

Montréal, le 2023-04-12

[REDACTED]

Objet : Avis concernant les meilleures stratégies dans l'application de l'approche de la réduction des méfaits dans un contexte d'hospitalisation

Type de demande : Synthèse concertée de la littérature scientifique
Experte consultée : Joanie Raiche, MD FRCPC, psychiatre, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

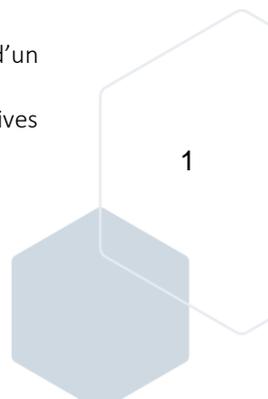
[REDACTED],

Vous avez fait une demande de conseils scientifiques au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin d'obtenir un avis sur les meilleures stratégies dans l'application de l'approche de réduction des méfaits dans un contexte d'hospitalisation en psychiatrie. Vous énoncez également une préoccupation quant aux équipes de soins qui ont du mal à percevoir l'efficacité de l'approche de la réduction des méfaits et qui n'ont pas de formation en entretien motivationnel.

Il faut tout d'abord spécifier que chez la population concernée par le présent document, soit les adultes vivant avec une problématique de troubles concomitants, il peut être inefficace et contre thérapeutique de forcer une abstinence de substances psychoactives, telle que souvent appliquée en contexte d'hospitalisation (Peele 2016 ; Buckner et al. 2021 ; Jones et al. 2021 ; Miguel et al. 2021 ; Peterson et al. 2021; Werb et al. 2016). Nous savons que le traitement forcé par un cadre légal ou clinique pose différents défis (Werb et al. 2016). Une difficulté potentielle se dessine particulièrement lorsque ces personnes qui consomment des substances psychoactives se retrouvent sur des unités de soins au sein desquelles les approches alternatives à l'abstinence ne sont pas implantées.

La réduction des conséquences négatives liées à l'usage des drogues plutôt que l'élimination du comportement d'usage lui-même est appelé réduction des méfaits. Cette approche est basée d'une part sur le pragmatisme, car elle permet de ne pas viser nécessairement l'absence de consommation de substances pour intervenir auprès des personnes concernées. D'autre part, de l'humanisme, car elle permet de mettre l'accent sur la qualité de vie des personnes plutôt qu'uniquement sur la consommation de substances comme telle. La réduction des méfaits repose sur un ensemble de principes d'action telle que :

- La tolérance à l'endroit d'un comportement socialement et moralement controversé ;
- Une approche pragmatique des coûts et bénéfices de la consommation de substances ;
- L'adoption flexible d'objectifs individualisés, de la réduction progressive des méfaits jusqu'à une éventuelle élimination de l'usage (hiérarchie d'objectifs) ;
- L'offre de services et de soins adaptés à leurs conditions physique et psychologique assortie d'un minimum d'exigence (bas seuil) ;
- Le soutien et l'accompagnement des personnes qui consomment des substances psychoactives dans leurs démarches d'autonomisation et de défense de leurs droits.



La réduction des méfaits fait maintenant partie des bonnes pratiques acceptées dans le milieu du traitement de la dépendance (Drucker et al. 2016). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu les troubles d'utilisation de substances psychoactives comme une maladie chronique depuis 1978. Si l'on fait l'analogie avec d'autres maladies chroniques, il est essentiel de pouvoir offrir et prodiguer une variété d'approches correspondant aux besoins de la personne, adaptée à sa condition et ayant fait preuve sur le plan scientifique, tout comme cela est fait pour une personne ayant une condition liée à la santé physique. Plusieurs travaux indépendants issus de la littérature scientifique ont démontré que la réduction des méfaits, si appliquée avec soin et de manière méthodique, contribue à améliorer l'état des personnes qui consomment des substances, jusqu'à, dans certains cas, améliorer le pronostic vital (Mercier et al. 2022, [Gouvernement du Canada 2008](#); Kerr et coll. 2017 ; Irvine et al. 2019, [Alberta Community Council on HIV 2019](#), Wilson 2014). Cette approche peut également s'avérer intéressante du point de vue de la gestion des ressources, car non seulement la réduction des méfaits contribue à augmenter la qualité des soins, mais des données révèlent que plusieurs gains financiers peuvent aussi découler de l'application de cette approche (Englander & Davis 2022).

Les troubles concomitants nécessitent une prise en charge globale et invariablement complexe pour les équipes de soins. Nous savons qu'environ 50% des personnes au Canada qui cherchent de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un trouble de santé mentale. Nous savons aussi qu'entre 15 à 20% des personnes qui consultent des services de santé mentale vivent avec un trouble d'usage d'une substance psychoactive ([CECTC 2019](#)). Afin d'arriver à des résultats positifs tant pour les équipes que pour la personne vivant avec un trouble concomitant, il importe de prioriser une prise en charge focalisée sur les objectifs spécifiques de cette dernière ainsi que de son stade de changement. Le but consiste à éliminer les signes de stigmatisation, tout en misant sur des attentes beaucoup plus réalistes de part et d'autre de la relation thérapeutique entre les soignants et les usagers. Une étude récente rapportait à ce propos que 43.9% des personnes admises dans un centre hospitalier avec un trouble d'usage auraient consommé pendant leur séjour à l'hôpital (Grewal et al. 2016), malgré la tolérance dite "zéro" de ces établissements. Afin d'éviter les conséquences prévues pour ces entraves aux politiques des établissements, ces personnes prennent davantage de risques et commettent donc plus de méfaits qui auront en retour des conséquences délétères sur leur situation de santé mentale et de santé globale (par exemple : fugue, binge, infection, refus de traitement, itinérance).

Contrer la stigmatisation

Les séjours d'hospitalisation en psychiatrie constituent un contexte intéressant pour déjà mettre en place l'approche de réduction des méfaits auprès d'une population ayant un trouble concomitant. Plusieurs stratégies sont applicables dès l'admission sur les unités de soins, dont l'adoption d'une approche humaniste envers ces personnes qui font souvent l'objet de discrimination, de jugement, de préjugés et de stéréotypes. Cette stigmatisation fréquente de la population ayant un trouble concomitant peut amener ces personnes à éviter de demander de l'aide lorsqu'elles en auront de nouveau besoin ou nuire à la transparence dans les interventions psychosociales et médicales (Lennox et al. 2021, Kosteniuk et al. 2021). De façon générale, et en guise de préambule, il est généralement utile, dans une perspective motivationnelle et non-stigmatisante, d'avoir une discussion ouverte et honnête avec la personne sur sa consommation (substance, mode d'administration, quantités, habitude de consommation), les motifs de consommation et ses conséquences. Il est aussi crucial d'identifier les objectifs réels de la personne en lien avec sa consommation (maintien de celle-ci, diminution, arrêt, modification de certains comportements de consommation). Il est aussi fréquemment rapporté que les personnes qui utilisent des substances psychoactives et qui ne veulent pas diminuer ou cesser leur consommation sont perçues comme des personnes pour qui il n'y a que peu à faire; tel que décrit plus bas, il s'agit au contraire d'un groupe pour qui différentes approches peuvent être utilisées, et qui peuvent grandement bénéficier d'un accompagnement par le personnel clinique, adapté en fonction

des objectifs fixés par la personne concernée. Certaines des stratégies concrètes qui permettraient de contrer la stigmatisation comprennent notamment les actions suivantes :

1. Utiliser un langage dénué de jugement. En effet, l'utilisation de certains mots est à proscrire pour des professionnels de la santé afin d'éviter la stigmatisation (*acro, toxicomane, addicts, abuseur de drogue*). Le choix de mots neutres, exacts et centrés sur la personne encourage le dévoilement ainsi qu'un sentiment d'accueil chez les personnes recevant des soins (*personne présentant une dépendance, consommation de substances, trouble d'usage de substance*).
2. Demeurer empathique et bienveillant envers les personnes vivant avec un trouble concomitant.
3. Se rappeler que la dépendance est un problème de santé qui mérite d'être soigné comme n'importe quel autre trouble ou condition.
4. Être alerte aux stéréotypes qui peuvent influencer les attitudes et les comportements. Avoir une discussion ouverte, respectueuse et honnête avec la personne sur sa consommation (substance, mode d'administration, quantités, habitude de consommation).

Distribution de matériel de consommation, antidote et consommation supervisée

Comme autres moyens concrets afin de diminuer les méfaits, du matériel ainsi que de la naloxone pourraient être disponibles sur les unités de soins ou en prescription aux sorties. La naloxone (appellation commerciale : Narcan) représente un antidote sécuritaire servant à inverser de manière temporaire les effets d'une surdose d'opioïdes et pour lequel aucune prescription n'est requise. Cet antidote peut être administré par la voie intranasale ou intramusculaire selon le produit disponible. L'accès à une trousse de naloxone et l'enseignement pour en faire l'utilisation peuvent être rendus disponibles en cours d'hospitalisation et particulièrement lors du congé, où le risque de surdose est le plus élevé chez cette population de personnes vivant avec une problématique de trouble concomitant (Englander & Davis 2022).

De façon similaire, les données actuellement disponibles rapportent aussi que la distribution de matériel de consommation plus sécuritaire possède le potentiel d'améliorer la sécurité des personnes utilisatrices de substances psychoactives, tout en favorisant leur engagement dans les traitements qui leur sont offerts (Dong et al. 2020). D'autre part, une pratique courante en contexte d'hospitalisation pour des personnes qui vivent avec un trouble d'usage de substances psychoactives consiste à leur retirer leur matériel de consommation. Ce matériel représente souvent le seul matériel sécuritaire dont dispose la personne. Le lui retirer définitivement pourrait générer davantage de méfaits que de bienfaits, car cette personne pourrait être appelée à partager le matériel d'une autre personne une fois l'hospitalisation terminée, et s'adonner à d'autres types de pratiques de consommation à plus haut risque pour elle et pour autrui. Il est au contraire utile de rendre accessible du matériel sécuritaire pour ces personnes. Par ailleurs, et ce notamment en vue d'un congé à venir, il est pertinent de référer les individus dans les organismes communautaires ou pharmacies qui distribuent du matériel de consommation, font l'enseignement sur leur usage sécuritaire et offre la supervision de la consommation.

Approche par contingence et entretien motivationnel

La gestion des sorties pour les personnes hospitalisées qui consomment des substances est une source courante de questionnement de la part des équipes cliniques. Bien qu'il n'existe pas de solutions pouvant s'appliquer à toutes les situations cliniques, quelques pistes permettent de peaufiner une approche flexible et pragmatique pouvant être déployée et ajustée en fonction de la personne et des besoins. Dans un contexte d'hospitalisation où un certain niveau de tolérance pour la consommation est mis en place, il est souvent favorable d'adopter une approche inspirée de la gestion par contingence qui prévoit que si les sorties de l'hôpital durant le séjour se déroulent bien (c'est-à-dire peu ou pas d'effets négatifs et de dommages reliés à la consommation), le plan de sortie peut laisser place à davantage de latitude. Si les sorties causent des

dommages et une détérioration de la condition psychiatrique de la personne, les règles peuvent être ajustées, non pas dans une approche punitive, mais pour assurer la sécurité et le bien-être de la personne, dans le respect de son autonomie et de ses droits. Le séjour pourrait ainsi l'occasion pour discuter avec la personne afin de mieux comprendre quels sont ses objectifs, l'impact de la consommation sur sa santé mentale, les déclencheurs ainsi que les facteurs influençant le risque associé à ses habitudes de consommation. Notons que des approches par contingence formelle, avec des renforçateurs positifs matériels (carte cadeau, billets de tirage) ont montré leur efficacité pour soutenir les changements de comportements liés à la consommation de substances (Brown & DeFulio 2020; Bolivar et al. 2021; Ginley et al. 2021). Ce type d'intervention, bien qu'elles présentent des défis sur le plan de leur implantation pratique, peuvent être considérées dans l'éventail des stratégies à mettre en place.

À ce propos, plusieurs travaux scientifiques suggèrent que l'une des techniques interventionnelles à privilégier dans le cadre d'un traitement intégré efficace en santé mentale et dépendance est l'entretien motivationnel (Laker 2007; Baker et al. 2012). L'entretien motivationnel se définit comme un style de communication collaboratif centré sur un objectif spécifique, avec un accent particulier sur le changement et les moyens qui peuvent être mis en place pour stimuler ce changement (Miller et Rollnick 2013). Il s'agit d'un dialogue entre deux personnes, dont le propos principal est centré sur un objectif commun et dont le but de cet échange consiste à augmenter le discours en faveur du changement (voir <https://afdem.org/> pour davantage de ressources sur le sujet). Le recours à cette approche d'intervention pourrait reposer par exemple sur l'identification d'objectifs simples, pragmatiques, atteignables et choisis par la personne pour parvenir à influencer positivement sa consommation et, par conséquent, sa trajectoire de vie. Il apparaît de surcroît important de mentionner que les troubles d'usage ne sont pas un échec moral, mais plutôt une condition de santé traitable avec des variables biologiques, sociales, émotionnelles et culturelles. (Englander & Davis 2022). Dans un contexte de dépendance, l'ouverture sur le dialogue, empreinte de bienveillance et sans jugement, incite davantage à l'honnêteté sur le sujet des habitudes de consommation, mais améliore aussi le lien thérapeutique qui améliore en retour le pronostic, toutes interventions confondues. Un lien thérapeutique fort, basé sur la compassion et le respect, permet de diminuer la sévérité des symptômes psychiatriques et améliore le fonctionnement et la qualité de vie des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale et de dépendance (Hamovitch et al, 2018).

Approvisionnement plus sécuritaire (APS)

Parmi les nombreuses possibilités d'application du concept de réduction des méfaits, autant en situation d'hospitalisation qu'en situation post-hospitalisation, se trouve aussi une stratégie de santé publique qui est déjà déployée avec dans certains contextes, soit l'approvisionnement plus sécuritaire (APS). Bien que cette pratique demeure imparfaitement implantée au Québec et ailleurs, elle devient de plus en plus acceptée avec l'accumulation de nouvelles données soutenant son utilité (Ivsins et al. 2020; Flemming et al. 2020). Concrètement, l'APS permet d'offrir aux personnes vivant avec un trouble d'usage d'une substance psychoactive un accès légal et encadré à la consommation de substances de qualité pharmaceutique et cherche à éviter les risques associés à la consommation et l'approvisionnement de substances non-régulées. L'objectif premier n'est pas de traiter un trouble d'usage, mais de prévenir les risques qui pourraient découler de l'approvisionnement sur un marché non réglementé, pour des substances dont la qualité et la pureté ne peuvent être attestées (Goyer et al. 2020). Cette approche, toujours en cours d'évaluation et d'élaboration, a été développée dans des contextes spécifiques (Goyer et al. 2020). Son application auprès de personnes vivant avec un trouble concomitant nécessite une adaptation méticuleuse et systématique qui répond au contexte spécifique de la personne et de la substance psychoactive consommée (voir les ressources de [Santé Canada](#) et les [Guides de pratique clinique de l'ESCODI](#) à cet effet). L'application du concept d'approvisionnement plus sécuritaire dans le contexte des troubles concomitants dépasse toutefois le cadre du présent document.

Pair-aidant

Une autre piste d'intervention alternative à considérer afin d'intégrer davantage la réduction des méfaits sur les unités de soins serait l'implication d'une personne agissant à titre de [pair-aidant](#). Cette pratique est de plus en plus courante au Québec dans les organismes institutionnels et communautaires en dépendance et en santé mentale. Inclure une personne vivant ou ayant vécu avec un trouble concomitant au sein de l'équipe de soins permet l'apport d'une intervention humaniste, centrée sur l'expérience commune de la personne bénéficiant des soins et du pair-aidant (Stratford et al. 2019; Pelletier et al. 2020). Cette démarche, qui se veut collective, encourage la reprise de pouvoir des individus sur une vie satisfaisante, plutôt que de promouvoir le changement absolu de comportements jugés plus risqués (Reis et al. 2022). L'intégration d'un pair-aidant permet également de rejoindre une population marginalisée et stigmatisée afin que les individus qui la composent puissent recevoir des services adaptés à leur situation (Huot 2018; Pelletier et al. 2020). Finalement, la pair-aidance au sein des milieux hospitaliers permet de réfléchir aux différentes stratégies organisationnelles à mettre en place sur les unités d'hospitalisation et en prévision du post-hospitalier, dans une optique d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins (Heyland et al. 2021; Mutschler et al. 2021).

En conclusion, bien que la consommation de substances puisse souvent contribuer à l'instabilité et l'hospitalisation chez des personnes vivant avec un trouble concomitant, il faut ultimement pouvoir intervenir dans un contexte où certaines habitudes de consommation persistent, malgré les risques engendrés. Il importe alors d'ajuster le traitement en fonction du stade de changement auquel se situe la personne soignée. Si, lors des hospitalisations, la consommation n'est pas du tout tolérée et ce, à l'encontre du désir de la personne, l'ajustement du traitement (dans ce cas-ci notamment forcer l'abstinence stricte) a de fortes chances d'être peu, voire inutile, car la consommation de poursuit à l'extérieur de l'hôpital. Si malgré les interventions pour supporter la personne soignée dans la réduction de la consommation ou l'abstinence, cette personne désire toujours consommer, il apparaît plus bénéfique d'ajuster les traitements en tenant compte de cette variable et de poursuivre l'enseignement pour une consommation plus sécuritaire et l'explication de l'ensemble des options qui s'offrent à elle.

En espérant que cet avis permettra de soutenir vos équipes dans leur travail clinique, je vous prie d'accepter, [REDACTED], nos plus cordiales salutations.

Corédigé par :

Joanie Raiche, psychiatre
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

François-Olivier Hébert, PhD biologie
Associé de recherche, CR-CHUM, Axe neurosciences

Véronique Plante, travailleuse sociale
Coordonnatrice du programme de conseils scientifiques du CECTC

Relecture et révision :

Didier Jutras Aswad, M.D., M.Sc., FRCPC
Président du CECTC
Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Références

Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*, 139(3), 217-29.

Bolívar HA, Klemperer EM, Coleman SRM, DeSarno M, Skelly JM, Higgins ST. (2021). Contingency Management for Patients Receiving Medication for Opioid Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.78(10):1092–1102. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1969

Brown HD, DeFulio A. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorder: A systematic review. (2020). *Drug Alcohol Depend*. 1;216:108307. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108307. PMID: 33007699.

Buckner, J. D., Morris, P. E., & Zvolensky, M. J. (2021). Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Exp Clinic Psycho-pharmacol*, 29(3), 272–278. <https://doi.org/10.1037/pha0000456>.

Chan B, Kondo K, Ayers C, Freeman M, Montgomery J, Paynter R, Kansagara D. (2018). Pharmacotherapy for Stimulant Use Disorders: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). PMID: 30715830.

Chan, B., M. Freeman, K. Kondo, C. Ayers, J. Montgomery, R. Paynter, et D. Kansagara. (2019). Pharmacotherapy for Methamphetamine/Amphetamine Use Disorder—a Systematic Review and Meta-Analysis. *Addiction* 114(12): 2122-36.

Chan B, Kondo K, Freeman M, Ayers C, Montgomery J, Kansagara D. (2019). Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder—a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 34(12):2858-2873. doi:10.1007/s11606-019-05074-8.

Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. (2020). Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ*. 192(18):E476-E479. doi: 10.1503/cmaj.191365. PMID: 32366467; PMCID: PMC7207181.

Drucker E, Anderson K, Haemmig R, Heimer R, Small D, Walley A, Wood E, van Beek I. (2016). Treating Addictions: Harm Reduction in Clinical Care and Prevention. *J Bioeth Inq*. 2016 Jun;13(2):239-49. doi: 10.1007/s11673-016-9720-6.

Englander H, Davis CS. Hospital Standards of Care for People with Substance Use Disorder. *N Engl J Med*. 2022 Aug 25;387(8):672-675. doi: 10.1056/NEJMp2204687. Epub 2022 Aug 20. PMID: 35984354.

Faraone SV, Rostain AL, Montano CB, Mason O, Antshel KM, Newcorn JH. (2019). Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Jan;59(1):100-112. doi: 10.1016/j.jaac.2019.06.012.



Fleming, T., Barker, A., Ivsins, A. et al. (2020). Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic. *Harm Reduct J*, 17, 6. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0351-1>

Ginley MK, Pfund RA, Rash CJ, Zajac K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 89(1):58-71. doi: 10.1037/ccp0000552. PMID: 33507776; PMCID: PMC8034391.

Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. (2015). Illicit drug use in acute care settings. *Drug Alcohol Rev*. 34(5):499-502. doi: 10.1111/dar.12270.

Hamovitch, E.K., Choy-Brown, M. & Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Ment Health J* 54, 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>

Heyland, M., Limp, M., & Johnstone, P. (2021). Utilization of Peer Support Specialists as a Model of Emergency Psychiatric Care. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 59(5), 33–37. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210107-02>

Huot, M.-È. (2018). L'implication des personnes ayant vécu un problème de santé mentale : repères pour réduire la stigmatisation et la discrimination, UQAM, <https://archipel.uqam.ca/11662/1/M15690.pdf>.

Ivsins A, Boyd J, Beletsky L, McNeil R. (2020). Tackling the overdose crisis: The role of safe supply. *Int J Drug Policy*. 80:102769. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102769.

Irvine MA, Kuo M, Buxton JA, Balshaw R, Otterstatter M, Macdougall L, Milloy MJ, Bharmal A, Henry B, Tyndall M, Coombs D, Gilbert M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*. 114(9):1602-1613. doi: 10.1111/add.14664.

Jones, J. D., Varshneya, N. B., Hudzik, T. J., & Huhn, A. S. (2021). Improving translational research outcomes for opioid use disorder treatments. *Curr Addict Rep*, 8, 109–121. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00353-5>

Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M.C. et al. Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduct J* 14, 28 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>

Kosteniuk B, Salvalaggio G, McNeil R, Brooks HL, Dong K, Twan S, Brouwer J, Hyshka E. (2021). "You don't have to squirrel away in a staircase": Patient motivations for attending a novel supervised drug consumption service in acute care. *Int J Drug Policy*. 96:103275. doi: 10.1016/j.drugpo.2021.103275.

Laker CJ. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14(8):720-6. Epub 2007/11/28.

La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID19 au Québec : guide clinique à l'intention des prescripteurs SOMMAIRE. Guide rédigé par Goyer, M-E., Hudon, K., Ferguson, Y. et Plessis-Bélair, M-C. Montréal, QC; IUD, 2020, 17 p.

Mercier D, Douma M, Montgomery C. (2022). Inpatient supervised consumption services: A nursing perspective. *Canadian Journal of Emergency Nursing [Internet]*. Dec 13;45(3):11–3.



Miguel, A. Q. C., Smith, C. L., Burduli, E., Roll, J. M., & McPherson, S. M. (2021). Validating the clinical relevance of alternative stimulant use treatment outcome measures by examining their association with 3-month follow-up outcomes. *Exp Clin Psychopharmacol*, 29(3), 288–293.

<https://doi.org/10.1037/pha0000482>

Miller WR, Rollnick S (2013). *L'Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* 2e éd. Les Interéditions ed. ISBN: 9782729613914. 448 pages.

Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2021). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological services*, 10.1037/ser0000531. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ser0000531>

Peele, S. (2016). People Control Their Addictions: No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addict Behav Rep*, 4, 97–101.

Pelletier J. F., Hénault I., Denis F. Pairs aidants professionnels en santé mentale : faciliter l'accès aux soins et services axés sur le rétablissement. *Risques & Qualité* 2020;17(1);37-42. DOI:10.25329/rq_xvii_1-thema-6

Peterson, R., Kramer, M. P., Pinto, D., De Leon, A. N., Leary, A. V., Marin, A. A., Cora J. L., & Dvorak, R. D. (2021). A comprehensive review of measures of protective behavioral strategies (PBS) across various risk factors and associated PBS-related interventions. *Exp Clin Psychopharmacol*, 29(3), 236–250.

Reis, G., Bromage, B., Rowe, M. et al. Citizenship, Social Justice and Collective Empowerment: Living Outside Mental Illness. *Psychiatr Q* 93, 537–546 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09968-x>

Siefried KJ, Acheson LS, Lintzeris N, Ezard N. Pharmacological Treatment of Methamphetamine/Amphetamine Dependence: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 2020 Apr;34(4):337-365. doi: 10.1007/s40263-020-00711-x. PMID: 32185696; PMCID: PMC7125061.

Stratford AC, Halpin M, Phillips K, Skerritt F, Beales A, Cheng V, Hammond M, O'Hagan M, Loreto C, Tiengtom K, Kobe B, Harrington S, Fisher D, Davidson L. The growth of peer support: an international charter. *J Ment Health*. 2019 Dec;28(6):627-632. doi: 10.1080/09638237.2017.1340593.

Tardelli VS, Berro LF, Gerra G, Tadonio L, Bisaga A, Fidalgo TM. (2023). Prescription psychostimulants for cocaine use disorder: A review from molecular basis to clinical approach. *Addiction Biology*. 28(4):e13271.

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., et Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int. J. Drug Policy*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. (2014) The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 26 Suppl 1:S5-11. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.007.

Ce document est protégé sous une licence Creative Commons : [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).