



Pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes

Guide de discussion à l'intention des prestataires
de soins de santé et de services sociaux

Juin 2018

© Centre d'excellence pour la santé des femmes

Révision : Juin 2018

ISBN 978-1-894356-83-1

Citation suggérée : Nathoo, T., Poole, N. et Schmidt, R. (2018). La pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes : Guide de discussion à l'intention des prestataires de soins de santé et de services sociaux. Vancouver (C.-B.) : Centre d'excellence pour la santé des femmes.

Cette ressource a été rendue possible grâce à du financement de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Cette ressource peut être téléchargée à partir de www.bccewh.bc.ca.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction : La pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes	4
Qu'est-ce que la pratique tenant compte des traumatismes?	6
1. Sensibilisation aux traumatismes	11
Exemple de pratique : Lignes directrices concernant la sensibilisation aux traumatismes et la prescription d'opioïdes	13
Exemple de pratique : Sites de prévention des surdoses tenant compte du genre	17
Exemple de pratique : Étude ACE et prévention de la mauvaise utilisation d'opioïdes	18
Compétences pour les prestataires de services : Signes d'une réaction aux traumatismes	19
Compétences pour les prestataires de services : Quels sont les effets des traumatismes?	20
Questions stimulant la discussion	21
2. Sécurité et fiabilité	23
Exemple de pratique : Sites de prévention des surdoses	27
Exemple de pratique : Formation sur la sécurité culturelle autochtone	28
Compétences pour les prestataires de services : Créer des espaces accueillants et sécuritaires	29
Questions stimulant la discussion	30
3. Choix, collaboration et liens relationnels	33
Exemple de pratique : Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose	35
Exemple de pratique : Conversations sur la réduction progressive de la consommation d'opioïdes	37
Compétences pour les prestataires de services : Langage pour réduire la stigmatisation et promouvoir la guérison	38
Questions stimulant la discussion	40
4. Approche fondée sur les forces et l'acquisition d'habiletés	43
Exemple de pratique : Premiers intervenants et traumatisme vicariant	47
Exemple de pratique : Sevrage néonatal aux opioïdes et cohabitation	48
Compétences pour les prestataires de services : Respiration en carré	49
Questions stimulant la discussion	50
Ressources en ligne	54
Glossaire	55
Références	57
Remerciements	59

INTRODUCTION

Le Canada est confronté à une crise des opioïdes grave et croissante. Près de 30 % des Canadiens indiquent qu'ils ont consommé des opioïdes sous une forme ou une autre, comme de l'oxycodone, de la morphine, de la codéine ou du fentanyl au cours des cinq dernières années¹ et un Canadien sur huit (soit près de 3,5 millions) affirme qu'il compte un ami proche ou un membre de sa famille qui a développé une dépendance aux opioïdes.² De nombreux prestataires de soins de santé et de services sociaux ont non seulement une histoire personnelle qui les relie à la crise des opioïdes, mais ils sont aussi de plus en plus sensibilisés aux répercussions qu'ont les opioïdes sur ordonnance et illicites sur les populations avec lesquelles ils travaillent et sur nos systèmes de soins. En voici des exemples :

- **Intoxication aux opioïdes et décès par surdose :** En 2017, plus de 1 400 personnes (presque quatre par jour) sont mortes en Colombie-Britannique à cause d'une surdose de drogues illicites, soit une hausse de 43 % par rapport à 2016. Dans 81 % de ces décès, du fentanyl a été détecté, et 80 % des personnes qui sont mortes étaient des hommes.^{3,4}
- **Hospitalisation :** Les intoxications aux opioïdes provoquent seize hospitalisations par jour en moyenne au Canada. Les aînés représentent près de 25 % des personnes hospitalisées.⁵
- **Sevrage néonatal aux opioïdes/syndrome de sevrage néonatal :** Un nombre croissant de femmes sont aux prises avec la consommation et la mauvaise utilisation d'opioïdes avant et pendant la grossesse. Au Canada, entre avril 2016 et le 31 mars 2017, 1 846 bébés ont reçu un traitement pour le sevrage aux opioïdes après leur naissance.⁶

La présente ressource s'emploie à traiter de l'un des aspects de la crise des opioïdes au Canada. Des études ont montré que la grande majorité des personnes qui ont des problèmes de mauvaise utilisation d'opioïdes et de dépendance vivent ou ont vécu des expériences de traumatisme et de violence.⁷⁻¹³ De telles expériences sont souvent sexospécifiques, en ce sens que les femmes, les hommes, les transgenres et les personnes de genre divers vivent des expériences de types différents. La pratique tenant compte des traumatismes est une approche des soins qui intègre des connaissances sur les traumatismes à tous les niveaux des soins, du recours au système, du perfectionnement du personnel, des politiques organisationnelles et des collaborations intersectorielles. La présente ressource s'inspire du *Trauma-Informed Practice Guide*,¹⁴ un guide sur la pratique tenant compte des traumatismes élaboré par les Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique en 2013, qui a été adopté et mis en pratique par de nombreuses régies de la santé et autres instances à travers la province.

Téléchargez le *Trauma-Informed Practice Guide* de la Colombie-Britannique
→ www.bccewh.bc.ca (en anglais seulement)

La pratique tenant compte des traumatismes et la crise des opioïdes

La pratique tenant compte des traumatismes peut contribuer à résoudre la crise des opioïdes :

1. en améliorant l'accès et le recours aux soins de santé et aux services sociaux et en créant des possibilités pour les personnes de guérir des traumatismes et des problèmes connexes, dont les problèmes de consommation de substances, les troubles de santé mentale et les expériences de violence;
2. en soutenant l'acquisition par les patients ou les clients de compétences en mieux-être et en gestion de la douleur afin d'aider à prévenir la mauvaise utilisation d'opioïdes et la dépendance;
3. en améliorant le bien-être et la sécurité des prestataires de services qui travaillent sur les problèmes liés aux opioïdes, notamment en renforçant leur résilience et en prévenant chez eux le traumatisme vicariant, l'usure de compassion et l'épuisement.

Ce guide de discussion a pour objectif de stimuler la tenue de conversations plus poussées sur la « sensibilisation à la pratique tenant compte des traumatismes » et d'aider les prestataires de soins de santé et de services sociaux à réfléchir à des moyens supplémentaires de lutte contre la crise des opioïdes dans leur contexte particulier. De telles discussions peuvent avoir lieu de manière formelle, informelle ou les deux dans le cadre de la planification ou de l'évaluation des programmes, lors des réunions du personnel sur une période d'un an ou à l'occasion d'activités de formation et d'apprentissage. Les questions stimulant la discussion sont pratiques et aident à franchir pas à pas des étapes concrètes vers un changement organisationnel global. Vous pourrez trouver utile soit d'étudier les sujets un par un en groupe soit de travailler sur des points bien précis en plus petits groupes.

Le guide est divisé en quatre sections. Chaque section donne un aperçu de l'un des quatre principes de la pratique tenant compte des traumatismes et de sa pertinence par rapport à la consommation et à la mauvaise utilisation d'opioïdes sur ordonnance et illicites. De nombreux exemples de pratique et compétences pour la pratique jalonnent ce guide de discussion, mettant souvent en lumière des enjeux ou des questions liés au sexe et au genre. Chaque section se conclut par des questions stimulant la discussion destinées à de petits groupes d'intervenants évoluant dans divers contextes de programmes ou d'organisations, notamment les prestataires de soins de santé primaires, les employés des services d'urgence des hôpitaux, les premiers intervenants, les travailleurs des refuges, les cliniciens dans les domaines de la santé mentale et de la consommation de substances et les intervenants des services d'approche sur la grossesse. L'objectif de ces questions est de les faire réfléchir sur ce qu'ils font déjà bien et sur ce qu'ils pourraient faire d'autre en réponse à la consommation et à la mauvaise utilisation d'opioïdes.

QU'EST-CE QUE LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES?

Le traumatisme peut être défini comme étant des expériences qui dépassent la capacité d'un individu à y faire face. Il peut notamment s'agir de traumatismes vécus au début de la vie par les enfants, comme la maltraitance, la négligence et le fait d'être témoin de scènes de violence, ainsi que d'expériences traumatisantes vécues plus tard, comme des actes de violence, des accidents, des catastrophes naturelles, une agression sexuelle et un viol, la guerre, des expériences vécues par les réfugiés, la perte soudaine et inattendue d'un être cher et d'autres événements de la vie que la personne ne maîtrise pas. Le traumatisme peut aussi être la conséquence de la pauvreté, d'une maladie potentiellement mortelle, d'événements intergénérationnels et du deuil et de la perte de personnes aimées. Il peut survenir à la suite d'un seul événement ou d'expériences multiples. De plus, un événement ou une expérience semblable peut avoir été un traumatisme par quelqu'un, mais pas pour quelqu'un d'autre.

Les gens réagissent différemment aux traumatismes. La consommation de substances, la dépression et l'anxiété sont des réactions très courantes face à des expériences de traumatisme et de violence. Elles ne sont pas vécues pareillement par les femmes, les hommes, les transgenres et les personnes de genre divers. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un type particulier de réaction aux traumatismes. Il s'agit d'un diagnostic psychiatrique établi quand une personne souffre de symptômes appartenant à trois « groupes » : les souvenirs dérangeants, les symptômes d'évitement et d'anesthésie émotionnelle et les symptômes d'hyperexcitation.

Des études continuent de montrer que des expériences passées ou présentes de traumatisme et de violence sont courantes chez les personnes qui recourent à divers soins de santé et services sociaux. La pratique tenant compte des traumatismes est une façon de travailler qui reconnaît la prévalence et l'effet des traumatismes sur la vie des gens qui ont recours aux soins de santé et aux services sociaux. Le but des systèmes tenant compte des traumatismes est d'éviter de retraumatiser les personnes, tout en soutenant la sécurité, le choix et le contrôle afin de favoriser leur guérison.

La consommation de substances, la dépression et l'anxiété sont des réactions très courantes face à des expériences de traumatisme et de violence.

À quoi ressemblent les services tenant compte des traumatismes?

La pratique tenant compte des traumatismes consiste à s'assurer que les organisations, les programmes et les prestataires directs de services mettent sur pied des approches de soins qui évitent de retraumatiser les gens et qui placent au premier rang leur sécurité, leurs choix et leur contrôle de la situation. Les services tenant compte des traumatismes prennent des aspects différents selon le contexte et l'organisation, mais ont tous ceci en commun :

- offrir des espaces accueillants;
- donner un choix, un contrôle et une voix à tous les patients ou clients qui ont recours aux services;
- s'employer à créer une sécurité physique, émotionnelle et culturelle pour tout le monde, y compris le personnel;
- offrir des possibilités d'acquérir des compétences en mieux-être et d'adaptation pour gérer les réactions aux traumatismes;
- fournir des renseignements sur les effets des traumatismes et des ressources pour en savoir plus sur les traumatismes ou sur la façon d'accéder à des traitements les concernant dans la communauté;
- mettre au jour les forces des gens et d'en tirer parti plutôt que de se concentrer sur les déficits et le « comportement difficile ».



Une approche tenant compte des traumatismes peut être mise en œuvre dans n'importe quel contexte de service ou organisation. Les services tenant compte des traumatismes sont différents des interventions propres aux traumatismes, qui sont conçues pour répondre au besoin de guérison à la suite d'expériences de vie traumatisantes et pour faciliter le rétablissement après un traumatisme grâce à un counseling spécialisé et à d'autres interventions cliniques. La pratique tenant compte des traumatismes prendra des allures différentes dans chaque organisation en fonction des types de services offerts et des ressources disponibles. Voici quelques-uns des avantages qu'elle peut offrir :

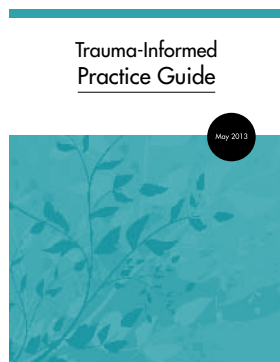
- Une amélioration de l'accès aux services, p. ex., recherche d'aide plus précoce, taux plus élevés d'achèvement des traitements, recours plus important aux services de prévention, satisfaction accrue à l'égard des services
- Une meilleure fidélisation du personnel et une plus grande satisfaction à l'égard de l'emploi, p. ex., moins d'épuisement ou d'usure de compassion, moins de traumatismes vicariants
- La promotion de l'équité en matière de santé, c'est-à-dire qu'elle soutient l'élaboration de programmes et la mise en place de services qui reflètent les besoins, les préoccupations et les préférences de divers groupes.

La pratique tenant compte des traumatismes prendra des allures différentes dans chaque organisation.

Même si la mise en œuvre peut être faite par de nombreuses voies différentes, la sensibilisation tant au niveau individuel qu'organisationnel aux principes fondamentaux de la pratique tenant compte des traumatismes est une première étape importante. Ces principes fondamentaux sont les suivants :

1. Sensibilisation aux traumatismes
2. Sécurité et fiabilité
3. Choix, collaboration et liens relationnels
4. Approche fondée sur les forces et l'acquisition d'habiletés

Le présent guide donne un aperçu de chacun de ces principes. Une description plus détaillée figure dans le *Trauma-Informed Practice Guide* élaboré par les Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique, qui peut être téléchargé à partir de www.bccewh.bc.ca (en anglais seulement).



Principes de la pratique tenant compte des traumatismes



La pratique tenant compte des traumatismes sous-entend qu'on intègre tous les aspects de la prestation de services des connaissances sur les expériences passées et présentes de violence et de traumatisme. Le but des systèmes tenant compte des traumatismes est d'éviter de retraumatiser les personnes, tout en soutenant la sécurité, le choix et le contrôle afin de favoriser leur guérison. (Adapté du *Trauma-Informed Practice Guide*, Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique, 2013)

SENSIBILISATION AUX TRAUMATISMES

La sensibilisation aux traumatismes est le fondement d'une pratique qui tient compte des traumatismes. Être « sensible aux traumatismes » signifie que les gens comprennent la forte prévalence des traumatismes dans la société, le large éventail de réactions, d'effets et d'adaptations auxquelles les personnes ont recours pour surmonter leurs traumatismes et la manière dont cela peut influencer sur la prestation des services (p. ex., la difficulté à établir des rapports, le fait de manquer les rendez-vous).

SÉCURITÉ ET FIABILITÉ

La sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle joue un rôle important dans la pratique tenant compte des traumatismes. La sécurité est un premier pas nécessaire pour établir de solides rapports de confiance, susciter un recours aux services et favoriser la guérison. Instaurer la sécurité au sein des services tenant compte des traumatismes exige de prendre conscience des risques de stress traumatique secondaire et de traumatisme vicariant, ainsi que de la nécessité des soins personnels pour tous les employés d'une organisation.

CHOIX, COLLABORATION ET LIENS RELATIONNELS

Les services tenant compte des traumatismes encouragent les occasions de travail en collaboration avec les enfants, les jeunes et les familles. Ils insistent sur l'importance de donner des choix et de permettre l'établissement de liens relationnels en respectant les paramètres des services dispensés. Cette expérience de choix, de collaboration et de liens relationnels passe souvent par une invitation à participer à l'évaluation des services et par la formation de groupes consultatifs d'utilisateurs des services pour offrir des conseils concernant la conception des services ainsi que les droits et les griefs des utilisateurs.

APPROCHE FONDÉE SUR LES FORCES ET L'ACQUISITION D'HABILITÉS

Promouvoir la résilience et les habiletés d'adaptation peut aider les personnes à gérer les déclencheurs associés aux expériences traumatiques antérieures et contribuer à la guérison et à l'autonomie sociale. Une approche fondée sur les forces pour la prestation des services reconnaît les habiletés et la résilience des personnes ayant survécu à un traumatisme, favorise l'autonomisation et appuie une culture organisationnelle « d'apprentissage émotionnel » et « d'apprentissage social ».

NOTES



SENSIBILISATION AUX TRAUMATISMES

1. SENSIBILISATION AUX TRAUMATISMES

Le principe de la sensibilisation aux traumatismes sous-entend de comprendre les effets des traumatismes, les différents types de traumatismes (p. ex., traumatisme lié à un incident unique, traumatisme au cours du développement, traumatisme intergénérationnel) et les répercussions sur les individus, les familles et les communautés. Les traumatismes peuvent avoir des conséquences sur chaque aspect de la vie d'une personne et peuvent se manifester de différentes façons. Ils peuvent influencer sur :

- le développement;
- la manière dont les gens s'adaptent et survivent;
- le risque de consommation de substances;
- la santé physique;
- la santé mentale;
- les relations sociales;
- la participation à la vie sociale.

Une personne qui a vécu un traumatisme est exposée à un risque accru de retraumatisation. La retraumatisation est une situation, une attitude, une interaction ou un contexte qui rappelle à une personne un traumatisme passé et qui déclenche chez elle les sentiments accablants et les réactions fortes associés à cette expérience. Souvent, la retraumatisation reproduit la dynamique du traumatisme initial, c'est-à-dire la perte de pouvoir, de contrôle et de sécurité.

Être « sensible aux traumatismes » sous-entend de se demander « Qu'est-il arrivé à cette personne? » plutôt que « Qu'est-ce qui ne va pas chez cette personne? ».

Être « sensible aux traumatismes » signifie comprendre que les traumatismes sont courants et que toute personne qui a recours aux soins de santé et aux services sociaux peut avoir des antécédents inconnus de traumatisme. En prenant des « précautions universelles » ou en présumant que tous les clients ou patients peuvent avoir des antécédents de traumatisme, les services peuvent être orientés de sorte à réduire le plus possible le risque d'une quelconque retraumatisation.

La sensibilisation aux traumatismes permet aussi de mieux comprendre comment les personnes qui ont vécu un traumatisme sont susceptibles de recourir aux services. Lorsque les prestataires de services sont « sensibles aux traumatismes », ils parviennent à comprendre que les réactions et les comportements des gens (p. ex., la rage, le refus des traitements, la défiance, la peur) sont dus à une blessure antérieure plutôt qu'à une maladie ou à une mauvaise conduite. La question devient « Qu'est-il arrivé à cette personne? » au lieu d'être « Qu'est-ce qui ne va pas chez cette personne? ». S'ils ne sont pas sensibilisés aux traumatismes, les prestataires de services risquent de mal interpréter le comportement des gens et d'agir d'une manière qui amplifie leurs sentiments de peur et de perte de contrôle, ce qui peut les mener à renoncer aux services.

Les expériences passées et présentes de traumatisme et de violence et la mauvaise utilisation d'opioïdes et la dépendance sont étroitement liées.^{7-13,15-17} Plutôt que de considérer ces dernières comme un problème en soi, la sensibilisation aux traumatismes aide à comprendre qu'elles représentent une tentative de faire face aux problèmes. Les expériences de traumatisme sont aussi étroitement liées à la douleur chronique. En dehors des traitements actifs contre le cancer, des soins palliatifs et des soins de fin de vie, la douleur chronique est l'un des principaux motifs de prescription d'opioïdes. Chez certaines personnes, elle découle d'un événement traumatisant comme une agression physique ou sexuelle, un accident de la route ou une forme ou une autre de catastrophe. Dans ces circonstances, la personne peut à la fois vivre un traumatisme et ressentir une douleur chronique. Les personnes qui ont été victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle ont également tendance à être exposées à un plus grand risque d'apparition de certains types de douleur chronique plus tard dans leur vie et à être plus vulnérables vis-à-vis d'une mauvaise utilisation d'opioïdes.

Lignes directrices concernant la sensibilisation aux traumatismes et la prescription d'opioïdes

Les liens entre les expériences de traumatisme et de violence, les troubles de santé mentale et les problèmes de consommation de substances sont largement reconnus et les médecins et les infirmières praticiennes sont invités à prendre ces questions en considération quand ils discutent des avantages et des méfaits possibles de la consommation d'opioïdes avec leurs patients.

Les *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, édition 2017 indiquent que les opioïdes présentent un risque de 5,5 % de dépendance et recommandent d'éviter de les prescrire à des personnes ayant des antécédents de troubles liés à la consommation de substances ou chez qui a été posé un diagnostic de maladie mentale et de les bannir chez les personnes souffrant à l'heure actuelle de problèmes de consommation de substances.³²

Même s'il existe un certain nombre d'outils de dépistage pour aider à détecter les patients exposés à un risque de mauvaise utilisation d'opioïdes ou de dépendance, aucun d'entre eux ne s'est avéré en mesure de prédire qui pourrait être à écarter des traitements par opioïdes sur ordonnance.³³ Les outils de dépistage peuvent certes donner des indications utiles, mais ils ne remplacent pas une discussion ouverte et sans aucun jugement sur des questions comme la santé mentale, la consommation de substances, la violence durant l'enfance, la violence sexuelle et d'autres expériences de traumatisme.

Dans son document intitulé *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder* (Lignes directrices pour la gestion clinique des troubles liés à la consommation d'opioïdes) élaboré en 2017, le Centre sur la consommation de substances de la Colombie-Britannique mentionne les taux élevés de traumatismes et de troubles post-traumatiques qui existent chez les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances et encourage les cliniciens à se familiariser avec les principes de la pratique tenant compte des traumatismes.³⁴

Traumatismes, genre et consommation d'opioïdes

La plupart des gens ayant des problèmes de consommation de substances indiquent avoir vécu une forme ou une autre de traumatisme et la majorité ont subi de multiples traumatismes.¹⁸ Ils précisent souvent qu'ils consomment des substances pour les aider à « faire face » au stress ou à « l'anesthésie » émotionnelle négative découlant du traumatisme. Des études continuent de montrer que les hommes, les femmes, les transgenres et les personnes de genre divers ont souvent des expériences de traumatisme différentes, ce qui influe sur leur consommation d'opioïdes. En voici des exemples :

- Chez les femmes et les hommes dépendants des opioïdes sur ordonnance, la probabilité de signaler l'existence d'un événement traumatisant est plus forte que dans le cas d'autres types de consommation de substances.⁹ Ces femmes et ces hommes ont aussi tendance à avoir vécu leur premier traumatisme à un plus jeune âge et ont plus de chances de faire état d'un traumatisme subi dans leur enfance, notamment la maltraitance, la négligence ou le fait d'avoir été témoin de scènes de violence.⁹ La dépression, l'anxiété, l'automutilation et le suicide sont également courants chez les femmes et les hommes atteints de troubles liés à la consommation d'opioïdes (dont la mauvaise utilisation d'opioïdes sur ordonnance et la consommation d'opioïdes illégaux).^{7,8}
- Les expériences vécues par les femmes et les hommes dépendants des opioïdes sont, d'après leurs dires, différentes. Chez les femmes, le plus grand risque de dépendance aux opioïdes survient lorsqu'elles reçoivent une ordonnance pour un médicament opioïde.¹⁹ Les femmes ont tendance à se plaindre de souffrir de plus de douleur physique chronique et ont plus de chances de recevoir une ordonnance pour un analgésique opioïde.^{20,21} Le risque de souffrir de douleur physique chronique est même supérieur chez les femmes qui ont été victimes de violence et de mauvais traitements.²² En revanche, les hommes sont plus susceptibles de recourir à des sources illégales d'opioïdes et d'avoir des comportements de consommation des médicaments plus risqués, comme consommer seul sans prescription, augmenter la dose consommée et ingérer le médicament par une voie autre que celle prévue.²³⁻²⁶
- Les taux de discrimination, de harcèlement et de violence physique et sexuelle fondés sur le genre sont très élevés au sein des populations transgenres. Dans le cadre d'une étude américaine, la quasi-totalité (98 %) des personnes transgenres déclarait avoir vécu un ou plusieurs événements traumatisants au cours de leur vie, comparativement à 56 % des femmes et des hommes cisgenres de la population générale.²⁷ Même si les recherches sur la mauvaise utilisation d'opioïdes chez les personnes transgenres sont limitées, la prévalence de la consommation d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales chez les adultes transgenres est élevée.²⁸ Une étude conclut que les taux d'utilisation d'analgésiques sur ordonnance à des fins non médicales sont également plus élevés chez les jeunes transgenres que chez les jeunes cisgenres.²⁹

Les hommes, les femmes, les transgenres et les personnes de genre divers ont souvent des expériences de traumatisme différentes, ce qui influe sur leur consommation d'opioïdes.



Des données de Colombie-Britannique montrent aussi certaines tendances en lien avec le genre et les traumatismes :

- En Colombie-Britannique, les hommes sont plus susceptibles de mourir d'une surdose liée aux opioïdes (au fentanyl en particulier).³⁰ Il s'est avéré que les hommes qui sont morts d'une surdose d'opioïdes avaient plus souvent consommé des opioïdes sur ordonnance qui ne leur avaient pas été prescrits que les femmes (71 % des hommes contre 46 % des femmes).²⁴
- Dans une étude portant sur 692 travailleuses du sexe à Vancouver, 18,8 % ont indiqué qu'elles consommaient des opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales; la violence conjugale et le harcèlement policier étaient tous deux corrélés à la consommation récente à des fins non médicales.¹⁰
- La situation d'urgence en matière de santé publique en ce qui a trait aux opioïdes a touché de manière disproportionnée les peuples et les communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique en raison de l'héritage de la colonisation qui perdure. Les traumatismes intergénérationnels sont l'une des raisons pour lesquelles les membres des Premières Nations britanno-colombiennes sont plus susceptibles de faire une surdose. En 2015-2016, 14 % de toutes les surdoses d'opioïdes en Colombie-Britannique ont touché des personnes des Premières Nations et ces personnes courent cinq fois plus de risques que les personnes non autochtones de subir une surdose. Parmi les membres des Premières Nations atteints par une surdose, les hommes avaient 2,5 fois plus de chances de mourir que les femmes. Alors que les hommes étaient plus susceptibles de mourir d'une surdose, les taux de surdose étaient presque égaux chez les hommes (52 %) et les femmes (48 %) des Premières Nations. Chez les femmes des Premières Nations, le nombre de surdoses était huit fois plus élevé que chez les femmes non autochtones et le nombre de décès par surdose était cinq fois plus élevé.¹¹

Alors que les études continuent à montrer comment les traumatismes et le genre influent sur la consommation de substances dans divers groupes et populations, les prestataires de services ne devraient pas oublier que de nombreuses personnes avec qui ils travaillent font partie simultanément de plusieurs sous-populations et peuvent ressentir des effets nombreux et complexes des traumatismes. Une sensibilisation accrue à ces multiples appartenances peut aider les prestataires de services à détecter les forces et les points de vue uniques de leurs clients ou patients et à mettre au point des approches sur mesure pour répondre au mieux à leurs préoccupations et à leurs besoins.

Les approches en matière de services qui tiennent compte du genre améliorent l'accès et la satisfaction concernant les prestations de services. Des services sexospécifiques peuvent aussi renforcer la sécurité, en particulier pour les femmes et les personnes transgenres, et correspondre aux préférences et répondre aux préoccupations de divers groupes de genre. De plus, les données probantes concernant les effets sexospécifiques des opioïdes, des médicaments ou de divers traitements peuvent être intégrées à votre pratique.

Pour en savoir plus sur l'intégration d'approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe dans votre pratique, consultez *Terres nouvelles : Outils pour intégrer des interventions tenant compte du genre et des traumatismes dans les pratiques et les politiques en matière de consommation de substances* (qui peut être téléchargé à partir de www.bccewh.bc.ca).

Les approches qui tiennent compte du genre peuvent améliorer l'accès, la sécurité et la satisfaction concernant les soins de santé et les services sociaux.

Stratégies pour les prestataires de services

1. Reconnaissez que les expériences passées et présentes de traumatisme et de violence sont un facteur de risque potentiel de mauvaise utilisation d'opioïdes et que la consommation de substances peut être une manière de faire face aux effets des traumatismes, parfois de façon différente pour les femmes, les hommes, les transgenres et les personnes de genre divers.
2. Soyez capable de reconnaître les effets des traumatismes chez les patients ou les clients et également chez le personnel, et à quoi ils peuvent ressembler chez différentes personnes.
3. Partez du principe qu'il faut prendre des « précautions universelles ». La plupart du temps, il n'y a pas besoin de demander aux patients ou aux clients des détails sur leurs expériences passées ou présentes de traumatisme. Adaptez les procédures, les pratiques et les services pour prendre en compte que les traumatismes sont courants et présumez que tout patient ou client peut avoir vécu des expériences de traumatisme.
4. Renseignez-vous sur les programmes et services locaux qui offrent des traitements propres aux traumatismes pour les femmes, les hommes, les transgenres et les personnes de genre divers qui peuvent souhaiter être aiguillés vers des services plus spécialisés. Envisagez aussi le recours à des programmes intégrés, interdisciplinaires, combinés ou holistiques qui traitent plusieurs problèmes liés aux traumatismes, à la dépendance et à la douleur chronique.
5. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les gens peuvent consommer des opioïdes. Pour ceux qui consomment des opioïdes ou d'autres substances afin de faire face aux effets des traumatismes, il peut être utile de normaliser leurs réactions. Demandez-leur s'ils souhaitent en savoir plus sur les effets des traumatismes et offrez-leur l'espoir de guérir.

6. Donnez aux patients ou aux clients des renseignements sur les liens entre la douleur, les traumatismes et la consommation d'opioïdes. Cette meilleure compréhension de la manière dont les expériences passées de traumatisme influent sur leur bien-être physique peut faire naître en eux l'indulgence et l'autocompassion. Si les gens le souhaitent, les prestataires de services peuvent promouvoir des interventions à la fois sur le corps et l'esprit qu'ils pourraient trouver utiles, comme la méditation de pleine conscience, le yoga, la thérapie cognitive axée sur les traumatismes et les ressources de gestion de soi, comme certaines applications sur téléphone intelligent. Reconnaissez et insistez sur le fait que ces interventions peuvent ne pas produire des résultats immédiats et que l'acquisition de nouvelles compétences d'adaptation aux traumatismes et à la douleur physique prend du temps.

Stratégies pour les organisations

1. Donnez à tout le personnel, à tous les niveaux, une formation de base sur les traumatismes, leurs effets et la façon dont ils influent sur le recours aux services.
2. Élaborez des politiques ou des procédures pour réduire le plus possible le risque de retraumatisation, p. ex., des stratégies de désescalade, des pratiques exemplaires « tenant compte des traumatismes » pour la prestation d'opérations comme les analyses d'urine ou l'administration de médicaments.

Sites de prévention des surdoses tenant compte du genre

SisterSpace est le premier programme de prévention des surdoses réservé aux femmes au Canada. Le programme est géré par l'organisme Atira Women's Resource Society, en partenariat avec la régie de santé Vancouver Coastal Health, la Ville de Vancouver, l'organisme spécialiste du logement BC Housing, l'hôpital BC Women's Hospital et la régie de santé provinciale Provincial Health Services Authority.³¹ SisterSpace offre aux femmes un environnement sécuritaire dans un local où elles peuvent s'injecter leurs propres drogues et, si elles le souhaitent, entrer en relation avec d'autres formes de soutien comme des services de santé et des services communautaires, des options supplémentaires de réduction des méfaits et des possibilités d'accès au logement.

Le programme a été conçu pour être sexospécifique et son élaboration a suivi les principes de la pratique tenant compte des traumatismes. De nombreuses femmes ont de la difficulté à participer à des programmes où il y a aussi des hommes à cause de leurs expériences de violence et de leur besoin d'éviter les hommes qui leur ont fait du mal ou qui sont susceptibles de leur en faire. Outre la prévention des décès par surdose et le renforcement des liens avec d'autres services, le programme offre aux femmes l'avantage de recevoir un soutien social et émotionnel et de trouver une sécurité physique et affective.³¹



Étude ACE et prévention de la mauvaise utilisation d'opioïdes

L'étude Adverse Childhood Experiences (ACE), qui porte sur les expériences négatives vécues durant l'enfance, est une des études les plus importantes jamais menées pour évaluer les liens entre la maltraitance des enfants et leur santé et leur bien-être plus tard dans la vie. Elle a conclu que les expériences négatives vécues durant l'enfance étaient beaucoup plus courantes que ce qui est généralement admis et qu'elles étaient souvent concomitantes et directement liées à la consommation de substances et aux problèmes de santé mentale plus tard dans la vie, ainsi qu'à un certain nombre de maladies chroniques comme le diabète et les maladies du cœur.

Il existe plusieurs études montrant une forte corrélation entre les expériences négatives vécues durant l'enfance (il y a dix types de traumatismes subis dans l'enfance qui sont mesurés dans l'étude ACE) et la mauvaise utilisation d'opioïdes et la dépendance.^{12, 15, 17, 35-37} Les résultats de recherche semblent indiquer que les gens qui ont vécu de multiples expériences négatives durant l'enfance sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de mauvaise utilisation d'opioïdes. Par exemple, une vaste étude représentative de la population menée aux États-Unis a montré qu'il existait une relation dose-réponse entre le nombre d'expériences traumatisantes et le risque accru de mauvaise utilisation de médicaments sur ordonnance chez les adultes. Les personnes ayant vécu cinq expériences négatives durant l'enfance ou plus avaient trois fois plus de chances de mal utiliser des analgésiques sur ordonnance et cinq fois plus de chances de consommer des drogues par injection.¹²

Les programmes et les initiatives qui réduisent l'exposition aux expériences négatives durant l'enfance et qui favorisent la résilience chez les personnes qui ont été exposées à l'adversité peuvent jouer un rôle crucial dans la diminution du risque de mauvaise utilisation d'opioïdes et de dépendance plus tard dans la vie. Parmi ces programmes figurent notamment les programmes de visites à domicile, d'éducation de la petite enfance, de développement du nourrisson, de formation au rôle de parent, de soins et de soutien prénataux et postnataux et de promotion de la santé communautaire. De plus, les prestataires de services qui travaillent avec des adultes ayant connu l'adversité dans leur enfance peuvent encourager les pratiques de renforcement de la résilience; les approches de développement communautaire pour établir des liens et un soutien social sont également importantes.



Signes d'une réaction aux traumatismes

Les traumatismes peuvent influencer sur la façon dont les gens recourent aux services. Comme de nombreuses personnes auront une réaction au traumatisme lorsqu'elles accéderont aux services, il est important de savoir reconnaître ces réactions et y répondre. Être « sensible aux traumatismes » ne veut pas dire que les prestataires de services doivent être des experts du traitement des traumatismes. Toutefois, ils doivent en savoir assez pour être en mesure de reconnaître de possibles réactions aux traumatismes et, le cas échéant, d'expliquer à leurs patients ou leurs clients ce qu'est le traumatisme et quels en sont les effets.

La réponse que les prestataires de services choisissent d'apporter dépendra de leur rôle au sein de leur programme ou de leur organisation, de leur relation avec la personne, ainsi que de leur expérience et de leurs connaissances de la prise en compte des traumatismes. Voici quelques points à prendre en considération pour décider comment répondre :

- *Qu'est-ce qui serait utile au client ou au patient à ce moment?* P. ex., aller dans un endroit plus calme, avoir un ami ou un membre de sa famille qui vient s'asseoir avec lui, travailler avec lui pour utiliser une compétence en conscience de l'ici-maintenant ou d'adaptation qui, selon ce qu'il vous a dit précédemment, l'aide dans ces situations particulières.
- *Quand le client ou le patient est prêt, faites le bilan de ce qui lui est arrivé. Sait-il ce qui a déclenché la réaction? Si c'est le cas, y a-t-il des moyens d'adapter les soins et les traitements pour cette personne à l'avenir?* Par exemple, si une salle d'attente bondée lui a fait perdre pied, la personne peut peut-être patienter dans un bureau plus calme à l'avenir. Si des portes verrouillées et d'autres mesures de sécurité la rendent mal à l'aise, il est peut-être possible de la rencontrer ailleurs que dans ces locaux ou de lui montrer comment fonctionnent les verrous pour qu'elle puisse les ouvrir et les fermer quand elle le souhaite.
- *Comment le patient ou le client voit-il ce qui lui est arrivé?* Les prestataires de services peuvent jouer un rôle important pour aider à resituer les réactions aux traumatismes et à confirmer que ce sont des tentatives de surmonter des expériences accablantes, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une réaction normale face à un événement anormal. Ce type de recadrage peut être réconfortant et aider les gens à comprendre qu'ils ne sont pas en train de « devenir fous » ou de « dérafer ».

Signes possibles d'une réaction directe à un traumatisme

- Sudation
- Modification de la respiration (hyperventilation ou apnée)
- Raideur musculaire, difficulté à se détendre
- Déchaînement d'émotions fortes (p. ex., colère, tristesse, etc.)
- Accélération du rythme cardiaque
- Réaction de sursaut, tressaillement
- Tremblements
- Regard dans le vide
- Décrochage de la conversation en cours, perte de concentration
- Incapacité à se concentrer ou à suivre des directives
- Incapacité à parler

troubles
du sommeil
troubles de
l'immunodéficience
agitation **asthme**
problèmes de **palpitations**
respiration **maux de tête**

CORPS

douleurs à **douleurs**
la poitrine **chroniques**

douleurs
pelviques
fatigue
chronique
problèmes
de digestion
tension

cauchemars
dissociation **colère**
flashbacks **éviter certains endroits, certaines**
hypervigilance **personnes ou situations**
sentiment de **ESPRIT** difficultés de
perte de contrôle **concentration**
accablement **difficulté à avoir du plaisir à passer** **troubles de mémoire**
troubles de mémoire **nervosité**
du temps avec la famille et les amis
sautes d'humeur **pensées suicidaires**
distraction **anxiété**
perte de la
notion du
temps

dépression **sentiment**
engourdissement **de détachement**
consommation de **peur** **désespoir**
drogues et d'alcool **perte d'intérêt envers la vie**
perte de **COEUR** **manque de**
sens de **confiance**
la vie **haine de soi** **culpabilité**
perte de **tristesse** **honte**
la foi **irritabilité**
isolement
se blâmer
chagrin

Les traumatismes ont des effets différents pour chaque personne. Il est possible de se rétablir d'un traumatisme.

Questions stimulant la discussion

Les questions suivantes ont pour but de stimuler la discussion au sein de petits groupes pour les amener à réfléchir sur leur travail et à se demander « Qu'est-ce que nous faisons bien? Que pouvons-nous faire d'autre? ».

1. Globalement, quelle est la prévalence des traumatismes dans la ou les populations avec qui vous travaillez? De quelles manières votre organisation tient-elle déjà compte et traite-t-elle des traumatismes (directement ou indirectement) avec vos clients?
2. De quelles manières la consommation et la mauvaise utilisation d'opioïdes en augmentation ont-elles influé sur votre travail? Quelles populations sont touchées et de quelles manières (p. ex., femmes consommant des opioïdes sur ordonnance, surdoses accidentelles chez les aînés)? À votre avis, quels sont les facteurs qui contribuent à ces tendances? Votre organisation dispose-t-elle de moyens supplémentaires pour faire face à ces tendances, p. ex., en modifiant les pratiques de prescription, grâce à la prévention en s'attaquant au problème des expériences négatives vécues durant l'enfance, en soutenant les familles?
3. La pratique tenant compte des traumatismes est parfois décrite comme une « précaution universelle ». Étant donné la prévalence des traumatismes, tout le personnel d'une organisation a de fortes chances de rencontrer des personnes ayant des antécédents de traumatisme. Quels sont certains des changements d'orientation qui peuvent être généralisés dans la prestation de vos programmes et qui ne nécessitent pas de connaître les antécédents de traumatisme d'une personne, mais qui répondent aux besoins de sécurité, de choix et de contrôle de cette personne? Existe-t-il des avantages possibles pour les personnes qui n'ont pas d'antécédents de traumatisme?
4. De quel type de renseignements sur les traumatismes et la consommation de substances vos clients disposent-ils? Ces renseignements sont-ils accessibles, à jour et adaptés à la population avec qui vous travaillez?
5. Tout le personnel de votre organisation a-t-il une connaissance de base des causes et des effets possibles des traumatismes? Sait-il comment répondre aux clients ou aux patients qui pourraient être aux prises avec une réaction à un traumatisme? Quelles ressources sont disponibles pour en savoir plus?

NOTES



SÉCURITÉ ET FIABILITÉ

2. SÉCURITÉ ET FIABILITÉ

La sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle et la fiabilité sont cruciales dans la pratique tenant compte des traumatismes car les gens qui ont vécu des traumatismes peuvent se sentir en danger en permanence, sont susceptibles d'avoir été victimes d'abus de pouvoir dans des relations importantes et peuvent se trouver actuellement dans des relations ou des conditions de vie dangereuses. La sécurité et les besoins des prestataires de soins de santé et de services sociaux sont aussi des éléments d'une importance capitale dans la pratique tenant compte des traumatismes, en particulier le soutien lié à la gestion du stress professionnel qui peut entraîner un traumatisme vicariant, un épuisement ou une usure de compassion.

Pour réussir à participer aux services, les gens doivent avoir le sentiment d'être hors de tout danger immédiat. La sécurité et la fiabilité pour les patients et les clients peuvent être établies ou renforcées grâce à des pratiques telles que :

- des procédures d'admission emplies de bienveillance;
- l'adaptation de l'espace physique pour qu'il soit moins menaçant;
- la fourniture de renseignements clairs sur les programmes (c'est-à-dire qui fait quoi et comment);
- l'obtention d'un consentement éclairé;
- l'illustration des attentes prévisibles;
- la programmation cohérente des rendez-vous;
- des interactions sans aucun jugement.

Les gens doivent avoir le sentiment d'être hors de tout danger immédiat avant de pouvoir recourir aux services.

La culture joue un rôle important sur la façon dont les gens qui ont vécu des traumatismes comprennent et expriment ce qui leur est arrivé. Elle peut aussi avoir une influence sur la nature des soutiens et des interventions qu'ils pourraient trouver utiles pour guérir du traumatisme. La sécurité culturelle est un angle de vue important pour développer de meilleurs soins de santé et services sociaux pour les Autochtones et les initiatives qui la concernent visant à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones sont en synergie avec la pratique tenant compte des traumatismes. La formation sur la sécurité culturelle peut être un outil utile pour améliorer les relations entre les prestataires de services et les peuples autochtones, pour analyser les pratiques organisationnelles et pour élaborer des politiques qui favorisent la guérison et l'autodétermination.

L'épuisement, le traumatisme vicariant, le traumatisme secondaire, la réaction traumatique et l'usure de compassion sont quelques-unes des expressions utilisées pour décrire les effets du stress professionnel. De nombreux prestataires de services ont eux-mêmes vécu des traumatismes à divers degrés ou en ont été témoins, et de nombreux autres ont observé ou entendu des histoires de traumatisme et de violence chez les populations avec qui ils travaillent. Pour beaucoup de prestataires de services, la crise des opioïdes a intensifié les traumatismes auxquels ils sont exposés. Les premiers intervenants tout comme le personnel et les bénévoles des organismes communautaires, des programmes de logements sociaux, des centres de santé de quartier et des services sociaux municipaux ont tous été directement touchés par les surdoses et les décès qui y sont associés. De nombreux prestataires de services deviennent plus vigilants (p. ex., en effectuant des vérifications sur les clients qui dorment, en s'inquiétant des risques de surdoses par contact à la suite d'une exposition accidentelle à des opioïdes synthétiques) et beaucoup pleurent la perte d'êtres chers morts de surdose ou soutiennent ceux qui les pleurent^{38, 39}. Dans d'autres contextes, les prestataires de services travaillent avec des clients et des patients souffrant de problèmes de santé de plus en plus complexes, incluant des douleurs chroniques, des douleurs non soulagées et les effets secondaires et à long terme de la consommation d'opioïdes. Les conséquences en sont les suivantes : davantage de soins primaires et de visites dans les services d'urgence, davantage d'hospitalisations et des séjours à l'hôpital plus longs.

Les politiques et procédures des organismes et des établissements communautaires peuvent avoir un effet considérable sur la réduction du stress et des traumatismes vécus par leur personnel et sur sa capacité à réagir à ces pressions croissantes et à les gérer. Les pratiques d'établissement de bilans, les possibilités de recours à des soins personnels, la formation sur la résilience, les congés payés, la supervision, le soutien par les pairs, les modèles de dotation en personnel, l'accès à du counseling et d'autres services de soutien peuvent grandement influencer sur le bien-être affectif et mental du personnel et permettre à chacun de ses membres de ne pas avoir à porter seul tout le poids des répercussions de son travail.

Pour beaucoup de prestataires de services, la crise des opioïdes a intensifié les traumatismes auxquels ils sont exposés quotidiennement.

Stratégies pour les prestataires de services

1. Dans votre travail, soyez aussi transparent, cohérent et prévisible que possible, ce qui veut dire que vous devez expliquer le pourquoi avant de faire quelque chose.
2. Prenez conscience de l'existence de déclencheurs possibles dans les aspects de tous les jours des soins que vous prodiguez, p. ex., les verrous et l'éclairage, le verre de sécurité, les questions lors de l'admission, le manque d'intimité au cours des procédures, les environnements chaotiques. Dans la mesure du possible, élaborer des stratégies, peu importe leur envergure, pour réduire au maximum les effets potentiels de ces éléments.
3. Aidez à établir un climat de confiance et des relations ouvertes en étant clair sur le respect de la confidentialité des renseignements partagés, sur les exigences en matière de présentation de rapports et sur les procédures concernant le consentement éclairé. La consommation de substances reste un sujet qui fait l'objet d'une forte stigmatisation et les gens peuvent craindre de perdre leur emploi ou de risquer une intervention de la police ou des services de protection de l'enfance s'ils avouent avoir des problèmes de consommation.
4. Ayez la curiosité d'en apprendre davantage sur la culture d'un client et de lui poser des questions à cet égard. Dans la mesure du possible, proposez ou acceptez de participer aux rites culturels, de parler dans la langue maternelle de votre interlocuteur, etc. et aiguillez-le vers les services de guérison adaptés à sa culture.
5. Apprenez à détecter les signes de l'épuisement, du traumatisme vicariant et de l'usure de compassion et soyez capable de les reconnaître chez vous et chez d'autres collègues. Apprenez comment et où vous pouvez accéder à du soutien et à des soins.

Stratégies pour les organisations

1. Donnez aux clients ou patients et au personnel des possibilités de faire des commentaires sur la façon dont le contexte du programme influe sur la sécurité physique et émotionnelle, p. ex., les verrous et l'éclairage, la disposition des meubles, le verre de sécurité.
2. Élaborez des politiques et procédures pour travailler avec les clients qui peuvent être suicidaires, ivres ou drogués, psychotiques ou qui ont des problèmes de comportement, p. ex., des plans de désescalade, une formation sur les interventions non violentes en cas de crise, des directives pour appeler le 911.
3. Offrez au personnel des formations sur la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle, lui permettant notamment de comprendre les différences culturelles dans les réactions aux traumatismes et d'apprendre des pratiques relatives à la conscience de soi et à l'autoévaluation.
4. Fournissez au personnel des renseignements et du soutien en rapport avec l'épuisement et le traumatisme vicariant, en expliquant notamment comment ils se manifestent et quels sont les moyens de réduire le plus possible leurs effets.
5. Veillez à ce que les soutiens et les ressources appropriés soient en place pour aider le personnel qui pourrait souffrir d'épuisement ou de traumatisme vicariant.

Sites de prévention des surdoses

Les sites de prévention des surdoses sont une des principales stratégies mises en place pour répondre à la crise des surdoses d'opioïdes. Leur objectif principal est d'offrir un espace où les gens peuvent consommer des substances en présence d'autres personnes formées aux interventions en cas de surdose. En mai 2017, il existait 23 sites de prévention des surdoses dans toute la Colombie-Britannique, ayant reçu 85 000 visites. Plus de 600 surdoses y ont été gérées et aucun décès n'a été enregistré.⁴⁰

La structure et la fonction de chacun des sites varient selon les ressources et les besoins locaux, mais la plupart d'entre eux ont un environnement moins médicalisé que les sites d'injection supervisée et d'autres centres de santé, ce qui augmente leur accessibilité pour beaucoup de groupes touchés par la crise des surdoses.⁴¹⁻⁴³ Voici quelques-unes des stratégies que les sites ont adoptées pour créer des espaces accueillants et sécuritaires :

- Personnel composé principalement de membres de la communauté ou de pairs qui ont vécu l'expérience de la consommation de drogues illicites et de la dépendance et qui ont eux-mêmes couru le risque de faire une surdose ou ont perdu des amis ou des membres de leur famille, décédés à cause d'une surdose (Les modèles où des pairs font partie du personnel encourageant l'établissement de relations de confiance, empreintes de respect et sans aucun jugement.)
- Meubles disposés comme dans une « salle de séjour »
- Mobilier déplaçable pour que les gens puissent le réagencer selon leurs besoins
- Chaises individuelles et paravents pour les personnes qui préfèrent l'intimité et canapés ou grandes tables pour celles qui veulent établir des liens avec le personnel et les autres
- Peintures murales et œuvres d'art représentatives de la communauté
- Sites au « seuil minimal » le plus bas possible, ayant peu de règles strictes et étant souples et adaptés à un large éventail de besoins et de comportements





Formation sur la sécurité culturelle autochtone

Même si la consommation de substances est courante dans toute la Colombie-Britannique, la situation d'urgence en matière de santé publique au sujet des opioïdes a touché de manière disproportionnée les peuples et les communautés des Premières Nations de la province, en raison de l'héritage de la colonisation qui perdure. Des données de 2015-2016 indiquent que 14 % de toutes les surdoses et 10 % de tous les décès par surdose en Colombie-Britannique ont eu pour victimes des membres des Premières Nations (alors que celles-ci représentent 3,4 % de la population de la province). Le racisme, les traumatismes intergénérationnels et l'accès réduit aux traitements des maladies mentales et des dépendances, comme la thérapie de substitution à la méthadone et le Suboxone, font partie des raisons possibles pour lesquelles les communautés autochtones sont plus touchées par la crise.¹¹

Des soins de santé et des services sociaux adaptés aux différences culturelles réduisent les obstacles empêchant les Autochtones d'accéder aux soins. La formation sur la sécurité culturelle aide les prestataires de services à comprendre comment la santé actuelle des Autochtones résulte des antécédents de colonisation, de placement dans les pensionnats et d'autres pratiques et politiques d'assimilation culturelle et sociale. Cela peut les aider à s'attaquer aux déséquilibres de pouvoir qui ont des répercussions sur les soins et les traitements, à créer des environnements plus sécuritaires où les personnes et leurs familles trouvent le respect, à encourager la prestation de services qui sont pertinents et adaptés aux croyances, aux objectifs et aux besoins des Autochtones et à s'employer à élaborer des pratiques et des politiques qui évitent la retraumatisation.

Le programme de formation sur la sécurité culturelle autochtone San'yas (www.sanyas.ca) (en anglais seulement) est un exemple de formation offerte sur le sujet en Colombie-Britannique. Élaboré par la régie de santé provinciale Provincial Health Services Authority, il permet aux prestataires de services évoluant dans divers contextes, notamment les services de santé, la justice, les services de protection de l'enfance, l'éducation et le monde des affaires, de se former en ligne. Il est conçu pour renforcer les connaissances, la conscience de soi et les compétences des personnes qui travaillent directement ou indirectement avec des Autochtones.

Créer des espaces accueillants et sécuritaires

Créer un environnement accueillant pour les personnes vivant ou ayant vécu des expériences de traumatisme et de violence peut être une stratégie simple mais importante dans la démarche consistant à « se sensibiliser à la pratique tenant compte des traumatismes ». Apporter des changements à l'espace physique dans lequel se déroulent les programmes et sont dispensés les services peut permettre de réduire les déclencheurs possibles pour les patients et les clients, d'accroître les sentiments de sécurité émotionnelle et physique et d'encourager l'établissement de nouvelles relations de confiance. De nombreuses organisations sont confrontées à des facteurs qui limitent leur capacité à effectuer ces changements; cependant, même de petites modifications peuvent faire une différence. Voici une liste de suggestions pour démarrer.

1. Qui accueille les clients ou les patients? Quelles sont certaines des choses qu'ils pourraient leur dire? Est-ce que quelqu'un fait visiter l'espace physique? P. ex.,
 - en montrant aux gens où ils peuvent s'asseoir ou patienter;
 - en leur offrant de quoi boire ou manger ou en leur montrant où ils pourraient se procurer des boissons ou de la nourriture;
 - en mentionnant toute activité ayant lieu dans le bâtiment qui pourrait occasionner du bruit;
 - en leur indiquant où se trouvent les toilettes;
 - en leur donnant une possibilité de poser des questions.
2. L'espace où se déroule le programme est-il organisé d'une manière tenant compte du fait que les gens pourraient avoir besoin de choses différentes pour être à l'aise et que le personnel pourrait devoir faire face à un large éventail de comportements? Permettre aux gens de choisir où ils peuvent patienter et les renseigner sur la durée possible de l'attente peut les aider à avoir le sentiment qu'ils contrôlent mieux la situation. P. ex. :
 - Existe-t-il un endroit plus calme où quelqu'un peut patienter en attendant son rendez-vous si le bruit ou le désordre le perturbe?
 - Certains clients pourraient préférer patienter dehors ou avoir besoin de bouger davantage. Est-il possible qu'un membre du personnel les rencontre à l'extérieur du bâtiment ou dans un couloir ou leur envoie un message texte quand il est prêt?
3. De nombreux aspects de l'environnement physique peuvent déclencher des réactions chez les gens, pourraient les retraumatiser ou les deux. Bien qu'il soit illusoire de penser éliminer tous les déclencheurs possibles, certains changements pourraient être faciles à apporter ou importants à envisager quand on travaille avec des populations bien précises. P. ex. :
 - Est-il possible de faire en sorte que certains espaces physiques aient moins l'air d'être des « établissements », peut-être en y ajoutant des plantes, une boîte de jouets, des œuvres d'art ou des affiches qui sont représentatives de la communauté ou de la population à qui est destiné le programme, ou encore des couleurs chaudes?
 - Pour ce qui des politiques concernant l'éclairage et les verrous, en tenant compte à la fois des clients ou patients et du personnel, qu'est-ce qui donne le sentiment d'être restrictif et qu'est-ce qui contribue à apporter une sensation de sécurité?

Questions stimulant la discussion

Les questions suivantes ont pour but de stimuler la discussion au sein de petits groupes pour les amener à réfléchir sur leur travail et à se demander « Qu'est-ce que nous faisons bien? Que pouvons-nous faire d'autre? ».

1. Quels sont les obstacles empêchant de mettre en place la sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle dans le contexte particulier de vos services et de votre communauté? Quelles sont certaines des stratégies que vous avez utilisées pour augmenter la sensation de sécurité? Ont-elles amélioré la participation et la fidélisation? Que pourriez-vous faire d'autre?
2. Quelles sont quelques-unes de vos forces quand vous intervenez auprès des gens, p. ex., un personnel aimable ou décontracté, des manières créatives de travailler? Utilisez-vous déjà ces forces pour établir des relations de confiance sûres avec les autres?
3. Quels sont les déclencheurs possibles de retraumatisation dans votre domaine d'intervention particulier, p. ex., les analyses d'urine, la fouille des effets personnels, l'administration de médicaments, les verrous et l'éclairage? Quels sont quelques-uns des moyens qui pourraient être employés pour réduire le plus possible leurs effets, p. ex., en expliquant les raisons de ces procédures, en donnant aux clients ou aux patients un certain contrôle sur la manière dont une procédure est mise en œuvre?
4. La crise des opioïdes a-t-elle directement ou indirectement influé sur la capacité de votre organisation à assurer la sécurité physique, émotionnelle et culturelle? Comment est-ce géré par chaque prestataire de services et au niveau organisationnel?
5. Quels soutiens et initiatives existent pour renforcer la sécurité et le bien-être du personnel? Est-ce que ce sont des domaines où plus de soutien pourrait être utile, p. ex., des possibilités de recours à des soins personnels, des formations sur la résilience, une délimitation des limites entre vie personnelle et vie professionnelle, un accès à du counseling concernant le traumatisme vicariant?
6. Quelles sont quelques-unes des forces de votre organisation en matière de soutien du personnel? Y a-t-il une reconnaissance du mérite au travail, une supervision régulière, des possibilités d'évaluation et de commentaires de la part du personnel, une rémunération adéquate, des charges de travail gérables? Les erreurs sont-elles perçues comme des leçons à tirer? La direction réagit-elle face aux préoccupations concernant la sécurité? Compte tenu des ressources limitées, quoi d'autre pourrait être utile?

NOTES

NOTES



**CHOIX,
COLLABORATION ET
LIENS RELATIONNELS**

3. CHOIX, COLLABORATION ET LIENS RELATIONNELS

Le principe du choix, de la collaboration et des liens relationnels reflète l'importance de créer des services qui ne traumatisent pas davantage les gens ni ne les retraumatisent et qui favorisent la guérison et le rétablissement. Les expériences de traumatisme laissent souvent aux personnes un sentiment d'impuissance, avec l'impression de n'avoir guère pu choisir ou maîtriser ce qui leur est arrivé (p. ex., la violence interpersonnelle, une catastrophe naturelle) voire même ce qu'elles ont fait (p. ex., la guerre, la violence politique, un accident de la route).

Donner le choix aux gens, dès que c'est possible, permet de leur rendre maîtrise et responsabilité. Le choix peut concerner tous les aspects des services, par exemple :

- la façon de s'adresser à eux (p. ex., prénom, surnom, titre et nom de famille, pronom reflétant leur identité de genre);
- la manière qui sera privilégiée pour communiquer avec eux;
- la ou les personnes qui s'occuperont de leurs soins;
- les priorités et les objectifs de leur traitement;
- le rythme du traitement ou le niveau de participation dans l'établissement du programme.

Les prestataires de soins de santé et de services sociaux représentent souvent le pouvoir et le contrôle pour les personnes qui ont vécu des traumatismes, ce qui peut être effrayant et accablant pour elles ou provoquer de la colère et de la défiance. Avoir un sentiment de contrôle personnel lors des interactions avec les prestataires de services peut être crucial pour réussir à participer aux services.

La collaboration met en jeu le partage de l'expertise et du pouvoir. Au lieu que ce soient les prestataires de services qui prennent les décisions pour le compte des clients et des patients, ceux-ci devraient participer à l'élaboration d'un plan pour leurs propres soins. Les prestataires de services peuvent partager leurs connaissances, leur expérience et leur accès aux ressources, tandis que les patients ou les clients peuvent partager leurs propres idées sur ce qui pourrait marcher et puiser dans leurs ressources et leurs forces personnelles. La collaboration peut aussi s'étendre aux niveaux organisationnels où les personnes participent à l'évaluation des services et sont invitées à former des groupes consultatifs d'utilisateurs des services pour offrir des conseils concernant la conception des services ainsi que les droits et les griefs des utilisateurs.

Pour les personnes qui vivent ou ont vécu des expériences de traumatisme, pouvoir établir des liens relationnels positifs et sûrs avec les prestataires de services, les pairs et la communauté au sens large peut favoriser la guérison et encourager un renforcement du recours aux soins et au soutien.

Les expériences de traumatisme laissent souvent aux personnes un sentiment d'impuissance, avec l'impression de n'avoir guère pu choisir ou maîtriser ce qui leur est arrivé.



La réduction des méfaits et la crise des opioïdes

La réduction des méfaits est une approche pragmatique du traitement de la consommation de substances. Elle reconnaît que l'abstinence peut ne pas être possible ou souhaitable pour tout le monde et qu'il existe de nombreux moyens de fournir des soins et du soutien susceptibles d'aider les gens à améliorer leur santé et de favoriser la guérison. La pratique tenant compte des traumatismes et les approches de réduction des méfaits s'emploient toutes deux à donner le choix et à « aller à la rencontre des gens au stade où ils en sont ».

La réduction des méfaits permet d'utiliser des moyens d'intervention souples, respectueux et sans aucun jugement qui renforcent la sensation de sécurité et encouragent le recours aux services. Les approches de réduction des méfaits en matière de consommation d'opioïdes comprennent notamment :

- les programmes de distribution de seringues avec fourniture d'aiguilles propres et d'autre matériel;
- les formations sur la prévention et les réactions à avoir en cas de surdose, p. ex., l'accès à la naloxone, la formation au travail et à l'école, les programmes à rapporter à la maison;
- les sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses;
- les programmes de soutien par les pairs;
- les services d'approche et l'éducation;
- les médicaments comme la méthadone ou l'héroïne sur ordonnance;
- la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* (2017).

Stratégies pour les prestataires de services

1. Lorsque vous rencontrez un client ou un patient pour la première fois, demandez-lui comment il aimerait que vous vous adressiez à lui. Vérifiez s'il aimerait être appelé par son prénom, son nom de famille ou son titre (p. ex., Mme Smith, Freddy, Dr Medley). Utilisez des pronoms qui reflètent l'identité de genre d'une personne (p. ex., il, elle, ils, elles); en cas d'incertitude, posez la question avec respect.

2. Utilisez des énoncés qui rendent la collaboration et le choix explicites, p. ex., « J'aimerais comprendre votre point de vue. » « Voyons cela ensemble. » « Trouvons le plan qui fonctionnera le mieux pour vous. » « Par quoi devrions-nous commencer qui est le plus important pour vous? » « Il est important d'avoir votre avis à chaque étape du processus. » « Cela peut fonctionner ou ne pas fonctionner pour vous. C'est vous qui vous connaissez le mieux. »

Stratégies pour les organisations

1. Le langage reflète la culture d'une organisation et s'illustre dans les politiques et procédures. Examinez le langage utilisé dans les politiques, les formulaires, les rapports et les autres documents. Déterminez où il est possible d'aller vers un langage plus encourageant, axé sur le rétablissement et s'appuyant sur les forces, qui met en avant le choix, la collaboration et le contrôle, p. ex., « Le client choisit de ne plus suivre le traitement » plutôt que « Le client ne se conforme pas ».

2. Les femmes, les hommes, les transgenres et les personnes de genre divers ont des besoins uniques et sexospécifiques en matière de soins contre la douleur et de traitement des dépendances, et peuvent tirer avantage du choix d'espaces et de programmes sexospécifiques. Les transgenres et les personnes de genre divers devraient pouvoir choisir d'accéder aux services et d'être aiguillés selon leur expression de genre ou leur préférence exprimée. Utilisez un langage inclusif (y compris diverses identités de genre sur les formulaires d'admission), créez des toilettes sans mention sexospécifique et affichez des ressources bienveillantes à l'égard de la population transgenre dans les salles d'attente pour montrer du respect et favoriser un sentiment de confiance. Tous les clients peuvent avoir envie de discuter de leurs rôles et de leurs attentes sexospécifiques.

3. Faites participer les clients et les patients à l'évaluation des services et aux groupes consultatifs d'utilisateurs des services.



La Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose

La *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* est entrée en vigueur au Canada le 4 mai 2017. De nombreux décès dus à une surdose d'opioïdes pourraient être évités grâce à une intervention médicale rapide. Cependant, l'expérience montre que les témoins d'une surdose n'appellent pas le 911 de peur que la police intervienne.

La *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* offre une certaine protection juridique aux personnes qui cherchent à obtenir une aide d'urgence lorsque survient une surdose. Elle prévoit une exemption d'accusation de simple possession d'une substance réglementée ainsi que d'accusation concernant une mise en liberté conditionnelle, une ordonnance de probation, une condamnation avec sursis ou des violations des conditions de la liberté conditionnelle en lien avec une simple possession pour les personnes qui appellent le 911 pour elles-mêmes ou pour quelqu'un d'autre qui fait une surdose, de même que pour toute personne qui se trouve sur les lieux à l'arrivée de l'aide d'urgence.

La *Loi* est un exemple d'approche de réduction des méfaits pour le traitement de la consommation d'opioïdes et aide à réduire les freins à l'appel à l'aide. Elle contribue aussi à sensibiliser davantage au fait que les surdoses d'opioïdes sont des urgences médicales et non une affaire de police. (Actuellement, les organismes d'application de la loi en Colombie-Britannique ont une politique de « non-intervention » dans les cas de surdose et ne répondront aux appels concernant des surdoses que sur demande expresse, p. ex., en cas de risque pour la sécurité des premiers intervenants.^{39, 44}

Conversations sur la réduction progressive de la consommation d'opioïdes

Les lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes concernant la façon de réduire progressivement la consommation d'opioïdes en toute sécurité et avec efficacité en sont encore au stade de l'élaboration.⁴⁵ Cependant, de nouvelles études semblent indiquer qu'une approche collaborative de la mesure des avantages et des méfaits de la réduction ou de l'arrêt de la consommation d'opioïdes et de l'élaboration d'un plan de soins est prometteuse.⁴⁶⁻⁴⁹ La crise des opioïdes rend ces conversations plus difficiles pour les prestataires de services car les patients peuvent souvent avoir le sentiment qu'ils ont fait quelque chose de mal, que leur douleur est ignorée ou qu'ils sont considérés comme « criminels ou toxicomanes ». Donner le choix aux patients peut aider à produire davantage de bons résultats.

Voici quelques stratégies à envisager :

- Expliquez aux patients les raisons de réduire progressivement leur consommation dans leur propre situation. Allez au-delà d'une discussion générale sur les préoccupations concernant le risque de dépendance et mettez l'accent sur la réduction de la douleur et sur l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie.
- Préparez les patients à la possibilité de réduction progressive de leur consommation. Aidez-les à comprendre les circonstances dans lesquelles les opioïdes peuvent être utiles et celles où il pourrait être mieux d'envisager d'autres solutions.
- Répondez aux craintes que certains patients pourraient avoir d'être abandonnés au cours du processus de réduction progressive de leur consommation ou d'aller trop vite.
- Laissez les patients donner leur avis, même si c'est simplement à propos du rythme de réduction de leur consommation.
- Montrez de l'empathie à l'égard de leur expérience. Aidez-les à comprendre ce qui cause leur douleur et ce qui est fait pour traiter le problème sous-jacent.
- Travaillez en collaboration pour élaborer un plan de soins combinés contre la douleur. Contribuez à défendre d'autres traitements non pharmacologiques qui pourraient être utiles (p. ex., la physiothérapie, la chiropratique, le counseling).
- Reconnaissez qu'il peut y avoir des différences liées au sexe et au genre qui influent sur la réduction progressive de la consommation (p. ex., les hommes peuvent voir leurs niveaux de testostérone baisser au cours du sevrage et de la thérapie de substitution à la méthadone,^{50, 51} les femmes peuvent faire état d'une plus grande dépendance et de plus fortes envies en ce qui concerne les opioïdes que les hommes⁵²).
- Reconnaissez que d'autres approches de la gestion de la douleur doivent être en place avant que les gens puissent envisager une réduction de leur consommation d'opioïdes, en particulier si ceux-ci les aident à faire face à la situation et à la gérer au quotidien.



Langage pour réduire la stigmatisation et promouvoir la guérison

Le langage reflète la culture d'une organisation. Il peut jouer un rôle important dans le fait que les gens choisissent ou non d'accéder à des services et qu'ils établissent ou non des liens avec les prestataires de services et continuent à recourir à eux.^{14, 53, 54}

- Utilisez un langage qui est porteur d'optimisme, qui favorise le rétablissement et qui offre l'espoir de guérir. Ce qu'entendent ou ce que lisent les clients et les patients peut avoir des effets bénéfiques sur leur santé et leur bien-être.
- Chez les personnes qui ont vécu des expériences de traumatisme et de violence, le langage peut permettre de normaliser et de resituer les réactions aux traumatismes. Au lieu de parler de « troubles » et de « problèmes de comportement », vous pouvez discuter de « moyens de faire face », d'« adaptations », de « techniques de survie » et de « résilience ».
- La consommation de substances continue de faire l'objet d'une forte stigmatisation et empêche les gens d'accéder aux soins. Utilisez un langage « axé sur la personne », qui parle d'elle avant de mentionner son problème ou son comportement, p. ex., une personne atteinte de troubles liés à la consommation d'opioïdes. C'est une manière de reconnaître que le problème, la maladie ou le comportement de la personne n'est qu'un aspect de ce qu'elle est et non une caractéristique qui la définit.
- Attention aux étiquettes que l'on peut associer à certains comportements et à certains problèmes car elles peuvent être extrêmement stigmatisantes et « rester collées » aux gens au cours de leur vie. C'est particulièrement vrai quand on travaille avec des femmes enceintes et des nouvelles mères qui consomment des substances. Évitez d'utiliser des termes comme « bébés dépendants » ou « né dépendant de l'héroïne ». Essayez plutôt « exposé à des substances dans l'utérus » ou « en cours de sevrage ».
- Utilisez un langage qui respecte l'autonomie de la personne et reflète la collaboration entre les patients ou clients et les prestataires de services.

Passez de

à

<i>N'est pas motivé, ne se conforme pas, résiste</i>	<i>A opté contre, choisit de ne pas, préfère ne pas, semble hésitant à propos</i>
<i>Manipulateur</i>	<i>Plein de ressources, à la recherche de soutien, essayant de trouver de l'aide</i>
<i>A refusé</i>	<i>N'a pas souhaité, a dit non plusieurs fois</i>
<i>État limite</i>	<i>Faisant de son mieux étant donné les expériences vécues au début de sa vie</i>
<i>Souffre de, est victime de</i>	<i>A des antécédents de, s'emploie à se rétablir de, vit avec, fait l'expérience de</i>
<i>Résultats d'analyse mauvais ou bons</i>	<i>Résultats d'analyse positifs ou négatifs</i>
<i>Né dépendant, bébés dépendants</i>	<i>Présentant des symptômes de sevrage, exposé à des substances dans l'utérus</i>
<i>Drogué, narcomane, dépendant, toxicomane</i>	<i>Personne qui consomme des opioïdes, personne ayant des problèmes de consommation de substances</i>

Questions stimulant la discussion

Les questions suivantes ont pour but de stimuler la discussion au sein de petits groupes pour les amener à réfléchir sur leur travail et à se demander « Qu'est-ce que nous faisons bien? Que pouvons-nous faire d'autre? ».

1. Quel degré de choix vos clients ont-ils en ce qui concerne les services qu'ils reçoivent et le moment, le lieu et les personnes associés à la prestation de ces services, p. ex., le moment dans la journée ou dans la semaine, le bureau, le domicile ou un autre lieu, le genre du prestataire? Pouvez-vous travailler de manière plus souple? Quels groupes pourraient tirer profit de ces types de stratégies?
2. Que faites-vous déjà pour encourager la collaboration avec les patients ou les clients, avec d'autres programmes et organisations et avec d'autres systèmes de soins? Comment la collaboration avec d'autres services peut-elle réduire les obstacles empêchant les soins, favoriser le recours aux soins et aux traitements ou les deux, p. ex., des services de garderie qui peuvent augmenter la capacité des femmes à accéder à des services liés à la consommation de substances?
3. Les clients peuvent-ils choisir d'accéder à des programmes sexospécifiques? Les programmes sexospécifiques peuvent contribuer à apporter une sensation de sécurité à certains groupes d'hommes, de femmes, de transgenres et de personnes de genre divers, p. ex., pour les personnes qui ont subi des actes de violence sexiste.
4. De quelles manières faites-vous déjà participer les utilisateurs des services à la conception et à la mise en œuvre de ceux-ci? Comment ce type de participation peut-il aider à la mise en place de plus de choix pour les clients ou les patients et à l'élaboration de stratégies de création de la sécurité?
5. Quelle est la philosophie de votre programme envers la consommation de substances? Quelle est la valeur de la réduction des méfaits, d'une part, et des services fondés sur l'abstinence, d'autre part? Comment chacune de ces approches peut-elle contribuer à résoudre la crise des opioïdes?
6. Le langage utilisé par les prestataires de services et celui employé sur les formulaires et les documents peuvent influencer sur le choix des personnes de recourir ou pas aux services et sur la façon dont elles y recourent. De quelles manières le langage utilisé actuellement dans votre organisation soutient-il l'espoir de guérir des traumatismes et réduit-il la stigmatisation liée à la consommation de substances? Quoi d'autre pourrait être utile?

NOTES

NOTES



**APPROCHE FONDÉE
SUR LES FORCES
ET L'ACQUISITION
D'HABILETÉS**

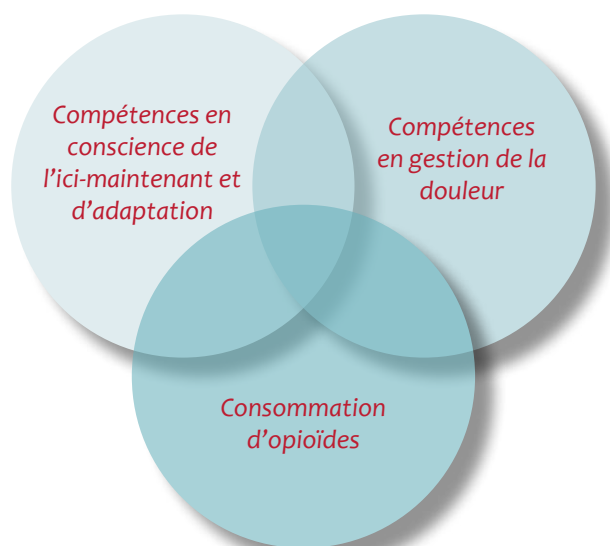
4. APPROCHE FONDÉE SUR LES FORCES ET L'ACQUISITION D'HABILITÉS

Le principe de l'approche fondée sur les forces et l'acquisition d'habiletés favorise la guérison, le rétablissement et la croissance chez les personnes qui ont vécu des expériences de traumatisme et de violence. Souvent, les comportements et les réactions de ces personnes sont mal compris et catalogués dans le registre de la stigmatisation et des déficits (p. ex., quelque chose manque ou ne va pas chez cette personne). Une approche fondée sur les forces examine « ce qui fonctionne » et « la façon d'accroître la part de ce qui fonctionne » plutôt que de se concentrer principalement sur la détection et l'élimination des problèmes. En se concentrant sur les forces au lieu des déficits, les prestataires de services :

Une approche fondée sur les forces se concentre sur « ce qui fonctionne » pour une personne et sur la façon d'accroître la part de « ce qui fonctionne ».

- reconnaissent que tout le monde peut survivre et même grandir en dépit de l'adversité;
- reconnaissent la résilience nécessaire pour que les gens s'épanouissent malgré les nombreux défis dans leur vie;
- valorisent le fait que les personnes peuvent guérir et guérissent des expériences de traumatisme.

Les occasions d'aider les clients ou les patients à acquérir des compétences, en particulier d'adaptation, d'autorégulation et autres pour reconnaître les déclencheurs et gérer les réactions aux traumatismes, sont importantes pour favoriser la guérison et elles peuvent être saisies par les prestataires de services dans divers contextes. Des compétences comme la méditation de pleine conscience et d'autres pratiques de soins personnels sont également importantes pour les prestataires de services car elles favorisent le bien-être et réduisent le risque d'épuisement et de traumatisme vicariant.



Un grand nombre des compétences qui renforcent la résilience, favorisent la guérison des traumatismes et aident à gérer la douleur et à réduire la consommation d'opioïdes se chevauchent ou se complètent, ce qui donne aux prestataires de services de la souplesse pour élaborer des approches sur mesure de leur travail avec les clients ou patients et pour utiliser au mieux les ressources disponibles. L'acquisition de compétences dans un certain nombre de domaines peut être utile, notamment :

- des compétences socio-émotionnelles et de résilience;
- des compétences en conscience de l'ici-maintenant et d'adaptation pour gérer les réactions aux traumatismes, c'est-à-dire reconnaître les déclencheurs, se calmer, se concentrer et rester présent;
- des compétences en gestion de la douleur, avec des formations à la relaxation, de la méditation de pleine conscience, du yoga, des exercices physiques, des techniques de respiration;
- des compétences relationnelles et d'attachement;
- des compétences de création de plans de sécurité, d'établissement d'objectifs et pour la croissance post-traumatique.

La pratique tenant compte des traumatismes met l'accent sur la résilience et la guérison non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau de la communauté. La crise des opioïdes a accru l'attention portée sur la façon dont les problèmes comme le manque de logements abordables, la pauvreté, le racisme et les effets du colonialisme sont liés aux expériences de traumatisme et de violence et à la dépendance. Les communautés mettent sur pied des approches uniques pour favoriser la résilience et la guérison, réduire la stigmatisation et les traumatismes et résoudre les problèmes de consommation de substances et de santé mentale par le biais de réseaux sociaux, de l'éducation, de nouveaux modèles de logements et de possibilités économiques. Bon nombre de ces approches s'appuient sur des valeurs comme l'espoir, la sécurité, la dignité et la confiance, qui contribuent toutes à renforcer la résilience au niveau de la communauté.

Les compétences en conscience de l'ici-maintenant sont des activités simples et pratiques qui peuvent aider les gens à renouer avec ce qui se passe autour d'eux à la suite d'une réaction directe à un traumatisme.

Formation sur la naloxone

La naloxone est un médicament qui annule rapidement les effets d'une surdose d'opioïdes comme l'héroïne, la méthadone, le fentanyl et la morphine. Elle est disponible sans ordonnance en Colombie-Britannique et est souvent administrée par injection intramusculaire.

En 2012, le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (www.towardtheheart.com) a lancé le programme *Take Home Naloxone* (naloxone à emporter à domicile), qui permet aux personnes exposées à un risque de surdose d'opioïdes de recevoir une trousse et une formation capables de sauver des vies. Il existe maintenant plus de 1 500 points de distribution dans toute la Colombie-Britannique. En 2017, 56 698 troussees de naloxone ont été distribuées.

Environ 20 000 troussees ont été comptabilisées comme ayant été utilisées pour enrayer une surdose.⁵⁵ La formation gratuite et en ligne et les troussees gratuites font partie des mesures d'urgence prises par la province en matière de santé publique.

Stratégies pour les prestataires de services

1. Aidez les patients ou les clients à déterminer ce que sont leurs forces. Demandez-leur quels sont leurs centres d'intérêt, leurs stratégies de survie, leurs compétences pratiques, leur spiritualité et leurs liens communautaires.
2. Enseignez les compétences pour reconnaître les déclencheurs, se calmer, se concentrer et rester présent et faites-en une démonstration.
3. Soutenez les patients ou clients pour qu'ils acquièrent de nouvelles compétences en gestion de la douleur, aiguillez-les vers d'autres organisations ou services ou faites les deux, ou bien encore donnez-leur des renseignements concernant des ressources en ligne ou des ressources de gestion de soi.
4. Mettez en place diverses pratiques de soins personnels pour vous-même. Déterminez quelles sont vos propres forces et prenez conscience de vos propres déclencheurs et des signes d'épuisement.

Stratégies pour les organisations

1. Encouragez la mise en place de politiques et procédures fondées sur les forces dans toute l'organisation, depuis la façon dont le personnel répond au téléphone jusqu'aux aiguillages, en passant par la rédaction de rapports et la planification et l'évaluation de programmes.
2. Offrez à tout le personnel une formation sur le traumatisme secondaire et la gestion du stress, faites la promotion des soins personnels et du bien-être par le biais de politiques et de communications et encouragez une discussion permanente au sein du personnel et de l'administration.

Premiers intervenants et traumatisme vicariant

En 2015, les services d'incendie et de sauvetage de Vancouver ont répondu à 2 600 appels concernant des surdoses dans cette ville. En 2016, le nombre d'appels a presque doublé pour passer à 4 712³⁹ et il y en a eu plus de 6 000 en 2017.⁵⁶ En 2015, le service ambulancier de la Colombie-Britannique est intervenu dans 12 263 cas présumés de surdose ou d'empoisonnement dans la province (dont 3 055 à Vancouver). En 2016, ce nombre a grimpé à 19 275 (dont 5 944 cas à Vancouver).³⁹ Le volume d'appels concernant des surdoses a eu de fortes répercussions sur les délais d'intervention des premiers intervenants et a fait chuter les niveaux de service pour les autres personnes ayant besoin d'aide. De plus, il a un effet considérable sur la santé mentale et le bien-être des premiers intervenants.

Voici certains des signes d'épuisement et de traumatisme vicariant¹⁴ (liste non exhaustive) :

Rendement au travail	Moral	Comportement	Relations avec les autres
Obsession du détail Baisse de productivité Évitement de certaines tâches Faible motivation	Perte d'intérêt Apathie Insatisfaction Baisse de la confiance	Changements de poste fréquents Surmenage Manque de ponctualité Extrême fatigue	Mauvaise communication Conflits de personnel Éloignement des autres Impatience

Les prestataires de services au niveau individuel de même que les organismes et organisations ont un rôle à jouer pour renforcer la résilience du personnel afin de prévenir l'épuisement et le traumatisme vicariant. La crise des opioïdes conduit à la mise en place de nouveaux moyens de soutien pour les prestataires de services. Par exemple, en 2017, Health Emergency Management BC (le programme qui gère les situations d'urgence en matière de santé en Colombie-Britannique) a constitué une équipe d'intervention mobile qui offre du soutien et des formations pour aider à renforcer la résilience et la capacité à faire face aux traumatismes liés aux interventions en cas de surdoses, de décès et de perte de vies humaines. Le soutien peut notamment prendre la forme de réunions en tête à tête, d'activités de formation ou de séances d'établissement de bilans à la suite d'un décès ou d'un incident critique.⁵⁷ Les services d'urgence de la Colombie-Britannique ont également lancé un nouveau cours pilote en ligne sur la « résilience face à la crise des opioïdes » destiné aux ambulanciers et aux répartiteurs. La formation est conçue pour aider les premiers intervenants à se préparer et à réagir face à des événements stressants en leur enseignant comment reconnaître le stress, répéter mentalement leur intervention et utiliser des techniques de respiration.⁵⁸

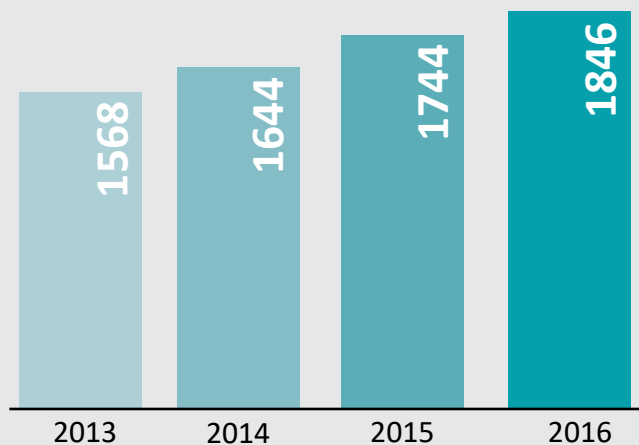


Sevrage néonatal aux opiacés et cohabitation

Le sevrage néonatal aux opiacés ou syndrome de sevrage néonatal touche les nourrissons qui ont été exposés aux opioïdes (et à d'autres substances) dans l'utérus, ce qui a entraîné leur dépendance physique aux opioïdes et mène souvent à l'apparition de symptômes de sevrage après la naissance. Au Canada, entre avril 2016 et mars 2017, 1 846 nourrissons ont reçu un traitement à l'hôpital pour le sevrage aux opioïdes après leur naissance. Le nombre d'hospitalisations a augmenté chaque année, passant de 1 568 en 2013-2014 à 1 644 en 2014-2015, puis à 1 744 en 2015-2016.⁶

Par le passé, la norme en termes de soins consistait à séparer les nouveau-nés exposés à un risque de sevrage néonatal aux opiacés de leur mère. Une étude réalisée à FIR Square, un service de l'hôpital BC Women's Hospital qui prodigue des soins aux femmes consommant des opioïdes et d'autres substances durant leur grossesse, a mesuré l'effet de la cohabitation (c'est-à-dire quand les nourrissons restent avec leur mère après la naissance) sur les symptômes de sevrage et d'autres paramètres. Les chercheurs ont conclu que les nourrissons qui demeuraient avec leur mère étaient moins souvent envoyés au service de soins intensifs néonataux, restaient moins longtemps à l'hôpital, avaient plus de chances d'être allaités au sein tant qu'ils étaient à l'hôpital, étaient moins susceptibles de nécessiter un traitement pharmacologique et avaient davantage de chances de rentrer à la maison avec leur mère.⁵⁹

Des études continuent de montrer l'importance des interventions non pharmacologiques comme le contact corporel et l'allaitement maternel sur la réduction des symptômes de sevrage chez les nouveau-nés exposés à des substances.⁶⁰⁻⁶³ Ces résultats ont conduit à modifier les pratiques afin de privilégier le modèle de soins axé sur la dyade mère-nourrisson avec une attention toute particulière portée à l'acquisition de compétences chez les mères. Immédiatement après la naissance, les mères et les nourrissons reçoivent des soins ensemble dans la même pièce. Les prestataires de services encouragent les mères à tenir leurs bébés et leur enseignent comment faire, dans le but de calmer les nourrissons et de réduire le plus possible les symptômes de sevrage.⁶⁴ Le contact corporel, l'allaitement maternel et les câlins sont tous des moyens sécuritaires et efficaces de favoriser la création d'un lien mère-nourrisson et de réduire les symptômes du sevrage aux opiacés chez les nourrissons.



Le nombre d'hospitalisations pour le sevrage néonatal aux opiacés a augmenté depuis 2013. (Source : Institut canadien d'information sur la santé)

Respiration en carré

La respiration en carré (également appelée respiration carrée, respiration tactique ou respiration en quatre temps) est une technique qui peut être utilisée pour interrompre une réponse « combat-fuite » ou pour favoriser le calme et la relaxation. Elle peut être adaptée et employée dans divers contextes et avec différentes populations. La respiration en carré peut être enseignée ou utilisée comme :

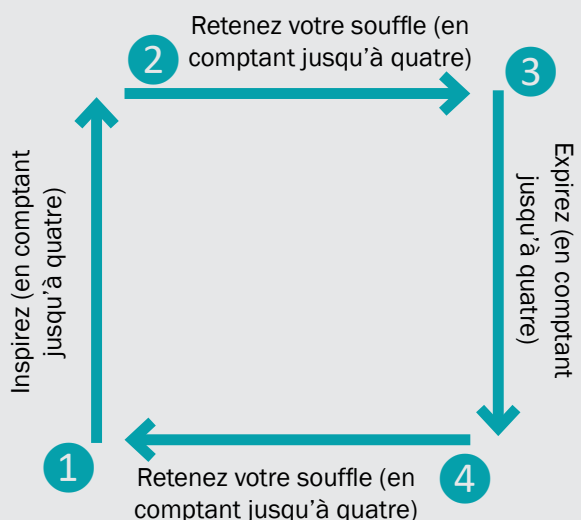
- outil d'apaisement ou de conscience de l'ici-maintenant pour les personnes qui ont des réactions aux traumatismes comme l'essoufflement, la dépression respiratoire légère, l'agitation ou la tension musculaire;
- outil de relaxation ou de méditation pour les personnes présentant des symptômes d'anxiété légère ou de dépression;
- outil de gestion de la douleur pour les personnes qui ressentent une douleur chronique;
- outil d'apaisement et de concentration pour les premiers intervenants lors d'une urgence ou d'un événement traumatisant;
- outil pour les personnes atteintes d'insomnie;
- composante des soins personnels et du bien-être pour les prestataires de services.

Méthode d'exécution de la respiration en carré :

1. Inspirez en comptant jusqu'à quatre.
2. Retenez votre souffle en comptant jusqu'à quatre.
3. Expirez en comptant jusqu'à quatre.
4. Retenez votre souffle en comptant jusqu'à quatre.
5. Répétez la procédure pendant quelques minutes ou autant que vous le souhaitez.

Certaines personnes trouveront utile de se servir de l'image d'un carré pour aider à se concentrer. Dessiner un « carré en l'air » ou un « carré sur le dessus d'une table » peut être particulièrement utile pour certaines populations, p. ex., les jeunes enfants ou les personnes ayant des difficultés cognitives. Voici des directives pour trois variantes :

- « Visualisez un carré. Alors que vous comptez jusqu'à quatre, transférez votre attention d'un coin à un autre. »
- « Vous pouvez aussi dessiner un carré en l'air avec votre doigt ou bien dans la paume de votre main. Commencez en plaçant votre doigt dans le coin inférieur gauche. Quand vous inspirez, déplacez votre doigt jusqu'au coin supérieur gauche. Quand vous retenez votre souffle en comptant jusqu'à quatre, déplacez votre doigt jusqu'au coin supérieur droit. Quand vous expirez en comptant jusqu'à quatre, déplacez votre doigt jusqu'au coin inférieur droit. Et nous allons répéter la procédure. »
- « Vous pouvez aussi dessiner un carré sur une feuille de papier et déplacer votre doigt le long des lignes alors que vous respirez. Commençons ensemble dans le coin inférieur gauche... » (La création d'un carré « artistique » sur le dessus d'une table peut être une activité amusante à intégrer à des séances de thérapie individuelle ou collective.)




Questions stimulant la discussion

Les questions suivantes ont pour but de stimuler la discussion au sein de petits groupes pour les amener à réfléchir sur leur travail et à se demander « Qu'est-ce que nous faisons bien? Que pouvons-nous faire d'autre? ».

1. Comment contribuez-vous à un sentiment d'espoir quand vous travaillez avec vos clients? Comment l'utilisation d'un langage et d'approches fondés sur les forces peut-elle aider à encourager le changement et la croissance?
2. Au sein de votre organisation, quelles sont les politiques et les pratiques qui incitent à s'appuyer sur les forces? Qu'en est-il de celles qui semblent plus portées sur les déficits? Au nombre des domaines à considérer, mentionnons les conditions d'admission au programme, les procédures d'admission et les valeurs organisationnelles. Quelles sont quelques-unes des premières mesures à prendre pour aider votre organisation à se diriger vers un modèle davantage fondé sur les forces?
3. Prenez en compte la nature de la ou des populations avec lesquelles vous travaillez. Quelles sont les compétences susceptibles d'être les plus utiles pour favoriser la guérison des traumatismes, p. ex., la négociation, la résolution de conflits et l'affirmation de soi, qui sont des éléments clés à intégrer à la pratique tenant compte des traumatismes lorsqu'on travaille avec des filles⁶⁵, l'acquisition de compétences pour aider les hommes à reconnaître leurs émotions et à gérer plus efficacement la colère, la culpabilité et la honte, qui peut améliorer leur résilience face aux effets des traumatismes⁶⁶? Quelles sont quelques-unes de vos forces en tant qu'organisation en termes de formation aux compétences pratiques? Quelles formations supplémentaires du personnel pourraient être utiles? Avec quelles autres organisations pourriez-vous travailler dans la communauté?
4. Comment la formation et le soutien liés au traumatisme vicariant ou secondaire sont-ils dispensés au sein de votre organisation? Qu'est-ce qui fonctionne bien? Quoi d'autre pourrait être nécessaire pour soutenir le personnel?
5. Quel est le rôle de votre organisation dans la communauté? De quelles manières êtes-vous lié aux initiatives de renforcement de la résilience au niveau communautaire? Y a-t-il d'autres choses que vous pouvez faire pour traiter de certains des éléments sous-jacents qui contribuent à la crise des opioïdes?

NOTES



▶▶▶ Établir des liens ◀◀◀

Genre, traumatismes et consommation d'opioïdes

Intoxications aux opioïdes et décès par surdose

En Colombie-Britannique, les hommes sont plus susceptibles de mourir d'une surdose liée aux opioïdes. En 2017, 80 % des personnes qui sont mortes ainsi étaient des hommes et 20 % des femmes.⁴

Expériences négatives vécues durant l'enfance

Les expériences de négligence, de maltraitance et de violence vécues dans l'enfance sont liées aux problèmes de consommation de substances plus tard dans la vie, dont la mauvaise utilisation d'opioïdes et la dépendance.^{12, 15, 17, 35-37} Les garçons sont plus susceptibles d'être victimes de violence physique et les filles de violence sexuelle.

Analgésiques sur ordonnance

Alors que 13 % de l'ensemble des Canadiens utilisent des analgésiques opioïdes,⁶⁷ les hommes et les femmes ont des profils différents en ce qui concerne les soins de santé. Les femmes ont tendance à consulter les prestataires de soins de santé plus souvent, sont plus susceptibles de prendre des médicaments sur ordonnance et ont plus de chances de se voir prescrire des opioïdes et des anxiolytiques.⁶⁸⁻⁷¹

Traumatismes intergénérationnels et historiques

En Colombie-Britannique, les hommes et les femmes des Premières Nations courent cinq fois plus de risques que les personnes non autochtones de subir une surdose d'opioïdes. Alors que les hommes des Premières Nations ont 2,5 fois plus de chances de mourir que les femmes, les taux de surdose sont semblables chez les hommes (52 %) et les femmes (48 %) des Premières Nations. Les traumatismes intergénérationnels sont l'une des raisons pour lesquelles les membres des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de consommation d'opioïdes.¹¹

Douleurs chroniques

L'anatomie, la physiologie, les gènes, les hormones et d'autres facteurs liés au sexe se combinent aux influences sociales et culturelles (genre) pour agir sur la façon dont les hommes et les femmes ressentent la douleur quand ils cherchent de l'aide, ainsi que sur les préférences concernant les traitements et sur l'efficacité de ceux-ci.⁷²

Grossesse

De nombreuses femmes se voient prescrire des opioïdes avant de tomber enceintes et, de plus en plus souvent, des médicaments opioïdes sont prescrits aux femmes enceintes. La consommation d'opioïdes peut augmenter le risque d'une naissance prématurée ou de symptômes de sevrage chez le bébé.⁶⁷

▶▶▶ Ce qui aide ◀◀◀ *De la prévention au traitement*

Espaces sécuritaires

Des services qui reconnaissent que les hommes et les femmes pourraient avoir des besoins uniques et sexospécifiques en matière de soins contre la douleur et de traitement des dépendances, notamment des espaces et des programmes réservés aux hommes, aux femmes ou aux transgenres.

Résilience communautaire

Des réseaux sociaux, de l'éducation et des possibilités économiques, de nouveaux modèles de logements et d'autres initiatives qui portent sur les expériences vécues en début de vie, la pauvreté, la santé mentale et la sécurité.

Traitement intégré de la douleur

Un meilleur accès aux traitements, notamment la physiothérapie, le counseling, le traitement des traumatismes, les massages, la chiropratique, le yoga et l'acupuncture.

Sécurité culturelle

Une formation pour tous les prestataires de soins de santé afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux peuples autochtones, y compris en reconnaissant la valeur des pratiques autochtones en matière de mieux-être et de guérison pour résoudre les problèmes de consommation de substances.

Continuum des services de lutte contre les dépendances

Un éventail d'options de traitement allant de la gestion du sevrage aux services d'approche et au soutien par les pairs en passant par le suivi. Une intégration avec les soins primaires et les services de santé mentale. Des programmes spécialisés comme des programmes en établissement pour les familles, qui offrent des services de garderie, des programmes communautaires de désintoxication, des programmes sexospécifiques et des interventions culturelles.

Soins pour les mères et les enfants

Des services pour améliorer la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, notamment l'accès à des traitements par des agonistes opioïdes durant la grossesse et des pratiques comme la cohabitation, l'allaitement maternel et le contact corporel après la naissance pour réduire les symptômes possibles du sevrage.



Ressources en ligne

Ressources liées à la pratique tenant compte des traumatismes et aux opioïdes, axées principalement sur la Colombie-Britannique.

Pratique tenant compte des traumatismes

Trauma-Informed Practice Guide, Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique (Guide sur la pratique tenant compte des traumatismes; en anglais seulement)

www.bccewh.bc.ca

Crise des opioïdes et mesures de lutte

Overdose Prevention and Response in BC (Prévention et réactions à avoir en cas de surdose en Colombie-Britannique; en anglais seulement)

www2.gov.bc.ca/gov/content/overdose

Overdose Prevention Information for First Nations (Renseignements sur la prévention des surdoses à l'intention des Premières Nations; en anglais seulement)

www.fnha.ca/overdose

Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (site en anglais seulement)

www.bccdc.ca

Gouvernement du Canada

<http://canada.ca/opioids>

Réduction des méfaits et de la stigmatisation

Programme Take Home Naloxone (naloxone à emporter à domicile; en anglais seulement)

<http://towardtheheart.com/naloxone>

Guide to Harm Reduction for Frontline Staff Who Provide Service Delivery and Management of Harm Reduction Services (Guide sur la réduction des méfaits pour le personnel de première ligne prestataire de services et chargé de gérer les services de réduction des méfaits; en anglais seulement)

<https://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/HarmReduction/Pages/Resources.aspx>

Language Matters (Le langage est important) et formation Compassionate Engagement (Interventions et compassion) (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique; en anglais seulement)

<http://towardtheheart.com>

Projet Stop Stigma, Save Lives (Cesser la stigmatisation et sauver des vies; en anglais seulement)

<https://www.northernhealth.ca/YourHealth/Stigma.aspx>

Femmes et opioïdes

Fiches de renseignements sur les femmes et les opioïdes (certaines en anglais seulement)

www.bccewh.bc.ca

Site de prévention des surdoses réservé aux femmes

SisterSpace (document infographique; en anglais seulement)

www.atira.bc.ca

Documents infographiques sur les opioïdes et le syndrome de sevrage néonatal (en anglais seulement)

<http://www.nationalperinatal.org/Infographics>

Sécurité culturelle

Indigenous Harm Reduction Principles and Practices (Principes et pratiques de la réduction des méfaits chez les Autochtones; en anglais seulement)

www.fnha.ca/overdose

San'yas Indigenous Cultural Safety Training (Formation sur la sécurité culturelle autochtone San'yas; en anglais seulement)

www.sanyas.ca

Cultural Humility : webinaires et ressources sur l'humilité culturelle (en anglais seulement)

<http://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility>

Cultural Safety: Respect and Dignity in Relationships (La sécurité culturelle : respect et dignité dans les relations) (livret; en anglais seulement)

<https://indigenoushealthnh.ca/initiatives/cultural-safety>

Lignes directrices cliniques

A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder (Lignes directrices pour la gestion clinique des troubles liés à la consommation d'opioïdes; en anglais seulement)

www.bccsu.ca

Clinical Management of Opioid Use Disorder in Pregnant Women (Gestion clinique des troubles liés à la consommation d'opioïdes chez les femmes enceintes; en anglais seulement)

www.perinatalervicesbc.ca

Glossaire

Adaptation : Les compétences ou les stratégies d'adaptation sont les moyens qu'emploie une personne pour gérer son stress et ses réactions face aux expériences traumatisantes. La consommation de substances est une stratégie que les gens sont susceptibles d'utiliser pour gérer les effets des traumatismes. Parmi les autres compétences d'adaptation figurent les exercices de relaxation, les discussions avec les amis et la famille, les activités physiques comme le yoga et la course à pied, le fait d'écouter de la musique ou les moments passés dans la nature.

Agoniste opioïde : La méthadone et la buprénorphine (Suboxone) sont des agonistes opioïdes. Ces médicaments sont des opioïdes à action prolongée qui aident à éviter les symptômes de sevrage et à réduire les envies de drogues opioïdes. Ils peuvent contribuer à stabiliser la vie des gens et à réduire les méfaits de leur consommation de substances.

Approches sexotransformatrices : Approches qui cherchent activement à étudier, à remettre en question et à changer les normes sexospécifiques rigides et les déséquilibres de pouvoir pour atteindre les objectifs de santé et d'équité entre les sexes. La sexotransformation cherche à faire évoluer les rôles et les relations sexospécifiques pour les rapprocher de l'équité entre les sexes dans tout contexte donné.

Cisgenre : Personne dont le genre se conforme aux normes sociales basées sur son sexe biologique.

Compétences en conscience de l'ici-maintenant : Les compétences en conscience de l'ici-maintenant sont des activités simples et pratiques qui peuvent aider les gens à se détendre, à rester dans le moment présent et à renouer avec ce qui se passe autour d'eux à la suite d'une réaction directe à un traumatisme. Les compétences en conscience de l'ici-maintenant sont souvent catégorisées comme étant « mentales », « physiques » et « apaisantes ». Elles peuvent comprendre des stratégies comme compter à rebours lentement à partir de dix, réciter les paroles d'une chanson réconfortante, visualiser un endroit sécuritaire ou reposant, ou bien effectuer un exercice ciblé de respiration.

Déclencheur : Situation, attitude, interaction ou contexte qui rappelle à une personne un traumatisme passé. Une personne sous le coup d'un « déclencheur » peut ressentir des émotions comme la peur, la tristesse ou la panique, peut perdre sa concentration ou sa capacité à suivre des directives et peut avoir des réactions physiques comme des tremblements, des palpitations et des étourdissements.

Équité : Garantir (au moyen de traitements différents, au besoin) des conditions, des droits et des avantages équitables ou justes pour tout le monde.

Fentanyl : Le fentanyl est un opioïde synthétique (artificiel) puissant qui peut être prescrit par un médecin pour aider à apaiser une douleur aiguë. Il est aussi fabriqué dans des laboratoires illégaux et vendu dans la rue, souvent mélangé à d'autres drogues. Il apparaît de plus en plus dans les cas de décès par surdose en Colombie-Britannique.

Genre : Rôles, comportements, expressions et identités établis par la société, généralement associés aux notions binaires de sexe biologique. Le genre influe sur la façon dont les gens se perçoivent eux-mêmes et les uns les autres, la façon dont ils agissent et interagissent, ainsi que sur la répartition du pouvoir et des ressources dans la société.

Identité de genre : Perception ou sentiment inhérent du genre de la personne. Comme l'identité du genre est interne, elle n'est pas nécessairement visible pour les autres.

Langage de déstigmatisation : Le langage peut réduire la stigmatisation associée à la consommation de substances et à la dépendance. Le langage de déstigmatisation passe notamment par l'utilisation de mots et d'expressions qui reflètent la nature médicale des troubles et des traitements liés à la consommation de substances et par des témoignages de respect pour l'autonomie et les forces des gens.

Mauvaise utilisation d'opioïdes : La mauvaise utilisation d'opioïdes comprend notamment leur consommation en même temps que de l'alcool ou d'autres médicaments, la consommation d'un médicament sur ordonnance à une dose supérieure à celle recommandée ou au mauvais moment, ou encore la consommation d'un médicament opioïde qui a été prescrit à quelqu'un d'autre ou par une voie autre que celle prévue pour son ingestion (p. ex., le renifler ou l'injecter).

Naloxone : Médicament qui annule les effets d'une surdose d'opioïdes comme l'héroïne, la méthadone, le fentanyl ou la morphine. Lorsqu'elle est administrée parallèlement à des insufflations de sauvetage, la naloxone peut rétablir la respiration en quelques minutes.

Opioïde : Les opioïdes sont des médicaments aux propriétés analgésiques utilisés principalement pour soulager la douleur. Ils peuvent aussi provoquer l'euphorie ou faire « planer » les gens. Les médicaments opioïdes courants sont par exemple la morphine, la codéine, l'oxycodone (p. ex., l'OxycontinMD, le PercodanMD ou le PercocetMD), l'hydrocodone (p. ex., l'HycodanMD, le TussionexMD), l'hydromorphone (p. ex., le DilaudidMD), le fentanyl, la méthadone, le tramadol et la buprénorphine. Des opioïdes comme l'héroïne et le fentanyl peuvent aussi être fabriqués ou obtenus illégalement.

Orientation sexuelle : Attirance sexuelle, romantique ou émotionnelle d'une personne envers une autre personne : hétérosexuelle, gai, lesbienne, bisexuelle, asexuelle et pansexuelle.

Réduction des méfaits : La réduction des méfaits est une approche de santé publique qui vise à sauver des vies et à offrir des choix aux personnes qui luttent contre la dépendance. Les programmes de réduction des méfaits s'emploient à « aller à la rencontre des gens au stade où ils en sont » et n'exigent pas l'abstinence pour pouvoir accéder aux services.

Résilience : La résilience désigne la capacité d'une personne à « rebondir » ou à s'adapter face à des situations difficiles et à des expériences stressantes. Les gens peuvent acquérir des compétences et apprendre des stratégies pour renforcer leur propre résilience. Les pratiques et les politiques organisationnelles peuvent aussi promouvoir la résilience chez les prestataires de services.

Retraumatismation : La retraumatismation est une situation, une attitude, une interaction ou un contexte qui rappelle à une personne un traumatisme passé et qui déclenche chez elle les sentiments accablants et les réactions fortes associés à cette expérience. Souvent, la retraumatismation reproduit la dynamique du traumatisme initial, c'est-à-dire la perte de pouvoir, de contrôle et de sécurité.

Sécurité culturelle : La sécurité culturelle prend en compte la façon dont les contextes sociaux et historiques, ainsi que les déséquilibres de pouvoir structurels et interpersonnels, influent sur la santé et les expériences thérapeutiques. Son but est que tout le monde se sente respecté et en sécurité dans ses interactions avec le système de soins de santé.

Services tenant compte des traumatismes : Intègrent des connaissances sur les traumatismes et mettent la sécurité, le choix et le contrôle d'une personne au premier plan lors de la prestation de services. De tels services créent une culture de traitement empreinte de non-violence, d'apprentissage et de collaboration. L'utilisation d'une pratique tenant compte des traumatismes n'exige pas nécessairement la divulgation du traumatisme. Les services sont plutôt offerts d'une façon qui reconnaît le besoin de sécurité physique et émotionnelle, ainsi que le choix et le contrôle des décisions qui influent sur le traitement de la personne. La création d'un environnement où les utilisateurs de services ne subissent pas de nouveaux traumatismes et où ils peuvent acquérir des compétences d'adaptation ou d'autorégulation des émotions et prendre des décisions à propos de leurs besoins de traitement à un rythme où ils se sentent en sécurité constitue un aspect essentiel des services tenant compte des traumatismes.

Sevrage néonatal aux opiacés : Également appelé syndrome de sevrage néonatal, le sevrage néonatal aux opiacés touche les nourrissons qui ont été exposés aux opioïdes (et à d'autres substances) dans l'utérus, ce qui a entraîné leur dépendance physique aux opioïdes et mène souvent à l'apparition de symptômes de sevrage après la naissance. La plupart des bébés qui ont des symptômes de sevrage n'auront aucun effet à long terme sur leur santé et leur développement.

Sexe : Concept multidimensionnel qui englobe l'anatomie, la physiologie, les gènes et les hormones, créant conjointement une « image » humaine qui influence notre façon d'être catalogués. Les conceptualisations courantes du sexe reposent habituellement sur la notion binaire femme/homme; cependant, en réalité, les caractéristiques sexuelles des gens s'étalent sur un continuum qui reflète les variations anatomiques, physiologiques, génétiques et hormonales.

Soins personnels : Les soins personnels désignent toute activité exécutée par une personne pour prendre soin de sa santé physique, émotionnelle, spirituelle et mentale. Par exemple, il peut s'agir de dormir suffisamment, de faire de l'exercice, de méditer, de prier ou de passer du temps avec des amis et de la famille qui l'encouragent.

Stigmatisation : La stigmatisation désigne les attitudes négatives (préjugés) et le comportement négatif (discrimination) envers les personnes qui consomment des opioïdes et d'autres substances. Pour les gens qui sont aux prises avec des problèmes de consommation de substances, il est avéré qu'il s'agit d'un frein important à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. La stigmatisation fait aussi reculer le soutien public aux interventions en matière de santé fondées sur des données probantes et aux approches de réduction des méfaits pour traiter la consommation de substances et la dépendance.

Stratégies tenant compte du genre : Stratégies tenant compte de tous les facteurs liés au genre (rôles, normes, relations, expression).

Surdose : Une surdose peut se produire lorsqu'une personne consomme une drogue ou un médicament en trop grande quantité. Les opioïdes ont un effet sur la partie du cerveau qui contrôle la respiration. Quand quelqu'un consomme une quantité d'opioïdes supérieure à ce que son corps peut supporter, sa respiration ralentit, ce qui peut conduire à une perte de connaissance et à la mort.

Transgenre et genre divers : Vaste catégorie utilisée pour décrire les personnes dont l'identité du genre est différente de leur sexe assigné à la naissance. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme homme ou femme, masculin ou féminin ou aucun des deux. Les personnes de genre fluide et non binaires peuvent s'identifier comme étant masculines et féminines, ni masculines ni féminines, sans genre fixe, ou s'identifier à un autre genre traditionnel reconnu par les Autochtones ou un autre groupe culturel.

Traumatisme : Le traumatisme décrit les effets d'expériences qui dépassent la capacité d'un individu à y faire face. Ces expériences peuvent être des événements survenus au début de la vie, comme la maltraitance, la négligence et le fait d'avoir été témoin de scènes de violence ou des événements survenus plus tard dans la vie, comme une agression, la violence conjugale, une catastrophe naturelle, une guerre, des accidents, une perte soudaine inattendue ou une rupture de contact forcée avec son foyer ou sa culture. Elles peuvent être ponctuelles ou cumulatives, et peuvent être vécues à titre personnel ou en groupe.

Références

- ¹ Statistics Canada, *Results of the Survey on Opioid Awareness*, November 2017. 2018, Statistics Canada: Ottawa, Ontario.
- ² Angus Reid Institute, *Opioids in Canada: One-in-eight have family or close friends who faced addiction*. 2018, Angus Reid Institute: Vancouver, BC.
- ³ British Columbia Coroners Service, *Fentanyl-Detected Illicit Drug Overdose Deaths: January 1, 2012 to December 31, 2017*. 2018, BC Coroners Service: Victoria, BC.
- ⁴ British Columbia Coroners Service, *Illicit Drug Overdose Deaths in BC: January 1, 2007 – October 31, 2017*. 2018, BC Coroners Service: Victoria, BC.
- ⁵ Canadian Institute for Health Information, *Opioid-Related Harms in Canada*. 2017, CIHI: Ottawa, ON.
- ⁶ Dunn, T., *Neonatal abstinence syndrome: Small victims in a big opioid crisis*, in CBC News. 2017, CBC News: Toronto.
- ⁷ Benningfield, M.M., et al., Co-occurring psychiatric symptoms are associated with increased psychological, social, and medical impairment in opioid dependent pregnant women. *The American journal on addictions*, 2010. 19(5): p. 416-421.
- ⁸ Danovitch, I., Post-traumatic stress disorder and opioid use disorder: a narrative review of conceptual models. *Journal of addictive diseases*, 2016. 35(3): p. 169-179.
- ⁹ Lawson, K.M., et al., A comparison of trauma profiles among individuals with prescription opioid, nicotine, or cocaine dependence. *The American Journal on Addictions*, 2013. 22(2): p. 127-131.
- ¹⁰ Argento, E., et al., Prevalence and correlates of nonmedical prescription opioid use among a cohort of sex workers in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*, 2015. 26(1): p. 59-66.
- ¹¹ First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*. 2017, First Nations Health Authority: West Vancouver, BC.
- ¹² Quinn, K., et al., The relationships of childhood trauma and adulthood prescription pain reliever misuse and injection drug use. *Drug Alcohol Depend*, 2016. 169: p. 190-198.
- ¹³ Kumar, N., et al., Impact of early childhood trauma on retention and phase advancement in an outpatient buprenorphine treatment program. *Am J Addict*, 2016. 25(7): p. 542-8.
- ¹⁴ BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, et al., *Trauma-Informed Practice Guide 2013*, Centre of Excellence for Women's Health; BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch; and Vancouver Island Health Authority, Youth and Family Substance Use Services: Vancouver and Victoria, BC.
- ¹⁵ Conroy, E., et al., Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse Negl*, 2009. 33(6): p. 343-52.
- ¹⁶ Hemsing, N., et al., Misuse of Prescription Opioid Medication among Women: A Scoping Review. *Pain Res Manag*, 2016. 2016: p. 1754195.
- ¹⁷ Sansone, R.A., P. Whitecar, and M.W. Wiederman, The prevalence of childhood trauma among those seeking buprenorphine treatment. *J Addict Dis*, 2009. 28(1): p. 64-7.
- ¹⁸ Hughes, T., et al., Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men. *Addiction*, 2010. 105(12): p. 2130-2140.
- ¹⁹ Hachey, L.M., et al., Health implications and management of women with opioid use disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2017. 7(8): p. 57.
- ²⁰ Bawor, M., et al., Sex differences in substance use, health, and social functioning among opioid users receiving methadone treatment: a multicenter cohort study. *Biology of sex differences*, 2015. 6(1): p. 21.
- ²¹ Hemsing, N., et al., Misuse of prescription opioid medication among women: a scoping review. *Pain research and management*, 2016. 2016.
- ²² Peles, E., et al., Sexual Abuse and its Relation to Chronic Pain among Women from a Methadone Maintenance Clinic versus a Sexual Abuse Treatment Center. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2016. 48(4): p. 279-287.
- ²³ McHugh, R.K., et al., Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 2013. 45(1): p. 38-43.
- ²⁴ Gladstone, E.J., K. Smolina, and S.G. Morgan, Trends and sex differences in prescription opioid deaths in British Columbia, Canada. *Injury prevention*, 2015: p. injuryprev-2015-041604.
- ²⁵ Back, S.E., et al., Prescription opioid aberrant behaviors: a pilot study of gender differences. *The Clinical journal of pain*, 2009. 25(6): p. 477.
- ²⁶ Kaplovitch, E., et al., Sex differences in dose escalation and overdose death during chronic opioid therapy: a population-based cohort study. *PLoS One*, 2015. 10(8): p. e0134550.
- ²⁷ Gonzalez, C.A., J.D. Gallego, and W.O. Bockting, Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *The Journal Of Primary Prevention*, 2017. 38(4): p. 419-445.
- ²⁸ Benotsch, E.G., et al., Nonmedical use of prescription drugs and HIV risk behavior in gay and bisexual men. *Sexually Transmitted Diseases*, 2011. 38(2): p. 105-10.
- ²⁹ De Pedro, K.T., et al., Substance Use Among Transgender Students in California Public Middle and High Schools. *Journal of School Health*, 2017. 87(5): p. 303-309.
- ³⁰ BC Coroner's Service, *Illicit Drug Overdose Deaths in BC January 1, 2007 – April 30, 2017*. 2017, BC Coroner's Service: Victoria, BC.
- ³¹ Thulien, M., T. Nathoo, and J. Worrall, *SisterSpace Shared Using Rooms Women-Only Overdose Prevention Site: Three-Month Developmental Evaluation*. 2017, Vancouver, BC: Atira Women's Resource Society.
- ³² Busse, J.W., et al., Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 2017. 189(18): p. E659-E666.
- ³³ Kaye, A.D., et al., Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: An Updated Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse (Part 2). *Pain Physician*, 2017. 20(2S): p. S111-S133.
- ³⁴ Adams, E., et al., *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. 2017, BC Ministry of Health and BC Centre on Substance Use Victoria and Vancouver, BC.

- ³⁵ Brucker, K., 226 Adverse Childhood Events Scores in Opioid Misusing Patients Presenting to the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 2017. 70(4): p. S90-S91.
- ³⁶ CTIPP and ACES Working Group, *Policy Brief: Trauma-Informed Approaches Need to be Part of a Comprehensive Strategy for Addressing the Opioid Epidemic*. 2017, Campaign for Trauma Informed Policy and Practice.
- ³⁷ Soles, T.L., *Opinion: Opioid crisis seen through the lens of adverse childhood experiences*, in Vancouver Sun 2018, Pacific Newspaper Group: Vancouver, BC.
- ³⁸ Central City Foundation, *On the frontline of the opioid crisis: how community organizations and their staff are coping 2017*, Central City Foundation: Vancouver, BC.
- ³⁹ Vancouver Police Department, *The Opioid Crisis: The Need for Treatment on Demand*. 2017, Vancouver Police Department: Vancouver, BC.
- ⁴⁰ BC Centre for Disease Control, *Opioid Overdose Emergency in BC* (infographic). 2017, BC Centre for Disease Control: Vancouver, BC.
- ⁴¹ Fraser Health Population and Public Health, *Overdose Prevention Site Manual*. 2017, Fraser Health: Burnaby, BC.
- ⁴² Sauer, M., 'Overdose prevention sites are working', in *Megaphone: Change That Works*. 2017, Megaphone: Vancouver, BC.
- ⁴³ Thulien, M., T. Nathoo, and J. Worrall, *SisterSpace Women-Only Overdose Prevention Site: Three Month Developmental Evaluation*. 2017, Atira Women's Resource Society: Vancouver.
- ⁴⁴ Zeidler, M., B.C. police presence at overdose calls discourages requests for help, say legal advocates, in *CBC News*. 2017, CBC News: Vancouver, BC.
- ⁴⁵ Frank, J.W., et al., Patient Outcomes in Dose Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Therapy: A Systematic Review. *Ann Intern Med*, 2017. 167(3): p. 181-191.
- ⁴⁶ Bartholow, L. *Trauma-Informed Crucial Conversations & Opioid Tapers*. 2016; Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=T3nbIMwjWCA>.
- ⁴⁷ Kennedy, L.C., et al., "Those Conversations in My Experience Don't Go Well": A Qualitative Study of Primary Care Provider Experiences Tapering Long-term Opioid Medications. *Pain Med*, 2017.
- ⁴⁸ Matthias, M.S., et al., "I'm Not Gonna Pull the Rug out From Under You": Patient-Provider Communication About Opioid Tapering. *J Pain*, 2017. 18(11): p. 1365-1373.
- ⁴⁹ Darnall, B.D., et al., Patient-Centered Prescription Opioid Tapering in Community Outpatients With Chronic Pain. *JAMA Intern Med*, 2018.
- ⁵⁰ Wisniewski, A.B., Hypothalamic-pituitary-gonadal function in men and women using heroin and cocaine, stratified by HIV status. *Gender Medicine*, 2007. 4.
- ⁵¹ Bliesener, N., Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2005. 90.
- ⁵² Back, S.E., et al., Comparative profiles of men and women with opioid dependence: results from a national multisite effectiveness trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 2011. 37(5): p. 313-323.
- ⁵³ BC Centre for Disease Control, *Respectful Language and Stigma Regarding People Who Use Substances*. 2017, BC Centre for Disease Control: Vancouver, BC.
- ⁵⁴ National Perinatal Association. *Opioids and NAS: Language Matters* (infographic). February 10 2018]; Available from: <http://www.nationalperinatal.org/Infographics>.
- ⁵⁵ Toward the Heart, *Take Home Naloxone Program in BC* (infographic). 2018, BC Centre for Disease Control: Vancouver, BC.
- ⁵⁶ Duran, E., Vancouver Fire Rescue responded to more than 6,000 overdose calls this year, in *Global News*. 2017, Corus Entertainment Inc: BC.
- ⁵⁷ Provincial Health Services Authority. *Helping the helpers: providing psychosocial support to those on the front line of the overdose public health emergency*. 2017 February 10, 2018]; Available from: <http://www.phsa.ca/about/news-stories/stories/helping-the-helpers>.
- ⁵⁸ Woo, A., BC Emergency Health Services addresses trauma of being a paramedic, in *The Globe and Mail*. 2017, The Globe and Mail: Toronto, ON.
- ⁵⁹ Abrahams, R.R., et al., Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. *Can Fam Physician*, 2007. 53(10): p. 1722-30.
- ⁶⁰ Boucher, A.M., Nonopioid Management of Neonatal Abstinence Syndrome. *Adv Neonatal Care*, 2017. 17(2): p. 84-90.
- ⁶¹ Edwards, L. and L.F. Brown, Nonpharmacologic Management of Neonatal Abstinence Syndrome: An Integrative Review. *Neonatal Netw*, 2016. 35(5): p. 305-13.
- ⁶² Holmes, A.V., et al., Rooming-In to Treat Neonatal Abstinence Syndrome: Improved Family-Centered Care at Lower Cost. *Pediatrics*, 2016. 137(6).
- ⁶³ McKnight, S., et al., Rooming-in for Infants at Risk of Neonatal Abstinence Syndrome. *Am J Perinatol*, 2016. 33(5): p. 495-501.
- ⁶⁴ Hodgson, Z.G. and R.R. Abrahams, A rooming-in program to mitigate the need to treat for opiate withdrawal in the newborn. *J Obstet Gynaecol Can*, 2012. 34(5): p. 475-81.
- ⁶⁵ Centre of Excellence for Women's Health, *'I love it because you could just be yourself' A study of girls' perspectives on girls' groups and healthy living*. 2012.
- ⁶⁶ Miller, N.A. and L.M. Najavits, Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology*, 2012. 3(1): p. 17246.
- ⁶⁷ Canadian Centre on Substance Use and Addiction, *Prescription Opioids*. 2017, Canadian Centre of Substance Use and Addiction: Ottawa, ON.
- ⁶⁸ Rotermann, M., et al., Prescription medication use by Canadians aged 6 to 79. *Health Rep*, 2014. 25(6): p. 3-9.
- ⁶⁹ Morgan, S.G., et al., Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age Ageing*, 2016. 45(4): p. 535-42.
- ⁷⁰ Thompson, A.E., et al., The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*, 2016. 17: p. 38.
- ⁷¹ Gomes, T., et al., *Behind the Prescriptions: A snapshot of opioid use across all Ontarians*. 2017, Ontario Drug Policy Research Network
- ⁷² Hemsing, N., L. Greaves, and N. Poole, Misuse of prescription opioid medication among women: a scoping review. *Pain Research and Management*, 2016.

Remerciements

Cette ressource a été élaborée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESF) en 2018 dans le cadre du projet Trauma/Gender/Substance Use (TGS). Le projet TGS était un projet sur deux ans financé par Santé Canada. Durant ce projet, le Centre a collaboré avec des chefs de file de partout au Canada pour intégrer davantage d'approches tenant compte des traumatismes et du genre, ainsi que d'approches sexotransformatrices, dans les pratiques et les politiques canadiennes relatives aux problèmes de consommation de substances.

Le Centre collabore à des recherches multidisciplinaires et axées sur l'action au sujet de la santé des filles et des femmes. Favorisant l'introduction du genre dans les recherches sur la santé, il accorde une attention particulière aux recherches qui amélioreront l'état de santé des filles et des femmes subissant des inégalités en matière de santé.

Le Centre est situé au BC Women's Hospital & Health Centre, qui est un organisme de la régie de santé provinciale Provincial Health Services Authority.

Examinatrices/groupe consultatif

Naomi North, Michelle Wong, Meg Emslie et Holly Clow, Direction de la santé mentale et de la toxicomanie, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Lorraine Greaves, Centre d'excellence pour la santé des femmes
Lenora Marcellus et Nancy Clark, École des sciences infirmières, Université de Victoria

Sheena Taha, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Jan Ference, Deborah Chaplain et Nicole Tremblay, régie de santé Island Health

Glenys Webster, Santé des femmes, des mères et de la petite enfance, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Devon Silvers, hôpital de psychiatrie légale, Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique

