

soutenir les infirmières et infirmiers autorisés dans la prestation de soins éclairés par des données probantes.

Il existe suffisamment de données empiriques à l'appui des avantages qu'offrent les stratégies de réduction des méfaits en ce qui concerne la santé publique et la sécurité. Il est prouvé que les programmes de distribution et de récupération des seringues représentent un moyen sûr, efficace et économique de réduire le risque de transmission du VIH tout en favorisant l'accès aux services sociaux et de santé pour les utilisateurs de substances injectables. Les stratégies d'intervention communautaire constituent un moyen économique et efficace d'atteindre les consommateurs de substances. Elles sont particulièrement efficaces quand elles font intervenir des pairs. Les services de consommation supervisée réduisent aussi le taux de décès par surdose et le risque de transmission du VIH tout en favorisant l'accès aux traitements de la toxicomanie et en réduisant le désordre public. Par ailleurs, les traitements par agoniste des opioïdes comme ceux à la méthadone, à la buprénorphine/naloxone (Suboxone) ou à la diacétylmorphine (prescription d'héroïne) constituent des approches sûres et économiques. Les études sur la diacétylmorphine ont montré que cette pratique améliore les résultats sur la santé et réduit la consommation de substances illicites et la criminalité, sans effets négatifs pour la collectivité. De surcroît, les données probantes laissent entendre que des sites de consommation supervisée, comme Insite en Colombie-Britannique, devraient pouvoir étendre leurs activités dans d'autres municipalités canadiennes où la consommation de substances, les décès par surdose et la transmission de maladies transmissibles sont répandus.

Cependant, un examen de la littérature révèle une lacune dans les recherches sur les modèles de prestation de services axés sur la réduction des méfaits (comme les sites de distribution et de récupération de seringues et les sites de consommation supervisée), et sur le rôle du personnel infirmier dans la prestation de ces services, qui peut offrir une réponse aux objections courantes contre la réduction des méfaits. Non seulement ces objections ne sont pas fondées sur des données probantes, mais elles sont souvent incompatibles avec les sentiments de la collectivité : les sondages d'opinion publique montrent souvent que les gens sont favorables aux programmes de réduction des méfaits.

Les normes professionnelles et éthiques en soins infirmiers sont compatibles avec les valeurs de la réduction des méfaits et requièrent des infirmières et infirmiers qu'ils utilisent les meilleures données disponibles dans leur pratique. Dans les prochaines sections, nous traiterons des perspectives juridiques et éthiques en ce qui concerne la distribution de fournitures de réduction des méfaits, les services de consommation supervisée et la prestation de soins infirmiers aux consommateurs de substances illicites.

La stigmatisation et la discrimination associées à l'usage de substances illicites peuvent restreindre l'accès d'une personne aux soins de santé et avoir une incidence négative sur sa santé et son bien-être.

Une étude menée par Skinner, Feather, Freeman et Roche (2007) a révélé que des attitudes négatives de ce genre n'étaient pas inhabituelles :

Des sondages réalisés auprès de professionnels de la santé indiquent qu'une importante proportion d'entre eux ont des opinions négatives ou stéréotypées à propos des toxicomanes qui sont susceptibles de compromettre la prestation de soins de grande qualité [...] Des études effectuées auprès d'infirmières et infirmiers ont constaté que les attitudes négatives et punitives à l'encontre des consommateurs de substances étaient relativement courantes. [...] Non seulement ces comportements sont contraires à nos attentes à l'égard de l'éthique professionnelle dans le secteur de la santé, mais la perception que certains professionnels de ce domaine portent des jugements catégoriques ou sont peu compatissants ou hostiles risque de décourager les personnes aux prises avec des problèmes liés à la consommation de substances de se prévaloir des services de soins de santé. (p. 64) [traduction]

Une revue systématique des interventions visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances a révélé que le changement peut se produire par le truchement de programmes éducatifs destinés aux professionnels (p. ex. , aux fournisseurs de soins de santé, aux policiers et aux conseillers) et aux étudiants en médecine (Livingston, Milne, Fang et Amari, 2012). Ces programmes sont susceptibles d'avoir des répercussions sur les infirmières et infirmiers (et la profession dans son ensemble), qui offrent souvent des services de soins primaires à cette population.

Il est toutefois de plus en plus évident que les attitudes et les expériences négatives ne sont pas des incidents isolés pour les personnes en cause, mais qu'elles se manifestent plutôt dans un contexte culturel où les normes et les politiques sociales jouent un rôle (Boyd, 1991; Escohotado, 1999). Selon Boyd (1991), la criminalisation de certaines substances psychoactives fait maintenant partie de notre « scénario culturel ». Cependant, l'accent mis sur l'application de la loi peut aussi contribuer à une mentalité de « guerre contre la drogue » qui résulte des approches prohibitionnistes face à l'usage des substances de ce type et risque d'entraver des mesures fondées sur des données probantes qui visent à réduire les méfaits de la consommation de substances (Elliott, Csete, Palepu et Kerr, 2005).

Dépendance et toxicomanie : Bien que la consommation de substances illicites n'entraîne pas toujours des problèmes, un de ses méfaits possibles est la dépendance ou la toxicomanie (Everitt et Robbins, 2016). La dépendance peut être de nature physique ou émotive. Les substances comme les opioïdes peuvent produire une dépendance physique qui gratifie et renforce l'usage. La tolérance et la dépendance

surviennent par l'activation chronique des récepteurs des opioïdes dans le cerveau. Pour les personnes aux prises d'une dépendance ou d'une toxicomanie aux substances, l'abandon de la consommation peut donner lieu à des symptômes de sevrage plutôt désagréables (Everitt et Robbins, 2016; Fox, Oliver et Ellis, 2013).

Vulnérabilité aux méfaits de la consommation de substances illicites

La consommation de substances s'inscrit dans un contexte social; la conjoncture sociale joue un rôle dans l'initiation à la consommation de substances, les circonstances et les habitudes liées à la consommation régulière, ainsi que dans l'abandon, l'abstinence et la rechute (Galea, Nandi et Vlahov, 2004). Le sexe, l'origine ethnique, l'âge et la situation socioéconomique ont une incidence sur la susceptibilité d'une personne aux méfaits de la consommation de substances. La population autochtone est particulièrement vulnérable aux méfaits de la consommation de substances (Russell et coll. , 2016) et pour les femmes et les jeunes, ces méfaits comprennent des cas plus fréquents d'infection par le VIH et de violence. En 2013, l'ECTAD a indiqué que 3 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir vécu « au moins un méfait » causé par leur consommation de substances illicites au cours de la dernière année, soit une augmentation comparativement aux rapports précédents. Ce taux était deux fois plus élevé chez les hommes (4 % par rapport à 2 %) et quatre fois plus élevé chez les jeunes (de 15 à 19 ans) et les jeunes adultes (de 20 à 24 ans) que chez les adultes (âgés de 25 ans et plus; Gouvernement du Canada, 2015).

Plusieurs études réalisées à Vancouver ont révélé que les taux de prévalence de l'infection par VIH était plus élevée chez les travailleuses du sexe et d'autres femmes que chez les hommes (McInnes et coll. , 2009; Shannon et coll. , 2008). L'incidence accrue des infections par VIH chez les Autochtones, tant chez les hommes que chez les femmes, est tout aussi préoccupante (Craib et coll. , 2003; Wood, Montaner et coll. , 2008). Les consommateurs de substances illicites ont souvent des antécédents de traumatismes et d'abus (Liebschutz et coll. , 2002) et l'on a signalé des taux accrus d'usage de substances chez les femmes qui sont victimes de violence conjugale. Spittal et coll. (2006) ont constaté que le taux de mortalité des itinérantes consommatrices de substances illicites est jusqu'à 50 % supérieur à celui des femmes non itinérantes. Dans des conditions de logement insalubres, les femmes sont souvent victimes de violence physique, d'agression sexuelle, de dépression et de toxicomanie, et bon nombre d'entre elles songent au suicide (McCracken et Watson, 2004; Pennbridge, Mackenzie et Swofford, 1991). Les personnes aux prises d'une consommation problématique de substances présentent fréquemment des taux supérieurs de traumatismes, comme des actes de violence physique ou sexuelle pendant leur l'enfance ou à l'âge adulte, en plus d'être défavorisées sur le plan socioéconomique ou elles vivent l'aliénation culturelle (Alexander, 2008; Liebschutz et coll. , 2002; Mehrabadi et coll. , 2008; Pearce et coll. ,

2008; Stein, Burden Leslie et Nyamathi, 2002). Les populations autochtones survivent à des décennies de traumatismes et d'abus, qui sont directement liées à de piètres issues de santé mentale et physique et contribuent à des taux accrus de consommation de substances (Russell et coll. , 2016).

On est de plus en plus conscient du fait que certains contextes, notamment les quartiers défavorisés et pauvres, les systèmes correctionnels, le manque de logement stable et l'itinérance, rendent plus vulnérable aux méfaits de la consommation de substances illicites.

Alors que le faible statut socioéconomique est associé à la consommation accrue de substances, selon des observations des taux plus élevés dans les quartiers défavorisés, le lien est multidirectionnel plutôt que linéaire. Par exemple, même si l'usage de substances peut précéder l'itinérance ou en être le résultat, les gens cherchent dans les substances un moyen de faire front à des conditions de vie difficiles et au stress (Johnson et Fendrich, 2007; McVicar, Moschion et van Ours, 2015; Feng, DeBeck, Kerr, Mathias, Montaner et Wood, 2013). La consommation de substances peut être comprise comme une réaction d'adaptation et les toxicomanies, comme un moyen de s'adapter à des situations d'une difficulté désespérante (Alexander, 1990; Maté, 2008).

On est de plus en plus conscient du fait que certains contextes, notamment les quartiers défavorisés, les systèmes correctionnels et le manque de logement stable et l'itinérance, rendent la population plus vulnérable aux méfaits de la consommation de substances illicites, en particulier à l'infection par le VIH (Friedman et coll. , 2006; Rhodes, 2002; Rhodes et coll. , 2006; Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman et Strathdee, 2005). De plus en plus d'études considèrent le manque de logement sécuritaire et un statut socioéconomique faible comme des facteurs qui affectent la santé des consommateurs de substances illicites. Par exemple, Shannon, Ishida, Lai et Tyndall (2006) ont étudié l'effet, sur la santé d'usagers de substances illicites, de la vie dans une chambre individuelle dans un hôtel non réglementé à Vancouver. Ils ont constaté que les participants à l'étude qui habitaient de tels hôtels présentaient des taux plus élevés d'infection par VIH, allaient plus souvent à l'urgence et étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violence et d'avoir consommé de multiples substances que les participants qui vivaient dans d'autres types de logement. Strathdee et coll. (1997) ont déterminé que l'instabilité du logement, le manque d'éducation et le travail du sexe étaient des indicateurs prévisionnels de séropositivité au VIH. Manzoni, Brochu, Fischer et Rehm (2006) ont constaté que l'instabilité du logement était un indicateur prévisionnel d'infractions contre les biens par les consommateurs de crack de cocaïne. Les personnes vivant dans des logements sociaux, où aucune approche de réduction des méfaits n'existe, peuvent être à risque de surdose. Dans de tels milieux, plutôt que de

S'appuyant sur ces premiers travaux, Harm Reduction International [HRI, s. d.]⁹ a élaboré la définition suivante :

La « réduction des méfaits » concerne les politiques, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues psychoactives légales et illégales, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux consommateurs de drogues, à leurs familles ainsi qu'à leur communauté. (par. 6) [traduction]

Cette définition englobe les méfaits liés aux substances psychoactives (légales et illicites), y compris le tabac, l'alcool, les médicaments sur ordonnance et les substances contrôlées. L'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2003) et la Banque mondiale (Wodak, 2009) ont adopté la réduction des méfaits comme approche.

La réduction des méfaits est axée sur la promotion de la sécurité et la prévention des décès et de l'invalidité sans exiger pour autant de mettre un frein à la consommation. L'accent est mis sur une consommation sécuritaire et sur la santé et la sécurité de tous les membres de la communauté.

La réduction des méfaits met l'accent sur une position en matière de consommation de substances qui est neutre sur le plan des valeurs (CCDUS, 1996; Keane, 2003; Marlatt, 1996; Marlatt et Witkiewitz, 2010). Elle accentue l'importance de traiter tout le monde avec respect, dignité et compassion, une attitude particulièrement pertinente étant donné la stigmatisation entourant la consommation de substances illicites et les jugements sociétaux dont font souvent l'objet les consommateurs de ces substances.

Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec celles qui guident la pratique infirmière professionnelle respectueuse de l'éthique telles qu'elles sont décrites dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIC (Lightfoot et coll. , 2009; Pauly et coll. , 2007). En particulier, les valeurs infirmières concernant la prestation de soins sécuritaires, conformes à l'éthique, compétents et empreints de compassion; la promotion de la santé et du bien-être; la promotion et le respect de la prise de

⁹ Harm Reduction International, anciennement International Harm Reduction Association, a été créée pour faire progresser les connaissances, les politiques et la pratique en ce qui a trait à la réduction des méfaits et pour appuyer des mesures qui visent à mettre fin aux conséquences négatives de la consommation de substances. Depuis 1990, l'association organise dans divers endroits du monde une conférence internationale annuelle sur la réduction des méfaits. Cette conférence constitue une importante tribune où l'on peut débattre des enjeux liés à la politique, à la pratique et à la recherche sur la réduction des méfaits.

exemple, les approches de réduction des méfaits chez les jeunes peuvent inclure des stratégies visant à prévenir ou à retarder la première tentative d'utilisation de substances, et promouvoir les connaissances entourant les pratiques sûres auprès de ceux qui ont déjà commencé à consommer ou qui envisagent de le faire (Marlatt et Witkiewitz, 2010).

Une stratégie de réduction des méfaits pourrait être mal comprise et perçue comme ne s'appliquant qu'à la responsabilité individuelle. Cette perception ne reconnaît pas les circonstances qui échappent au contrôle de la personne et qui conditionnent la consommation de substances et les efforts visant à réduire les méfaits qui en découlent (Pauly, 2008a). Alors qu'il reste du travail à faire pour dissiper les perceptions erronées sur les nombreux facteurs qui contribuent à la consommation de substances, le mouvement global d'incorporer la réduction des méfaits aux droits de la personne prend de l'ampleur. Comme Cook et coll. (2016) le mentionnent :

De nombreux organismes des droits de la personne des Nations Unies interpellent les gouvernements afin de mettre en œuvre des programmes de réduction des méfaits comme composante du droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale, du droit de se prévaloir des progrès scientifiques et de ses applications et, dans les milieux carcéraux, du droit d'être exempté de traitements ou de punitions cruels, inhumains ou dégradants. (p. 11) [traduction]

Soins infirmiers, consommation de substances illicites et réduction des méfaits

Les infirmières et infirmiers, quel que soit leur milieu de travail, feront probablement face à des situations où la consommation de substances peut avoir un effet sur la santé et la sécurité de personnes et de membres de la famille qui reçoivent des soins. L'une des valeurs clés de la pratique infirmière respectueuse de l'éthique consiste à promouvoir la santé et le bien-être des bénéficiaires des soins infirmiers, indépendamment de leur revenu, âge, sexe, origine ethnique et d'autres caractéristiques sociodémographiques (AIIIC, 2008). Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec les valeurs du *Code de déontologie* de l'AIIIC. Les infirmières et infirmiers peuvent faire appel à des stratégies de réduction des méfaits associés à certains comportements (AIIIC et ACIIS, 2012). Voici sept scénarios auxquels les infirmières et infirmiers pourraient être confrontés et les avantages possibles d'une approche de réduction des méfaits pour la promotion de la santé et la réduction des méfaits pour des personnes, des familles et des communautés.

Scénario 1 : Suzanne, infirmière autorisée, travaille dans un service d'urgence achalandé du centre-ville. Elle voit régulièrement des personnes qui viennent se faire soigner pour des problèmes liés à la consommation de substances, y compris des

abcès causés par les injections. Bon nombre de ses collègues ont manifesté leur frustration d'avoir à soigner ces personnes pour les voir revenir avec le même problème. Le service d'urgence n'a pas de politique explicite sur la réduction des méfaits. Suzanne sait toutefois qu'il serait possible de réduire le nombre de complications liées aux injections en renseignant les clients sur les pratiques sûres d'injection. Nicolas, un sans-abri, arrive à l'urgence avec un énorme abcès à l'intérieur du bras. Il est fiévreux et en sueur. Il est en colère et déclare qu'il ne veut pas rester. Suzanne lui offre une couverture et un sandwich, qu'il accepte. Après avoir mangé, il semble plus calme et déclare se sentir mieux. Après l'évaluation et l'administration d'antibiotiques, Suzanne lui parle du soutien au logement dans la communauté et se demande si le moment ne serait pas bien choisi pour lui communiquer de l'information qui l'aiderait à éviter les abcès à l'avenir.

Scénario 2 : Michel est infirmier de la santé publique dans un centre urbain de taille moyenne. Travaillant dans les écoles secondaires locales, il sait que de nombreux jeunes de la communauté consomment des substances « de bar », comme l'ecstasy. Il se préoccupe aussi du fait que, dans les écoles, l'éducation sur l'usage des substances est surtout assurée par des policiers qui mettent l'accent sur l'application de la loi et l'abstinence.

Scénario 3 : Kim travaille à un centre de soins de santé primaires où bon nombre de clients s'y présentant sont aux prises avec une consommation problématique liée à des médicaments sur ordonnance comme la morphine, la codéine, l'oxycodone et les benzodiazépines. Elle sait qu'initialement, un nombre de ces substances ont été prescrites pour soulager la douleur chronique. Nombre d'entre elles n'ayant toutefois plus accès à ces substances par l'intermédiaire de leur médecin, elles se les procurent dans la rue.

Scénario 4 : Des infirmières de la santé publique savent que la consommation du crack pose un problème de plus en plus grave. Elles savent aussi que les coupures et les brûlures aux lèvres et le partage de pipes peuvent être une source de transmission du VIH et du VHC. On leur demande constamment des pipes à crack. Comme les directives provinciales appuient la distribution de celles-ci, les infirmières commencent à distribuer des troussees sécuritaires de consommation de crack. Les dirigeants municipaux mettent cependant fin au programme quand ils découvrent son existence.

Scénario 5 : Brigitte travaille dans un établissement correctionnel. De nombreux détenus présentent de lourds antécédents de consommation de substances et de toxicomanie. Alors que l'usage de substances est interdit et que de nombreux détenus sont en sevrage une fois incarcérés, la consommation persiste. Brigitte sait que l'accès aux aiguilles propres est extrêmement limité et est consciente du risque accru

d'infection par VIH associé à l'utilisation de substances injectables. Elle est préoccupée par le partage répété de seringues entre les détenus.

Scénario 6 : Une jeune femme appelée Charlotte est emmenée par ambulance à l'urgence, après une surdose soupçonnée au fentanyl. On l'a trouvée seule et inconsciente dans les toilettes d'un café au centre-ville. Les ambulanciers et le personnel de l'urgence connaissent Charlotte, puisqu'elle a déjà été admise deux fois pour des traitements liés à des surdoses de fentanyl au cours du mois précédent. À l'évaluation de Charlotte, Noémie, l'infirmière assignée à son cas entend les remarques d'une collègue : « Une autre toxicomane. Pourquoi s'infligent-ils ces problèmes? ». Noémie envisage les mesures à prendre pour aider Charlotte et prévenir d'autres surdoses. Avant de lui donner son congé, Noémie offre à Charlotte une trousse à emporter de naloxone, passe en revue son utilisation avec elle et discute de stratégies en vue d'une consommation sécuritaire, entre autres la consommation en présence d'autres personnes. Par la suite, Noémie retrouve sa collègue qui a fait des remarques désobligeantes. En tant qu'infirmière réglementée, elle reconnaît qu'elle a le devoir d'aborder les problèmes qui perpétuent la stigmatisation et qui contribuent aux inégalités en matière de soins. Noémie parle à sa collègue de sa responsabilité professionnelle de prodiguer des soins sûrs, compétents, éthiques et empreints de compassion à tous.

Scénario 7 : Ali travaille comme infirmier à un site de consommation supervisée. Alors qu'il prodigue des soins à Jean pour un abcès, Ali lui demande comment il va. Au cours des derniers mois, Jean a tissé un lien avec Ali au cours des derniers mois et se sent à l'aise de se confier à lui sur le décès par surdose au fentanyl de plusieurs de ses amis. Jean se sent triste et impuissant de voir ses amis mourir. Il déclare que, même s'il n'est pas prêt à cesser de consommer, il veut faire quelque chose pour aider les autres. Ali lui parle des réseaux de soutien de pairs qui ont beaucoup de succès pour connecter les gens aux personnes ayant des antécédents de consommation de substances aux fins de soutien et de défense des intérêts.

Ces scénarios sont des exemples décrivant certaines des situations où le personnel infirmier a la possibilité de réduire les méfaits de l'usage de substances et de promouvoir la santé et le bien-être. Les infirmières et infirmiers reconnaissent la nécessité d'aborder avec compassion les consommateurs de substances illicites et de prévenir les conséquences indésirables. Dans de nombreuses situations, le personnel infirmier a adopté la réduction des méfaits lorsqu'elle peut promouvoir la santé, atténuer les méfaits et améliorer l'accès aux soins de santé. Cette réaction concorde avec les valeurs du *Code de déontologie* de l'AIIIC, y compris la recherche de l'équité en matière de santé, les droits de la personne et la justice sociale (AIIIC, 2008).

Les infirmières et infirmiers peuvent aussi influencer sur l'élaboration des politiques organisationnelles (Fisk, 1998) et gouvernementales en ce qui a trait à la réduction des méfaits, puisqu'elles concernent la consommation de substances illicites. Par exemple, les infirmières et infirmiers ont aidé à lancer et à développer des programmes de distribution et de récupération de seringues et des sites de consommation supervisée (Gold, 2003; Griffiths, 2002; Kerr, Oleson et Wood, 2004; Kerr, Oleson, Tyndall, Montaner et Wood, 2005; Small, Palepu et Tyndall, 2006; Wood, Zettel et Stewart, 2003). La croissance de ces installations a entraîné une augmentation du nombre d'infirmières et infirmiers qui œuvrent dans les services de réduction des méfaits et qui adoptent une stratégie à cet égard dans d'autres milieux. Certains des infirmières et infirmiers qui évoluent dans le domaine ont déployé des efforts considérables pour documenter et faire connaître leur travail de réduction des méfaits. Ainsi, de plus en plus d'articles descriptifs fondamentaux illustrent la pratique infirmière en matière de réduction des méfaits dans les services d'urgence et d'autres services hospitaliers (Mattinson et Hawthorne, 1996; McCall, 1999), les cliniques de distribution de méthadone (Mistral et Hollingworth, 2001), le travail d'intervention communautaire dans des milieux urbains et ruraux (Brown, 1998; Ruiterman et Biette, 1973; Self et Peters, 2005; Pauly, 2014), les services de soins à domicile (Brennan et Giles, 1996; Giles et Brennan, 2001), les essais portant sur la prescription d'héroïne (Ferri, Davoili et Perrucci, 2010; Plaza, Oviedo-Joekes et March, 2007; van Beek, Kimber, Dakin et Gilmour, 2004), l'élaboration de politiques (Norwood et coll. , 2015), les centres de soins de santé primaires, les milieux de soins maternels et infantiles et les services de santé publics et de santé des populations (Carriere, 2008; Garm, 1999; Payne, 2007; Bartlett et coll. , 2013).

Dans de nombreuses situations, le personnel infirmier a adopté la réduction des méfaits lorsqu'elle peut promouvoir la santé, atténuer les méfaits et améliorer l'accès aux soins de santé. Cette réaction concorde avec les valeurs du Code de déontologie de l'AICC, y compris la recherche de l'équité en matière de santé, les droits de la personne et la justice sociale.

L'intervention communautaire est un des domaines essentiels des soins infirmiers visant la réduction des méfaits (Hilton, Thompson et Moore-Dempsey, 2009; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Hutchinson, 2001), de la pratique infirmière en ce qui a trait au traitement de maintien à la méthadone (Wilson, MacIntosh et Getty, 2007), de l'éducation sur l'injection supervisée (Wood, Wood et coll. , 2008), des centres de soins de santé primaires et des sites de consommation supervisée (Lightfoot et coll. , 2009; Pauly, 2008b). Par exemple, Wood, Wood et coll. (2008) ont souligné le rôle important des infirmières et infirmiers dans l'éducation sur l'injection supervisée offerte aux personnes qui courent un risque accru de subir les méfaits liés à la consommation de substances injectables. Les publications mentionnées misent essentiellement sur le rôle important

du personnel infirmier à établir des rapports attentionnés et de confiance avec les clients dans la prestation des services de réduction des méfaits. Une étude sur la pratique infirmière respectueuse de l'éthique dans des cliniques de soins de santé situées au cœur de villes de l'Ouest canadien, par exemple, a révélé que le personnel infirmier était en mesure de renforcer l'accès aux soins de santé en adoptant une stratégie de réduction des méfaits grâce à un changement des valeurs morales, notamment en stigmatisant moins la consommation et en faisant preuve de respect qu'il s'agisse de substances illicites ou non (Pauly, 2008b). Le personnel infirmier et les groupes d'infirmières et d'infirmiers prônent, et continuent de le faire, la défense des intérêts et la prestation de programmes de réduction des méfaits au Canada.

III. ENJEUX DES POLITIQUES SUR LES DROGUES : PROPOS DIVERGENTS ET RÉALITÉS DE L'HEURE

Deux propos dominants et divergents orientent les politiques actuelles relatives aux drogues, soit le propos sur la santé et celui sur la criminalité (Boyd, Carter et MacPherson, 2016). Dans son article, Stevens (2007) décrit la coalition de la santé comme une militante de politiques de santé publique visant à limiter la propagation du VIH/sida causée par la consommation de substances injectables. Par contraste, la coalition de la lutte contre la criminalité¹¹, qui vise avant tout à contrôler l'usage et à criminaliser les consommateurs de substances illicites par l'application de la loi ou de sanctions. L'approche de la coalition de la santé, selon Stevens, s'inspire d'un volume important de données probantes qui indiquent que la consommation de substances a des répercussions sur la santé et que les stratégies de réduction des méfaits sont efficaces pour atténuer les méfaits de la consommation de substances. Néanmoins, l'État a affecté des ressources à l'application de la loi plutôt qu'aux soins de santé et au traitement (Carstairs, 2006; Giffen, Endigott et Lambert, 1991). Par conséquent, depuis les 100 dernières années (avec la création de la Gendarmerie royale du Canada en 1920), les programmes de prévention et de traitement de la consommation de substances ayant pour objectif l'abstinence ont prédominé.

En dépit de données croissantes sur l'efficacité des approches fondées sur la santé publique, comme la réduction des méfaits, les politiques relatives aux drogues continuent de reposer sur une attitude prohibitionniste et morale.

Hathaway (2001, 2002) observe qu'en dépit de données croissantes sur l'efficacité des approches fondées sur la santé publique, comme la réduction des méfaits, les politiques relatives aux drogues continuent de reposer sur une attitude prohibitionniste

¹¹ La coalition de la lutte contre la criminalité met l'accent sur l'application de la loi comme principale intervention des politiques publiques face à la consommation de substances.

et morale. La tension entre ces deux démarches est illustrée par la réaction du Canada au fil du temps face à la consommation de substances illicites, caractérisée par « la panique et l'indifférence » (Giffen et coll. , 1991), certains types de données probantes étant utilisées pour provoquer une anxiété morale (Erickson, 1998). Au fil des ans, l'accent sur l'application de la loi a été soutenu par l'usage sélectif des données dans le but d'exagérer et de simplifier les liens entre les substances illicites et la criminalité (Stevens, 2007), ainsi que de minimiser celui qui existe entre la criminalité, les substances illicites et les privations socio-économiques (Seddon, 2006). Un troisième propos qui commence à se faire entendre est celui de la coalition des droits de la personne, qui insiste sur les droits des gens à l'accès aux services sanitaires et sociaux, ainsi que sur les droits fondamentaux inscrits dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, comme le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

Parce que les politiques sur les drogues ont des répercussions sur la prestation des soins infirmiers pour les utilisateurs de substances illicites, un bref survol du contexte des politiques sur les drogues aux échelons international, national, provincial et municipal suit. Il vise à faire mieux comprendre aux décideurs du secteur des soins infirmiers les facteurs qui influent sur le travail des infirmières et infirmiers, ce qui pourra, à son tour, avoir une influence sur les possibilités de mettre en application des stratégies de réduction des méfaits et de les intégrer aux soins infirmiers.

Politiques internationales en matière de drogues

La découverte et la propagation, après le XV^e siècle, des ressources psychoactives du monde (alcool distillé, thé, café, cacao, coca, cannabis, opium et tabac) ont été qualifiées de « révolution psychoactive » (Davenport-Hines, 2001; Dikötter, Laamann et Zhou, 2004). La violence associée à des substances actuellement interdites était reliée à l'importation et à la popularisation du thé dans l'Angleterre du XVIII^e siècle (Moxham, 2003) et de l'alcool au Canada et aux États-Unis au début du XX^e siècle (Alexander, 1990; Gray, 1998). Les opiacés étaient largement utilisés comme panacée médicale en Europe, en Amérique du Nord et en Asie au XIX^e siècle, avant la mise au point des substances synthétiques modernes. Selon Alexander (1990), il n'y aurait jamais eu d'épidémie de consommation d'opiacés ou d'alcool. Aux États-Unis, probablement pas plus de 1 % de la population n'avait une dépendance aux opiacés. Néanmoins, le mouvement de la tempérance est apparu aux XVIII^e et XIX^e siècles en réaction à l'effet de l'alcool sur les gens et la société. Des historiens sociaux ont soutenu que les mouvements de lutte contre l'opium et l'alcool de la fin des XIX^e et XX^e siècles étaient des mécanismes de contrôle social (Alexander, 1990; Carstairs, 2006) et faisaient partie intégrante des programmes politiques aux États-Unis et au Canada (Alexander, 1990; Gray, 1998). Comme le soutient Boyd (1991), les substances ont été interdites non pas en raison de leurs caractéristiques pharmaceutiques, mais plutôt pour contrôler

l'érosion morale que l'on croyait associée à la consommation de substances dans les groupes marginalisés.

À l'échelle internationale, l'interdiction des substances actuellement illicites a commencé avec la signature des premiers traités internationaux en 1919. Depuis ce temps, des périodes d'escalade sont survenues, comme à l'ère Reagan, dans les années 1980, lorsque la « guerre contre la drogue » a été déclarée (Boyd, 1991; Gray, 1998). Parmi les traités subséquents, mentionnons la Convention unique sur les stupéfiants (adoptée en 1961 et modifiée par le Protocole de 1972), la Convention sur les substances psychotropes (adoptée en 1971) et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (adoptée en 1988; Giffen et coll. , 1991). Le Conseil économique et social, la Commission des stupéfiants (CND), l'Organe international de contrôle des stupéfiants (INCB) et l'ONUDD jouent un rôle dans l'application et la surveillance de ces conventions. Le régime actuel de contrôle des substances soulève de nombreuses critiques, l'une d'elle étant que les politiques en vigueur sont responsables du vaste marché des substances illicites non réglementé et en pleine expansion. Un rapport des Nations Unies a estimé la valeur de ce marché à 320 milliards de dollars (\$US) par année (ONUDD, 2005). L'International Drug Policy Consortium (IDPC, 2007) mentionne les préoccupations suivantes :

- ▶ La problématique du ton des conventions. Elles qualifient les consommateurs de substances illicites de « mauvais », de « diables » et d'« animaux », ce qui justifie l'opinion selon laquelle « plus la sanction est lourde, plus l'effet dissuasif est important ». Plus de 30 pays signataires maintiennent la peine de mort pour la consommation de substances.
- ▶ L'accent sur la criminalité et le contrôle favorisant une optique axée sur l'application de la loi, en partie parce que les membres de la CND proviennent surtout du milieu des affaires étrangères et des forces de l'ordre.
- ▶ L'absence de perspectives politiques pour atténuer la propagation du VIH découlant de la consommation de substances injectables.
- ▶ La problématique de la réponse au crime lié aux drogues et de l'escalade de la violence.
- ▶ Les sociétés détruites (p. ex. , la Colombie et le coca, l'Afghanistan et l'opium) n'ont pas été reconstruites.
- ▶ L'accès déficient à des analgésiques essentiels en raison de mesures excessivement rigoureuses de contrôle des substances réglementées.

- ▶ Les droits de la personne non protégés, y compris contre les violations des pratiques culturelles et la destruction de l'environnement causée par les programmes d'éradication des cultures.
- ▶ La faible participation de la société civile à l'élaboration des politiques en vigueur.

En 1998, la 20^e Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies s'est fixé pour objectif une réduction substantielle de la demande et de l'offre de substances d'ici l'année 2008 (Organisation des Nations Unies, 1998). En 2007 et 2008, pour préparer l'examen de 2008, des consultations régionales ont eu lieu auprès d'organisations de la société civile dans 13 villes, y compris à Vancouver (C. -B.) et dans neuf régions du monde (Comité de Vienne d'ONG sur les stupéfiants, 2010). Deux évaluations présentent des aperçus et des critiques des constatations découlant de ces consultations (Centre for Addictions Research of British Columbia [CARBC], 2008; ONUDC, 2009). Ces critiques portent notamment sur les tensions associées au recours continu à l'application de la loi et à la réduction de l'approvisionnement, sur les épidémies d'infection par le VIH et le VHC chez les utilisateurs de substances injectables, sur le coût de l'incarcération des consommateurs non violents de substances illicites et sur la violation des droits de la personne. La perte de recettes fiscales possibles constitue un autre résultat de l'approche actuelle de la lutte contre les substances qui fait présentement l'objet d'une remise en question du statu quo (Nasaw, 2009).

L'ONUDC (2008) a indiqué que la santé publique devrait constituer le premier principe de la lutte contre les substances. Même si l'on a accusé des initiatives de réduction des méfaits comme Insite (site de consommation supervisée de Vancouver) de contrevenir à des traités internationaux sur les substances, une analyse juridique (Malkin, Elliott et McRae, 2003) et le rapport de 2008 de l'ONUDC signalent que de telles interprétations n'ont jamais été dans l'esprit des conventions sur les substances. En 2001, le Portugal a décriminalisé (et non légalisé) la possession de toute substance pour usage personnel et la consommation en soi. La loi interdit toujours l'usage et la possession, mais les infractions sont traitées comme des violations administratives qui échappent complètement au domaine criminel. Le trafic demeure une infraction criminelle. Dans une étude de l'expérience de la décriminalisation au Portugal, Greenwald (2009) a révélé non seulement que l'usage n'avait pas augmenté (le Portugal affiche un des taux de consommation les plus faibles de l'Union européenne), mais aussi que le pays n'est pas aux prises de tourisme lié à la consommation de substances, que le nombre d'infections transmissibles sexuellement et de décès causés par la consommation de substances avait diminué et que l'accès aux programmes de traitement pour consommation de substances avait augmenté. L'appui populaire et politique en faveur de la décriminalisation demeure important au Portugal, même si on reconnaît que les programmes de décriminalisation devront être plus efficaces.

En mars 2016, la Johns Hopkins-Lancet Commission on Drug Policy a examiné les preuves scientifiques de l'incidence des politiques de contrôle des drogues et les résultats en matière de santé publique. Elle a conclu que les politiques antidrogues axées sur l'interdiction et la criminalisation nuisent à la santé des populations. De telles politiques marginalisent les populations vulnérables, favorisent la stigmatisation et stimulent l'éclosion de maladies à diffusion hématogène (p. ex. le VIH et le VHC), y compris la transmission dans les prisons. La commission a notamment recommandé d'offrir plus de services accessibles de réduction des méfaits (« Reforming International Drug Policy », 2016).

En avril 2016, la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) s'est tenue pour discuter du problème mondial des substances et faire le suivi de sessions précédentes qui avaient eu lieu en 1998 et 2009. L'appel de l'Assemblée au consensus au sujet d'un document final, qui avait été soumis en mars 2016 et dont l'adoption avait été recommandée par la Commission des stupéfiants (CND) de l'ONU, s'est heurté à une résistance, étant donné que le texte soutenait le statu quo malgré les preuves scientifiques incontestables et les recommandations d'experts en faveur d'une approche différente. Durant la réunion du CND, des préoccupations et des divergences d'opinion ont été soulevées à propos du contenu du document final¹². L'approche présentée reposait sur la pierre angulaire des conventions internationales antérieures relatives aux substances (c. -à-d. l'interdiction et la criminalisation) et ne tenait pas compte de l'importance des droits de la personne et des objectifs de santé publique. En fait, le document ne faisait aucune mention de la réduction des méfaits, de la décriminalisation, des violations des droits de la personne découlant des approches axées sur l'application de la loi, ni de l'abolition de la peine de mort pour les infractions liées aux substances. Il ne faisait pas non plus mention de l'interdiction de la discrimination en matière d'arrêt et de détention (IDPC, 2016).

L'UNGASS a ouvert la voie à d'autres discussions en vue du prochain examen par l'ONU en 2019. Elle a mis en évidence la nécessité que les politiques actuelles sur les drogues soient mieux harmonisées avec les objectifs de développement durable de l'ONU ainsi que le besoin de s'attaquer aux enjeux contemporains relatifs aux substances en fonction des piliers du système des Nations Unies, à savoir le développement, les droits de la personne, et la paix et la sécurité (Transnational Institute, 2016).

Politique canadienne en matière de drogues

Au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS)*, en vigueur depuis 1997, établit le cadre pour « le contrôle, l'importation, la production,

¹² Des objections ont également été soulevées au sujet du processus par lequel le document du CND a été élaboré, processus qui pratiquait l'exclusion (Transnational Institute, 2016).

l'exportation, la distribution et la possession de [substances psychoactives] au Canada » (Collin, 2006b, p. 3). La première loi à criminaliser une substance illicite au Canada a été la *Loi de l'opium* en 1908, laquelle interdisait l'importation, la vente ou la fabrication d'opiacés à des fins non médicales (Collin, 2006a)¹³. Rétrospectivement, la *Loi de l'opium* peut être considérée comme ayant été dictée par les tensions sociales (p. ex. , le racisme) de l'époque (Boyd, 1991; Carstairs, 2006). Plusieurs mesures législatives visant à contrôler et à réglementer les substances psychoactives ont été adoptées par la suite, y compris la *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques* (1911), la *Loi sur les aliments et drogues* (1920), la *Loi sur les stupéfiants* (1961) et, plus récemment, la *LRCDAS*.

Les efforts déployés depuis les 40 dernières années pour modifier la politique en matière de drogues et contrôler la production, la distribution et la consommation de substances illicites ont connu peu de succès. Par exemple, la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales supervisée par Gérald Le Dain (1969-1972) a recommandé que le cannabis soit retiré de la *Loi sur les stupéfiants* et que les provinces mettent en œuvre des mesures de contrôle visant la possession et la culture qui soient semblables à celles qui régissent la consommation d'alcool (Gouvernement du Canada, 1972). En 2000, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a été chargé d'effectuer une étude détaillée des politiques publiques sur la marijuana (Collin, 2006b). Le Comité sénatorial a conclu que le « cannabis ne devrait pas être considéré comme un problème criminel, mais plutôt comme un problème social ou un problème de santé publique, et que cette drogue devrait être légalisée » (Collin, 2006b, p. 4). À la suite de ce rapport, de nombreux projets de loi ont été présentés en vain. Selon Collin (2006b), le premier ministre Stephen Harper a annoncé en 2006, dans un discours qu'il a prononcé au cours de la réunion du conseil de direction et de la conférence législative de l'Association canadienne de la police professionnelle, que son gouvernement chercherait non pas à présenter une législation sur la décriminalisation de la marijuana, mais plutôt à alourdir les sanctions, par exemple, en imposant une peine minimale obligatoire et en augmentant les amendes imposées aux producteurs et aux trafiquants de marijuana. Il s'agit là d'un exemple de stratégie « dure envers les drogues » ou de « guerre contre la drogue » qui met l'accent sur l'application de la loi comme principal moyen de réduire les méfaits des substances illicites.

En 2017, le gouvernement libéral a déposé un projet de loi sur la légalisation de la consommation du cannabis à des fins récréatives. Il soutient qu'en agissant de la sorte, il pourrait taxer le produit, appliquer une réglementation stricte, en restreindre l'accès aux mineurs et en retirer la vente et la distribution des mains du crime organisé. Les recommandations clés du groupe de travail fédéral sur la légalisation et la

¹³ La majeure partie de l'information présentée dans cette section provient de deux documents détaillés sur les politiques en matière de substances rédigés par Collin (2006a, 2006b).

réglementation du cannabis au Canada (2016) misaient sur la minimisation des méfaits de la consommation, l'établissement d'une chaîne d'approvisionnement sécuritaire et responsable, le respect de la sécurité et de la protection du public, l'accès médical et la mise en œuvre.

Ce changement établirait un important précédent relativement à la politique canadienne sur les drogues, en l'éloignant d'un paradigme de « guerre » vers une stratégie fondée sur la prévention, la réglementation et la non-discrimination.

Stratégie nationale antidrogue du Canada

Première de ce type et lancée en 1987, la Stratégie canadienne antidrogue décrivait un cadre stratégique général pour la prévention, le traitement et la réduction des méfaits de la consommation de substances (légalisées et illicites; Collin, 2006a). En 1998, ses six éléments d'origine ont été reformulés pour devenir les quatre axes suivants : sensibilisation et prévention; traitement et réadaptation; réduction des méfaits; application de la loi et contrôle. Conformément aux tendances budgétaires antérieures, cependant, le financement a été réduit considérablement et les défenseurs des droits dans le domaine de la consommation de substances se sont dits préoccupés par le fait qu'il s'agissait du « début du déclin de la [Stratégie canadienne antidrogue] » (Collin, 2006a, p. 2). En 2003, le gouvernement a renouvelé son engagement envers la Stratégie canadienne antidrogue en y affectant 245 millions de dollars au cours des cinq années suivantes (Collin, 2006a).

Il y a eu très peu d'évaluations de l'efficacité de l'application de la loi comme moyen de contrôler la consommation de substances illicites. En fait, les données indiquent que l'application de la loi ne réussit pas à réduire l'usage de substances illicites et contribue aux méfaits chez les consommateurs, notamment l'augmentation des taux d'infection par le VIH, en particulier dans des milieux clos comme les prisons.

En 1988, le CCDUS a été créé en vertu d'une loi du Parlement comme organisme responsable de la recherche et de la création de politiques sur la consommation de substances (Collin, 2006b). Financé par le gouvernement fédéral, même s'il doit en être indépendant, le Centre a piloté de nombreuses initiatives nationales, y compris une évaluation visant à évaluer les coûts de l'usage de substances (Rehm et coll. , 2006). Le Centre a aussi aidé à faciliter l'établissement d'un cadre pancanadien de réduction des méfaits associés à l'alcool et aux autres substances, dont la Stratégie nationale de traitement et la Stratégie nationale sur l'alcool (CCDUS et Santé Canada, 2005; Comité consultatif national sur le mauvais usage de médicaments sur ordonnance, 2013). Eric Single, directeur fondateur de la politique et de la recherche du Centre, a été l'un des premiers à contribuer aux discussions sur la définition de la réduction des méfaits

(Lenton et Single, 1998). Le CCDUS a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration des principes de réduction des méfaits qui servent à l'échelon international (CCDUS, 1996) et la réduction des méfaits a constitué un principe fondamental de ce cadre. Douze ans plus tard, le Centre a publié un document dans lequel la réduction des méfaits est décrite comme une question litigieuse, mais où sont réaffirmés les principes énoncés en 1996, tout en passant en revue les données probantes qui ont appuyé la réduction des méfaits (Beirness, Jesseman, Notarandrea et Perron, 2008). On a surtout mis l'accent sur la réduction des méfaits physiques directs causés aux personnes, et il y était rarement question des déterminants sociaux et d'autres facteurs qui accroissent la vulnérabilité aux méfaits associés à la consommation de substances.

Plusieurs comités gouvernementaux importants de même que le vérificateur général ont exprimé leurs inquiétudes au sujet de l'orientation et de l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue. Au cours d'une analyse du financement des initiatives stratégiques antidrogue, DeBeck, Wood, Montaner et Kerr (2006) ont constaté que 73 % des fonds affectés à la Stratégie en 2004-2005 pour lutter contre les méfaits des substances illicites ont été consacrés à l'application de la loi. Comme cet article le fait remarquer, il y a eu très peu d'évaluations de l'efficacité de l'application de la loi comme moyen de contrôler la consommation des substances illicites. En fait, les données indiquent que l'application de la loi ne réussit pas à réduire l'usage de substances illicites et contribue aux méfaits chez les consommateurs, notamment l'augmentation des taux d'infection par le VIH, en particulier dans des milieux clos comme les prisons (Friedman et coll. , 2006; Wood, Montaner et coll. , 2005; Wood, Spittal et coll. , 2004).

En 2007, la Stratégie canadienne antidrogue est devenue la Stratégie nationale antidrogue. Elle repose sur trois grands thèmes et domaines d'intervention : la prévention de la consommation de substances illicites, le traitement des personnes qui ont une dépendance aux substances illicites et la lutte contre la production et la distribution de celles-ci. La réduction des méfaits, quatrième thème de la stratégie antérieure, n'en fait plus partie et Santé Canada n'est plus le seul organisme responsable. La Stratégie nationale antidrogue est devenue un effort concerté du ministère de la Justice, de Sécurité publique Canada et de Santé Canada. Avant ce changement, les initiatives de réduction des méfaits n'étaient pas bien financées, mais la réduction des méfaits était au moins considérée comme un élément clé d'une politique nationale intégrée. Le changement apporté en 2007 était régressif; il reflétait l'abandon d'une approche de santé publique en faveur d'une approche axée sur la prévention de la criminalité.

En décembre de 2016, le gouvernement libéral a annoncé une nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. Remplaçant la Stratégie nationale

antidrogue, elle a rétabli la réduction des méfaits comme pilier central des politiques canadiennes sur les drogues tout en maintenant les trois piliers existants : prévention, traitement et application de la loi. La Stratégie fait aussi passer la surveillance des enjeux qui était auparavant assurée par le ministère de la Justice au ministère de la Santé. (Gouvernement du Canada, 2016b)

L'association des substances illicites avec la violence et le crime est bien documentée. Les recherches montrent que de nombreux crimes sont commis par des personnes subissant l'influence de diverses substances psychotropes ou voulant s'en procurer davantage (Bennett, Holloway et Farrington 2008; INCB, 2003; Pernanen, Cousineau, Brochu et Sun, 2002). Des crimes découlent aussi de la structure du système de consommation de substances (p. ex. , la production, la fabrication, le transport et la vente de substances illicites) et de l'implication des gens dans le crime organisé pour leur approvisionnement et la distribution (Gendarmerie royale du Canada, 2010; Agence des services frontaliers du Canada, 2014). En outre, il est courant que de nombreuses personnes qui consomment de telles substances et sont prises dans le système de justice pénale soient mêlées ou en proie au commerce du sexe. Le National Council on Alcoholism and Drug Dependence (2015) attire l'attention sur des données probantes selon lesquelles la consommation de substances constitue à la fois un facteur prédéterminant de l'exploitation sexuelle et un mécanisme d'adaptation à celle-ci.

Le CCDUS évalue à deux milliards de dollars annuellement les coûts d'administration de la justice qui sont associés à la consommation de substances illicites (p. ex. , les dépenses pour les services policiers, les tribunaux et les services correctionnels). Pourtant, cette somme est considérablement plus élevée lorsqu'on tient compte d'autres coûts liés aux services sociaux et sanitaires, y compris pour les frais médicaux et la perte de productivité (Rehm et coll. , 2006; Statistique Canada, 2015).

Politiques provinciales et municipales sur les drogues

En 2007, par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et du Comité fédéral-provincial-territorial sur la consommation et l'abus de drogues (constitué de représentants de ministères de la Santé de tout le Canada), la plupart des provinces et des territoires ont officiellement approuvé la réduction des méfaits et insisté sur le fait qu'ils trouvaient préoccupante l'absence de la réduction des méfaits dans la Stratégie nationale antidrogue de 2007. Ces approbations et ces préoccupations ont été documentées dans des lettres aux coprésidents du conseil du Réseau pancanadien de santé publique, y compris à la direction de l'Agence de la santé publique du Canada. Plusieurs provinces canadiennes ont adopté activement des politiques de réduction des méfaits. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2006), par exemple, a produit trois documents clés décrivant la position du gouvernement provincial à l'égard

de la réduction des méfaits et son adoption comme élément d'une stratégie plus générale de réduction et de prévention des méfaits de la consommation de substances (Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 2004; Centre de recherche sur les toxicomanies de la Colombie-Britannique, 2006). La définition suivante de la réduction des méfaits a été proposée :

Sur le plan pratique, la réduction des méfaits vise à atténuer les conséquences néfastes les plus immédiates de la consommation de substances au moyen de programmes pragmatiques, réalistes et à exigences peu élevées. Les programmes [de distribution et de récupération] de seringues, le traitement d'entretien à la méthadone, les programmes d'intervention communautaire et de sensibilisation des populations à haut risque, la collaboration sur le plan de l'application de la loi, la prescription médicale d'héroïne et d'autres substances et les sites de consommation supervisée constituent des exemples de stratégies de réduction des méfaits parmi les plus connues. [traduction] (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2006, p. 4).

En collaboration avec le ministère de la Santé, le comité des stratégies et des services de réduction des méfaits de la Colombie-Britannique a produit des documents sur les pratiques exemplaires pour orienter la mise en application de la réduction des méfaits (Chandler, 2008). Vancouver est une des grandes villes du Canada qui a adopté des politiques de réduction des méfaits et appuyé l'élaboration d'initiatives en la matière (MacPherson, 2001). Le site de consommation supervisée de Vancouver a été créé et demeure ouvert grâce au leadership de maires successifs (Boyd, MacPherson et Osborn, 2009; Campbell, Boyd et Culbert, 2009; Small et coll. , 2006). D'autres administrations municipales ont rejeté des stratégies de réduction des méfaits, souvent en dépit de protestations claires de responsables de la santé publique (Symington, 2007). Les responsables de la santé publique de la Colombie-Britannique (Health Officers Council of British Columbia, 2005) et d'autres intervenants (Ville de Vancouver, 2005; King County Bar Association, 2005; Royal Society for the Arts, 2007; Transform Drug Policy Foundation, 2005, 2009) ont préconisé un marché réglementé de toutes les substances psychoactives. Par exemple, chaque substance serait réglementée en fonction des risques qu'elle pose pour la santé. Le cannabis serait disponible conformément à des mécanismes semblables à ceux qui régissent le tabac, mais assorti de sanctions très lourdes pour la vente aux mineurs, et l'héroïne serait disponible sur ordonnance (diacétylmorphine) par l'entremise de services spécialisés de lutte contre les toxicomanies.

Les disparités en matière de politiques créent une situation de schisme dans laquelle les infirmières et infirmiers des milieux de la pratique, de l'administration et de l'enseignement sont pris entre l'application de loi et les approches de réduction des méfaits.

Ce qui préoccupe particulièrement les infirmières et infirmiers, c'est la mosaïque de politiques portant sur la réduction des méfaits et la consommation de substances, à la fois sur le plan provincial et dans les organisations de soins de santé. Les programmes de soins infirmiers itinérants, les programmes de santé communautaire et les services de soins de santé primaires ont, dans certains cas, adopté la réduction des méfaits comme principe ou politique et offrent des services de ce type. Selon Rachlis, Kerr, Montaner et Wood (2009), les politiques fondées sur l'abstinence en milieu hospitalier constituent la norme et sont associées au départ de certains patients à l'encontre des conseils des médecins. Des organisations ont même des politiques en vertu desquelles les patients reçoivent leur congé ou sont expulsés en cas de consommation de substances illicites.

En s'attardant sur la réduction des méfaits aux niveaux mondial, fédéral, provincial et organisationnel, on peut constater des approches divergentes. Des organismes internationaux d'élaboration de politiques sur les drogues qui, auparavant, pratiquaient carrément une approche relevant de la coalition de la lutte contre la criminalité ont commencé à reconnaître et à appuyer la réduction des méfaits comme élément d'une approche de santé publique. Alors que le gouvernement fédéral se concentre à nouveau sur la réduction des méfaits, les politiques provinciales et organisationnelles n'endossent pas toujours cette approche. Comme la pratique infirmière est souvent régie par les politiques organisationnelles et provinciales, cette disparité peut à la fois constituer une difficulté et un obstacle, puisque le personnel infirmier s'affaire à mettre en œuvre les programmes les plus appropriés et fondés sur des données probantes et des interventions visant la réduction des méfaits. Il en a découlé un schisme stratégique qui fait que les infirmières et infirmiers des milieux de la pratique, de l'administration et de l'enseignement sont pris entre l'application de loi et des approches de réduction des méfaits. La politique antidrogue ne constitue qu'un élément, bien qu'important, de la lutte contre les causes profondes des injustices en matière de santé. Les organismes de la profession infirmière peuvent jouer un rôle important pour aider les infirmières et infirmiers à tous les niveaux en examinant et en élaborant des politiques en matière de réduction des méfaits.

IV. ÉTUDE DES DONNÉES PROBANTES POUR DES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Stratégies et interventions en matière de réduction des méfaits : situation actuelle et données probantes

Cette section présente un aperçu des données probantes de base, tout en décrivant brièvement les stratégies de réduction des méfaits suivantes:

- ▶ les programmes de distribution et de récupération de seringues;

- ▶ les stratégies d'intervention communautaire;
- ▶ les stratégies de prévention des surdoses par opioïdes;
- ▶ l'usage de la méthadone pour les traitements de désintoxication et d'entretien;
- ▶ la buprénorphine et la nalozone (Suboxone);
- ▶ le traitement à la diacéylmorphine (héroïne);
- ▶ les sites de consommation supervisée et les sites d'injection supervisée;
- ▶ les trousse sécuritaires de consommation de crack et les salles d'inhalation supervisée;
- ▶ Logement d'abord¹⁴.

Programmes de distribution et de récupération de seringues

Les programmes de distribution et de récupération de seringues visent principalement à enrayer la propagation des pathogènes à diffusion hématogène comme le VIH, le VHC et le virus de l'hépatite B (VHB) en fournissant du matériel stérile aux personnes qui s'injectent des substances et en récupérant le matériel utilisé. Même si certains programmes peuvent offrir la distribution et la récupération, ces fonctions peuvent être distinctes, avec des programmes qui fournissent seulement du matériel stérile tandis que d'autres se concentrent davantage sur la récupération. Les objectifs secondaires des programmes de distribution et de récupération de seringues consistent à accroître l'accès au traitement et à d'autres moyens de soutien, à fournir de l'éducation et de l'information sur les pratiques d'injection sûres et les comportements sexuels plus sécuritaires et à connecter les populations difficiles à atteindre aux services (Ritter et Cameron, 2006). Les programmes de distribution et de récupération de seringues lancés au début des années 1980 visaient à enrayer la propagation du VIH. Ils ont été mis sur pied d'abord à Amsterdam, ensuite en Amérique du Nord, puis dans d'autres régions de l'Europe et en Australie (Friedman et coll. , 2007; Sherman et Purchase, 2001; Vlahov et coll. , 2001).

La recherche sur les programmes de distribution et de récupération de seringues a porté sur la séroconversion au VIH, la séroprévalence du VIH, les changements dans les comportements à risque pour l'infection par VIH, l'efficacité par rapport aux coûts et les effets iatrogènes en fonction d'une variété de concepts de recherche (Gibson, Flynn et

¹⁴ Plusieurs interventions, y compris les analyses de drogues de la rue pour déterminer leur pureté ou la présence d'adultérants et les systèmes d'alerte rapide, ne sont pas incluses dans la discussion sur les stratégies de réduction des méfaits, en raison de leur nature moins controversée et de la participation limitée du personnel infirmier à la prestation de ces programmes. Pour une brève discussion sur ces programmes, voir Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2006) et Benschop, Rabes et Korf, (2002).

Perales, 2001; Leonard, Forrester, Navarro, Hansen et Doucet, 1999; MacDonald, Law, Kaldor, Hales et Dore, 2003; Ritter et Cameron, 2006; Wodak et Cooney, 2005, 2006). Les constatations de plusieurs études écologiques laissent entendre que la séroprévalence du VIH est moindre dans les villes qui offrent des services de distribution et de récupération de seringues. Dans le cadre d'un examen des données de 1997-1998, Leonard et coll. (1999) ont conclu que les programmes de distribution et de récupération de seringues ne protégeaient pas contre l'infection par le VIH, le VHB ou le VHC, en raison de données non concluantes découlant d'études sur la séroprévalence du VIH et la séroconversion au virus. D'autres études plus récentes et détaillées (Gibson et coll. , 2001; Ritter et Cameron, 2006; Wodak et Cooney, 2005, 2006) ont toutefois indiqué que les différences dans les résultats relatifs à la séroprévalence entre les villes qui offrent des programmes de distribution et de récupération de seringues et celles qui n'en offrent pas, ainsi que dans les taux de séroconversion des usagers et des non-usagers de ces programmes, sont plus vraisemblablement attribuables à des différences au niveau de la conception de la recherche, ainsi qu'à d'autres facteurs confusionnels comme (1) les différences sur le plan de l'accès aux seringues dans les programmes de pharmacie; (2) la nature de la consommation de substances; et (3) les caractéristiques des usagers qui ont recours aux services de distribution et de récupération de seringues. À Montréal et à Vancouver, par exemple, les éclosions de VIH, en dépit des programmes en place, étaient probablement attribuables à la prévalence de la consommation de cocaïne, qui nécessite des injections plus fréquentes et, par conséquent, accroît le risque de transmission. Plusieurs études ont montré que les programmes de distribution et de récupération de seringues attirent des personnes dont les conditions de vie (p. ex. , l'itinérance ou l'instabilité du logement) et les habitudes de consommation de substances augmentent le risque d'infection transmissible par le sang (Corneil et coll. , 2006; Des Jarlais et coll. , 2005; Fisher, Reynolds et Harbke, 2002; Hagan et coll. , 2002). Plusieurs auteurs ont conclu que les programmes de distribution et de récupération de seringues ne suffisent pas à eux seuls à protéger contre l'infection par le VIH (Gibson et coll. , 2001; Ritter et Cameron, 2006; Strathdee et coll. , 1997).

Les services de distribution et de récupération de seringues n'ont pas entraîné une augmentation de la consommation de substances, de l'initiation jusqu'à la consommation ou de l'utilisation de drogues injectables, ni ne font augmenter les taux de criminalité ainsi que les désordres ou les nuisances publics, comme l'abandon de seringues.

Même si les données relatives aux réductions du taux de séroconversion au VIH et de séroprévalence du virus ne semblent pas concluantes, plusieurs chercheurs ont conclu que les programmes de distribution et de récupération de seringues sont efficaces pour réduire les comportements à risque en matière de VIH (comme le partage et la

réutilisation de seringues) qui contribuent à la transmission du virus (Gibson et coll. , 2001; Palmateer et coll. , 2010; Ritter et Cameron, 2006; Wodak et Cooney, 2005, 2006). Trois études ont constaté que la réutilisation du matériel d'injection avait augmenté lorsque les services locaux de distribution et de récupération de seringues avaient fermé leurs portes (Broadhead, Van Hulst et Heckathorn, 1999; Ivsins et coll. , 2010; MacNeil et Pauly, 2010a).

Alors que des inquiétudes ont été soulevées au sujet des effets négatifs, ou iatrogènes, associés aux programmes de distribution et de récupération de seringues, aucune recherche antérieure n'en a fait mention (Fisher, Fenaughty, Cagle et Wells, 2003; Marx et coll. , 2000; Ritter et Cameron, 2006; Strathdee et Vlahov, 2001; Wodak et Cooney, 2005, 2006). Les services de distribution et de récupération de seringues n'auraient pas fait augmenter la consommation de substances, l'initiation à celles-ci ou l'utilisation de substances injectables, ni n'auraient fait accroître les taux de criminalité ainsi que les désordres ou les nuisances publiques, comme l'abandon de seringues. Les services de distribution et de récupération de seringues se sont avérés économiques compte tenu des estimations du nombre d'infections par le VIH évitées par la mise en œuvre de services de distribution, de récupération et d'échange. Les 10 études examinées par Wodak et Cooney (2006) ont toutes révélé que les programmes de ce type étaient rentables et moins dispendieux parce que leur coût était inférieur à celui du traitement du nombre estimatif d'infections évitées.

De nombreuses études ont fait état des bienfaits secondaires et imprévus des programmes de distribution et de récupération de seringues (Wodak et Cooney, 2005, 2006), comme l'accès accru aux services de santé (en particulier aux services de soins infirmiers); aux services d'aiguillage pour trouver un logement; au traitement de la toxicomanie; au counseling; à l'éducation et aux tests de dépistage du VIH, du VHC et de la tuberculose (Heimer, 1998; MacNeil et Pauly, 2010b; Masson et coll. , 2007; Strathdee et coll. , 2006). Comme de nombreuses personnes ayant recours aux services de distribution et de récupération de seringues sont difficiles à trouver et à atteindre et n'ont pas accès aux services de soins de santé, ces avantages sont particulièrement importants.

En dépit des données sur l'efficacité, l'innocuité et la rentabilité des services de distribution et de récupération de seringues, ces services font souvent face à de l'opposition qui en limite la prestation et, dans certains cas, entraîne leur interruption.

La plupart des recherches sur les services de distribution et de récupération de seringues effectués jusqu'à maintenant ayant porté principalement sur l'efficacité,

d'autres modèles de prestation de ces services, y compris l'intervention par les pairs¹⁵, les services mobiles, les services fixes et la distribution par les pharmacies, les hôpitaux ou des moyens secondaires ont attiré moins l'attention (Miller et coll. , 2002; Riley et coll. , 2000; Strike, Challacombe, Myers et Millson, 2002; Strike et coll. , 2006). Plusieurs auteurs ont constaté que les centres fixes, les centres mobiles et les services de pharmacie atteignent des groupes différents, ce qui laisse entendre que des services de types différents sont nécessaires. Les centres fixes ont l'avantage d'offrir des endroits plus privés pour le counseling et produisent un taux plus élevé de recommandations vers d'autres services (Strike et coll. , 2002). Les services mobiles ont tendance à atteindre les consommateurs plus à risque qui pourraient autrement ne pas avoir accès à ces services, mais ils offrent moins de place pour les interactions confidentielles. Des études initiales sur la distribution secondaire par des usagers de substances injectables ont été réalisées pour déterminer leur effet sur la réduction des comportements à risque comparativement aux services établis de distribution et de récupération de seringues (Huo, Bailey, Hershov et Ouellet, 2005; Snead et coll. , 2003; Tyndall et coll. , 2002). Pour contrer le risque accru de transmission du VIH dans les prisons, des programmes de distribution et de récupération de seringues en milieu carcéral ont été mis au point au cours des années 1990, d'abord en Suisse, puis ailleurs en Europe (Dolan, Rutter et Wodak, 2003). Dans les prisons, les services de distribution et de récupération de seringues sont offerts sous plusieurs formes, soit par des distributeurs automatiques, des membres du personnel des services de santé ou correctionnel et des travailleurs de l'extérieur. Les évaluations des programmes de distribution et de récupération de seringues en milieu carcéral ont révélé une réduction des comportements à risque sans conséquences inattendues, comme l'augmentation de la consommation de substances injectables ou l'utilisation de seringues comme armes (Dolan et coll. , 2003; Lines et coll. , 2006; Wodak et Cooney, 2006).

En dépit des données sur l'efficacité, l'innocuité et la rentabilité des services de distribution et de récupération de seringues, ces services font souvent face à de l'opposition qui en limite la prestation et, dans certains cas, entraîne leur interruption (Broadhead et coll, 1999; MacNeil et Pauly, 2010a; Tempalski, Friedman, Keem, Cooper et Friedman, 2007). L'opposition de voisins de style « pas dans ma cour », les pressions politiques, les protestations de coalitions communautaires et le militantisme se sont avérées l'emporter sur les besoins des clients comme principaux prédicteurs de la présence de services de distribution et de récupération de seringues, ce qui rend inégale la répartition de ces services (Downing et coll. , 2005; Tempalski, Flom et coll. , 2007). Bref, des processus sociaux et politiques jouent un rôle crucial dans l'acceptation

¹⁵ L'intervention communautaire, y compris l'intervention par les pairs, est traitée plus en détail dans la section sur les stratégies d'intervention.

ou le rejet, par la communauté, de ces services et d'autres initiatives destinées aux consommateurs de substances illicites.

Stratégies d'intervention communautaire

L'intervention communautaire est une stratégie conçue pour atteindre des populations dissimulées ou partiellement dissimulées qui consomment des substances illicites dans leur propre communauté (Needle et coll. , 2004, 2005). Les modèles d'intervention communautaire les plus répandus comprennent la distribution d'information sur la consommation plus sûre et le matériel d'injection salubre; l'accès aux tests; l'orientation vers des services sanitaires, sociaux et de traitement des toxicomanies (Ritter et Cameron, 2006). L'intervention communautaire peut être assurée par des pairs ayant déjà consommé des substances ou qui le font encore, des professionnels de la santé ou des intervenants des services sociaux, ou une combinaison de ces intervenants (Coyle, Needle et Normand, 1998; Latkin 1998; Needle et coll. , 2004, 2005). Les modèles basés sur les pairs se sont avérés plus efficaces que les stratégies d'intervention traditionnelles (Broadhead et coll. , 1998).

Dans la première analyse exhaustive des programmes d'intervention communautaire, Coyle et coll. (1998) ont inclus 36 études ayant eu recours principalement à des concepts prétest, posttest ou quasi expérimentaux auprès d'un seul groupe. Ils les ont examinés en fonction des normes d'évaluation des interventions en santé publique recensées par A. B. Hill en 1971 (p. 27). Les auteurs ont constaté des résultats cohérents. Cinq grands comportements à risque ont été réduits, selon les études : « arrêt du recours aux injections; réduction de la fréquence des injections; réduction de la réutilisation des seringues; réduction de la réutilisation d'autres types de matériel (cuillères, ouate, eau de rinçage); réduction de la consommation de crack » (p. 23). Ils ont aussi constaté que les programmes ont un effet important sur trois comportements protecteurs : « (1) la désinfection plus fréquente des aiguilles, (2) l'admission à un programme de traitement de la toxicomanie et (3) l'usage plus fréquent de condoms » [traduction] (p. 23).

En 2004, en collaboration avec l'OMS, le même groupe d'auteurs a mis à jour son étude pour évaluer l'efficacité des stratégies d'intervention communautaire lorsqu'il s'agit d'atteindre les consommateurs de substances injectables difficiles à trouver et à atteindre (Needle et coll. , 2004). Ils ont cherché plus précisément à déterminer si des stratégies communautaires réduisaient les comportements à risque d'infection par VIH et si ces changements diminuaient les taux d'infection par ce virus. Comme au cours de leur étude précédente, Needle et coll. (2004) ont utilisé les critères de Hill. Même s'il est souvent difficile de déterminer le nombre de consommateurs de substances injectables atteints, les auteurs ont conclu qu'une intervention communautaire avait élargi et prolongé la portée des services sanitaires et sociaux traditionnels pour les personnes

qui courent le risque de subir les méfaits des substances injectables. Il convient de signaler que cette étude comprend des données montrant que les services d'intervention dans la rue jouent un rôle en facilitant le début et le maintien d'un traitement d'entretien à la méthadone. Les auteurs ont en outre constaté que les équipes mobiles de dépistage du VIH étaient plus efficaces que l'orientation vers des services de ce type. Des données ont aussi indiqué que les services d'intervention dans la rue augmentent effectivement le nombre de tests de dépistage du VIH par l'entremise de recommandations. Une autre conclusion importante s'est dégagée : les interventions communautaires sont efficaces et relativement peu coûteuses et peuvent constituer une première étape de l'offre de services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH, ainsi qu'un accès à d'autres programmes. La rentabilité découle principalement de la prévention des infections par VIH (Ritter et Cameron, 2006). Toutefois, comme Needle et coll. (2005) l'ont observé, un écart persiste toujours dans nombre de pays entre les personnes qui bénéficieraient des services d'intervention et celles qui les reçoivent.

Les réseaux sociaux ont été identifiés comme étant un important moyen d'atteindre les consommateurs de substances illicites (Broadhead et coll. , 1998; Latkin, Hua et Davey, 2004). Les groupes d'usagers de substances axés sur le militantisme, la défense des droits et, parfois, des services de réduction des méfaits représentent des exemples de réseaux sociaux auto-organisés qui s'intéressent à des enjeux sanitaires et communautaires (Crofts et Herkt, 1993; Kerr, Oleson et coll. , 2004; Kerr, Small et coll. , 2006). Friedman et coll. (2007) ont signalé l'efficacité potentielle des groupes de consommateurs de substances pour s'attaquer à la stigmatisation découlant de l'usage de substances et défendre les droits des usagers de substances illicites.

Une autre conclusion importante s'est dégagée : les interventions communautaires sont efficaces et relativement peu coûteuses et peuvent constituer une première étape de l'offre de services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH, ainsi qu'un accès à d'autres programmes.

Au Canada, particulièrement à Vancouver, qui est un centre d'activité et de consommation publiques en matière de substances illicites, les infirmières et infirmiers sont au nombre des travailleurs qui fournissent des services d'intervention dans des secteurs du centre-ville reconnus comme des lieux de consommation de substances (Banks et Loftus, 1991; Giles et Brennan, 2001). Visant la prévention de l'infection par VIH et des infections transmissibles sexuellement auprès de groupes difficiles à atteindre dans un contexte de réduction des méfaits et de promotion de la santé, le programme de soins infirmiers de rue à Vancouver a été évalué officiellement à la fin des années 1990 (Hilton et coll. , 2009; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Hutchinson, 2001). L'évaluation portait sur la nature du travail du personnel infirmier, les difficultés auxquelles il est confronté, la

compatibilité du programme avec d'autres initiatives et l'incidence de leur travail (Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Hutchinson, 2001). Se fondant sur des données tirées d'entrevues qualitatives et de groupes de discussion de clients, de personnel infirmier de rue et d'autres interlocuteurs, les auteurs ont décrit le travail des infirmières et infirmiers en fonction de cinq thèmes : (1) atteindre des groupes marginalisés à risque élevé d'infection par VIH et d'infections transmissibles sexuellement (ITS); (2) créer et maintenir la confiance, le respect et l'acceptation; (3) travailler sur le dépistage précoce, la prévention et le traitement du VIH et des ITS et les orienter vers d'autres intervenants; (4) mettre les clients en rapport avec le système de soins de santé; (5) inciter le système et les collègues à être plus réactifs. Les auteurs ont aussi indiqué que le travail des infirmières et infirmiers avait un effet positif sur les connaissances des clients, en leur donnant accès à du matériel en vue de réduire les méfaits, en les mettant en rapport avec des services d'aide, en leur transmettant le sentiment qu'ils sont soutenus et en les aidant à changer de comportement sur les plans de la consommation de substances et de la santé.

Stratégies de prévention des surdoses d'opioïdes

Les décès par surdose d'opioïdes se produisent souvent en présence d'autres personnes (Marlatt et Witkiewitz, 2010) et peuvent être évités. La naloxone, connue comme un antagoniste des opioïdes, est en mesure d'inverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes¹⁶ en ayant une plus grande affinité pour les récepteurs d'opioïdes dans le système nerveux central. La naloxone est une substance relativement peu coûteuse et ne présente pas de risque d'abus. Généralement disponible dans les établissements de soins de santé, elle est administrée par les fournisseurs de soins. En 2012, un programme pilote communautaire a recueilli des données sur le recours à la naloxone pour renverser les effets d'une surdose d'opioïdes (Dong et coll. , 2012). L'étude n'a signalé aucune réaction indésirable ni aucun décès consécutifs à l'utilisation de la naloxone, tout en faisant état de son potentiel de réduction de la morbidité et de la mortalité. En outre, les programmes communautaires d'administration de naloxone ont montré des résultats prometteurs ailleurs, comme en Colombie-Britannique, où une initiative de distribution de naloxone à prendre à domicile est en place depuis 2012 (Deonarine, Amlani, Ambrose et Buxton, 2016). Des statistiques du projet Toward the Heart indiquent qu'à la mi-mai 2017, le programme de distribution de naloxone à prendre à domicile de la Colombie-Britannique a offert près de 43 000 trousseaux, dont 8 236 ont servi à enrayer une surdose d'opioïdes (Toward the Heart, 2017).

Initialement aux États-Unis, et maintenant au Canada, on constate une augmentation du nombre de programmes qui offrent aux consommateurs de substances de

¹⁶ Selon la quantité d'opioïdes dans le système de la personne, de multiples doses de naloxone peuvent être nécessaires.

l'information sur la manière de prévenir une surdose (y compris les signes et les symptômes) et aux pairs, de l'éducation sur la façon d'administrer la naloxone. L'éducation à la prévention des surdoses comprend de l'information sur l'intervention précoce, et peut constituer un élément important de l'éducation des pairs.

En 2016, Santé Canada a pris les dispositions nécessaires pour rendre la naloxone disponible à plus grande échelle aux Canadiens pour soutenir des efforts visant à traiter le nombre croissant de surdoses aux opioïdes. La modification qu'elle proposait à la Liste des drogues sur ordonnance afin de permettre l'utilisation de la naloxone sans prescription, en particulier pour une utilisation d'urgence en cas de surdoses aux opioïdes à l'extérieur des hôpitaux. Santé Canada a aussi suggéré de simplifier l'étiquetage des produits et d'offrir une formation obligatoire aux professionnels qui administreraient éventuellement la naloxone. Si les preuves appuient ces modifications, Santé Canada a l'intention « de renoncer à la période de mise en œuvre habituelle de six mois [pour permettre un] changement de statut . . . dès que possible » (Santé Canada, 2016, para. 4).

Usage de la méthadone pour les traitements par agonistes opioïdes

En tant que type de traitement par agonistes opioïdes, la méthadone constitue un traitement très étudié dont on a prouvé l'innocuité et l'efficacité pour traiter la dépendance aux opiacés. En 2007, la méthadone a été ajoutée aux Listes modèles OMS des médicaments essentiels (OMS, 2015). Elle peut être utilisée pour le soulagement des symptômes de sevrage durant la désintoxication ou comme traitement d'entretien pour aider les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés à poursuivre leur traitement et à réduire leur consommation d'héroïne. L'examen des données probantes sur le traitement d'entretien à la méthadone a porté sur 13 analyses systématiques, six méta-analyses, six essais comparatifs randomisés, une évaluation économique et six essais non randomisés.

Pour la désintoxication, la méthadone s'est avérée supérieure au placebo (Amato, Davoli, Minozzi, Ferroni, Ali et Ferri, 2013; Amato, Davoli, Perucci et coll. , 2005), à la clonidine et à la lofexidine (Gowing, Farrell, Ali et White, 2009). L'ajout d'un traitement psychosocial peut aider à augmenter le pourcentage des participants qui terminent la désintoxication (Amato, Minozzi, Davoli et Vecchi. , 2008). Dans le cas du traitement d'entretien, la méthadone est plus efficace qu'un placebo, que la désintoxication, que la réadaptation sans substance et que le lévo-alpha-acétylméthadol (LAAM) pour ce qui est d'inciter les patients à poursuivre le traitement (Amato et coll. , 2011; Amato et coll. , 2005; Connock et coll. , 2007; Glanz, Klawansky, McAuliffe et Chalmers, 1997; Johansson, Berglund et Lindgren, 2007; Mattick, Breen, Kimber et Davoli, 2009). Les résultats sont meilleurs avec des doses plus fortes de méthadone qu'avec des doses plus faibles (Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino et Lemma, 2003; Farré, Mas, Torrens, Moreno et

Cami, 2002). Le LAAM (Amato et coll. , 2005; Clark et coll. , 2002; Glanz et coll. , 1997) et la buprénorphine se sont avérés légèrement plus efficaces que des doses plus faibles de méthadone lorsqu'il s'agit de réduire la consommation d'héroïne (Barnett, Rodgers et Bloch, 2001).

L'examen de la littérature a permis de trouver trois rapports décrivant le rôle et la contribution du personnel infirmier dans les programmes d'entretien à la méthadone. Mistral et Hollingworth (2001) et Wilson et coll. (2007) décrivent le rôle du personnel infirmier dans une clinique de traitement à la méthadone et leur contribution au programme par l'établissement de relations et d'interactions avec les clients. Loth, Schippers, Hart et van de Wijngaart (2007) décrivent un programme de recherche-action dans le cadre duquel on a encouragé les infirmières et infirmiers à faire état du processus de prestation de soins infirmiers comme moyen de mieux comprendre les stratégies d'amélioration du fonctionnement de la clinique. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2009) a élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires afin d'aider les infirmières et infirmiers à appuyer les personnes qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone.

Buprénorphine/naloxone (Suboxone)

Un autre type de traitement par agonistes opioïdes, la buprénorphine/naloxone (Suboxone) a été ajoutée à la Liste modèle OMS des médicaments essentiels en 2015. À l'instar de la méthadone, la buprénorphine peut être utilisée aux fins de désintoxication, ainsi que comme traitement d'entretien. La Suboxone est un comprimé administré par voie sublinguale à dose fixe qui combine la buprénorphine (agoniste opioïde partiel) et la naloxone (antagoniste opioïde). Lorsque la Suboxone est prise par voie orale, seule la buprénorphine est absorbée dans le système sanguin. Toutefois, si la Suboxone est écrasée et injectée, la naloxone pénétrera dans le système sanguin et causera des symptômes de sevrage abrupts (ACMTS, 2013). Parmi les patients adultes ayant une dépendance aux opioïdes, peu de données laissent entendre que, pour le traitement d'entretien et l'utilisation de l'héroïne, les effets cliniques de la Suboxone peuvent être analogues à la ceux de la méthadone et coûter moins cher.¹⁷ Parmi les autres sous-groupes, peu de données indiquait son efficacité comparative par rapport à la méthadone. Alors que Santé Canada a approuvé la vente de la Suboxone au Canada en 2007, elle était habituellement prescrite lorsque la méthadone était contre-indiquée. La Suboxone n'est pas actuellement couverte par de nombreux régimes-médicaments provinciaux et territoriaux.

¹⁷ Le rapport coût-efficacité de la Suboxone au sein de la population canadienne est incertain (Centre for Addiction and Mental Health, 2011; ACMTS, 2013).

Diacétylmorphine

La diacétylmorphine, qu'on appelle aussi héroïne, est un traitement économique pour les personnes souffrant d'une dépendance chronique aux opiacés (héroïne) qui peut aider à réduire la consommation illicite de cette drogue et l'activité criminelle. Des programmes de prescription d'héroïne ou des essais cliniques sur celle-ci ont été mis en œuvre ou sont en train de l'être en Australie, en Belgique, au Canada, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Espagne, en Suisse et au Royaume-Uni (Fischer, Rehm, Kirst et coll. , 2002; Plaza et coll. , 2007). L'examen des données probantes sur les effets du traitement d'entretien à l'héroïne a porté sur 10 documents : deux analyses systématiques, sept essais comparatifs randomisés et une évaluation économique. Les données montrent que la prescription d'héroïne peut aider les bénéficiaires à consommer moins d'héroïne illicite et à exercer moins d'activités criminelles que les personnes qui ne reçoivent pas ce traitement (Ferri, Davoli et Perucci, 2010; Hartnoll et coll. , 1980; March, Oviedo-Joekes, Perea-Milla, Carrasco et PEPSA Team, 2006; Perneger, Giner, del Rio et Mino, 1998; van den Brink et coll. , 2003). Dijkgraaf et coll. (2005) ont constaté que la prescription d'héroïne présente un bon rapport coût-efficacité.

Les données montrent que la prescription d'héroïne peut aider les bénéficiaires à consommer moins d'héroïne illicite et à exercer moins d'activités criminelles que les personnes qui ne reçoivent pas ce traitement.

Un essai comparatif randomisé réalisé à Vancouver et à Montréal, soit l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), a comparé le traitement à la diacétylmorphine au traitement par agonistes opioïdes à la méthadone (Oviedo-Joekes et coll. , 2009). Comme dans les études antérieures, les auteurs et ceux d'autres études ont constaté que les participants affichaient des taux de fidélisation au traitement plus élevés que les personnes qui prenaient part à des programmes de traitement d'entretien à la méthadone, qu'ils consommaient moins d'héroïne illicite, exerçaient moins d'activités criminelles et étaient en meilleure santé psychologique. Il n'y avait en outre aucun effet négatif sur leur voisinage immédiat (Lasnier, Brochu, Boyd et Fischer, 2010, Oviedo-Joekes et coll. , 2010). Des essais réalisés en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne ont évalué l'usage de la méthadone et de la diacétylmorphine à long terme et ont conclu que la diacétylmorphine injectable était plus efficace que la méthadone administrée par voie orale chez les personnes qui s'injectaient de l'héroïne et pour qui les autres traitements avaient « échoué » (Oviedo-Joekes et coll. , 2009; Strang et coll. , 2010).

Selon Berridge (2009),

La popularité et l'abandon des méthodes de traitement dans ce domaine controversé sont attribuables aux données probantes, mais ils découlent aussi souvent bien plus de

