

# ÉNONCÉ DE POSITION COMMUN

---

Pour faciliter la lecture de ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes y désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête

## La réduction des méfaits

### Position

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) reconnaissent la réduction des méfaits comme une approche de santé publique pratique visant à réduire les répercussions sur la santé, la condition sociale et l'économie provoquées par des activités à risque. La réduction des méfaits est surtout utilisée en lien avec les programmes de santé publique pour les usagers de substances psychotropes, mais elle peut aussi viser les programmes qui portent sur l'usage d'alcool, les pratiques sexuelles, l'usage de la bicyclette, la conduite automobile et les jeux d'argent, entre autres.

Nous croyons que la réduction des méfaits n'exige pas de mettre fin aux pratiques risquées, alors que la réduction des méfaits s'attarde à la promotion de la sécurité, à prévenir les décès et l'invalidité ainsi qu'à soutenir un usage plus sécuritaire et sanitaire pour les personnes, les familles et les communautés.

### Réduction des méfaits chez les personnes qui font usage de ces drogues

Nous reconnaissons que les iniquités d'accès aux soins de santé sont courantes chez ceux qui font usage de ces drogues et que les déterminants sociaux de la santé aggravent davantage ces inégalités, y compris les conditions de logement inadéquates, la pauvreté, le chômage et le manque d'appui social.

Nous croyons que la réduction des méfaits fait partie d'une intervention générale des soins de santé en matière de méfaits sur la santé et la condition sociale pour les personnes qui font usage de ces substances et qu'elle complète les stratégies de sobriété, de prévention et de traitement de consommation de drogues.

Nous reconnaissons que la réduction des méfaits a des bienfaits pour plusieurs groupes de personnes : les personnes qui font usage de drogues et leur famille, qui ont besoin du soutien des services en soins de santé et des services sociaux; les infirmières et les autres professionnels de la santé, qui peuvent offrir la réduction des méfaits comme une solution à leurs clients et la population au moyen de communautés plus sécuritaires et d'une réduction du fardeau sur le système de soins de santé.

La réduction des méfaits met l'accent sur les droits de la personne et sur l'importance de traiter la personne avec respect, dignité et compassion sans égard à sa consommation de drogues. C'est une approche sans jugement qui accepte la personne telle qu'elle est et son droit de choisir.

Les politiques et les programmes doivent être basés sur les meilleures données probantes, sur les besoins locaux et la réduction des coûts tout en intégrant les personnes qui consomment des drogues au processus décisionnel qui les concerne<sup>1</sup>.

Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec les valeurs principales du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIC qui orientent la pratique infirmière éthique<sup>2</sup> : 1) fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique; 2) promouvoir la santé et le bien-être; 3) promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées; 4) préserver la dignité; 5) respecter la vie privée et protéger la confidentialité; 6) promouvoir la justice et 7) accepter l'obligation de rendre compte.

L'infirmière a la responsabilité de prodiguer des soins sans jugement envers les personnes qui sont concernées par l'usage de drogues ainsi qu'à leur famille, sans égard au contexte, à la classe sociale, au revenu, à l'âge, au sexe ou à l'origine ethnique. L'infirmière peut aussi influencer sur l'élaboration de politiques organisationnelles et gouvernementales liées à la réduction des méfaits associés à l'usage de drogues illicites.

## Contexte

La réduction des méfaits est une approche de la santé publique, axée sur les personnes et les groupes, qui vise à réduire les méfaits associés à certains comportements. Pour ce faire, les infirmières et d'autres professionnels utilisent un éventail de stratégies pour réduire les méfaits liés à l'usage de l'alcool et autres drogues légales, à l'usage de drogues illicites, à l'usage du tabac, à la conduite automobile, à l'usage de la bicyclette et aux pratiques sexuelles afin d'inciter l'adoption de lignes directrices pour réduire les risques, comme la réduction de l'exposition à la fumée secondaire et l'usage de la ceinture de sécurité, de casques protecteurs ou de condoms.

Quand on l'applique aux cas d'usage de substances, la réduction des méfaits est une approche pratique, puisqu'elle reconnaît que les substances légales et les substances illicites sont des caractéristiques durables de la condition humaine. La réduction des méfaits vise à réduire les répercussions négatives de l'usage de substances et à établir des relations de soutien sans jugement<sup>3</sup>. On reconnaît que la sobriété n'est pas toujours un but réaliste pour une personne aux prises avec la dépendance, mais on inclut la sobriété comme un choix possible quand elle sera prête à l'adopter.

Beaucoup de méfaits sanitaires et sociaux sont associés aux drogues illicites. On s'inquiète de la propagation des maladies transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. L'Agence de la santé publique du Canada rapporte que l'usage de drogues injectables est responsable de 21,6 % de nouveaux cas infectieux chez les adultes canadiens et de 60,3 % de nouveaux cas infectieux chez les personnes des Premières Nations<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> (Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 2005)

<sup>2</sup> (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIC], 2008)

<sup>3</sup> (Pauly, 2008)

<sup>4</sup> (Agence de la santé publique du Canada, 2010)

L'incidence de mortalité chez les personnes qui consomment des substances psychotropes est plus élevée. Dans le cadre d'une étude canadienne, près d'un usager de drogues injectables sur cinq a signalé avoir vécu une surdose au cours des six mois précédents<sup>5</sup>. Les infections des tissus mous, comme les abcès et la cellulite, sont souvent associées aux injections de drogues. Les approches axées sur l'application de la loi ont contribué à l'augmentation des populations carcérales et à la flambée des méfaits causés par l'usage de drogues<sup>6</sup>. En comparaison de l'ensemble de la population, les populations carcérales au Canada et dans le monde auraient un taux de VIH et d'hépatite C beaucoup plus élevé.

Ayant débuté aux Pays-Bas et au Royaume-Uni dans les années 1980, alors que l'usage de drogues injectables était devenu un vecteur clé de la transmission du VIH<sup>7</sup>, le mouvement de la réduction des méfaits a pris de l'ampleur comme une approche plus humaine face aux mesures coercitives pour réduire les méfaits associés à l'usage de drogues<sup>8</sup>.

Depuis ce temps, la réduction des méfaits comme approche a été adoptée par de nombreuses organisations internationales comme 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, le Fonds des Nations unies pour l'enfance, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge<sup>9</sup> et la Banque mondiale<sup>10</sup>.

La réduction des méfaits constitue une façon d'aborder les soins aux usagers de drogues. Un bon moyen de comprendre la manière d'aborder les problèmes de consommation de drogue est en comparant divers modèles. Brickman et coll.<sup>11</sup> décrit quatre modèles d'intervention d'aide aux personnes dépendantes : (1) le modèle moral; (2) le modèle médical; (3) le modèle axé sur l'éclaircissement et (4) le modèle axé sur la compensation.

Dans le *modèle moral*, on attribue aux personnes mêmes leurs problèmes, et elles sont responsables de les résoudre. L'usage continu et problématique de drogues est considéré comme un échec personnel, et la personne n'a qu'elle-même à blâmer pour ses problèmes. Cette position ne reconnaît pas que la conjoncture sociale exacerbe l'usage de drogues et que tout le monde n'a pas accès aux mêmes ressources pour gérer l'usage de drogues ou pour le résoudre. Dans le *modèle médical*, la toxicomanie est considérée comme une maladie : les personnes en cause sont victimes de cette maladie et elles ont besoin de traitement. Les personnes ne sont responsables ni du problème, ni de la solution : elles sont plutôt les victimes de leur contexte. Dans le *modèle axé sur l'éclaircissement*, parfois mieux connu sous le nom de modèle spirituel ou programme en 12 étapes, les personnes sont responsables de leurs problèmes, mais pas des solutions et elles doivent s'en remettre à une

---

<sup>5</sup> (Fischer et coll., 2005)

<sup>6</sup> (Drucker, 1999; Friedman et coll., 2006; U.N. Global Commission on Drug Policy, 2011; Wood et coll., 2012)

<sup>7</sup> (Ball, 2007; Hilton et coll., 2001)

<sup>8</sup> (Marlatt, 1996)

<sup>9</sup> (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2003)

<sup>10</sup> (Wodak, 2009)

<sup>11</sup> (Brickman et coll., 1982)

puissance supérieure pour surmonter leurs problèmes. Dans le *modèle axé sur la compensation*, s'il ne faut pas blâmer la personne pour ses problèmes, c'est cependant à elle qu'il incombe de trouver les solutions.

Comment la réduction des méfaits fait-elle partie de ces modèles? Parmi les quatre modèles, la réduction des méfaits fait surtout partie du *modèle axé sur la compensation*, bien qu'elle complète également parfois d'autres modèles.

Même si les résultats de la vaste recherche sur la réduction des méfaits demeurent inégaux, dans certains domaines, les avantages des programmes de réduction des méfaits sont importants. Un survol de ces avantages sont répertoriés dans le document de travail *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers*<sup>12</sup> de l'AIC qui se concentre sur les stratégies suivantes : les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, les stratégies de promotion centrées sur les pairs, les stratégies de prévention des surdoses, le maintien à la méthadone et l'ordonnance d'héroïne, les sites d'injection supervisée et l'usage de crack plus sécuritaire.

Les infirmières qui prodiguent des soins à des patients à différentes étapes de leur vie en milieux de soins actifs et communautaires peuvent faire face à des situations où l'usage de drogues et le contexte ont des effets sur la santé des personnes. L'infirmière est souvent le premier point de contact avec les populations vulnérables aux méfaits des drogues illicites dans une gamme de milieux comme les centres de santé communautaires, les hôpitaux, les prisons et les programmes de rue.

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AIC en novembre 2012*

## Références

Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*. Ottawa : Section de la surveillance du VIH et du sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Agence de la santé publique du Canada. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2009/dec/images/Figure09-1g.gif>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur. Extrait de [http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_f.pdf](http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_f.pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers*. Ottawa : auteur. Extrait de [http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Harm\\_Reduction\\_2011\\_f.pdf](http://www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Harm_Reduction_2011_f.pdf)

Ball, A. L. (2007). HIV, injecting drug use and harm reduction: A public health response. *Addiction*, 102(5), 684-690.

---

<sup>12</sup> (AIC, 2011)

Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. et Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368-384.

Commission mondiale pour la politique des drogues Nations Unies. (2011). *Guerre aux drogues : Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues*. Extrait de [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_Report\\_French.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf)

Drucker, E. (1999). Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Reports*, 114(1), 14-29.

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2003). *Spreading the light of science: Guidelines on harm reduction related to injecting drug use*. Genève : auteur. Extrait de [http://www.ifrc.org/PageFiles/96733/Red\\_Cross\\_spreading\\_the\\_light\\_of\\_science.pdf](http://www.ifrc.org/PageFiles/96733/Red_Cross_spreading_the_light_of_science.pdf)

Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Guebaly, N. et coll. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2), 250-266.

Friedman, S. R., Cooper, H. L. F., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., Flom, P. L. et Jarlais, D. C. (2006). Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*, 20(1), 93-99.

Hilton, B. A., Thompson, R., Moore-Dempsey, L. et Janzen, R. G. (2001). Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 357-370.

Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.

Pauly, B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 195-204.

Réseau juridique canadien VIH/SIDA. (2005). *Rien à notre sujet sans nous – L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales* (éd. canadienne). Toronto : auteur. Extrait de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2009/dec/9-fra.php>

Wodak, A. (2009). Harm reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction*, 104(3), 343-346.

Wood, E., McKinnon, M., Strang, R. et Kendall, P. R. (2012). Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs. *Open Medicine*, 6(1) e35-40. Extrait de <http://www.openmedicine.ca/article/view/501/455>