dietze, P., Kelly, A-M. et Jolley, D. (2008). Attitudes of Australian heroin users to peer distribution of naloxone for heroin overdose: Perspectives on intranasal administration. *Journal of Urban Health*, 85(3), 352-360.
- Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, 82, 267-275. doi : 10.1093/jurban/jti050
- Kerr, T., Douglas, D., Peeace, W., Pierre, A. et Wood, E. (2001). *Responding to an emergency: Education, advocacy, and community care by a peer-driven organization of drug users: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)*. Ottawa : Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C de Santé Canada. Consulté en ligne à : <http://pubs.cpha.ca/PDF/P1/20166.pdf>
- Kim, D., Irwin, K. S. et Khoshnood, K. (2009). Expanded access to naloxone: Options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality. *American Journal of Public Health*, 99, 402-407.
- Kimber J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D. et Robertson, J. R. (2010). Survival and cessation in injecting drug users: Prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*, 341, c3172.
- Kinner, S. A., Milloy, M. J., Wood, E., Qi, J., Zhang, R. et Kerr, T. (2012). Incidence and risk factors for non-fatal overdose among a cohort of recently incarcerated illicit drug users. *Addictive Behaviour*, 37, 691-696.
- Kissin, I. (2013). Long-term opioid treatment of chronic nonmalignant pain: Unproven efficacy and neglected safety? *Journal of Pain Research*, 6, 513-529.
- Klein, A. (2007). *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté en ligne à : <http://librarypdf.catie.ca/PDF/P48/pointsde friction.pdf>

- Krebs, E. E., Ramsey, D. C., Milosoff, J. M. et Bair, M. J. (2011). Primary care monitoring of long-term opioid therapy among veterans with chronic pain. *Pain Medicine*, 12, 740-746.
- Kroenke, K., Krebs, E. E., Wu, J., Yu, Z., Chumbler, N. R. et Bair, M. J. (2014). Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA*, 312, 240-248.
- Leece, P. N., Hopkins, S., Marshall, C., Orkin, A., Gassanov, M. A. et Shahin, R. M. (2013). Development and implementation of an opioid overdose prevention and response program in Toronto, Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 104, e200-e204.
- Luty, J., O'Gara, C. et Sessay, M. (2005). Is methadone too dangerous for opiate addiction? *BMJ*, 331, 1352-1353.
- Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*, 377, 1429-1437.
- Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. et Carlberg-Racich, S. (2006). Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: A program to reduce heroin overdose deaths. *Journal of Addictive Diseases*, 25, 89-96.
- McCutcheon, J. M. et Morrison, M. A. (2014). Injecting on the Island: A qualitative exploration of the service needs of persons who inject drugs in Prince Edward Island. *Canada Harm Reduction Journal*, 11, 10.
- McDermott, C. et Collins, N. C. (2012). Prehospital medication administration: A randomised study comparing intranasal and intravenous routes. *Emergency Medicine International*, 2012(2012).
- Mello, M. M., Wood, J., Burris, S., Wagenaar, A. C., Ibrahim, J. K. et Swanson, J. W. (2013). Critical opportunities for public health law: A call for action. *American Journal of Public Health*, 103, 1979-1988.
- Milloy, M. J., Kerr, T., Mathias, R., Zhang, R., Montaner, J. S., Tyndall, M. et Wood, E. (2008). Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 34, 499-509.
- Moore, D. (2004). Governing street-based injecting drug users: A critique of heroin overdose prevention in Australia. *Social Science & Medicine*, 59, 1547-1557.
- Noble, M., Tregear, S. J., Treadwell, J. R. et Schoelles, K. (2008). Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: A systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *Journal of Pain Symptom Management*, 35, 214-228.
- Nüesch, E., Rutjes, A. W., Husni, E., Welch, V. et Jüni, P. (2009). Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4, CD003115.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. (2013). *Rapport 2013*. Vienne : Nations Unies. Consulté en ligne à : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/French/AR_2013_F.pdf
- Orkin, A. M., Bingham, K., Klaiman, M., Leece, P., Buick, J. E., Kouyoumdjian, F., ... Hu, H. (2015). An agenda for naloxone distribution research and practice: Meeting report of the Surviving Opioid Overdose with Naloxone (SOON) International Working Group. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6(1). doi : 10.4172/2155-6105.1000212
- Parker, J., Jackson, L., Dykeman, M., Gahagan, J. et Karabanow, J. (2012). Access to harm reduction services in Atlantic Canada: Implications for non-urban residents who inject drugs. *Health & Place*, 18, 152-162.
- Persaud, N. (2013). Questionable content of an industry-supported medical school lecture series: A case study. *Journal of Medical Ethics*. doi : 10.1136/medethics-2013-101343

- Piper, T. M., Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A. et Galea, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Substance Use & Misuse*, 43, 858-870.
doi : 10.1080/10826080701801261
- Popova, S., Patra, J., Mohapatra, S., Fischer, B. et Rehm, J. (2009). How many people in Canada use prescription opioids non-medically in general and street drug using populations? *Canadian Journal of Public Health*, 100, 104-108.
- Poschade, S., Hoger, R. et Schnitzler, J. (2003). Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden : Nomos.
- Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). (2010). *Étude de cas Connectons nos programmes : projet de prévention de l'overdose*, StreetWorks, Edmonton : CATIE. Consulté en ligne à : <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/projet-prevention-overdose>
- Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': A framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13, 85-94.
- Rich, J. D., Wolf, F. A. et Macalino, G. (2002). Strategies to improve access to sterile syringes for injection drug users. *The AIDS Reader*, 12, 527-535.
- Robertson, T. M., Hendey, G. W., Stroh, G. et Shalit, M. (2009). Intranasal naloxone is a viable alternative to intravenous naloxone for prehospital narcotic overdose. *Prehospital Emergency Care*, 13, 512-515.
- Robinson, A. et Wermeling, D. P. (2014). Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71(24), 2129-2135.
doi : 10.2146/ajhp130798
- Simeone, R. et Holland, L. (2006). *An evaluation of prescription drug monitoring programs*. Washington : US Department of Justice, Office of Justice Programs. Consulté en ligne à : <http://www.simeoneassociates.com/simeone3.pdf>
- Small, W., Wood, E., Tobin, D., Rikley, J., Lapushinsky, D. et Kerr, T. (2012). The injection support team: A peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. *Substance Use & Misuse*, 47, 491-501.
- Snead, J., Downing, M., Lorvick, J., Garcia, B., Thawley, R., Kegeles, S. et Edlin, B. R. (2003). Syringe exchange among injection drug users. *Journal of Urban Health*, 80, 330-348.
- Soyka, M., Apelt, S. M., Lieb, M. et Wittchen, H. U. (2006). One-year mortality rates of patients receiving methadone and buprenorphine maintenance therapy: A nationally representative cohort study in 2694 patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26, 657-660.
- Spielmans, G. I. et Parry, P. I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: Evidence from internal industry documents. *Bioethical Inquiry*, 7, 13-29.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. et Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83.
- Straus, M. M., Ghitza, U. E. et Tai, B. (2013). Preventing deaths from rising opioid overdose in the US – The promise of naloxone antidote in community-based naloxone take-home programs. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 4, 65-72.
- Tobin, K. E., Davey, M. A. et Latkin, C. A. (2005). Calling emergency medical services during drug overdose: An examination of individual, social and setting correlates. *Addiction*, 100, 397-404.

- Umbricht, A., Huestis, M. A., Cone, E. J. et Preston, K. L. (2004). Effects of high-dose intravenous buprenorphine in experienced opioid abusers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 479-487.
- Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of oxycontin: Commercial triumph, public health tragedy. *American Journal of Public Health*, 99, 221-227.
- Wagner, K. D., Davidson, P. J., Iverson, E., Washburn, R., Burke, E., Kral, A. H., ... Lankenau, S. E. (2014). "I felt like a superhero": The experience of responding to drug overdose among individuals trained in overdose prevention. *International Journal of Drug Policy*, 25, 157-165.
- Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., ... Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: Interrupted time series analysis. *BMJ*, 346, f174.
- Wardman, D. et Quantz, D. (2006) Harm reduction services for British Columbia's First Nation population: A qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 3, 30.
- Wheeler, E., Davidson, P. J., Jones, S. et Irwin, K. S. (2012). Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone — United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61, 101-105.
- Wood, E., Kerr, T., Spittal, P. M., Small, W., Tyndall, M. W., O'Shaughnessy, M. V. et Schechter, M. T. (2003). An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange program. *Journal of Urban Health*, 80, 455-464.

Mars 2016

Auteure : Valerie Webber, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Avec la collaboration de : François Gagnon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Webber, V. (2016). *Les programmes de prévention des surdoses : l'éducation et la distribution de naloxone. Guide pratique.* Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Dre Lori Kiefer, Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario, Ashraf Amlani, British Columbia Centre for Disease Control, Dre Jane Buxton, British Columbia Centre for Disease Control, Dre Marie-Ève Goyer, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, Nicolas Hamel, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, ainsi que groupe de valideurs anonymes pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

N° de publication : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

