

EXAMEN RAPIDE

Modèles de traitement et de réduction des méfaits pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes

Publication : octobre 2022

Principales constatations

1. Dans les publications évaluées par les pairs, on remarque des différences de conception et de portée entre les programmes de traitement et de réduction des méfaits conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des drogues. (Note : « personnes issues de la pluralité des genres » est un terme général désignant les identités de genre qui ne tombent pas dans la binarité homme-femme et comprenant les personnes queer, non-binaires et trans.)
2. Bon nombre des études portaient sur les femmes enceintes et les mères (a priori cisgenres); très peu étaient explicitement conçues pour les personnes issues de la pluralité des genres. Les programmes offraient principalement du soutien psychosocial et un accès à des services de santé. Les études s'intéressaient peu aux éléments structureaux comme le changement des politiques, la création d'environnements favorable et le renforcement de l'action communautaire.
3. Les facteurs structureaux et contextuels ayant une incidence sur l'élaboration et la mise en œuvre de programmes (criminalisation de la consommation de substances, engagement communautaire) n'étaient pas souvent explicitement documentés.
4. Dans les études sélectionnées, les objectifs des programmes avaient en grande partie été atteints et étaient étayés par un vaste éventail de mesures des résultats.
5. Le présent examen répertorie les lacunes actuelles et les occasions manquées dans les modèles de traitement et de réduction des méfaits conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes. Il souligne la nécessité :
 - d'élargir la portée du programme au-delà de l'échelle individuelle pour examiner l'interaction complexe des facteurs structureaux et sociaux/sociétaux dans le contexte des disparités sur le plan du genre;
 - de dépister et d'éliminer les obstacles au leadership des femmes et personnes issues de la pluralité des genres qui consomment ou qui consommaient de la drogue, particulièrement dans l'élaboration et la mise en œuvre de programme de traitement et réduction des méfaits.

Portée

Le présent examen se veut une synthèse rapide de l'éventail des modèles de traitement et de réduction des méfaits conçus pour répondre aux besoins uniques des femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes.

La réduction des méfaits comprend divers volets : vérification des drogues, accès à des substances sécuritaires, services de consommation supervisée, sites de prévention des surdoses, distribution de matériel sécuritaire (p. ex., aiguilles), programmes et services d'éducation et de sensibilisation¹. Du côté des traitements, on retrouve le traitement par agonistes opioïdes (TAO) de même que des services externes et en établissement¹.

L'examen se limitait aux personnes consommant des opioïdes, vu l'augmentation des méfaits causés par ces drogues en Ontario².

Renseignements généraux

La crise des opioïdes est un problème de santé publique majeur qui a de vastes répercussions, comme en témoigne l'augmentation des surdoses fatales et autres répercussions néfastes sur la santé et la société³. Les études publiées suggèrent que les personnes marginalisées ou confrontées à de la discrimination et à des injustices, comme les femmes et personnes issues de la pluralité des genres, font disproportionnellement les frais des opioïdes⁴.

La majeure partie de la recherche à ce sujet portait sur les femmes (a priori cisgenres)⁴. Une étude a démontré que les femmes consommant des substances étaient plus susceptibles que les hommes d'être sans emploi et plus susceptibles de présenter des comorbidités et des complications de santé physique et psychologique⁵. Les femmes étaient également plus susceptibles que les hommes d'éviter les services de traitement et de réduction des méfaits de crainte d'interagir avec le système de bien-être de l'enfance⁶. De plus, les consommatrices d'opioïdes étaient victimes de violence fondée sur le genre, dont des agressions sexuelles, émotionnelles et physiques, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des services de réduction des méfaits^{7,8}. Par ailleurs, les décès liés aux opioïdes étaient trois fois plus susceptibles d'être considérés comme des suicides chez les femmes que chez les hommes⁹.

Le fardeau des méfaits associés aux opioïdes chez les personnes issues de la pluralité des genres est peu étudié, mais les données disponibles démontrent que ce groupe est lui aussi touché de manière disproportionnée comparativement aux personnes cisgenres et hétérosexuelles¹⁰.

L'intersection du genre avec d'autres facteurs de marginalisation comme la condition de logement, la racialisation, le statut d'Autochtone et la criminalisation de la consommation de drogues cause des disparités importantes et spécifiques sur le plan de la santé et du statut social. Il est primordial que les programmes de traitement et de réduction des méfaits s'adressant à des groupes marginalisés tiennent compte des facteurs individuels, sociaux et structurels liés au bien-être des utilisateurs de services¹¹.

Une analyse des programmes de traitement et de réduction des méfaits conçus spécifiquement pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes permet de relever les lacunes et les possibilités de collaboration future.

Cet examen rapide des études publiées a pour objectif de :

- présenter les programmes de traitement et de réduction des méfaits qui répondent aux besoins uniques des femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes;
- décrire les facteurs contextuels qui ont été pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes;
- décrire tout processus ou résultats sur la santé mesurés pour ces programmes.

Méthodologie

Un examen rapide a été mené pour répertorier et résumer les publications évaluées par les pairs portant sur les modèles de traitement et de réduction des méfaits conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres. Il s'agit d'un type de synthèse des connaissances qui sacrifie certaines étapes du processus de la revue systématique au profit de la rapidité¹².

La stratégie de recherche a été élaborée en collaboration avec les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO). Une recherche a été menée le 9 février 2022 dans trois bases de données électroniques : MEDLINE, Embase et PsycINFO. Les mots-clés recherchés (en anglais) étaient les suivants : *women and gender-diverse individuals, opioids, harm reduction services (supervised consumption sites, needle and syringe distribution, safer supply, peer support programs), opioid agonist treatment et public policy* (femmes et personnes issues de la pluralité des genres, opioïdes, services de réduction des méfaits [sites de consommation supervisés, distribution d'aiguilles et de seringues, accès à des substances sécuritaires, services de soutien par les pairs], traitement par agonistes opioïdes et politiques publiques). La stratégie de recherche complète est disponible sur demande.

Remarque importante sur le langage : Les publications dans le domaine de la santé continuent de se limiter à la binarité homme-femme dans les études portant sur le genre. De plus, les auteurs adoptent un langage binaire qui utilise le terme « femmes » pour dire « femme cisgenre », sans précision¹³. Ces questions sont pertinentes pour cette étude sur la consommation de substances, puisque lorsque le terme « femmes » n'est pas défini, il faut présumer qu'il désigne les femmes cisgenres. D'autre part, certains programmes ou certaines études sur la grossesse pourraient employer le terme « femmes enceintes » sans reconnaître que la grossesse est une expérience qui peut concerner divers genres.

Le présent examen rapide utilise les termes « femmes » et « femmes enceintes » pour refléter le langage utilisé dans les articles sélectionnés et limiter la (ré)interprétation en l'absence d'information supplémentaire sur les participants. Les articles rédigés en anglais et révisés par les pairs étaient admissibles s'ils répondaient aux critères suivants :

- Les examens devaient avoir été publiés depuis 2011 pour limiter l'étendue.
- Les études primaires devaient avoir été publiées depuis 2020 pour refléter les données les plus récentes.
- Les articles devaient avoir été publiés en Amérique du Nord, en Europe et en Australie.
- Les articles devaient porter sur les femmes ou groupes issus de la pluralité des genres consommant des opioïdes.

- Les programmes devaient être spécifiquement conçus pour les femmes ou les personnes issues de la pluralité des genres.

Les résultats de la recherche ont été divisés en deux catégories. Chaque catégorie a été évaluée en fonction du titre et du résumé des articles par des évaluateurs distincts, et examinée en collaboration avec deux autres membres de l'équipe. Les articles restants ont été évalués en fonction du texte complet, et la liste finale d'articles a été évaluée par deux autres membres de l'équipe.

Aucune évaluation critique de la méthodologie et de la qualité des articles sélectionnés n'a été menée en raison de contraintes de temps.

Un membre de l'équipe de recherche a extrait des données pertinentes de tous les articles sélectionnés et les a résumées. Tout le contenu extrait a été révisé par un autre membre de l'équipe.

Les programmes définis dans les études sélectionnées ont été analysés au moyen de deux cadres : les Déterminants de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada¹⁴ et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹⁵.

- À partir de la liste originale des douze déterminants de la santé¹⁴, des thèmes ont été fusionnés, supprimés ou renommés pour refléter le contexte particulier des programmes destinés aux femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes.
- Dans le cadre de cet examen rapide, les programmes de traitement et de réduction des méfaits ont été définis à l'aide des déterminants de la santé suivants (en format adapté) : 1) ressources essentielles; 2) accès à des services de santé; 3) soutien psychosocial; 4) culture; 5) sécurité.
- La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit cinq catégories de mesures de promotion de la santé, qui ont été utilisées pour analyser les programmes des études retenues : 1) élaborer une politique publique saine; 2) créer des milieux favorables; 3) renforcer l'action communautaire; 4) acquérir des aptitudes individuelles; 5) réorienter les services de santé¹⁵.

Résultats

Description des documents

En tout, c'est 1 155 documents qui ont été extraits à l'issue de la recherche documentaire. Après une première sélection basée sur le titre et le résumé, 50 articles complets ont été évalués. De ce nombre, 22 études répondaient aux critères d'inclusion. Motifs courants d'exclusion : les participantes n'étaient pas des femmes ou personnes issues de la pluralité des genres consommant des drogues; les programmes n'étaient pas conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des drogues; les programmes ne portaient ni sur des traitements ni sur la réduction des méfaits; aucune intervention n'était présentée.

Douze études avaient été menées aux États-Unis, quatre au Canada, trois dans de multiples pays, deux en Europe et une en Australie.

Il s'agit de neuf études qualitatives, cinq analyses quantitatives d'études observationnelles, quatre essais contrôlés randomisés, trois méta-analyses et une étude à méthodes mixtes.

L'annexe A fournit une description complète des 22 articles sélectionnés¹⁶⁻³⁷. Le tableau résume chaque article par auteur, année de publication, type d'étude, participants, description du programme, indicateurs de résultats, conclusions et facteurs contextuels.

Caractéristiques des interventions

DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

La majorité des études décrivaient des programmes conçus pour les femmes consommant des opioïdes (n = 21). Cela comprenait des femmes enceintes seulement (n = 4), des femmes non enceintes (n = 1), des femmes dont le statut de grossesse n'était pas spécifié (n = 7), des mères (n = 3) et des groupes mixtes (n = 6). Seule une étude incluait explicitement les personnes transgenres et les femmes non-binaires dans des espaces « réservés aux femmes »¹⁸. Une autre étude, de Willging et coll., présentait des programmes conçus spécifiquement pour « les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queer (LGTBQ) »³⁶.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le tableau 1 présente une description des programmes conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes.

Tableau 1. Description des programmes

Déterminant de la santé	Soutiens
Ressources essentielles	<ul style="list-style-type: none"> • Aliments • Vêtements et produits d'hygiène • Logement • Transport
Accès aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Soins prénataux • Soins de santé primaires pour les enfants • Pédiatrie du développement • Soins de santé génésique • Soins de santé mentale • Soins médicaux généraux • Dépistage et traitement des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) • Aiguillage vers des professionnels de la santé pour le TAO
Soutien psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel de soutien sur place • Programmes de formation au rôle de parent • Garde d'enfants • Aide à l'interaction avec les services de protection de l'enfance • Aiguillage vers les services sociaux • Formation professionnelle • Gestion des cas • Accompagnement aux rencontres de probation ou de libération conditionnelle • Dépistage et intervention rapide • Brève entrevue motivationnelle • Consultation (individuelle, de groupe, familiale)

Déterminant de la santé	Soutiens
	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie cognitivo-comportementale • Récits numériques • Éducation à la santé (générale et propre à la consommation de substances)
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Aide pour les victimes de violence et de traumatismes • Espaces réservés aux femmes (ouverts aux personnes transgenres et non-binaires)
Culture	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes pour les Autochtones • Soins spirituels • Programmes adaptés à la culture (p. ex., thérapie par l'art et la musique) • Programmes présentés par les pairs

Les programmes se tenaient dans divers contextes : cliniques de traitement communautaires (n = 5), espaces de réduction des méfaits (n = 3), autres organismes communautaires (n = 3), établissements correctionnels (n = 2), logements de transition (n = 1), centres de traitement en établissement (n = 1), domiciles (n = 1), sites mixtes (p. ex., établissements médicaux offrant des services internes et externes) (n = 6). Les programmes avaient soit une seule composante (n = 8), soit des composantes multiples (n = 14).

La majorité des programmes offraient du soutien psychosocial (n = 19) et un accès à des services de santé (n = 11). Un plus petit nombre proposait aux utilisateurs des ressources essentielles (n = 6), adaptait leur programmation à la culture (n = 5) ou tenait compte des enjeux de sécurité propres aux utilisateurs de services (n = 4).

Des services de soins complets et intégrés étaient couramment proposés par l'intermédiaire du regroupement des services ou de soins interdisciplinaires offerts en équipe.

- **Ressources essentielles** : Les programmes visaient souvent à répondre aux besoins essentiels des consommatrices d'opioïdes vivant dans la précarité^{16,19,31} ou dans la pauvreté²¹, confrontées à l'insécurité alimentaire³¹, au chômage¹⁹, ou interagissant avec le système légal^{17,19}. Ces femmes étaient plus susceptibles de participer à une intervention à domicile pour des enfants présentant un retard du développement si leurs propres besoins en matière de logement, de transport et de biens matériels étaient comblés²⁹. Ces besoins sont ancrés dans des dynamiques structurelles de pouvoir comme le sexisme, le racisme et le classisme. Harvey et coll. (2012) expliquent comment les problèmes concomitants de pauvreté et de santé mentale compliquent la parentalité pour les mères qui consomment des drogues²¹.
- **Accès à des services de santé** : Plusieurs programmes facilitaient l'accès des femmes consommant des opioïdes à des soins de santé préventifs comme les mammographies et le dépistage du cancer du col de l'utérus^{27,37} ainsi que la vaccination²¹; à des soins pour les comorbidités physiques et mentales²¹; et à des soins de santé sexuelle²⁷ et reproductrice, comme la contraception et les soins prénataux^{22,27}. Les services destinés aux mères comprenaient les soins de santé pédiatrique²². L'accès aux soins cliniques était souvent bonifié lorsque ceux-ci étaient offerts dans des lieux où les consommatrices d'opioïdes étaient déjà présentes, comme les sites de traitement et de réduction des méfaits^{21,22,27,37}. Le TAO était offert dans divers lieux et souvent intégré avec d'autres services et programmes^{20,22,24,25,34,37}.

- Soutien psychosocial** : La majorité des programmes saisissaient les occasions de proposer du soutien émotionnel et psychologique à leur clientèle. Par exemple, certains offraient des cours de compétences parentales aux mères ou aux femmes enceintes^{21,22,26,29,31} ainsi que de l'aide pour celles qui évitaient d'avoir recours aux services de crainte que cela ait des répercussions négatives sur leurs enfants^{18,26,29,35}. D'autres programmes offraient des consultations rapides pour les consommatrices d'opioïdes incarcérées, avec l'objectif d'examiner leurs besoins particuliers après leur libération^{17,19}. Un atelier de récits numériques pour les femmes enceintes et les mères ayant consommé cherchait à réduire la stigmatisation en facilitant le réseautage et les échanges entre les participantes²⁸. Un certain nombre d'articles décrivaient aussi des programmes, destinés aux femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes, qui menaient un travail d'autonomisation par l'intermédiaire de groupes éducatifs. Jones et coll. (2021) ont ainsi observé une amélioration importante des connaissances chez les femmes enceintes et les mères ayant assisté à 14 séances hebdomadaires sur divers sujets liés à la toxicomanie et à la guérison²³. Les participants ont affirmé que les séances étaient extrêmement efficaces²³.
- Sécurité** : Les consommatrices d'opioïdes étaient fréquemment victimes de violence, dont des agressions sexuelles et physiques, dans les sites de réduction des méfaits^{16,35}, les logements de transition et les refuges¹⁶. Dans un tel contexte, l'établissement de relations de confiance était défini comme un élément essentiel des services²¹. L'utilisation de pratiques de réduction des méfaits relationnelles²⁶ tenant compte des traumatismes, dans un environnement exempt de jugement, permettait d'améliorer le sentiment de sécurité et de confiance chez les femmes et les personnes issues de la pluralité des genres³¹. Les programmes offrant des espaces réservés aux femmes abordaient les problèmes de violence structurelle et fondée sur le sexisme ou le racisme¹⁶. Le plus souvent, ces services offraient un espace réservé aux femmes; un programme en particulier avait une plage horaire réservée aux femmes uniquement pour accéder à du matériel de réduction des méfaits. Une seule étude décrivait un espace réservé aux femmes accueillant explicitement les personnes trans et non-binaires¹⁸.
- Culture** : Peu d'articles mentionnaient la présence de programmes adaptés à la culture. Nous avons répertorié quelques programmes offrant des activités culturelles sur place pour que les femmes autochtones puissent découvrir ou redécouvrir certaines pratiques culturelles^{16,31}, ayant recours à la thérapie par l'art et la musique dans un site de traitement résidentiel³⁷ et faisant appel à des intervenants en soutien par les pairs LGBTQ pour fournir des services aux adultes de cette même communauté³⁶. La clientèle a noté que le fait d'avoir des expériences communes avec le personnel rendait l'environnement plus accueillant et favorisait le recrutement d'utilisateurs pour les services^{18,28}.

FACTEURS STRUCTURAUX ET CONTEXTUELS

Plusieurs facteurs structurels et contextuels pourraient avoir influencé l'élaboration, la mise en œuvre et les résultats rapportés des programmes. Toutefois, les études fournissaient rarement des informations solides à propos de ces problèmes.

- Criminalisation de la consommation** : La criminalisation de l'usage des opioïdes (p. ex., les infractions liées aux drogues) influençait directement les taux d'arrestations et d'incarcération des consommatrices dans deux études^{17,19}. La stigmatisation liée à la consommation d'opioïdes représentait un enjeu transversal dans la littérature et augmentait particulièrement la crainte de perdre la garde de ses enfants chez les mères consommatrices^{18,29,35}. Les lois et les politiques discriminatoires suscitaient de la peur et de la méfiance, et faisaient en sorte que les personnes concernées évitaient les services sociaux et de santé³⁸.

- **Gouvernance et financement organisationnels** : Lago et coll. ont expliqué que les niveaux imbriqués de confiance et de méfiance démontrés par les personnes consommant des drogues, dans le contexte d'expériences de méfait et de stigmatisation, peuvent causer des tensions dans l'accès aux services de réduction de méfaits³⁹. Néanmoins, aucun des articles sélectionnés ne présentait clairement l'influence du financement et de la gouvernance des programmes sur l'acceptabilité et l'adoption de ces derniers.
- **Engagement et leadership communautaires** : Conformément au principe directeur de « rien à notre sujet sans nous », il est primordial dans ce travail de mener une consultation concrète de la communauté au cours des étapes de planification et de mise en œuvre des programmes de traitement et de réduction des méfaits⁴⁰. Il faut aussi que des gens qui ont l'expérience vécue de la consommation de drogues participent à l'orientation desdits programmes⁴⁰. C'est ainsi que du personnel féminin et issu de la pluralité des genres qui consomme ou a déjà consommé a participé à la mise en œuvre de certains programmes en tant que pairs défenseurs d'intérêts et intervenants en soutien par les pairs^{18,22,28,30,36}. Toutefois, une seule étude indiquait explicitement que des membres de la communauté avaient pris part à l'élaboration de l'étude¹⁶.
- **Membres du personnel** : Les fournisseurs de services de réduction des méfaits sont formés pour « véhiculer l'acceptation et aider les gens à devenir des experts dans leur propre vie »⁴¹. Dans le cas des femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant de la drogue, il est particulièrement important pour le personnel de créer des espaces sûrs et de comprendre les problèmes auxquels ces populations sont confrontées⁴¹. Les participants ont exprimé une satisfaction mitigée à l'égard des attitudes et des comportements des prestataires de services de traitement et de réduction des méfaits : si certains ont affirmé que « les services de soins sans rendez-vous et les fournisseurs de confiance favorisaient l'accès au programme »²⁷, d'autres ont affirmé que « l'attitude négative du personnel nuisait à l'accès aux services »²¹.
- **Expériences vécues des participants** : Torchalla et coll. ont souligné que « des formes multiples et continues d'épreuves et de traumatismes » étaient courantes chez les femmes enceintes et ayant accouché qui consomment de la drogue⁴². En outre, l'effet des programmes ou des interventions est étroitement lié à leurs expériences actuelles et passées : Zhou et coll. ont souligné que « les facteurs sociaux comme le logement, l'alimentation et le revenu sont essentiels au rétablissement des femmes »³⁷. Begun et coll. ont aussi écrit que « bien que de nombreuses femmes incarcérées aient l'intention de demander de l'aide à leur sortie, les nombreux besoins essentiels qui doivent être satisfaits de toute urgence lors de la réinsertion sociale y font obstacle »¹⁷. Willging et coll. mettent en lumière le rôle de l'intersectionnalité lorsqu'ils soulignent que « la pauvreté est exacerbée par le stress d'être une minorité LGBTQ »³⁶.

MESURES D'IMPACT

Le tableau 2 présente les processus ou les résultats sur la santé décrits dans les articles sélectionnés. Étant donné la diversité des programmes, les indicateurs de résultats varient grandement.

Les études qualitatives examinaient généralement la satisfaction des utilisateurs par rapport au programme, ou les obstacles et incitatifs à la participation à l'intervention. Dans le cadre de ces évaluations, on a interviewé tant la clientèle que les fournisseurs de services.

Les études quantitatives examinant les résultats se penchaient sur des objectifs précis des programmes, par exemple, les résultats sur la santé maternelle et néonatale des programmes de traitement durant la

grossesse^{24,34}, ou les changements dans l'expérience du système judiciaire suite à la réalisation de programmes offrant du soutien psychosocial durant l'incarcération¹⁹.

Tableau 2. Objectifs et indicateurs de résultats

Objectif	Indicateurs de résultats
Priorités de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins et préoccupations exprimés par la clientèle. • Par exemple : bénéficier d'espaces réservés aux femmes « permettant la consommation de drogues, y compris par inhalation, et tenant compte des expériences de violence sexiste, raciste et structurelle propres aux femmes »¹⁶; trouver un logement sécuritaire et abordable; contrôler sa consommation de drogues; trouver un d'emploi; obtenir la garde de ses enfants; obtenir son diplôme; accepter une perte ou un décès.
Engagement de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Perception des utilisateurs par rapport à leur degré d'utilisation des services • « Capacité d'expression et d'agentivité [et] relation d'aide réciproque »¹⁸
Satisfaction de la clientèle	<p>Rétroaction de la clientèle sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la faisabilité; • l'acceptabilité; • la pertinence; • les retombées des services et programmes; • les obstacles et incitatifs à l'utilisation de services; • la capacité à échanger et à sensibiliser les gens aux circonstances personnelles pour réduire le sentiment de honte; • l'expérience de la stigmatisation chez les femmes consommant des substances.
Résultats du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réussite du programme • Durée de la participation au programme • Utilisation des services et des soutiens
Résultats sur la consommation de substances	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de consommation de substances • Taux de rechute • Rétention des connaissances sur la consommation
Résultats sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des interactions mère-enfant • Proportion d'enfants de participants placés en foyers d'accueil • Changement dans le casier judiciaire/historique d'arrestations
Résultats sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs pré- et périnataux (âge gestationnel à l'inscription, type d'accouchement, nombre de consultations prénatales) • Indicateurs néonataux (âge gestationnel à l'accouchement, poids à la naissance, périmètre crânien, taille, taux d'admission et durée du séjour dans les unités de soins spéciaux, prévalence du syndrome d'abstinence néonatale, évaluation et traitement, dépistage toxicologique, complications à l'accouchement, mortalité périnatale)

Observations

À l'aide d'un cadre adapté de déterminants de la santé, on a démontré que les programmes conçus pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes offraient fréquemment du soutien psychosocial ainsi qu'un accès à des services de santé. Si la clientèle cautionnait les retombées de ces programmes, on notait des lacunes du côté de la promotion de l'accès à des ressources essentielles ainsi que de l'offre de programmes adaptés aux enjeux culturels et sécuritaires. Cela pourrait refléter la surmédicalisation de la consommation de substances⁴³. Les utilisateurs participaient davantage aux programmes relationnels culturellement sûrs et tenant compte des traumatismes qui les aident à combler leurs besoins de base. La littérature soulignait également l'importance de concevoir intentionnellement des programmes examinant l'ensemble des déterminants de la santé et reconnaissant que, si l'on souhaite aider les personnes qui consomment des drogues, il faut se pencher sur les facettes complexes des vécus ayant une incidence directe sur l'usage de substances.

Les programmes s'adressant aux femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes étaient limités en ce qui a trait aux types de services offerts. Dans leur application de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹⁵, la majorité des programmes présentés dans la littérature s'intéressaient au développement des aptitudes personnelles (p. ex., le renforcement de la résilience personnelle grâce à des séances de counseling²²) et à la réorientation des services de santé (p. ex., proposer des services de santé sexuelle et des programmes d'échange de seringues sous un même toit)²⁷. Aucun programme ne portait spécifiquement sur les politiques publiques de promotion de la santé ni sur les espaces naturels et environnements bâtis accueillants pour les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes. Si certains programmes proposaient des groupes d'entraide^{18,36}, aucun n'avait comme objectif principal la mobilisation communautaire ou l'action collective. Les conclusions mettent en lumière les lacunes au sein des programmes qui sont influencés par les expériences structurelles, sociales et intersectionnelles des femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes.

De nombreuses études portaient sur les programmes destinés aux femmes enceintes et aux mères, mais aucune n'abordait l'expérience de la grossesse et de la parentalité pour les personnes issues de la pluralité des genres. Il faudrait examiner si l'importance du nombre de programmes destinés aux deux premiers sous-groupes plutôt qu'aux femmes non enceintes ou aux personnes issues de la pluralité des genres reflète la vision sociétale répandue des femmes en tant que mères biologiques. Ces programmes pourraient marginaliser encore davantage ces derniers groupes, vu leur approche surmédicalisée n'examinant pas en profondeur les autres rôles et identités contribuant à l'intersectionnalité. Si de multiples études dans cet examen s'intéressaient à la parentalité, des lacunes demeurent dans les services destinés aux femmes et personnes issues de la pluralité des genres qui consomment des drogues et qui s'occupent de leurs enfants malgré les obstacles et les défis auxquels elles font face^{22,29}. Cela démontre l'importance que les programmes s'adressant aux femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes soient élaborés et mis en œuvre en collaboration avec des personnes ayant déjà consommé afin de mieux combler les lacunes dans les services.

Les dommages causés par le colonialisme, la médicalisation et l'expérimentation ainsi que la méfiance générale à l'égard des institutions sont autant d'éléments contextuels importants qui n'ont pas été pris en compte dans la littérature. Pourtant, leurs répercussions sont telles qu'ils peuvent miner l'acceptabilité des programmes financés et offerts par divers organismes gouvernementaux, établissements de soins de santé, centres universitaires, groupes communautaires et autres intervenants^{39,44}.

Le leadership des personnes consommant des drogues est non seulement essentiel pour établir la confiance et faire tomber les barrières, mais aussi pour concevoir et mettre en œuvre des soutiens et services efficaces. L'implication de ces personnes dans la mise en œuvre de pratiques efficaces, adaptées à leurs besoins et axées sur leur bien-être, leur santé et leurs droits a été amplement documentée, notamment sous forme d'une transmission de leurs connaissances en collaboration avec des établissements de soins de santé, et ce en dépit des préjugés qu'elles pourraient subir ou avoir subi antérieurement⁴⁵. Or, ce travail a été sous-estimé par la recherche, et les consommateurs de drogues ont été exclus du processus de recherche^{45,46}. Ces réalités démontrent l'importance d'ancrer le travail dans la communauté et de revoir les méthodes déficientes qui peuvent sous-tendre la production d'études et de « preuves ».

Limites

Notre stratégie de recherche limitait les résultats aux études publiées dans des revues avec comité de lecture. Par conséquent, l'action des organismes communautaires n'a pas été documentée dans cet examen rapide.

L'information sur l'identité de genre déclarée des participants était extrêmement limitée, car peu collectée par les équipes de recherche : seules deux études l'indiquaient^{18,36}. Comme l'identité de genre n'était pas explicitement indiquée dans la majorité des études sélectionnées, on ignore dans quelle mesure les résultats reflètent l'expérience vécue des personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes.

Bien que nous ayons regroupé les « femmes » et les « personnes issues de la pluralité des genres », il est important de mettre en lumière les expériences uniques vécues par les deux groupes et les types de marginalisation supplémentaire subis par le second. La littérature ne se donnait pas d'espace ou d'outils pour examiner les services destinés aux personnes issues de la pluralité des genres; il est important de reconnaître cette lacune dans notre examen et d'encourager les lecteurs à ne pas faire de grandes généralisations sur les besoins de ces personnes à partir des études sélectionnées. Nous recommandons plutôt de tirer des leçons de l'éventail de stratégies et de processus présentés, qui suggèrent souvent d'écouter l'avis des personnes consommant des drogues puisque c'est elles qui comprennent le mieux leur propre expérience.

Conclusion

Les femmes et personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes ont des expériences qui leur sont propres. Les programmes conçus spécifiquement pour cette population répertoriés dans les publications évaluées par les pairs offraient fréquemment un soutien psychosocial et un accès à des services de santé. D'autres ressources essentielles, comme des programmes adaptés aux enjeux culturels et sécuritaires, étaient moins couramment offertes. La présentation de facteurs contextuels – criminalisation de la consommation d'opioïdes, financement et gouvernance des programmes, mobilisation communautaire, compétences du personnel, caractéristiques démographiques des participants, etc. – était limitée dans les études sélectionnées. Cela représente une lacune pour les programmes s'intéressant à des expériences structurelles, sociales et intersectionnelles.

Étant donné l'hétérogénéité des méthodes utilisées et des résultats mesurés, il était difficile de comparer efficacement les programmes.

En général, nos conclusions serviront à améliorer les connaissances à tirer des publications évaluées par les pairs sur les programmes de traitement et de réduction des méfaits conçus pour les femmes et personnes

issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes. Puisque les données suggèrent que ces groupes font les frais des opioïdes de manière disproportionnée ⁹, il est essentiel de mettre en place des politiques et des programmes adaptés à leurs besoins et à leurs expériences pour atténuer ces méfaits.

Références

1. Comité de révision des lignes directrices nationales de l'ICRAS. *Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, Ottawa (Ontario), Instituts de recherche en santé du Canada, 2018 [cité le 13 juin 2022]. En ligne : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf
2. Réseau canadien d'info-traitements sida. *Crise des surdoses et des intoxications au Canada : aperçu de la situation actuelle*. Toronto (Ontario), 2021 [cité le 13 juin 2022]. En ligne : <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/crise-des-surdoses-et-des-intoxications-au-canada-aperçu-de-la>
3. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2022 [cité le 16 juin 2022]. En ligne : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
4. Milaney K., Haines-Saah R., Farkas B., Egunsola O., Mastikhina L., Brown S., et coll. « A scoping review of opioid harm reduction interventions for equity-deserving populations », *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 12 (2022). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100271>
5. Bawor M., Dennis B.B., Varenbut M., Daiter J., Marsh D.C., Plater C., et coll. « Sex differences in substance use, health, and social functioning among opioid users receiving methadone treatment: a multicenter cohort study », *Biology of Sex Differences*, vol. 6, n° 21 (2015). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0038-6>
6. Scheidell J.D., Hoff L., Khan M.R., Bennett A.S., et Elliott L. « Parenting and childcare responsibilities, harm reduction service engagement, and opioid overdose among women and men who use illicit opioids in New York City », *Drug and Alcohol Dependence Reports*, vol. 3 (2022). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100054>
7. Boyd J., Collins A.B., Mayer S., Maher L., Kerr T., et Mcneil R. « Gendered violence and overdose prevention sites: a rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada ». *Addiction*, vol. 113, n° 12 (2018), p. 2261-2270. En ligne : <https://doi.org/10.1111/add.14417>
8. Macleod E.R., Tajbakhsh I., Hamilton-Wright S., Laliberte N., Wiese J.L., et Matheson F.I. « “They're not doing enough.” : women's experiences with opioids and naloxone in Toronto », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 16, n° 26 (2021). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00360-3>
9. Gomes T., Greaves S., Martins D., et coll. *Latest trends in opioid-related deaths in Ontario: 1991 to 2015*, Toronto (Ontario), Réseau de recherche sur les politiques ontariennes en matière de médicaments, 2017 [cité le 28 septembre 2022]. En ligne : https://odprn.ca/wp-content/uploads/2017/04/ODPRN-Report_Latest-trends-in-opioid-related-deaths.pdf
10. Girouard M.P., Goldhammer H., et Keuroghlian A.S. « Understanding and treating opioid use disorders in lesbian gay, bisexual, transgender, and queer populations », *Substance Abuse*, vol. 40, n° 3 (2019), p. 335-339. En ligne : <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1544963>
11. Goodyear T., Mniszak C., Jenkins E., Fast D., et Knight R. « “Am I gonna get in trouble for acknowledging my will to be safe?”: Identifying the experiences of young sexual minority men and substance use in the context of an opioid overdose crisis », *Harm Reduction Journal*, vol. 17, n° 1 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00365-4>
12. Khangura S., Konnyu K., Cushman R., Grimshaw J., et Moher D. « Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach », *Systematic Reviews*, vol. 1, n° 10 (2012). En ligne : <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>

13. Chan P. « Invisible gender in medical research », *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcome*, vol. 12 (2019). En ligne : <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005694>
14. Gouvernement du Canada. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Ottawa (Ontario), Gouvernement du Canada, 2022 [cité le 2022 Jun 14]. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
15. Gouvernement du Canada. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*, Ottawa (Ontario), 2017 [cité le 14 juin 2022]. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
16. Bardwell G., Tamar A., Maher L., et Boyd J. « Hoots and harm reduction: a Étude qualitative identifying gaps in overdose prevention among women who smoke drugs », *Harm Reduction Journal*, vol. 18, n° 1, (2021). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00479-3>
17. Begun A., Rose S.J., et Lebel T.P. « Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 29, n° 4 (2011), p. 453-478. En ligne : <https://doi.org/10.1080/07347324.2011.608333>
18. Boyd J., Lavalley J., Czechaczek S., Mayer S., Kerr T., Maher L, et coll. « “Bed bugs and beyond”: an ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site », *International Journal of Drug Policy*, vol. 78 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102733>
19. Cigrang, J.A., Fedynich A.L., Nichting E.M.S., Frederick S.A.L., Schumm J.A., et Auguste C.B. « Brief motivational interview–based intervention for women in jail with history of drug addiction and sex-trading », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 51, n° 1 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1037/pro0000273>
20. Greig E., Ash A., et Douiri A. « Maternal and neonatal outcomes following methadone substitution during pregnancy », *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 286, n° 4 (2012). En ligne : <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2372-9>
21. Harvey S.R., Schmied V., Nicholls D., et Dahlen H. « Key components of a service model providing early childhood support for women attending opioid treatment clinics: an Australian state health service review », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, n° 17-18 (2012). En ligne : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04063.x>
22. Jones C., Dua S., Griggs K., Johnstone W. JR., et Kinsey D. « Improving outcomes of mothers with opioid use disorder using a community collaborative model », *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 12 (2021). En ligne : <https://doi.org/10.1177/21501327211052401>
23. Jones H.E., Apsley H.B., Cocowitch A., Merrill T., Mcglathlin S., Middlesteadt-Ellerson R., et coll. « Increasing knowledge about recovery-related life domains among pregnant and parenting women in comprehensive substance use disorder treatment: the art of addiction recovery program », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 232 (2022). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109252>
24. Milligan K., Niccols A., Sword W., Thabane L., Henderson J., et Smith A. « Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: a meta-analytic review », *Addiction Research & Theory*, vol. 19, n° 6 (2011). En ligne : <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.545153>
25. Milligan K., Niccols A., Sword W., Thabane L., Henderson J., et Smith A. « Length of stay and treatment completion for mothers with substance abuse issues in integrated treatment programs », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Abingdon (Angleterre), vol. 18, n° 3 (2011). En ligne : <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.511638>

26. Motz M., Andrews N., Bondi B., Leslie M., et Pepler D. « Addressing the impact of interpersonal violence in women who struggle with substance use through developmental-relational strategies in a community program », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, n° 21 (2019). En ligne : <https://doi.org/10.3390/ijerph16214197>
27. Owens L., Gilmore K., Terplan M., Prager S., et Micks E. « Providing reproductive health services for women who inject drugs: a pilot program », *Harm Reduction Journal*, vol. 17, n° 1 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00395-y>
28. Paterno M., Leckenby D., et Pachucki M. « Challenges and lessons learned from digital storytelling with parenting women in recovery », *Health Promotion Practice*, vol. 21, n° 3 (2020), p. 340-343. En ligne : <https://doi.org/10.1177/1524839920902751>
29. Peacock-Chambers E., Feinberg E., Senn-McNally M., Clark M.C., Jurkowski B., Suchman N.E., et coll. « Engagement in early intervention services among mothers in recovery from opioid use disorders », *Pediatrics*, vol. 145, n° 2 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1957>
30. Rinehart D., Stowell M., Collings A., Durfee M.J., Thomas-Gale T., Jones H., et coll. « Increasing access to family planning services among women receiving medications for opioid use disorder: a pilot randomized trial examining a peer-led navigation intervention », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 126 (2021). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108318>
31. Rutman D., Hubberstey C., Poole N., Schmidt R., et Van Bibber M. « Multi-service prevention programs for pregnant and parenting women with substance use and multiple vulnerabilities: program structure and clients' perspectives on wraparound programming », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 20 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03109-1>
32. Shapiro M., Sujana A., et Guille C. « A clinical trial of a program for pain management and opioid reduction during pregnancy », *Reproductive Sciences*, vol. 29, n° 2 (2022), p. 606-613. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00701-4>
33. Slesnick N., et Zhang J. « Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 6 (2016), p. 619-629. En ligne : <https://doi.org/10.1037/adb0000199>
34. Terplan M., Laird H.J., Hand D.J., Wright T.E., Premkumar A., Martin C.E., et coll. « Opioid detoxification during pregnancy: a systematic review », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 131, n° 5 (2018), p. 803-814. En ligne : <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002562>
35. Värmå Falk M., Strömdahl S., Ekström A.M., Kåbery M., Karlsson N., Dahlborn H., et coll. « A Étude qualitative of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs », *Harm Reduction Journal*, vol. 17, n° 1 (2020). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00425-9>
36. Willging C.E., Harkness A., Israel T., Ley D., Hokanson P.S., Demaria C., et coll. « A mixed-method assessment of a pilot peer advocate intervention for rural gender and sexual minorities », *Community Mental Health Journal*, vol. 54, n° 4 (2018), p.395-409. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0168-x>
37. Zhou B., Bliss H., Jarvis T., et Geary M. « Facilitation of coordinated medical care for women in residential treatment for substance use disorder », *Rhode Island Medical Journal*, vol. 104, n° 8 (2021), p. 39-42. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34582515/>
38. Wolfson L., Schmidt R.A., Stinson J., et Poole N. « Examining barriers to harm reduction and child welfare services for pregnant women and mothers who use substances using a stigma action framework », *Health & Social Care in the Community*, vol. 29, n° 3 (2021), p. 589-601. En ligne : <https://doi.org/10.1111/hsc.13335>
39. Lago R.R., Peter E., et Bógus C.M. « Harm reduction and tensions in trust and distrust in a mental health service: a qualitative approach », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 12, n° 1 (2017). En ligne : <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0098-1>

40. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Rien à notre sujet sans nous : un manifeste de personnes qui utilisent des drogues illégales*, Toronto (Ontario), 2005 [cité le 14 juin 2022]. En ligne : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-manifesto-by-people-who-use-illegal-drugs/?lang=fr>
41. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. *Harm reduction training manual: a manual for frontline staff involved with harm reduction strategies and services*, Vancouver (Colombie-Britannique), Provincial Health Services Authority, 2011 [cité le 28 septembre 2022]. En ligne : <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/CompleteHRTRAININGMANUALJanuary282011.pdf>
42. Torchalla I., Linden I.A., Strehlau V., Neilson E.K., et Krausz M. « “Like a lot happened with my whole childhood”: violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver’s Downtown Eastside », *Harm Reduction Journal*, vol. 11, n° 34 (2014). En ligne : <https://doi-org.libaccess.lib.mcmaster.ca/10.1186/1477-7517-11-34>
43. Kolla G., et Strike C. « Medicalization under prohibition: the tactics and limits of medicalization in the spaces where people use illicit drugs », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Abingdon (Angleterre), vol. 28, n° 2 (2021). En ligne : <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1769029>
44. Trent Hall O., Jordan A., Teater J., Dixon-Shambley K., Mckiever M.E., Baek M., et coll. « Experiences of racial discrimination in the medical setting and associations with medical mistrust and expectations of care among black patients seeking addiction treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 133 (2022). En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108551>
45. Brown G., Crawford S., Perry G.-E., Byrne J., Dunne J., Reeders D., et coll. « Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership », *Harm Reduction Journal*, vol. 16, n° 1 (2019;). En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31182099>
46. Marshall Z., Dechman M.K., Minichiello A., Alcock L., et Harris G.E. « Peering into the literature: a systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 151 (2015), p. 1-14. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.002>

Annexe A : Résumé des articles sélectionnés

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
Bardwell et coll. (2021) ⁹	Étude qualitative	Femmes utilisant un service d'hébergement de transition à Surrey (Colombie-Britannique), au Canada (n = 32)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits « Service d'hébergement de transition et de halte-garderie » réservé aux femmes et comptant « deux pièces réservées à la consommation de drogues sur chaque étage » Accès à de l'équipement de consommation, à une cuisine et à des espaces sociaux Personnel de soutien sur place Programme adapté aux Autochtones 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> La clientèle souhaitait avoir accès à des espaces réservés aux femmes « permettant la consommation de drogue, y compris par inhalation, et tenant compte des expériences de violence sexiste, raciste et structurelle propres aux femmes ». Les clientes de services de réduction des méfaits avaient exprimé le besoin d'avoir des endroits où elles pourraient fumer; ces espaces favorisent la socialisation et la prévention des surdoses (environnement de groupe).
Begun et coll. (2011) ¹⁰	Essai contrôlé randomisé	Femmes incarcérées au centre de justice pénale ou à la maison de correction du comté de Milwaukee et présentant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres substances, à Milwaukee, aux États-Unis (n = 537)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Les femmes sont soumises aléatoirement à un protocole de dépistage et d'intervention rapide – entrevue de dépistage (AUDIT-12) et rétroaction personnalisée sur les résultats du dépistage donnée dans le cadre d'une entrevue motivationnelle de 60 à 90 minutes – au lieu du traitement habituel (dossier de ressources sur le traitement, les 	Utilisation des services de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, et consommation déclarée deux mois après la sortie de prison	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats moyens à l'AUDIT-12 tant pour le groupe ayant suivi l'intervention que pour celui ayant suivi le traitement habituel ont diminué significativement entre le début et le suivi 2 mois plus tard, mais la réduction moyenne des résultats à l'AUDIT-12 était beaucoup plus importante pour le groupe de l'intervention que pour l'autre groupe. 47 % des femmes participant au suivi ont demandé un traitement après leur sortie (51,7 % du groupe de l'intervention et 43,8 % pour l'autre groupe). Le fait de bénéficier d'une intervention en prison n'était pas un indicateur fiable, tout

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
			services de soutien et le logement, les vêtements et les soins de santé fournis)		comme le fait de suivre n'importe quel type de traitement, dont la participation à un groupe d'entraide.
Boyd et coll. (2020) ¹¹	Étude qualitative	Femmes vivant dans le Downtown Eastside, à Vancouver (Canada), et consommant des drogues (n = 45)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits SisterSpace: site de consommation supervisée dans un contexte non institutionnel, fournissant du matériel non lié à la prévention des surdoses (nourriture, produits d'hygiène féminine), « réservé aux femmes (y compris transgenres et non-binaires) » 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats moyens à l'AUDIT-12 pour le groupe ayant suivi l'intervention et celui ayant suivi le traitement habituel ont tous deux diminué. Engagement accru des participant·es et « capacité accrue d'expression et d'agentivité [et] relations réciproques de soins ».
Cigrang et coll. (2020) ¹²	Analyse quantitative des données du programme	Femmes incarcérées à la prison du comté de Montgomery ayant une arrestation passée ou actuelle pour au moins une infraction liée à la drogue et des antécédents rapportés d'actes sexuels en échange de drogues ou d'argent à Dayton (Ohio), aux États-Unis (n = 91)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Brève entrevue motivationnelle ayant lieu en deux visites, en prison Visite 1 : écoute réflexive, réflexion sur le discours-changement et résumé, sur le modèle de l'entrevue motivationnelle, des trois plus grandes préoccupations que les femmes pourraient avoir après leur sortie de prison; les participant·es remplissent les mesures de dépistage 	Historique d'arrestation (changement dans le nombre d'arrestations au dossier entre les 12 mois précédant et suivant la libération)	<ul style="list-style-type: none"> Principales préoccupations des participant·es : trouver un logement sécuritaire et abordable (54 %), contrôler sa consommation de drogues (46 %), trouver un emploi (27 %), obtenir la garde de ses enfants (23 %), obtenir un diplôme (19 %), mieux accepter une perte ou un décès (15 %). Réduction du nombre d'arrestations après l'incarcération.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participants et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
			<ul style="list-style-type: none"> • Visite 2 : les participantes reçoivent de la rétroaction sur les mesures de dépistage dans le cadre d'entrevues motivationnelles; elles remplissent des feuilles de route avec l'intervenant 		
Greig et coll. (2012) ¹³	Étude de cohorte rétrospective	<p>Cas : Femmes enceintes suivant un programme de substitution à la méthadone (PSM) et dont les soins prénataux et l'accouchement avaient eu lieu à l'Hôpital St. Thomas à Londres, au Royaume-Uni (n = 44)</p> <p>Contrôles : mères ne suivant pas de PSM jumelées en fonction de l'âge, de la parité et de la date d'accouchement (n = 88)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Type : Traitement • Programme de substitution à la méthadone offert sous la supervision de la clinique LANDS – un service multidisciplinaire spécialisé pour les femmes enceintes ayant des problèmes de consommation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré- et périnatalité : profils, information sur la grossesse, type d'accouchement • Néonatalité : âge gestationnel à l'accouchement, poids à la naissance, périmètre crânien, taux d'admission et durée du séjour dans les unités de soins spéciaux pour bébés; taux de syndrome d'abstinence néonatale (SAN), dépistage et traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes participant à un PSM avaient tendance à prendre rendez-vous plus tard (19,4+/-9 semaines) que les femmes ne participant pas à un PSM (17 +/-9,3 semaines); celles qui prenaient rendez-vous plus tard avaient tendance à avoir de plus petits bébés. • L'accouchement spontané par voie vaginale était le type d'accouchement le plus courant pour les deux groupes (88,2 % des participantes du groupe du PSM et 69,3 % de celles du groupe témoin). • Le groupe du PSM avait un âge gestationnel beaucoup moins élevé, davantage de bébés prématurés, un poids médian à la naissance plus faible et plus petit périmètre crânien. • 40,9 % ont nécessité une admission à l'unité de soins spéciaux (27,3 % pour ceux atteints du SAN, ce qui est moins élevé que pour les autres études [90 %]).

Auteurs (année)	Type d'étude	Participants et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
Harvey et coll. (2012) ¹⁴	Étude qualitative	Professionnels de la santé offrant de la pharmacothérapie et un service de gestion des cas dans des cliniques de traitement de la dépendance aux opioïdes en Nouvelle-Galles du Sud (Australie) (n = 58)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Soins de santé prénataux et pour la petite enfance administrés par une infirmière et offerts par l'intermédiaire de services de traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluations du développement de l'enfant, aide aux parents, vaccination, groupes de jeu, aiguillage vers d'autres professionnels de la santé 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> Les principaux facteurs de réussite étaient : l'établissement de relations de confiance (prise de contact durant la phase prénatale; interaction de l'infirmière avec la cliente durant les consultations médicales, offre de visites à domicile), la continuité des soins, l'approche multidisciplinaire, et la fourniture d'encadrement et de soutien au personnel.
Jones et coll. (2021) ¹⁵	Évaluation du programme	Femmes enceintes présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) en Caroline du Nord, aux États-Unis (n = 57)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Les participantes doivent demeurer abstinentes et prendre part à des programmes de counseling, de substitution des opioïdes, de soins prénataux, d'entraide et de formation parentale Services optionnels : Hébergement dans un établissement de transition, transport, garde d'enfants psychiatrie, soins spirituels, formation professionnelle, soins médicaux généraux 	<p>Pourcentage de participantes au programme qui sont demeurées abstinentes</p> <p>Pourcentage d'enfants de participantes au programme qui sont demeurés hors du système de foyers d'accueil</p>	<ul style="list-style-type: none"> 50 % des participantes sont restées dans le programme pendant 12 à 18 mois. Des 57 femmes admises dans le programme, 18 l'ont réussi, dont 11 qui ont participé à un sondage après la fin du programme. « Huit participantes ont indiqué n'avoir consommé aucune substance illite depuis la fin du programme. » Aucune des répondantes n'a « eu affaire avec le système de justice pénale [et] le système de foyers d'accueil ». Possible biais de sélection.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
Jones et coll. (2021) ¹⁶	Évaluation du programme	Femmes enceintes et mères inscrites à des programmes de traitement des troubles de l'usage de substances en Caroline du Nord, aux États-Unis (n = 51)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Participation à 14 séances hebdomadaires de 90 minutes en groupe portant sur différents sujets liés à l'usage de substances et le rétablissement 	Résultats pré- et post-séances portant sur : le degré d'adhésion aux déclarations factuelles sur le sujet; l'apprentissage de quelque chose d'important, et le soutien efficace au rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation importante des connaissances après chacune des 14 séances. Les participant·es s'accordaient sur le fait que les séances étaient très informatives et hautement efficaces.
Milligan et coll. (2011) ¹⁷	Méta-analyse	Femmes enceintes ou mères présentant des troubles de la consommation de substances (K = 11; 3 essais contrôlés randomisés et 8 études quasi expérimentales)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Participation à des programmes intégrés (services sur place liés à la grossesse, à la parentalité ou à l'enfance et offrant un traitement de la consommation de substances au sein d'un seul organisme/programme), ou encore à programmes non intégrés ou ne concernant pas le traitement 	Issues de la grossesse (poids à la naissance, âge gestationnel, % de faible poids à la naissance, % de complications à l'accouchement, % de naissances prématurées, % d'admissions à l'UNSI, nombre de naissances vivantes, nombre de consultations pour des soins prénataux, durée du séjour à l'hôpital, indice d'Apgar, dépistages toxicologiques positifs)	<ul style="list-style-type: none"> On a observé de meilleures issues de grossesse (poids plus élevé à la naissance, plus grand périmètre crânien, moins de complications à l'accouchement, dépistages toxicologiques négatifs à la naissance) chez les femmes participant à des programmes intégrés, comparativement à celles ne prenant part à aucun traitement (n = 6). Comparativement aux programmes non intégrés, les participant·es aux programmes intégrés (n = 5) étaient allées à davantage de consultations prénatales et leur poupon était moins susceptible d'être prématuré.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
Milligan et coll. (2011) ¹⁸	Méta-analyse	Femmes enceintes ou mères présentant des problèmes d'abus de substances [K = 9 : 3 études sur la durée du séjour (1 essai contrôlé randomisé et 2 études quasi expérimentales), et 6 études sur l'achèvement du traitement (2 essais contrôlés randomisés et 4 études quasi expérimentales)]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Participation à un programme de traitement intégré plutôt que non intégré, c.-à-d. un programme comprenant au moins un service de traitement de la consommation de substances et au moins un service de traitement de l'enfant (soins prénataux, garde d'enfants ou cours de compétences parentales) 	<p>Durée du séjour</p> <p>Achèvement du traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les programmes intégrés s'adressant aux femmes présentant des problèmes d'abus de substances et à leurs enfants pourraient présenter un léger avantage par rapport aux programmes non intégrés en ce qui a trait à la durée du séjour. Le nombre moyen de jours de traitement était significativement plus élevé pour les femmes dans les programmes intégrés que pour celles dans les programmes non intégrés (effet faible). On observait de plus grands taux d'achèvement du traitement chez les femmes dans les programmes intégrés que pour celles dans les programmes non intégrés (effet faible, non statistiquement concluant).
Motz et coll. (2019) ¹⁹	Description d'un programme communautaire	Mères présentant des troubles de l'usage de substances et leurs enfants âgés de 0 à 6 ans à Toronto (Ontario), au Canada (n = inconnu)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Programme communautaire offrant du soutien individuel, des séances de groupe, un service de gestion des cas, des repas quotidiens, des dons d'aliments et de vêtements, de l'accompagnement aux rencontres de probation et de libération conditionnelle, des programmes parentaux, du travail d'approche dans la rue 	Objectif d'améliorer la gestion du temps, la préparation au changement, la sécurité et les aptitudes relationnelles	<ul style="list-style-type: none"> « Une grande part de la réussite de [cette intervention] repose sur le fait qu'il s'agit d'un programme communautaire relationnel à petite échelle ». L'utilisation d'une approche développementale-relationnelle aide à renforcer la confiance et à aider les femmes qui consomment.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
			sur les soins prénataux, et des services de garde d'enfants		
Owens et coll. (2020) ²⁰	Évaluation qualitative	Utilisatrices de drogues injectables à Seattle (Washington), aux États-Unis (n = 15 clientes et 13 membres du personnel)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Services de soins de santé génésique dans un programme d'échange de seringues (méthodes de contraception à court terme et à long terme, dépistage des maladies transmises sexuellement et du cancer du col de l'utérus) 	Satisfaction des patientes, participation au programme, obstacles et incitatifs à l'utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> Les auteurs se sont servis des entrevues avec les clientes portant sur les obstacles et les incitatifs pour examiner ces facteurs dans la mise en œuvre du programme. La demande exprimée était élevée dans les entrevues préintervention, mais la participation était relativement faible.
Paterno et coll. (2020) ²¹	Évaluation qualitative	Femmes enceintes et mères d'enfants présentant un TUO dans une région rurale du Massachusetts, aux États-Unis [n = 3]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Récits numériques : « atelier créatif favorisant les liens entre les participantes » 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> Les ateliers de récit aidaient à réduire la stigmatisation vécue par les femmes en rétablissement d'un trouble de consommation.
Peacock-Chambers et coll. (2020) ²²	Étude qualitative	Mères en rétablissement d'un TUO au Massachusetts, aux États-Unis [n = 28]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement « Intervention précoce » : intervention à domicile pour les enfants présentant un retard du développement 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> La crainte de perdre la garde de leur enfant nuisait à la participation des mères à l'intervention. Même si l'intervention était axée sur les enfants, les mères se sentaient plus impliquées dans le programme lorsque leurs propres besoins étaient comblés [logement, couches, transport, soutien émotionnel].

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
Rinehart et coll. (2021) ²³	Essai contrôlé randomisé	Femmes non enceintes recrutées dans quatre programmes de traitement pour le TUD à Denver, aux États-Unis [n = 119]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Répartition aléatoire entre deux séances d'information animées par des pairs portant sur la contraception réversible à action prolongée ou les soins habituels 	<ul style="list-style-type: none"> Participation à l'intervention Prise de rendez-vous de planification familiale Adoption de la contraception réversible à action prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> La capacité à échanger des récits et à présenter leurs circonstances personnelles a permis de réduire le sentiment de honte. La satisfaction des participant·es à l'égard des séances était élevée. Six mois après l'intervention, davantage de participant·es ayant assisté à la séance d'information avaient pris un rendez-vous de planification familiale [36 % contre 14 %]. Il n'y avait pas de différence significative dans le recours à la contraception.
Rutman et coll. (2020) ²⁴	Évaluation du programme faisant appel à différentes méthodes	Femmes présentant des troubles de consommation ou femmes présentant des troubles de consommation avec des enfants, au Canada [n = 8 programmes]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Éventail de services offerts : nourriture, transport, logement, services de bien-être de l'enfance, thérapie individuelle et de groupe, soutien pour les victimes de violence et de traumatismes, soins primaires, garde d'enfants, évaluation de l'enfant, programmes pour les parents, entraide, programmes culturels 	Méthode de prestation des services; manière dont les client·es utilisent les services et sentiment que les services les ont aidées	<ul style="list-style-type: none"> Des programmes culturels et des liaisons directes vers des logements avec services étaient offerts par plusieurs programmes. Les femmes appréciaient les services qui répondaient à des besoins non liés à la drogue, comme les repas et le logement. L'accès à des services sociaux et de santé complets dans un seul endroit était apprécié par les participant·es. L'accès à des personnes formées en traumatismes et à de la thérapie de groupe sur place était apprécié.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
					<ul style="list-style-type: none"> Les programmes culturels autochtones facilitaient la découverte ou la redécouverte des pratiques culturelles.
Shapiro et coll. (2022) ²⁵	Étude quantitative	Femmes enceintes faisant un mésusage d'opioïdes prescrits pour gérer la douleur, mais ne répondant pas aux critères d'un TUO, en Caroline du Sud, aux États-Unis [n = 20]	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Essai clinique ouvert de 8 semaines de TCC pour la douleur chronique et la prise de décisions partagée pour la réduction de la consommation d'opioïdes sur ordonnance; séances hebdomadaires de TCC suivies d'un décompte des comprimés et d'une évaluation par la cliente de la dose d'opioïdes et des symptômes de douleur/aggravation du mésusage d'opioïdes/sevrage; les clientes ont l'option de poursuivre leur ordonnance à la même dose ou de la réduire 	Changement dans le mésusage d'opioïdes, calculs quotidiens de la DEM et évaluation de la douleur au moyen d'évaluations de références ou hebdomadaires durant 8 semaines et 6 à 8 semaines post-partum avec des outils standardisés, comme le Behavior Problems Inventory	<ul style="list-style-type: none"> Réduction significative dans le mésusage d'opioïdes, la dose quotidienne d'opioïdes, la pire évaluation de la douleur et l'interférence de la douleur avec les activités générales en comparant les données de référence à celles d'après-traitement, de même que les données de référence aux données 6 à 8 semaines post-partum. Pas de réduction significative du niveau de douleur moyen avec le temps. La réduction observée dans l'interférence de la douleur avec le travail était seulement significative dans la comparaison des données de référence avec celles du suivi ayant lieu 6 à 8 semaines post-partum. La réduction observée dans l'interférence de la douleur avec le travail était seulement significative dans la comparaison des données de référence avec celles de l'après-traitement.
Slesnick et coll. (2016) ²⁶	Essai contrôlé randomisé	Mères ayant au moins un enfant biologique à charge suivant un traitement externe dans un centre de traitement	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement On attribuait aléatoirement aux familles, en clinique ou à domicile, une thérapie familiale (EBFT) (n = 123) ou une thérapie 	La consommation (alcool, cannabis, cocaïne, opioïdes avec le formulaire 90) des mères était évaluée au début, puis 3, 6, 12	<ul style="list-style-type: none"> Avec le temps, toutes les mères ont présenté une diminution de leur consommation d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'opioïdes Les mères suivant la thérapie EBFT ont diminué la fréquence de leur consommation d'alcool, de

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
		pour le TUO et un enfant âgé de 8 à 16 ans, dans une « grande ville du Midwest », aux États-Unis [n = 183]	d'éducation à la santé féminine (WHE) (n = 60 mères seulement)	et 18 mois après le début Interactions mère-enfant enregistrées sur vidéo au début, puis 6 et 18 mois après le début	cannabis et de cocaïne plus rapidement que les mères suivant la thérapie WHE <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'alcool, l'amélioration du lien d'attachement de la mère était associée à une diminution de la probabilité de consommation. • Pour les opioïdes, l'amélioration du lien d'attachement de l'enfant était associée à une consommation moins fréquente chez la mère. • Comparativement aux autres substances, la consommation d'opioïdes présentait un modèle de changement différent ainsi qu'un modèle d'association différent avec l'autonomie mère-enfant et les comportements d'attachement.
Terplan et coll. (2018) ²⁷	Examen systématique	Femmes enceintes participant à des programmes de désintoxication aux opioïdes (K = 15 études observationnelles au Canada, en Europe et en Australie)	<ul style="list-style-type: none"> • Type : Traitement • La désintoxication est le traitement principal contre le TUO • Groupes de comparaison hétérogènes (n = 9) • Milieu : hospitalier (n = 9), d'hébergement (n = 2), correctionnel (n = 3) • Modalité : pharmacothérapie (n = 14), principalement de la méthadone ou de la buprénorphine; une étude 	Maternité : Réussite de la désintoxication, consommation de drogues Naissance : Mort fœtale, RCIU, naissance prématurée Néonatalité :	<ul style="list-style-type: none"> • On recommande la pharmacothérapie préférablement à la désintoxication pour les TUO durant la grossesse en raison des faibles taux de réussite de la désintoxication, des taux élevés de rechute et du manque de données concernant les effets de la désintoxication sur les issues maternelles et néonatales après l'accouchement. • En général, la qualité des données varie de médiocre à bonne, avec un risque de biais élevé nuisant à l'interprétation des issues de la grossesse après la désintoxication. • Les taux de réussite variaient grandement (9 à 100 %). • Les taux de rechute allaient de 0 à 100 %.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
			<ul style="list-style-type: none"> utilisait de la clonidine et du phénobarbital Suivi : du début jusqu'à la réalisation 	SAN, durée du séjour	<ul style="list-style-type: none"> Un décès maternel causé par une surdose d'opioïdes a été rapporté dans une étude. Aucune augmentation dans le nombre de morts fœtales et de naissances prématurées entre la désintoxication et le groupe de comparaison. Taux de SAN variables (0 à 100 %) avec seuils de traitements variables.
Varma Falk et coll. (2020) ²⁸	Étude qualitative	Utilisatrices de drogues injectables participant à un programme d'échange de seringues en Suède (n = 20)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Programme d'échange de seringues offrant aussi le dépistage de maladies transmises par le sang, la cueillette de trousses de naloxone, du counseling, l'aiguillage vers les services sociaux, le traitement du VIH, et le dépistage du cancer du col de l'utérus 	Obstacles et incitatifs à la participation au programme d'échange de seringues	<ul style="list-style-type: none"> Incitatifs : personnel respectueux, approche multidisciplinaire avec services complets. Obstacles : crainte de perdre la garde de ses enfants, peur de subir de la violence de la part du conjoint masculin, expérience antérieure négative avec le personnel.
Willging et coll. (2018) ²⁹	Essai contrôlé randomisé	Personnes LGBTQ de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic de santé mentale se situant dans l'axe I du DSM-IV (30 % avaient un problème de toxicomanie) dans les régions rurales du Nouveau-Mexique,	<ul style="list-style-type: none"> Type : Réduction des méfaits Assignment randomisée à un groupe expérimental (recevant l'intervention de pairs LGBTQ : groupes d'entraide, éducation par les pairs, aiguillage vers des traitements, counseling pour les comportements à risque) ou à un groupe témoin (recevant des 	<p>Faisabilité, acceptabilité, pertinence de l'intervention</p> <p>Bref inventaire des symptômes, consommation d'alcool et de</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les intervenants en services de soutien aux pairs ont été bien reçus par les participants et la participation au programme a permis de réduire l'isolement social. Les participants ont rapporté une amélioration de leur capacité à s'affirmer dans leurs relations personnelles, professionnelles et thérapeutiques ainsi qu'une meilleure participation au traitement.

Auteurs (année)	Type d'étude	Participant·es et participants	Description du programme	Indicateurs de résultats	Conclusions
		aux États-Unis (n = 47)	ressources de soutien aux personnes LGBTQ : liste de fournisseurs de services et d'organismes, plus un livre et une vidéo)	drogues, sondage sur le soutien social	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y avait aucun changement dans la fréquence de consommation de substances.
Zhou et coll. (2021) ³⁰	Étude de cas	Femmes toxicomanes fréquentant un centre de traitement en établissement au Rhode Island, aux États-Unis (n inconnu)	<ul style="list-style-type: none"> Type : Traitement Traitement en établissement : thérapie individuelle et de groupe, thérapie par l'art et la musique, soins psychiatriques et primaires, service de gestion des cas 	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> Intégration des soins primaires aux soins médicaux en établissement pour les femmes suivant un traitement (recommandation pour une colposcopie, traitement du VHC), de même que liaison avec les soins primaires après le traitement.

Référence suggérée

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Examen rapide : Modèles de traitement et de réduction des méfaits conçus pour les femmes et les personnes issues de la pluralité des genres consommant des opioïdes*, Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent y être apportés sans la permission écrite expresse de SPO.

Renforcement des capacités communautaires d'intervention contre les opioïdes et les surdoses

Lancée en 2019 grâce au financement du Programme de Santé Canada sur l'usage et les dépendances aux substances, l'initiative Renforcement des capacités communautaires d'intervention contre les opioïdes et les surdoses (CAP-COM) est un projet sur quatre ans qui a pour objectif d'appuyer les démarches communautaires de réduction des méfaits liés aux opioïdes et aux surdoses dans les communautés de l'Ontario par le développement des connaissances, compétences et capacités des principaux intervenants concernés.

- Université de l'École d'art et de design de l'Ontario (Université de l'EADO) – Health Design Studio
- Université de Toronto – Initiative d'élaboration et d'évaluation stratégiques
- Black Coalition for AIDS Prevention
- Bureau de santé de Chatham-Kent
- Centres de santé communautaire NorWest
- Drug Strategy Network of Ontario
- Ontario Network of People Who Use Drugs

SPO collabore avec des partenaires externes à l'élaboration du matériel de CAP-COM. La production de ce document a été rendue possible grâce à une aide financière de Santé Canada. Les documents et les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour en savoir plus : substanceuse@oahpp.ca.