



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites :

Implications pour les politiques,
la pratique, la formation et la recherche
en soins infirmiers

Document de travail

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) a produit ce document pour stimuler le dialogue sur un ou des sujets en particulier. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles du Conseil d'administration de l'AIIIC.

L'AIIIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et des infirmiers autorisés du Canada. En tant que fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant 143 843 infirmières et infirmiers autorisés, l'AIIIC fait progresser la pratique et la profession infirmière afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données, ou transcrite, sous toute forme ou par tout moyen, électronique, mécanique ou par photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa ON K2P 1E2

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télec. : 613-237-3520
Site Web : www.cna-aiic.ca

ISBN 978-1-55119-349-6

Mars 2011

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	3
Introduction	5
I. L’usage de drogues illicites au Canada	7
Méfais sanitaires et sociaux causés par l’usage de drogues illicites	9
Vulnérabilité aux méfaits causés par l’usage de drogues illicites.....	11
II. Survol de la réduction des méfaits	14
Réduction des méfaits : définitions	14
Réduction des méfaits : Principes clés	16
La réduction des méfaits comme approche face à la consommation de drogues illicites et à la toxicomanie.....	17
Les soins infirmiers, l’usage de drogues illicites et la réduction des méfaits.....	18
III. Enjeux des politiques sur les drogues : propos divergents et réalités de l’heure	22
Politiques des autres pays en matière de drogues	23
La politique du Canada en matière de drogue	25
Politiques antidroque provinciales et municipales.....	28
IV. Étude des données probantes pour des stratégies de réduction des méfaits	30
Méthodologie de recherche documentaire	30
Les stratégies et les interventions de réduction des méfaits : situation actuelle et données probantes	31
Les programmes de distribution et de récupération d’aiguilles.....	31
Stratégies d’approche	35
Stratégies de prévention des surdoses.....	37
Usage de la méthadone pour les traitements de désintoxication et d’entretien.....	37
Thérapie d’entretien à l’héroïne.....	38

Centres de consommation et d'injection sous surveillance	39
Trousses d'usage plus sécuritaire du <i>crack</i> et salles d'inhalation sous surveillance	45
Logement d'abord	46
Critiques à l'égard de la réduction des méfaits.....	47
V. Soins infirmiers et réduction des méfaits : perspectives juridiques et éthiques.....	51
Questions juridiques.....	51
Distribution de fournitures de réduction des méfaits	51
Services d'injection sous surveillance	52
Questions d'ordre éthique	56
VI. Conclusions.....	59

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.

Sommaire

Les infirmières et infirmiers autorisés, où qu'ils travaillent, doivent fréquemment s'occuper de personnes subissant les effets d'une surconsommation de substance intoxicante. Le fait d'offrir des soins infirmiers dans un contexte de toxicomanie, surtout dans le cas de substances illicites, soulève des questions et des problèmes pour eux et influe sur la prestation des soins qu'ils donnent. La « réduction des méfaits » est une réponse des instances de la santé publique en vue de réduire les conséquences négatives associées aux comportements à risque, dont la toxicomanie. Le présent document de travail traite spécifiquement de la réduction des méfaits dans le but de réduire les conséquences néfastes que l'usage de substances illicites peut avoir sur la santé et la société. Il présente les perspectives actuelles et les données probantes sur les politiques et les pratiques de réduction des méfaits, ainsi que les implications de ces questions au niveau des politiques, de la pratique, de la recherche et de la formation en soins infirmiers. On s'attend à ce que ces renseignements éclairent les discussions sur les politiques, les pratiques et les normes pouvant améliorer la prestation des soins de santé.

Il existe deux approches principales de la réduction des méfaits causés par des substances illicites : (1) la première approche utilise la prohibition et l'application de la loi pour criminaliser la possession et l'usage de drogues; et (2) la deuxième approche, du domaine de la santé publique, vise à favoriser un usage sécuritaire des substances illicites, afin de réduire les conséquences négatives sur la santé et le bien-être. Un examen des politiques internationales, nationales, provinciales et municipales met en lumière les tensions qui existent entre l'approche de la santé publique et l'approche utilisant la prohibition. Les politiques provinciales et internationales sont de plus en plus axées sur la réduction des méfaits, tandis que les politiques fédérales canadiennes semblent endosser une approche axée sur l'application de la loi et ce, malgré l'absence de données probantes sur l'efficacité de cette approche. Ces tensions engendrent deux courants contraires au sein des politiques et les infirmières et les infirmiers se retrouvent pris entre les données probantes, l'éthique et les politiques.

Il existe suffisamment de données empiriques pour soutenir les 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 aiguilles sont un moyen sécuritaire, efficace et économique pour réduire les comportements à risque du point de vue du VIH et qu'ils favorisent l'accès des utilisateurs de drogues injectables aux services sociaux et sanitaires. Les stratégies d'approche ou d'extension des services constituent un moyen économique et efficace de joindre les usagers de drogues. Elles sont particulièrement efficaces quand elles font intervenir des pairs. Les services d'injection supervisée réduisent le taux de surdoses fatales et les comportements à risque du point de vue du VIH; de plus, ils favorisent l'accès aux traitements en matière de toxicomanie et réduisent les comportements antisociaux. L'entretien à la méthadone et la prescription d'héroïne sont des approches sécuritaires et économiques. Les études initiales sur la prescription d'héroïne ont démontré que cette approche améliore les résultats cliniques et réduit l'usage de drogues illicites et la

criminalité, sans effets négatifs pour la communauté. Un examen des documents scientifiques révèle une lacune dans les recherches sur les modèles de prestation de services axés sur la réduction des méfaits – tels que les sites de distribution et de récupération d’aiguilles et les sites d’injection supervisée – et sur le rôle des infirmières et infirmiers autorisés dans la prestation de ces services. Les objections avancées contre la réduction des méfaits ne sont pas fondées sur des données probantes. Les enquêtes d’opinion publique montrent souvent que l’opinion publique est favorable aux programmes de réduction des méfaits.

Les normes professionnelles et éthiques en soins infirmiers sont en accord avec les valeurs de la réduction des méfaits et requièrent des infirmières et infirmiers qu’ils utilisent les meilleures données disponibles dans leur pratique. Le présent document traite des perspectives légales et éthiques en ce qui concerne la distribution de fournitures en vue de réduire les méfaits, la supervision des injections et la prestation de soins de santé aux usagers de drogues illicites.

Les infirmières et infirmiers autorisés qui soignent des usagers de drogues illicites doivent connaître les pratiques de réduction des méfaits, ainsi que les éléments des politiques qui encadrent légalement et éthiquement la pratique infirmière. Bien que la réduction des méfaits soit un moyen de réduire les conséquences néfastes des drogues illicites, cette approche n’est qu’un élément des efforts visant à remédier aux injustices qui, dans le domaine de la santé, sont associées à l’usage de substances illicites. Afin de régler ces injustices, il faut se pencher sur les politiques actuelles en matière de drogue et d’application de la loi, ainsi que sur d’autres politiques sociales – telles les politiques sur le logement et le revenu – qui font partie d’un engagement plus vaste envers la justice sociale.

Introduction

Les infirmières et infirmiers autorisés qui s'occupent des patients à tous les stades de la vie, en soins actifs et dans des contextes communautaires, peuvent rencontrer des situations où l'usage de drogues et les circonstances qui l'entourent ont des répercussions sur la santé de leurs patients. Ils peuvent constituer le premier point de contact pour des groupes vulnérables aux méfaits causés par les drogues illicites dans toutes sortes de milieux tels que, notamment, les centres de santé communautaires, les hôpitaux de soins actifs, les prisons ou les services d'approche dans la rue. Les scénarios dans lesquels les infirmières¹ peuvent être confrontées à des enjeux et à des méfaits associés à l'usage de substances illicites sont nombreux.

Les infirmières doivent fournir, en gardant une attitude non critique, des soins appropriés aux personnes et aux membres de leur famille qui peuvent être affectés par l'usage de substances intoxicantes, quels que soient le contexte et la classe sociale de la personne, son revenu, son âge, son sexe ou son origine ethnique. Par exemple, les infirmières qui œuvrent en santé publique peuvent rencontrer des jeunes à l'école qui font l'essai de drogues illicites ou en font un usage régulier. En milieu communautaire, elles peuvent être appelées à s'occuper de familles touchées par la violence ou d'autres méfaits découlant de l'usage de substances. En soins actifs, elles peuvent devoir s'occuper de personnes hospitalisées qui ont des problèmes de santé chroniques (comme le sida ou l'hépatite C à un stade avancé) liés à l'usage de drogues, ou des complications (comme des abcès ou des surdoses) découlant de l'usage de drogues.

Le présent document de travail résume les perspectives et les données probantes actuelles sur la réduction des méfaits considérée comme un objectif ou une stratégie de politiques et de programmes portant sur l'usage de drogues illicites. À partir de cet examen, nous discutons des implications pour les politiques, la pratique, la recherche et la formation en soins infirmiers, afin d'éclairer les débats sur les politiques, les pratiques et les normes appropriées pour les soins aux usagers de drogues illicites. Deux objectifs précis nous ont guidés dans la production de ce document :

1. D'une part, entreprendre une synthèse des publications canadiennes et étrangères sur les théories et les stratégies axées sur la réduction des méfaits qui sont pertinentes du point de vue de la prévention de la transmission des agents pathogènes transmissibles par le sang, des maladies découlant des pratiques d'injection et d'inhalation, ainsi que des morts par surdose, et qui s'intéressent en priorité à l'usage de drogues illicites. Ce faisant, nous voulions attirer l'attention sur les stratégies axées sur la collaboration (gouvernements, santé publique et associations professionnelles), l'éducation, les programmes innovateurs de santé publique et d'approche, la recherche, ainsi que sur les politiques publiques et les politiques de santé déjà en place.

¹ Dans le présent document, le terme « infirmière/infirmières » désigne les infirmières et les infirmiers autorisés et les infirmières et les infirmiers psychiatriques autorisés.

-
2. D'autre part, produire un document de travail décrivant : les approches historiques et théoriques de la réduction des méfaits et les tendances dans les politiques; les innovations fructueuses et les ressources nécessaires pour renforcer la pratique des soins infirmiers dans les domaines de l'éducation, de l'administration et de la recherche; et les enjeux clés et les lacunes qui limitent le rôle des infirmières en ce qui concerne la prévention, le traitement et les soins efficaces.

Le présent document de travail comporte cinq grandes sections, qui sont suivies de conclusions générales :

- La première section traite de la prévalence de l'usage de substances illicites au Canada, des méfaits qui en découlent et du contexte social, économique et politique qui rend vulnérable aux méfaits causés par l'usage de substances illicites.
- La deuxième section présente un aperçu des concepts clés de la réduction des méfaits et une discussion sur la réduction des méfaits et les soins infirmiers.
- La troisième section est consacrée aux politiques internationales, nationales et provinciales sur les drogues s'appliquant à la réduction des méfaits.
- Dans la quatrième section, les auteurs passent en revue les données probantes à l'appui de la réduction des méfaits du point de vue de stratégies précises de réduction des méfaits destinées à réduire les méfaits causés par l'usage de drogues illicites.
- La cinquième section traite des perspectives éthiques et légales associées à la réduction des méfaits.
- Enfin, la section des conclusions présente de grandes orientations pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers.

I. L'usage de drogues illicites au Canada

« L'usage de drogues illicites » s'entend de l'usage de psychotropes considérés comme des substances réglementées par la loi fédérale sur le contrôle des drogues et qui sont cultivés, achetés ou consommés à des fins non médicales et non scientifiques, ou pour d'autres raisons non autorisées. Au Canada, les drogues illicites d'usage courant comprennent le cannabis (marihuana), la cocaïne et le crack, l'héroïne, les hallucinogènes, les amphétamines, les opiacés et l'ecstasy, ainsi que des combinaisons de toutes ces drogues. Nous utilisons dans ce document l'expression « usage de drogues illicites », car elle reflète plus fidèlement le rapport entre ces drogues et la loi antidrogue en vigueur. Beaucoup de médicaments d'ordonnance comme la morphine, l'oxycodone, les benzodiazépines et la méthadone, sont aussi achetés et vendus illégalement.

Certaines conditions sociales exacerbent les méfaits causés par l'usage de drogues illicites : les répercussions sur la santé et le bien-être sont amplifiées pour les personnes affectées par la pauvreté et l'itinérance.

L'édition 2004 de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) indique que la prévalence de la consommation de drogues illicites varie selon le type de drogue (Adlaf, Begin et Sawka, 2005). Quelque 14 % des participants ont déclaré avoir fait usage de cannabis au cours de l'année écoulée, et presque 70 % des jeunes de 18 à 24 ans ont déclaré avoir essayé cette drogue. En 2008, le taux d'usage du cannabis était de 11,4 % (Santé Canada, 2008)². En 2004, environ un adulte canadien sur six déclarait avoir fait usage d'autres drogues illicites comme les hallucinogènes, la cocaïne, l'héroïne et l'ecstasy, mais on a constaté que le taux de consommation de ces drogues illicites était inférieur à 1 % au cours de l'année écoulée, sauf dans le cas de la cocaïne (1,9 %). Une comparaison des résultats de cette enquête avec ceux d'enquêtes antérieures a révélé que l'usage de drogues illicites autres que le cannabis a augmenté entre 1994 et 2008 (Adlaf, Begin et Sawka, 2005; Santé Canada, 2008). Si la consommation de cocaïne et de crack a semblé avoir diminué entre 2004 et 2008, cette diminution est marginale.

Il y a usage de drogues illicites dans tous les secteurs de la population canadienne. L'usage de la cocaïne peut par exemple constituer une source de prestige et de pouvoir pour les gens riches (Bethune, 2009). Les constatations tirées de l'ETC indiquent que l'usage de drogues illicites représente un pourcentage relativement faible de l'usage total de drogues par les Canadiens et est responsable de 20,7 % du coût social de la consommation problématique de substances. En

² Des constatations choisies tirées de l'« Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues » de 2008 sont aussi incluses, car il existe des similitudes entre les questions et les méthodologies utilisées dans cette enquête et dans celle de 2004 intitulée « Enquête sur les toxicomanies au Canada », même si les deux enquêtes ont été administrées à des périodes différentes de l'année.

comparaison, la consommation d'alcool et l'usage du tabac sont responsables, respectivement, de 36,6 et 42,7 % de ces coûts (Rehm et coll., 2006)³. Environ 13 % des Canadiens sondés en 2002 avaient fait usage d'une drogue illicite au cours de l'année précédente et 0,8 % ont déclaré être dépendants de drogues illicites (Tjepkema, 2004).

La dépendance des drogues illégales contribue à la charge de morbidité globale et on l'associe à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, de l'incapacité et des coûts des soins de santé (Fischer, Rehm, Brissette, et coll., 2005; Wood, Kerr et coll., 2003). De plus, certaines conditions sociales exacerbent les méfaits causés par l'usage de drogues illicites : les répercussions sur la santé et le bien-être sont amplifiées pour les personnes affectées par la pauvreté et l'itinérance (Galea et Vlahov, 2002). Dans une étude sur l'usage de drogues illicites dans cinq villes canadiennes, Fischer, Rehm, Brissette et coll. (2005) ont ainsi constaté non seulement que les personnes qui faisaient usage de drogues illicites injectables avaient davantage de problèmes de santé physique et mentale, mais aussi que beaucoup d'entre elles n'avaient pas de logement permanent, n'avaient pas accès aux services de traitement et étaient marginalisée dans la société. L'usage de drogues illicites, et en particulier de drogues injectables, peut être très stigmatisant et les personnes vivant dans la pauvreté et l'itinérance portent souvent le fardeau le plus lourd de la stigmatisation dans la société du fait de multiples facteurs convergents (Strike, Myers et Millson, 2004; Takahashi, 1997).

L'usage de drogues illicites, et en particulier de drogues injectables, peut être très stigmatisant et les personnes vivant dans la pauvreté et l'itinérance portent souvent le fardeau le plus lourd de la stigmatisation dans la société du fait de multiples facteurs convergents.

³ Selon Rehm et coll. (2006), les coûts pour les soins de santé, l'application des lois et la productivité au travail et à la maison qui découlent de décès prématurés et d'incapacités constituent le coût social global de la consommation de substances, que l'on a estimé à 39,9 milliards de dollars en 2002. « Le tabac comptait pour environ 17 milliards de dollars, soit près de 42,7 % du total, comparativement à environ 14,6 milliards (36,6 %) pour l'alcool et à approximativement 8,2 milliards pour les drogues illicites (20,7 %) » (p. 1).

Méfais sanitaires et sociaux causés par l'usage de drogues illicites

Beaucoup de méfaits sanitaires et sociaux sont associés aux drogues illicites. Cette section décrit certains des principaux méfaits⁴.

Maladies transmissibles par le sang : La consommation de certains psychotropes injectés ou inhalés a contribué de façon dramatique à la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) dans le monde. Dans les pays autres que ceux de l'Afrique subsaharienne, une des principales causes de l'épidémie de VIH est l'usage de drogues injectables (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008). Au Canada, l'usage de drogues injectables a causé environ 19 % des nouveaux cas d'infection par VIH en 2002 et 14 % en 2005 (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2007), mais le pourcentage variait selon l'endroit géographique et la population. En dépit du recul survenu entre 2002 et 2005, le pourcentage estimatif des nouveaux cas d'infection par VIH associés à l'usage de drogues injectables demeure inacceptable. Plus de 30 % des nouveaux cas de sida diagnostiqués en 2006 étaient attribuables à l'usage de drogues injectables (ASPC, 2007), ce qui reflète la contribution de l'usage de ces drogues à l'apparition de l'infection par VIH au cours des années précédentes.

L'usage de drogues injectables constitue le principal facteur de risque de transmission du VHC au Canada (ASPC, 2008). Le VHC semble transmis plus facilement que le VIH par contact de sang à sang : 63 % des cas d'infection par le VHC signalés au Canada entre 2004 et 2008 étaient associés à l'usage de drogues injectables (ASPC, 2008). La prévalence de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues injectables dans sept villes canadiennes entre 2003 et 2005 était approximativement entre 61 et 68 % (ASPC, 2006). L'incidence de l'infection par le VHC était plus élevée chez les personnes qui s'injectaient de la cocaïne ou du crack, celles qui s'injectaient en public (DeBeck) et celles qui s'injectaient des drogues plus d'une ou deux fois par semaine. En 2008, de 70 à 80 % des nouveaux cas d'infection par le VHC étaient attribuables à l'usage de drogues injectables. On a associé l'inhalation de crack à un risque accru d'infection par le VHC (ASPC, 2008)⁵.

Surdoses : Un plus grand risque de surdose est associé à l'usage d'opiacés. Les décès attribuables à une surdose ont contribué à faire grimper les taux de mortalité chez les usagers d'opiacés illégaux et en particulier d'héroïne injectable (Bargagli et coll., 2005; Darke, Ross et Hall, 1996; Hulse, English, Milne et Holman, 1999; Oppenheimer, Tobutt, Taylor et Andrew, 1994). 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 (Fischer, Rehm, Brissette et coll., 2005). Kerr, Wood et coll. (2004) ont constaté que l'usage de substances et les surdoses ont constitué pendant deux ans le troisième

⁴ Hunt et coll. (2003) ont décrit de nombreux méfaits physiques, psychosociaux et psychologiques, ainsi que sociétaux, associés à l'usage de drogues. Ils ne sont pas tous inclus ici.

⁵ Les problèmes respiratoires sont au nombre des autres problèmes courants associés à l'usage du « crack » (p. ex., Hunt et coll. 2003).

diagnostic le plus fréquent pour les usagers de drogues injectables dans le service d'urgence d'un hôpital de Vancouver. Certaines situations, comme la sortie de prison, lorsque la tolérance face à la drogue peut avoir diminué, exacerbent la vulnérabilité à la surdose.

Infections des tissus mous : Les infections des tissus mous comme les abcès et la cellulite vont souvent de pair avec l'usage de drogues injectables (Binswanger, Kral, Bluthenthal, Rybold et Edlin, 2000; Lloyd-Smith et coll., 2005). Selon une étude réalisée à Vancouver, les abcès, la cellulite et d'autres infections des tissus mous constituaient, à 18,3 %, la cause la plus fréquente de visites aux services d'urgence en deux ans (Kerr, Wood et coll., 2004). Dans le domaine des soins primaires, des personnes se présentent souvent à l'urgence avec des plaies à faire traiter.

Criminalisation : Les études montrent que les approches de l'usage de drogues axées sur l'application de la loi n'ont pas d'effet sur l'usage et entraînent une augmentation de la prévalence du VIH, en plus d'autres méfaits comme la stigmatisation et la discrimination (Friedman et coll., 2006; Wood, Spittal et coll., 2004). Par exemple, l'usage de drogues illicites peut faire l'objet d'attitudes négatives et de stéréotypes (Strike, Myers et Millson, 2004). Des préoccupations légales peuvent attiser les attitudes négatives à l'égard des usagers de drogues et empêcher les infirmières et les infirmiers de participer aux programmes de réduction des méfaits (Pauly, Goldstone, McCall, Gold et Payne, 2007). Ces 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 (Drucker, 1999; Friedman et coll., 2006). On a ainsi montré un lien entre l'incarcération et le risque accru de transmission du VIH (Small, Wood, Jurgens et Kerr, 2005; Werb et coll., 2008; Wood, Montaner et Kerr, 2005). L'expérience d'autres pays a montré que les lois antidrogue plus musclées n'ont pas résolu les problèmes associés aux drogues illicites, et les ont même exacerbés dans certains cas. La guerre internationale menée contre les drogues dans des pays comme la Colombie et le Mexique mine la stabilité politique et les relations économiques de ces pays (Streatfield, 2001).

Stigmatisation : L'usage et les usagers de drogues illicites sont souvent très stigmatisés. La stigmatisation constitue l'aboutissement de processus sociaux qui font que la personne est considérée comme différente ou autre à cause de caractéristiques négatives qui aboutissent à la dévalorisation sociale et à des identités gâchées (Goffman, 1963). La stigmatisation peut entraîner la discrimination active lorsque ses victimes internalisent les croyances négatives au sujet des personnes ou du groupe stigmatisés. Ils sont identifiés comme étrangers et isolés sur le plan social (Takahashi, 1997). La stigmatisation et la discrimination associées à l'usage de drogues peuvent restreindre l'accès aux soins de santé et avoir une incidence négative sur la santé et le bien-être des personnes concernées (Butters et

La stigmatisation et la discrimination associées à l'usage de drogues peuvent restreindre l'accès aux soins de santé et avoir une incidence négative sur la santé et le bien-être des personnes concernées.

Erickson, 2003; Crockett et Gifford, 2004; Gelberg, Browner, Lejano et Arangua, 2004; Napravnik, Royce, Walter et Lim, 2000; Stajduhar et coll., 2004). On a constaté que des infirmières et infirmiers autorisés et d'autres professionnels de la santé ont des attitudes négatives envers les usagers de drogues, en particulier de drogues illicites (Carroll, 1995; McLaughlin et Long, 1996; McLaughlin, McKenna, Leslie, Moore et Robinson, 2006). Il est 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; Escotoado, 1999).

Selon Boyd (1991), la criminalisation de certains psychotropes fait maintenant partie de notre « scénario culturel ». De plus, l'accent mis sur l'application de la loi peut contribuer à une mentalité de « guerre contre la drogue » résultant des approches prohibitionnistes face à l'usage de drogues et entraver la mise en œuvre de mesures basées sur des faits susceptibles de réduire les méfaits causés par l'usage de drogues (Elliott, Csete, Palepu et Kerr, 2005).

Violence : Il y a un lien entre la prohibition rigoureuse et active de l'usage de drogues illicites et la violence, et ce à plusieurs niveaux : dans la collectivité des usagers de drogues illicites, dans la communauté en général (p. ex., violence et guerre de gangs) ou à l'échelon national (comme en Colombie [Streatfield, 2001] ou au Mexique [Lacey, 2009]), voire même sur la scène internationale (Initiative de recherche en santé urbaine, 2010). Pour essayer de réduire la violence dont sont victimes des personnes mais aussi celle à grande échelle qui affecte les collectivités et la stabilité nationale, le Mexique a décriminalisé récemment la possession à des fins personnelles des substances illicites les tawa : auteur. Consulté le 30 octobre 20

Vulnérabilité aux méfaits causés par l'usage de drogues illicites

L'usage de substances s'inscrit dans un contexte social et la conjoncture sociale joue un rôle dans le début de l'usage de drogues, quand et comment cela devient un usage régulier, 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 vulnérabilité aux méfaits causés par l'usage de drogues. Les femmes et les jeunes sont très vulnérables, y compris en ce qui concerne l'infection par VIH et la violence. Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2008 (Santé Canada, 2008), les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient 10 fois plus susceptibles que les adultes de déclarer des méfaits liés à l'usage de drogues, un jeune sur

On est de plus en plus conscient du fait que certains environnements, et en particulier les quartiers désavantagés et pauvres, le manque de logement stable et l'incarcération, rendent plus vulnérable aux méfaits liés à la consommation de drogues illicites.

10 signalant des méfaits. Plusieurs études réalisées à Vancouver ont révélé que la prévalence de l'infection par VIH était plus élevée chez les travailleuses de la rue et chez les femmes en général que chez les hommes (McInnes et coll., 2009; Shannon et coll., 2008). L'incidence accrue d'infections par VIH chez les Autochtones, les hommes comme les femmes, est tout aussi préoccupante (Craib et coll., 2003; Wood, Montaner et coll., 2008). Les traumatismes et la violence sont souvent récurrents dans la vie des usagers de drogues (Liebschutz et coll., 2002) et l'on a signalé des taux accrus d'usage de drogues chez les femmes qui ont été victimes de violence familiale. Spittal et coll. (2006) ont constaté que le taux de mortalité chez les femmes qui font usage de drogues illicites et chez les itinérantes est jusqu'à 50 % supérieur à celui des femmes non itinérantes. Dans des conditions de logement dangereuses, les femmes sont souvent victimes de violence physique et sexuelle, de dépression et de toxicomanie, et beaucoup songent au suicide (McCracken et Watson, 2004; Pennbridge, Mackenzie et Swofford, 1991). Les personnes qui font un usage problématique de substances ou qui sont toxicomanes ont souvent été victimes de plus de traumatismes comme des violences physiques ou sexuelles dans leur l'enfance ou à l'âge adulte, elles ont été désavantagées sur le plan socioéconomique ou bien coupées de leur culture (Alexander, 2008; Liebschutz et coll., 2002; Mehrabadi et coll., 2008; Pearce et coll., 2008; Stein, Burden Leslie et Nyamathi, 2002).

Le statut de démunis sur le plan socioéconomique va souvent de pair avec l'usage accru de drogues. On a constaté que l'usage de substances est plus élevé dans les quartiers pauvres. Le lien entre l'usage de substances et la pauvreté ou l'itinérance est toutefois multidirectionnel plutôt que linéaire. Par exemple, même si l'usage de drogues peut précéder l'itinérance, des chercheurs ont découvert qu'il était aussi le résultat de l'itinérance, les gens cherchant dans les drogues un moyen de faire front à des conditions de vie difficiles et stressantes (Johnson et Fendrich, 2007). L'usage de drogues peut être compris 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 certaines conditions, comme les quartiers désavantagés et pauvres, le fait de ne pas avoir de logement stable et l'incarcération, rendent plus vulnérable aux méfaits liés à la consommation de drogues illicites (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 usagers de drogues illicites. Par exemple, Shannon, Ishida, Lai et Tyndall et coll. (2006) ont étudié l'effet que cela a sur la santé d'usagers de drogues de vivre dans une chambre pour une personne dans un hôtel non réglementé à Vancouver et ont constaté que les participants à l'étude qui vivaient dans ces conditions présentaient des taux plus élevés d'infection par VIH et allaient plus souvent aux urgences et ils étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violence et d'avoir fait usage de drogues multiples que les participants qui vivaient dans d'autres types de logement. Strathdee et coll. (1997) ont constaté que l'absence de sécurité de logement, le manque d'éducation et le travail du sexe étaient des prédicteurs d'infection par le VIH. Manzoni, Brochu, Fischer et Rehm (2006) ont constaté que l'instabilité du logement était un prédicteur

d'infractions contre les biens par les usagers de crack. L'incarcération est considérée comme un facteur de risque d'infection par le VIH à cause du taux élevé de partage de seringues et du manque de programmes de distribution et de récupération d'aiguilles et de programmes de tatouage plus sécuritaire dans les établissements administrés par le Service correctionnel du Canada (Centre national de collaboration des maladies infectieuses, 2008; Small, Wood, Jurgens et Kerr, 2005; Wood, Montaner et Kerr, 2005). En l'absence de programmes de réduction des méfaits dans les prisons, on constate de plus en plus des taux élevés de partage d'aiguilles et de port irrégulier de préservatifs chez les détenus (Milloy et coll., 2008; Werb et coll., 2008). Selon tous ces auteurs, il faut s'attaquer aux facteurs sociopolitiques et économiques qui rendent plus vulnérable à l'infection par VIH en se concentrant moins sur la politique antidrogue, pour travailler aussi sur les politiques de logement et autres politiques sociales.

Les études décrites ci-dessus suggèrent que l'instabilité du logement, l'usage de drogues et un mauvais état de santé entraînent une vulnérabilité au VIH/sida, et que les déterminants sociaux de la santé ont une incidence sur les méfaits produits par l'usage de drogues (Galea, Rudenstine et Vlahov, 2005; Hathaway, 2001). Les conditions sociales à l'origine de la vulnérabilité à l'infection par VIH contribuent aussi à accroître la vulnérabilité à d'autres méfaits associés aux drogues illicites. C'est pourquoi les mesures visant à réduire les méfaits causés par l'usage de drogues illicites ne doivent pas être limitées à des stratégies pour réduire la transmission du VIH ou du VHC : elles doivent inclure des modifications des politiques de logement et autres politiques sociales pour réduire la vulnérabilité.

Les mesures visant à réduire les méfaits causés par l'usage de drogues illicites ne doivent pas se limiter à des stratégies pour réduire la transmission du VIH ou du VHC : elles doivent inclure des modifications des politiques de logement et autres politiques sociales pour réduire la vulnérabilité.

II. Survol de la réduction des méfaits

Réduction des méfaits : définitions

La réduction des méfaits constitue une approche pratique de la santé publique qui vise à réduire les conséquences négatives de comportements risqués. Même si le présent document porte avant tout sur les drogues illicites, il faut mentionner que les infirmières et d'autres intervenants s'inspirent aussi de tout un éventail de stratégies de réduction des méfaits afin de réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues légales, à la conduite automobile, à l'usage de la bicyclette et aux pratiques sexuelles, en encourageant l'application de directives sur la consommation sécuritaire d'alcool, le port de la ceinture de sécurité, du casque et du préservatif, respectivement. Beaucoup de ces mesures de réduction des méfaits ont été intégrées dans les activités éducatives visant la promotion de la santé et d'autres, comme le port de la ceinture de sécurité, sont imposées par la loi. Ces stratégies de réduction des méfaits (p. ex., se protéger lors des rapports sexuels, s'abstenir de conduire après avoir bu) ont des retombées bénéfiques aux niveaux personnel, familial et communautaire.

« Par 'réduction des méfaits' on entend les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues psychotropes licites et illicites, pour la santé, la société et l'économie, sans nécessairement diminuer la consommation. La réduction des méfaits a des avantages pour les usagers de drogues, leur famille et la communauté. »

Le mouvement de la réduction des méfaits a pris de l'ampleur au cours des années 1980 lorsque l'usage de drogues injectables est devenu un vecteur clé de transmission du VIH (Ball, 2007; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Janzen, 2001). Le mouvement actuel de réduction des méfaits émane des Pays-Bas et du Royaume-Uni qui le préconisent comme une approche plus humanitaire que l'application de la loi pour réduire les méfaits associés à la consommation de drogues (Marlatt, 1996). Les premiers travaux réalisés dans le domaine de la réduction des méfaits insistaient sur le besoin d'une façon pragmatique d'aborder les toxicomanies et l'usage de drogues qui réduirait les méfaits sans compter sur l'abstinence ou la réduction de la consommation (Lenton et Single, 1998; Riley et O'Hare, 2000).

S'appuyant sur ces premiers travaux, l'International Harm Reduction Association [IHRA]⁶ (2010, p. 1) définit la « réduction des méfaits » comme « les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues psychotropes licites et

⁶ L'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 l'usage de drogues. Depuis 1990, l'association organise dans divers endroits du monde une conférence internationale annuelle sur la réduction des méfaits. Cette conférence a constitué une importante tribune où l'on peut débattre des enjeux reliés à la politique, à la pratique et à la recherche sur les méfaits.

illicites, pour la santé, la société et l'économie, sans nécessairement diminuer la consommation. La réduction des méfaits a des avantages pour les usagers de drogues, leur famille et la communauté. »

Cette définition englobe la réduction des méfaits causés par tous les psychotropes (licite et illicites), y compris le tabac, l'alcool, les médicaments sur ordonnance et les drogues contrôlées. L'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, l'Office des Nations Unies contre les drogues 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 (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 stratégie.

La réduction des méfaits met l'accent sur une position moralement neutre en ce qui concerne l'usage de drogues, sans que les usagers soient jugés (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT], 1996; Keane, 2003; Marlatt, 1996; Marlatt et Witkiewitz, 2010). La réduction des méfaits met l'accent sur l'importance de traiter tout le monde avec respect, dignité et compassion, que la personne fasse ou non usage de drogues. Ceci est particulièrement pertinent étant donné la stigmatisation associée aux drogues illicites et les jugements sociétaux dont sont souvent l'objet les usagers de drogues illicites.

Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec celles qui guident la pratique professionnelle des soins infirmiers respectueuse de l'éthique telles que décrites dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008; Lightfoot et coll., 2009; Pauly, Goldstone, McCall, Gold et Payne, 2007). Elles concordent en particulier avec les valeurs infirmières concernant la prestation de soins sécuritaires, respectueux de 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 décision éclairée, la préservation de la dignité dans le contexte de laquelle les soins sont fournis en fonction du besoin et la promotion de la justice sont compatibles avec les valeurs de la réduction des méfaits décrites plus haut dans ce document.

La réduction des méfaits vise avant tout à promouvoir la sécurité et à prévenir la mort et l'incapacité sans passer par l'arrêt de la consommation. L'accent est mis sur une consommation moins dangereuse et sur la santé et la sécurité de tous les membres de la communauté.

La réduction des méfaits vise avant tout à promouvoir la sécurité et à prévenir la mort et l'incapacité sans passer par l'arrêt de la consommation. L'accent est mis sur une consommation moins dangereuse et sur la santé et la sécurité de tous les membres de la communauté. Par exemple, en encourageant les gens à ne pas boire d'alcool avant de conduire, on préconise une consommation présentant moins de risques tant au niveau individuel que pour la collectivité. La réduction des méfaits complète les stratégies de prévention et de traitement et est l'un des quatre grands piliers de toute approche intégrée en matière d'usage de drogues (MacPherson, 2001).

Réduction des méfaits : Principes clés

Les principes de base de la réduction des méfaits que l'on cite le plus souvent comprennent le pragmatisme, les valeurs humanistes, la réduction des risques et des méfaits liés à l'usage de drogues, les preuves relatives aux coûts et aux avantages, l'importance accordée aux droits de la personne, le caractère immédiat des buts, la reconnaissance du changement graduel, la remise en question des politiques et des pratiques qui maximisent les méfaits, la transparence et la participation réelle des usagers de drogues à l'élaboration de politiques et de programmes (CCLAT, 1996; Hunt et coll., 2003; IHRA, 2010; Riley et O'Hare, 2000; Thomas, 2005). La réduction des méfaits constitue une façon pragmatique d'aborder l'usage de drogues, l'usage étant considéré comme une caractéristique durable de l'existence humaine (CCLAT, 1996; IHRA, 2010; Marlatt et Witkiewitz, 2010; Riley et O'Hare, 2000). La consommation de drogue existe dans un continuum qui va de l'abstinence jusqu'à la consommation problématique en passant par l'usage non problématique (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique [C.-B.], 2004). La réduction des méfaits vise avant tout à prévenir les méfaits associés à la consommation plutôt qu'à la faire cesser (Marlatt, 1996).

Un des principes clés de la réduction des méfaits est que les politiques et les programmes devraient s'appuyer sur les meilleures données probantes disponibles et viser à être rentables. On décrit souvent le caractère immédiat des buts, autre principe clé, comme le fait de rencontrer les gens là où ils se trouvent dans leur situation sans s'attendre à une diminution de la consommation mais en cherchant plutôt à concentrer les efforts sur leurs besoins et leurs priorités immédiates. Des changements progressifs ou modestes sont reconnus et souvent considérés comme plus réalistes que les gains importants (IHRA, 2010). Le mouvement de la réduction des méfaits englobe de plus en plus les droits de la personne et les droits des usagers de drogues à avoir accès aux meilleurs soins de santé et services sociaux possibles et à ne pas faire l'objet de discriminations. La participation réelle des usagers de drogue à l'élaboration de politiques et de programmes connexes, ainsi qu'aux décisions qui les touchent, constitue un dernier principe clé de la réduction des méfaits (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005).

Le mouvement de la réduction des méfaits englobe de plus en plus les droits de la personne et les droits des usagers de drogues à avoir accès aux meilleurs soins de santé et services sociaux possibles et à ne pas faire l'objet de discriminations.

En résumé, la réduction des méfaits :

- vise avant tout à réduire les méfaits associés à un vaste éventail de substances;
- n'oblige pas à faire preuve d'abstinence ou à cesser de consommer;
- complète les stratégies de prévention et de traitement;

-
- permet aux usagers de drogues de prendre des décisions éclairées;
 - met l'accent sur les valeurs humanistes, y compris la dignité, la compassion et l'acceptation des usagers de drogues sans poser de jugement critique;
 - est rentable et repose sur des données probantes;
 - inclut la participation des usagers de drogues à l'élaboration de politiques et de programmes;
 - remet en question les politiques et les programmes qui maximisent les méfaits.

La réduction des méfaits comme approche face à la consommation de drogues illicites et à la toxicomanie

La réduction des méfaits s'inscrit dans un cadre public de promotion de la santé et de prévention des maladies pour prévenir, réduire et atténuer les méfaits produits par l'usage de drogues pour les personnes et les communautés (Loxley et coll., 2004). Il n'y a pas de modèle unique de programme de réduction des méfaits : les programmes varient plutôt en fonction des besoins individuels et collectifs (Marlatt et Witkiewitz, 2010). Par exemple, les stratégies de réduction des méfaits chez les jeunes peuvent inclure des mesures visant à prévenir ou retarder la consommation de drogues et peuvent promouvoir la connaissance de pratiques plus sûres ceux qui ont déjà commencé à consommer ou qui envisagent de le faire (Marlatt et Witkiewitz, 2010).

La réduction des méfaits constitue une façon d'aborder les soins aux usagers de drogues (Marlatt, 1996; Marlatt et Witkiewitz, 2010). Brickman et coll. (1982) ont décrit quatre modèles pour aider les personnes aux prises avec une dépendance : moral, médical (ou basé sur la maladie), axé sur l'éclairage et axé sur la compensation. Selon Marlatt et Witkiewitz (2010), ce cadre de modèles permet de comprendre le rôle de la réduction des méfaits dans le travail effectué auprès des toxicomanes. D'après Brickman et ses collaborateurs, dans le *modèle moral*, les gens sont à l'origine de leurs problèmes et c'est à eux qu'il incombe de les résoudre. L'usage problématique continu de drogue est considéré comme un échec personnel et il faut blâmer la personne en cause 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 s'y attaquer. Dans le *modèle médical*, la toxicomanie est considérée comme une maladie : les personnes en cause sont victimes de cette maladie et ont besoin de traitement (Brickman et coll., 1982). 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'éclairage*, parfois mieux connu sous le nom de modèle spirituel ou programme en 12 étapes, les personnes sont responsables de leurs problèmes, mais non des solutions et doivent s'en remettre à une puissance supérieure pour surmonter leurs problèmes. Dans le *modèle axé sur la compensation*, s'il ne faut pas blâmer les personnes pour leur problèmes, c'est cependant à elles qu'il incombe de trouver les solutions. Marlatt et Witkiewitz (2010) sont d'avis que la réduction des méfaits concorde avec le modèle compensatoire.

La réduction des méfaits pourrait avoir une lacune, soit que les solutions sont considérées comme une responsabilité individuelle et non collective : cette position ne reconnaît pas les circonstances qui échappent au contrôle de la personne, qui conditionnent l'usage de drogues et les efforts visant à réduire les méfaits qui en découlent (Pauly, 2008a).

Les soins infirmiers, l'usage de drogues illicites et la réduction des méfaits

Comme on l'a dit au début du présent document, quel que soit leur milieu de travail, les infirmières et les infirmiers feront probablement face à des situations où l'usage de drogues peut avoir un effet sur la santé et la sécurité des personnes et des membres de la famille qui reçoivent des soins. Une des valeurs clés de la pratique professionnelle des soins infirmiers respectueuse de l'éthique consiste à promouvoir la santé et le bien-être des bénéficiaires des soins infirmiers, indépendamment de leur âge, leur sexe, leur origine ethnique et leurs autres caractéristiques sociodémographiques (AIIC, 2008). Nous présentons ci-dessous des scénarios que les infirmières pourraient rencontrer et les avantages que pourrait présenter une stratégie de réduction des méfaits pour promouvoir la santé et réduire les méfaits pour des personnes, des familles et des communautés.

Scénario 1 : Sue, 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 résultant de l'usage de drogues, y compris des abcès causés par les injections. Beaucoup de ses collègues ont manifesté leur frustration d'avoir à soigner ces personnes seulement pour les voir revenir avec le même problème. Le service d'urgence n'a pas de politique explicite sur la réduction des méfaits. Sue sait toutefois qu'il serait possible de réduire le nombre de complications reliées à l'injection par l'éducation sur l'injection plus sécuritaire. Nick arrive aux urgences 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. Sue 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, il commence à recevoir des antibiotiques et Sue 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 : Mike est infirmier en santé publique dans un centre urbain de taille moyenne. Travaillant dans les écoles secondaires locales, il sait qu'il se peut que beaucoup des jeunes de la communauté utilisent des drogues de club comme l'ecstasy. Le fait que, dans les écoles, l'éducation sur l'usage des drogues est surtout assurée par des policiers qui mettent l'accent sur l'application de la loi et l'abstinence le préoccupe aussi.

Scénario 3 : Kim travaille à un centre de soins de santé primaires où beaucoup des gens qui viennent se faire soigner ont une dépendance à des médicaments sur ordonnance comme la morphine, la codéine et les benzodiazépines. Elle sait qu'au début, beaucoup de ces médicaments ont été prescrits à ces personnes qui ont souvent des antécédents de violence et de douleur chronique. Beaucoup d'entre

elles n'ont toutefois plus accès à ces médicaments par l'intermédiaire de leur médecin et c'est pourquoi elles les achètent dans la rue.

Scénario 4 : Des infirmières en santé publique savent que l'usage du crack pose un problème de plus en plus grave. Elles savent que les coupures et les brûlures aux lèvres et le partage de pipes peuvent favoriser la transmission du VIH et du VHC. On leur demande constamment des pipes à crack. Les directives provinciales appuient la distribution de pipes à crack et c'est pourquoi les infirmières commencent à distribuer des trousse de consommation plus sécuritaire de crack. Les dirigeants municipaux mettent cependant fin au programme quand ils découvrent son existence.

Scénario 5 : Brenda travaille dans un centre de détention. Beaucoup de détenus ont une longue histoire d'usage de drogues et de toxicomanie. Même si l'usage de drogues n'est pas permis et si beaucoup de détenus vivent le sevrage une fois incarcérés, il y a toujours usage de drogues dans le centre. Brenda sait que l'accès aux aiguilles propres est extrêmement limité. Elle est consciente du risque accru d'infection par VIH associé à l'utilisation de drogues injectables et le partage répété de seringues entre des détenus la préoccupe.

Scénario 6 : Une jeune femme appelée Sheryl est hospitalisée avec une endocardite. Très pâle, elle a le souffle court et sa fréquence cardiaque est rapide. Elle craint que son partenaire la cherche et qu'il soit mécontent parce qu'elle ne pourra travailler pendant son hospitalisation. Elle craint qu'il devienne violent physiquement et déclare qu'il l'a déjà poussée dans un escalier. Elle dit aux médecins de l'urgence qu'elle ne pense pas pouvoir rester. Lorsque Sheryl arrive au service, une des infirmières entend les remarques suivantes d'une collègue qui affirme en hochant la tête : « Une autre droguée. Pourquoi se causent-ils ces problèmes? ». L'infirmière chargée de s'occuper de Sheryl lui montre du doigt où est sa chambre et lui dit « Je suis occupée et je reviendrai plus tard ». Sheryl réagit en déclarant « C'est nul ici. Je fous le camp. »

Dans de nombreuses situations, des infirmières autorisées ont adopté la réduction des méfaits là où celle-ci peut promouvoir la santé, atténuer les méfaits et améliorer l'accès aux soins de santé. Cette réponse concorde avec les valeurs enchâssées dans le Code de déontologie de l'AIC, y compris la recherche de l'équité en matière de santé, les droits de la personne et la justice sociale.

Ces six scénarios sont des exemples qui décrivent certaines des situations où les infirmières ont la possibilité de réduire les méfaits et les conséquences négatives de l'usage de drogues et de promouvoir la santé et le bien-être des gens qu'elles soignent. Les infirmières et infirmiers autorisés ont reconnu la nécessité d'aborder avec compassion les soins aux usagers de drogues et de prévenir les conséquences indésirables de leurs pratiques. Dans de nombreuses situations, ils ont adopté la réduction des méfaits là où celle-ci peut promouvoir la santé, atténuer les méfaits et améliorer

l'accès aux soins de santé. Cette réponse concorde avec les valeurs enchâssées dans le Code de déontologie de l'AIIC, y compris la recherche de l'équité en matière de santé, les droits de la personne et la justice sociale (AIIC, 2008).

Les infirmières peuvent influencer sur l'élaboration des politiques organisationnelles (Fisk, 1998) et gouvernementales en ce qui a trait à la réduction des méfaits associés aux drogues illicites. Par exemple, certains ont aidé à lancer et à améliorer des programmes de distribution et de récupération d'aiguilles et des centres d'injection sous surveillance (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 services a entraîné une augmentation du nombre des infirmières et infirmiers autorisés qui œuvrent dans les services de réduction des méfaits et suivent une stratégie de réduction des méfaits dans d'autres milieux. Certains d'entre eux qui travaillent dans le domaine ont fait des efforts considérables pour documenter et rendre visible leur travail de réduction des méfaits. Ainsi, de plus en plus de communications descriptives 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), l'approche dans la rue en contextes tant urbains que ruraux (Brown, 1998; Ruiterman et Biette, 1973; Self et Peters, 2005) et de soins à domicile (Brennan et Giles, 1996; Giles et Brennan, 2001), les essais portant sur la prescription d'héroïne (Plaza, Oviedo Joekes et mars 2007; van Beek, Kimber, Dakin et Gilmour, 2004), 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).

Les recherches sur les soins infirmiers et la réduction des méfaits sont limitées : quelques études seulement ont été publiées sur les soins infirmiers d'approche (p. ex., Hilton, Thompson et Moore-Dempsey, 2009; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Hutchinson, 2001), la pratique des soins infirmiers en ce qui a trait à l'entretien à la méthadone (p. ex., Wilson, MacIntosh et Getty, 2007), l'éducation sur l'injection sous surveillance (p. ex., Wood, Wood et coll., 2008), les centres de soins de santé primaires et les centres d'injection sous surveillance (p. ex., Lightfoot et coll., 2009; Pauly, 2008b). Par exemple, Wood, Wood et coll. (2008) ont décrit le rôle important que jouent les infirmières et infirmiers dans l'éducation sur l'injection sous surveillance pour les personnes davantage à risque en ce qui concerne les méfaits associés à l'usage de drogues injectables. Dans les publications sur la pratique des soins infirmiers, on insiste beaucoup sur le rôle important que les infirmières et infirmiers jouent dans la prestation des services de réduction des méfaits en établissant des rapports attentionnés et de confiance avec les gens qui viennent se faire soigner. Une étude de la pratique des soins infirmiers respectueuse de l'éthique dans les cliniques de santé situées au cœur de villes de l'Ouest canadien a révélé que lorsque les infirmières et les infirmiers adoptaient une stratégie de réduction des méfaits dans leur pratique, on constatait une amélioration de l'accès aux soins de santé parce que leurs valeurs morales changeaient : par exemple, ils stigmatisaient moins l'usage

et les usagers de drogues et ils avaient davantage tendance à respecter tout le monde, les usagers de drogues illicites comme les autres (Pauly, 2008b).

La pratique des soins infirmiers dans la réduction des méfaits constitue un important sujet de discussion aux assemblées annuelles de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie. Au cours des dernières années, des efforts concertés ont été faits pour donner plus de visibilité aux soins infirmiers dans le mouvement de la réduction des méfaits et à leur contribution grâce à la participation active d'infirmières et infirmiers à des conférences de l'IHRA. On a organisé des réunions satellites en soins infirmiers lors des conférences de l'IHRA en 2006 (Vancouver), 2007 (Varsovie), 2008 (Barcelone) et 2009 (Bangkok) et on a ajouté à la conférence principale des séances simultanées pour la profession infirmière. Une séance plénière a été consacrée aux soins infirmiers à la conférence de 2008 à Barcelone. L'*International Journal of Drug Policy*, journal officiel de l'IHRA, a publié son premier numéro spécial sur la réduction des méfaits dans la pratique infirmière en juin 2008 (Pauly et Goldstone, 2008).

III. Enjeux des politiques sur les drogues : propos divergents et réalités de l'heure

On a dégagé deux propos dominants et divergents qui orientent les politiques courantes sur les drogues : la coalition pro-santé et la coalition anti-criminalité⁷ (Stevens, 2007). Dans son article, Stevens compare la coalition pro-santé, qui préconise des politiques de santé publique visant à limiter la propagation du VIH/sida causée par l'usage de drogues injectables, à la coalition anti-criminalité, qui vise avant tout à contrôler l'usage de drogues et à en criminaliser les usagers par l'application de la loi ou des sanctions. L'approche de la coalition pro-santé, selon Stevens, s'inspire d'un volume important de données probantes selon lesquelles l'usage de drogues a des répercussions sur la santé et le recours à des stratégies de réduction des méfaits réussit à en atténuer les conséquences néfastes pour la santé. Carstairs (2006) et Giffen, et Endigott et Lambert (1991) montrent comment, avec la création de la Gendarmerie royale du Canada en 1920, l'État a affecté des ressources à l'application de la loi plutôt qu'aux soins de santé et au traitement. Depuis 100 ans, l'application de la loi et les programmes de prévention et de traitement des toxicomanies ont pour objectif l'abstinence.

En dépit de preuves croissantes de l'efficacité des approches basées sur la santé publique, telle la réduction des méfaits, les politiques sur les drogues continuent de reposer sur une attitude prohibitionniste et morale.

Hathaway (2001, 2002) signale qu'en dépit de preuves croissantes de l'efficacité des approches basées sur la santé publique, telle la réduction des méfaits, les politiques sur les drogues continuent de reposer sur une attitude prohibitionniste et morale. La tension entre ces deux démarches est illustrée par la réaction que le Canada a toujours eue face à l'usage de drogues illicites, définie par « la panique et l'indifférence » (Giffen et coll., 1991), certaines sortes de données probantes étant utilisées pour provoquer une panique morale (p. ex., Erickson, 1998). L'usage sélectif des données dans le but d'exagérer ou de simplifier les liens qui existent entre les drogues et la criminalité (Stevens, 2007) et de minimiser celui qui existe entre la criminalité, les drogues et la misère socioéconomique (Seddon, 2006) permet de justifier l'importance accordée à l'application de la loi. 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 usagers de drogues illicites à un accès aux services de santé et aux services sociaux, ainsi que sur les droits fondamentaux enchâssés dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, comme le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

⁷ La coalition anti-criminalité met l'accent sur l'application de la loi comme principale réponse des politiques publiques face à l'usage de drogues.

Les politiques sur les drogues ont des répercussions sur la prestation des soins infirmiers pour les usagers de drogues. Un bref survol du contexte des politiques sur les drogues aux échelons international, national, provincial et municipal suit. Ce survol vise à faire mieux comprendre aux décideurs et aux stratèges du secteur des soins infirmiers les facteurs qui influent sur le travail des infirmières et infirmiers autorisés, ce qui pourra avoir une influence sur les possibilités de lancer des stratégies de réduction des méfaits et de les intégrer dans les soins infirmiers dans toutes sortes de contextes.

Politiques des autres pays en matière de drogues

La découverte et la propagation, après le XV^e, siècle des ressources psychotropes du monde – alcool distillé, thé, café, cacao, cocaïne, cannabis, opium et tabac – ont été qualifiées de « révolution des psychotropes » (Davenport-Hines, 2001; Dikötter, Laamann et Zhou, 2004). La violence associée à des drogues actuellement interdites était associée 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 drogues synthétiques modernes. Selon Alexander (1990), il n'y aurait jamais eu d'épidémie d'usage d'opiacés ou d'alcool. Aux États-Unis, il n'y a probablement jamais eu plus de 1 % de la population qui avait une dépendance aux opiacés. Néanmoins, le mouvement de la tempérance est apparu aux XVIII^e et XIX^e siècles en réponse à l'effet de l'alcool sur les personnes et la société. Des historiens sociaux ont soutenu que les mouvements anti-opium et anti-alcool de la fin du XIX^e et du 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 drogues ont été interdites non pas à cause de leurs caractéristiques pharmaceutiques, mais plutôt pour contrôler l'érosion morale que l'on croyait associée à l'usage des drogues dans les groupes marginalisés.

L'interdiction des drogues actuellement illicites a commencé avec la signature des premiers traités internationaux en 1919 et a connu des périodes d'escalade, comme pendant les années Reagan dans les années 1970, lorsque la « guerre antidrogue » en cours a été déclarée (Boyd, 1991; Gray, 1998). Les traités subséquents comprennent 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, l'Organe international de contrôle des stupéfiants et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime jouent un rôle dans l'application et la surveillance de ces conventions. Le régime actuel de contrôle des drogues soulève de nombreuses critiques, dont la moindre n'est pas l'accusation que les politiques en vigueur de lutte contre les drogues créent un énorme marché des drogues illicites

non réglementées qui est en pleine expansion. Dans un rapport des Nations Unies, les auteurs ont estimé la valeur de ce marché à 320 milliards de dollars (US \$) par année (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2005). L'International Drug Policy Consortium (2007) mentionne les préoccupations suivantes :

- Le ton des conventions est problématique. Elles qualifient les usagers de drogues de « mauvais », de « diables » et d'« animaux », ce qui justifie l'opinion selon laquelle « plus la sanction est lourde, plus l'élément de dissuasion est important ». Plus de 30 pays signataires maintiennent la peine de mort pour l'usage de drogues.
- L'accent mis sur la criminalité et sur le contrôle favorise une optique axée sur l'application de la loi, en partie parce que les membres de la Commission des stupéfiants proviennent surtout des milieux des affaires étrangères et d'organismes chargés de l'application de la loi.
- On n'a pas envisagé d'autres politiques pour freiner la transmission du VIH lors de l'injection de drogues.
- La réponse aux crimes reliés aux drogues et à l'escalade de la violence est problématique.
- On n'a pas reconstruit les sociétés qui ont été détruites (p. ex., la Colombie et la coca, l'Afghanistan et l'opium).
- On n'a pas donné accès à des analgésiques essentiels à cause de mesures excessivement rigoureuses de contrôle des substances réglementées.
- On n'a pas protégé les droits de la personne, et des programmes d'éradication des récoltes ont entraîné des violations des pratiques culturelles et la destruction de l'environnement.
- La société civile a très peu participé à l'élaboration des politiques en vigueur.

En 1998, lors de sa 20^e Session extraordinaire, l'Assemblée générale des Nations Unies s'est fixé pour objectif « une réduction substantielle de la demande et de l'offre de drogues 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 avec des organisations de la société civile dans 13 villes, y compris Vancouver, au Canada 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, 2008; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDD], 2009). Ces évaluations portent notamment sur les tensions associées au recours continu à l'application de la loi et à la réduction de l'approvisionnement, aux épidémies d'infection par le VIH et le VHC chez les usagers de drogues injectables, au coût d'incarcération des usagers non violents de drogues illicites et à la violation des

droits de la personne. La perte de recettes fiscales possibles constitue un autre résultat de l'approche actuelle du contrôle des drogues qui pousse à remettre en question le statu quo (Nasaw, 2009).

L'ONU DC a indiqué récemment que la santé publique devrait constituer le premier principe de la lutte contre les drogues (2008). Même si l'on a affirmé que des initiatives de réduction des méfaits comme Insite (centre d'injection sous surveillance de Vancouver) contreviennent à des traités internationaux sur les drogues, une analyse judiciaire (Malkin, Elliott et McRae, 2003) et le rapport de 2008 de l'ONU DC indiquent que ces interprétations n'ont jamais été dans l'esprit des conventions sur les drogues. En 2001, le Portugal a décriminalisé (et non légalisé) la possession de toute drogue pour usage personnel et l'usage 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 d'usage les plus faibles de l'Union européenne), mais qu'il n'y avait pas eu de tourisme des drogues, que le nombre d'infections transmises sexuellement et de décès causés par l'usage de drogues avait diminué et que l'accès aux programmes de traitement des toxicomanies avait augmenté. L'appui populaire et politique en faveur de la décriminalisation demeure important au Portugal, même s'il est reconnu qu'il faudra rendre efficaces les programmes de décriminalisation.

La politique du Canada en matière de drogue

Au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, entrée en vigueur en 1996, établit le cadre pour « le contrôle, l'importation, la production, l'exportation, la distribution et la possession de substances psychotropes au Canada » (Collin, 2006b, p. 3). La première loi à criminaliser la drogue 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)⁸. Rétrospectivement, la *Loi de l'opium* peut être considérée comme dictée par les tensions sociales (comme le racisme) de l'époque (Boyd, 1991; Carstairs, 2006). Plusieurs mesures législatives visant à contrôler et réglementer les psychotropes ont été adoptées par la

Il y a eu très peu d'évaluations de l'efficacité et de l'application de la loi comme moyen de contrôler l'usage de drogues illicites, et les données indiquent que l'application de la loi ne réussit pas à réduire cet usage et peut contribuer aux méfaits, notamment en faisant grimper les taux d'infection par le VIH chez les usagers de drogues illicites, en particulier dans des milieux clos comme les prisons.

⁸ La majeure partie de l'information présentée dans cette section provient de deux documents détaillés sur les politiques antidrogue produits par Collin (2006a, 2006b).

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 *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Les efforts déployés depuis 40 ans pour modifier la politique antidrogue et contrôler la production, la distribution et l'usage de drogues illicites ont connu peu de succès. Par exemple, la Commission d'enquête Le Dain sur l'usage des drogues à des fins non médicales (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 semblables à celles qui régissent l'usage de l'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 du rapport, de nombreux projets de loi ont été présentés en vain. Selon Collin, 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 mesure législative visant à décriminaliser la marijuana mais plutôt à alourdir les pénalités en imposant, par exemple, une peine obligatoire minimale en augmentant les amendes imposées aux producteurs et trafiquants de marijuana (Collin, 2006b). Il s'agit là d'un exemple d'attitude « dure envers les drogues » ou de l'approche de la « guerre contre les drogues » qui met l'accent sur l'application de la loi comme principal moyen de réduire les méfaits causés par les drogues illicites.

Stratégie nationale antidrogue du Canada

La première stratégie nationale antidrogue lancée en 1987 et appelée Stratégie canadienne antidrogue décrivait un cadre stratégique général pour la prévention, le traitement et la réduction des méfaits causés par l'usage de substances (licites et illicites) (Collin, 2006a). En 1998, les six éléments d'origine de la Stratégie antidrogue du Canada 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 l'usage des substances se sont dits préoccupés

La nouvelle stratégie de lutte contre l'usage de substances illicites au Canada reflète l'abandon d'une approche de santé publique en faveur d'une approche axée sur la prévention de la criminalité. Étant donné le virage international vers les approches de santé publique et de réduction des méfaits, la politique nationale du Canada est régressive.

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).

En 1988, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a été créé en vertu d'une loi du Parlement comme organisme responsable de la recherche et de la création de politiques sur l'usage des substances (Collin, 2006b). Financé par le gouvernement fédéral, même s'il doit en être indépendant, le centre a piloté de nombreuses stratégies nationales comme une initiative visant à évaluer les coûts et l'usage des substances (Rehm et coll., 2006). Il a aidé à faciliter l'établissement d'un cadre conceptuel pancanadien pour réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues, dont une Stratégie nationale de traitement et une Stratégie nationale sur l'alcool (CCLAT, 2005). Eric Single, directeur fondateur de la politique et de la recherche au centre, a été un des premiers à contribuer aux discussions sur les définitions de la réduction des méfaits (Lenton et Single, 1998). Le CCLAT a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration des principes de la réduction des méfaits qui servent à l'échelon international (CCLAT, 1996). La réduction des méfaits a constitué un principe fondamental du présent cadre. Le centre a publié récemment un document dans lequel la réduction des méfaits est décrite comme une question litigieuse, mais où sont réaffirmés les principes énoncés en 1996. On y passe également en revue les données probantes sur la réduction des méfaits (Beirness, Jesseman, Notarandrea et Perron, 2008). On y parle surtout de la réduction des méfaits physiques directs causés aux personnes, et il y est rarement question des déterminants sociaux et des autres facteurs qui accroissent la vulnérabilité aux préjudices associés à l'usage de drogues.

Plusieurs comités gouvernementaux importants de même que la vérificatrice générale 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 % de l'argent affecté à la Stratégie canadienne antidrogue en 2004-2005 pour lutter contre les méfaits des drogues illicites ont été consacrés à l'application de la loi. DeBeck et ses collaborateurs ont fait remarquer qu'il y a eu très peu d'évaluation de l'efficacité de l'application de la loi comme moyen de contrôler l'usage de drogues illicites, et les données indiquent que l'application de la loi ne réussit pas à réduire l'usage de drogues et peut contribuer aux méfaits, notamment en faisant grimper les taux d'infection par le VIH chez les usagers de drogues illicites, 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 l'usage de substances illicites, le traitement des personnes qui ont une dépendance à une drogue illicite et la lutte contre la production et la distribution de drogues illicites. 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 constitue maintenant un effort concerté entre le ministère de la Justice, Sécurité publique Canada et 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. La nouvelle stratégie de lutte contre l'usage de substances illicites au Canada reflète l'abandon d'une approche de santé publique en faveur d'une approche axée sur la prévention de la criminalité. Étant donné le virage international vers les approches de santé publique et de réduction des méfaits, la politique nationale du Canada est régressive.

Politiques antidrogue provinciales et municipales

En 2007, la plupart des provinces et des territoires ont approuvé officiellement, 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 des ministères de la Santé du Canada), 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 au chef de l'Agence de la santé publique du Canada.

Plusieurs provinces canadiennes ont adopté activement des politiques de réduction des méfaits. Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 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 associés aux toxicomanies (Ministère de la Santé de la C.-B., 2006; Ministère des Services de santé de la C.-B., 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 réduire les conséquences néfastes les plus immédiates de l'usage de drogues au moyen de programmes pragmatiques, réalistes et faciles d'accès. Les programmes [de distribution et de récupération] d'aiguilles, le traitement d'entretien à la méthadone, les programmes d'approche et d'éducation des populations à haut risque, la collaboration sur le plan de l'application de la loi, la prescription par les médecins d'héroïne et d'autres drogues et les centres de consommation sous surveillance sont des exemples de stratégies de réduction des méfaits parmi les plus connues » (Ministère de la Santé de la C.-B., 2006, p. 4).

En collaboration avec le ministère de la Santé, le comité des stratégies et des services de réduction des méfaits de la C.-B. a produit des documents sur les meilleures pratiques pour

Les infirmières et infirmiers des milieux de la pratique, de l'administration et de la formation sont pris entre la criminalisation de l'usage des drogues et la réduction des méfaits en tant que réponse de la santé publique face à l'usage des drogues.

orienter la mise en application de la réduction des méfaits (Chandler, 2008). Vancouver est une des grandes villes du Canada qui ont adopté des politiques de réduction des méfaits et appuyé l'élaboration d'initiatives en la matière (MacPherson, 2001). Le centre d'injection sous surveillance à 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 des dirigeants de la santé publique (Symington, 2007). Les dirigeants 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 tous les psychotropes. Par exemple, chaque drogue 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 pénalités très lourdes pour la vente aux mineurs, et l'héroïne serait disponible sur ordonnance par l'entremise de services spécialisés de lutte contre les toxicomanies.

Ce qui préoccupe particulièrement les infirmières, c'est la mosaïque de politiques portant sur la réduction des méfaits et l'usage de substances dans les organisations de soins de santé. Les programmes d'infirmières et infirmiers de rue, 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 on les a associées au départ de certains patients à l'encontre des conseils des médecins. Des organisations ont même des politiques en vertu duquel les patients reçoivent leur congé ou sont expulsés en cas d'usage de drogues illicites.

Des organismes de politiques internationaux qui pratiquaient carrément une approche de coalition criminelle auparavant ont commencé à reconnaître et appuyer la réduction des méfaits comme élément d'une approche de santé publique. Par ailleurs, on constate dans les initiatives et les directives du gouvernement fédéral canadien la disparition des interventions de santé publique et des mesures de réduction des méfaits du fait de la politique antidrogue. Les provinces du Canada appuient davantage la réduction des méfaits en même temps que le fédéral s'y oppose davantage. Les politiques et les programmes de réduction des méfaits brillent toujours par leur absence en milieux de soins actifs. Il en a découlé un schisme stratégique qui fait que les infirmières et infirmiers des milieux de la pratique, de l'administration et de la formation sont pris entre la criminalisation de l'usage des drogues et la réduction des méfaits en tant que réponse de la santé publique face à l'usage des drogues. De plus, les approches basées sur la coalition criminelle alourdissent les méfaits produits par l'usage de drogues, en particulier chez les personnes touchées par la pauvreté et la drogue. Même si elle est importante, la politique antidrogue n'est qu'un élément 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 à tous les niveaux en se penchant attentivement sur ces questions et en élaborant des politiques en matière de réduction des méfaits.

IV. Étude des données probantes pour des stratégies de réduction des méfaits

Méthodologie de recherche documentaire

L'étude des données probantes sur la réduction des méfaits est particulièrement pertinente à la lumière des normes d'éthique et professionnelles qui encouragent les infirmières à utiliser des données probantes récentes dans leur pratique. Selon le Code de déontologie de l'AIIC (AIIC, 2008), pour assurer la prestation de soins sécuritaires, compétents et respectueux de l'éthique, les infirmières et les infirmiers doivent faire usage de la recherche courante dans leur pratique. Il est indiqué dans les normes professionnelles du College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC) que les infirmières et les infirmiers doivent fonder leur pratique sur les meilleures données probantes disponibles produites par les sciences infirmières et autres (CRNBC, 2010).

L'étude des données probantes pour la préparation du présent document s'est inspirée d'éléments d'une méthodologie d'examen de délimitation décrite par Arksey et O'Malley (2005). Des « examens de délimitation » sont utilisés pour décrire rapidement les données probantes existantes sans les évaluer (Mays, Roberts et Popay, 2001). L'étude a porté sur un vaste éventail de méthodologies de recherche, l'idée étant de recenser les recherches existantes et d'identifier les lacunes dans la recherche. Les examens de délimitation commencent par une question de recherche ou plus qu'il est possible de préciser à mesure que le projet avance. Cette stratégie est différente de la méthodologie de « l'examen systématique » dans le contexte de laquelle les questions de recherche sont définies clairement au début du projet. Dans l'élaboration des questions de recherche qui serviraient à l'examen de délimitation, les questions formulées à l'origine ont été raffinées et restructurées de la façon suivante : Que sait-on dans les publications révisées par les pairs, au sujet de l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits associés aux drogues illicites? On a incorporé dans l'étude des méta-analyses et des examens systématiques existants. Les examens systématiques, eux, tiennent habituellement compte d'études utilisant une plage étroite de méthodologies de recherche et des essais contrôlés randomisés les plus courants pour évaluer l'efficacité des interventions.

On a seulement inclus dans la recherche documentaire portant sur les différents domaines thématiques des articles critiqués par des pairs et publiés. La recherche a été effectuée dans les bases de données suivantes : Google Scholar, ScienceDirect, Health Source: Nursing/Academic Edition, CINAHL, JSTOR, PubMed et Cochrane Reviews. L'année 2001 a constitué l'année limite, mais des articles fondamentaux publiés avant ces dates ont été inclus. On a choisi cette date limite en partie parce qu'une étude antérieure de la réduction des méfaits portant sur l'infection par VIH et la consommation de drogues illicites a couvert les années précédentes (Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Janzen, 2001). On a utilisé un vaste éventail de termes de recherche reliés à la réduction des méfaits, y compris « soins infirmiers et réduction des méfaits », « politique antidrogue et réduction des méfaits », « stratégies basées sur des pairs », « approche », « centres d'injection sous surveillance »,

« salles de consommation sous surveillance », « entretien à la méthadone », « surdose et utilisation de drogues injectables », « surdose et prévention », « prescription d'héroïne », « service d'échange d'aiguilles », « échange d'aiguilles et distribution secondaire », « utilisation de drogues injectables et abcès », « vulnérabilité et usage de drogues illicites », « usage du crack et réduction des méfaits », « logement d'abord » et « réduction des méfaits et logement ». Des listes de référence ont été établies pour chaque stratégie incluse dans l'examen.

Les stratégies et les interventions de réduction des méfaits : situation actuelle et données probantes

On a passé en revue les données probantes relatives aux programmes qui visent principalement la réduction des méfaits. Cette section décrit brièvement les stratégies de réduction des méfaits suivantes et présente un aperçu des données probantes de l'heure : programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, approche et stratégies basées sur les pairs, stratégies de prévention des surdoses, l'usage de la méthadone pour les thérapies de désintoxication et d'entretien, thérapie d'entretien à l'héroïne, centres de consommation sous surveillance et centres d'injection sous surveillance, trousse pour l'usage plus sécuritaire du crack et salles d'inhalation sous surveillance, et priorité au logement⁹.

Programmes de distribution et de récupération d'aiguilles

Les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles visent principalement à enrayer la propagation des agents pathogènes transmissibles par le sang comme le VIH, le virus de l'hépatite C et le virus de l'hépatite B (VHB) en fournissant du matériel stérile d'injection aux personnes qui s'injectent des drogues et en récupérant le matériel utilisé. Même si certains programmes peuvent offrir les deux types de services (distribution et 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

On n'a pas constaté que les services de distribution et de récupération d'aiguilles font augmenter l'usage de drogues ou les expériences d'initiation aux drogues et l'utilisation de drogues injectables, ni qu'ils font augmenter les taux de criminalité et la quantité de troubles ou de nuisances dans les lieux publics (aiguilles jetées n'importe où, p. ex.).

⁹ Plusieurs interventions, y compris des analyses de drogues de la rue (pour déterminer leur pureté ou la présence d'adultérants) et des systèmes de pré-alerte, ne sont pas incluses dans la discussion sur les stratégies de réduction des méfaits. Pour une brève discussion sur ces questions, voir le Ministère de la Santé de la C.-B. (2006) et Benschop, Rabes et Korf, (2002). On n'a pas inclus ces types d'intervention parce que les infirmières participent de façon limitée à la prestation de ces programmes et parce qu'ils sont moins controversés.

récupération d'aiguilles consistent à ouvrir davantage l'accès au traitement et à d'autres moyens de soutien, à fournir de l'éducation et de l'information au sujet des méthodes d'injection et des comportements sexuels plus sécuritaires et à mettre les groupes difficiles à atteindre en contact avec les services (Ritter et Cameron, 2006). Les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles lancés au début des années 80 visaient à enrayer la propagation du VIH. Ils ont été mis sur pied d'abord à Amsterdam, puis en Amérique du Nord, 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 d'aiguilles a porté sur la séroconversion et la séroprévalence du VIH, les changements dans les comportements à risque pour l'infection par VIH, l'efficacité des coûts et les effets iatrogènes à partir de tout un éventail de concepts de recherche (Gibson, Flynn et Perales, 2001; Leonard, Forrester, Navarro, Hansen et Doucet, 2008; MacDonald, Law, Kaldor, Hales et Dore, 2003; Ritter et Cameron, 2006; Wodak et Cooney, 2005, 2006). Il ressort de plusieurs études écologiques que la séroprévalence du VIH est moindre dans les villes qui offrent des services de distribution et de récupération d'aiguilles. Leonard et coll. (2008), après avoir étudié des données pour 1997-1998, ont conclu que les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles ne protégeaient pas contre l'infection par VIH, le VHB ou le VHC, à cause de données non concluantes produites par des études sur la séroprévalence et la séroconversion du VIH. D'autres études 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 d'aiguilles et celles qui n'en offrent pas, ainsi que dans les taux de séroconversion pour les personnes qui ont recours aux programmes de distribution et de récupération d'aiguilles et celles qui n'y ont pas recours, sont plus vraisemblablement attribuables à des différences au niveau de la conception de la recherche, ainsi qu'à des facteurs confusionnels comme les différences au niveau de l'accès aux seringues dans les programmes de pharmacie, la nature de l'usage des drogues et les caractéristiques des usagers qui ont recours aux services de distribution et de récupération d'aiguilles. À Montréal et à Vancouver, par exemple, les éclosions d'infection par VIH en dépit des programmes en place étaient probablement attribuables à la prévalence de l'usage de la cocaïne, qui oblige à effectuer des injections plus fréquentes et, par conséquent, accroît le risque de transmission. Plusieurs études ont montré que les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles attirent des personnes dont les conditions de vie (p. ex., itinérance ou instabilité du logement) et les habitudes d'usage de drogues accroissent le risque d'infection par un agent pathogène 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 d'aiguilles ne suffisent pas à eux seuls pour protéger contre l'infection par VIH (Gibson et coll., 2001; Ritter et Cameron, 2006; Strathdee et coll., 1997).

Même si les données relatives aux réductions du taux de séroconversion et de séroprévalence du VIH ne semblent pas concluantes, plusieurs chercheurs ont conclu que les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles réduisent les comportements à risque pour l'infection par VIH (comme le partage et la réutilisation d'aiguilles) qui contribuent à la transmission du VIH (Gibson et coll., 2001; Palmateer et coll., 2010; Ritter et Cameron, 2006; Wodak et Cooney, 2005, 2006). Trois études ont établi que la réutilisation du matériel d'injection a augmenté lorsque les services locaux de distribution et de récupération d'aiguilles ont fermé leurs portes (Broadhead, Van Hulst et Heckathorn, 1999; Ivsins et coll., 2010; MacNeil et Pauly, 2010a).

Même si l'on a exprimé des inquiétudes au sujet des effets négatifs, ou iatrogènes, associés aux programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, on n'en a pas rapporté dans des recherches antérieures (Fisher, Fenaughty, Cagle et Wells, 2003; Marx et coll., 2000; Ritter et Cameron, 2006; Strathdee et Vlahov, 2001; Wodak et Cooney, 2005, 2006). On n'a pas constaté que les services de distribution et de récupération d'aiguilles font augmenter l'usage de drogues ou les expériences d'initiation aux drogues et l'utilisation de drogues injectables, ni qu'ils font augmenter les taux de criminalité et la quantité de troubles ou de nuisances dans les lieux publics (aiguilles jetées n'importe où, p. ex.). Il a été constaté que les services de distribution et de récupération d'aiguilles étaient rentables 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 révélé que les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles étaient rentables et réduisaient les coûts parce que ces programmes coûtaient moins cher que ce qu'il en aurait coûté pour traiter le nombre estimatif d'infections évitées.

De nombreuses études ont montré des bienfaits secondaires et imprévus des programmes de distribution et de récupération d'aiguilles (Wodak et Cooney, 2005, 2006), comme l'accès accru aux services de santé (et en particulier aux services de soins infirmiers); l'apport de pistes pour un logement; le traitement de toxicomanies; le counseling; l'éducation et les 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 beaucoup des gens qui ont recours aux services de distribution et de récupération d'aiguilles sont des personnes cachées ou difficiles à atteindre qui n'ont pas accès aux services de soins de santé, ces avantages sont particulièrement importants.

En dépit des preuves de l'efficacité, la sécurité et la rentabilité des services de distribution et de récupération d'aiguilles, ces services rencontrent souvent une opposition qui en limite la prestation et, dans certains cas, entraîne leur disparition.

La plupart des recherches sur les services de distribution et de récupération d'aiguilles effectuées jusqu'à maintenant ont porté principalement sur l'efficacité. On a accordé moins d'attention aux autres modèles pour la prestation de ces services, y compris l'approche par les pairs¹⁰, les services mobiles, les services fixes et la distribution par les pharmacies, les hôpitaux ou par des moyens secondaires (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 indique qu'il faut des services de types différents. Les centres fixes ont l'avantage d'offrir des endroits plus privés où donner des conseils et produisent un taux plus élevé de recommandations vers d'autres services (Strike et coll., 2002). Les services mobiles ont tendance à atteindre les usagers plus à risque qui pourraient autrement ne pas avoir accès à ces services, mais ils offrent moins de place pour les échanges confidentiels. Des études initiales sur la distribution secondaire par des usagers de drogues injectables visent à déterminer leur effet sur la réduction des comportements risqués comparativement aux services établis de distribution et de récupération d'aiguilles (Huo, Bailey, Hershow et Ouellet, 2005; Snead et coll., 2003; Tyndall et coll., 2002). Pour contrer le risque accru de transmissions du VIH dans les prisons, on a lancé des programmes de distribution et de récupération d'aiguilles en milieu carcéral au cours des années 90, d'abord en Suisse et ensuite dans d'autres régions d'Europe (Dolan, Rutter et Wodak, 2003). Dans les prisons, on trouve divers types de services de distribution et de récupération d'aiguilles, y compris des distributeurs automatiques, des membres du personnel des services de santé, des membres des services correctionnels et des travailleurs de l'extérieur. Les évaluations des programmes de distribution et de récupération d'aiguilles en milieu carcéral réalisées jusqu'à maintenant ont montré une réduction des comportements risqués, sans conséquences inattendues comme l'augmentation de l'usage de drogues injectables ou l'utilisation de seringues comme armes (Dolan et coll., 2003; Lines et coll., 2006; Wodak et Cooney, 2006).

En dépit des preuves de l'efficacité, la sécurité et la rentabilité des services de distribution et de récupération d'aiguilles, ces services rencontrent souvent une opposition qui en limite la prestation et, dans certains cas, entraîne leur disparition (Broadhead et al, 1999; MacNeil et Pauly, 2010a; Tempalski, Friedman, Keem, Cooper et Friedman, 2007). L'opposition de voisins aux prises avec le syndrome « pas dans ma cour », les pressions politiques, les protestations de coalitions communautaires et le militantisme l'emportent sur les besoins des clients comme principaux prédicteurs de la présence de services de distribution et de récupération d'aiguilles, ce qui rend inégale la distribution 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 ou le rejet, par la communauté, des services de distribution et de récupération d'aiguilles et d'autres services destinés aux usagers de drogues.

¹⁰ Les questions relatives aux services d'approche (ou extension des services) sont traitées de façon plus détaillée dans la section sur les stratégies d'approche.

Stratégies d'approche

L'approche est une stratégie conçue pour atteindre des groupes cachés ou partiellement cachés qui font usage de drogues illicites dans leur propre communauté (Needle et coll., 2004, 2005). Les modèles d'approche les plus répandus comprennent la distribution d'information sur l'usage plus sécuritaire et sur le matériel d'injection propre; l'accès aux tests; l'orientation vers des services de santé, des services sociaux et des services de traitement des toxicomanies (Ritter et Cameron, 2006). L'approche peut être assurée par des pairs qui ont fait ou font actuellement l'expérience de l'usage de drogues, par des professionnels de l'approche des services de santé ou des services sociaux, ou par une combinaison de ces intervenants (Coyle, Needle et Normand, 1998; Latkin 1998; Needle et coll., 2004, 2005). Les modèles basés sur les pairs sont plus efficaces que les stratégies d'approche classiques (Broadhead et coll., 1998).

Pour la première analyse détaillée des programmes d'approche, Coyle et coll. (1998) ont inclus 36 études où l'on a utilisé principalement des concepts prétest, posttest ou quasi expérimentaux auprès d'un seul groupe et où on les a évalués 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 de l'usage des injections; réduction de la fréquence des injections; réduction de la réutilisation des seringues; réduction de la réutilisation d'autre matériel (cuillères, ouate, eau de rinçage); et réduction de l'usage du crack » (p. 23). Ils ont aussi constaté des résultats cohérents en ce qui concerne un effet important des programmes sur trois comportements protecteurs : « (1) désinfections plus fréquentes des aiguilles, (2) inscription à un programme de traitement de la toxicomanie et (3) usage plus fréquent de préservatifs » (p. 23).

En 2004, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, le même groupe d'auteurs a procédé à une nouvelle étude fondée sur des preuves pour évaluer l'efficacité des stratégies d'approche communautaire lorsqu'il s'agit d'atteindre les usagers de drogues injectables difficiles à atteindre et cachées (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 réduisaient les taux d'infection par VIH. 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 combien d'usagers de drogues injectables ont été atteints, les auteurs ont conclu qu'une approche communautaire avait élargi et prolongé le rayonnement des services de santé et des services sociaux traditionnels pour les personnes à risque pour les méfaits associés à l'usage de drogues injectables. Il convient de signaler que l'on a inclus pour cette étude des données montrant que les approches dans la rue jouent un rôle en facilitant le début et le maintien d'un traitement d'entretien à la méthadone. On a constaté aussi que les tests mobiles de dépistage du VIH étaient plus efficaces que l'orientation ou la recommandation vers des services de dépistage. Des données ont aussi indiqué que les services d'approche dans la rue, en permettant d'orienter des usagers de drogues vers

d'autres services, augmente le recours aux tests de dépistage du VIH. Autre conclusion importante : les interventions communautaires, relativement peu coûteuses, sont efficaces et peuvent constituer une première étape pour offrir des services de prévention, de traitement et de soins VIH, ainsi qu'un accès à d'autres programmes. La rentabilité découle principalement de la prévention des infections par VIH (Ritter et Cameron, 2006). Comme Needle et coll. (2005) l'ont observé, il y a toutefois un écart qui persiste dans beaucoup de pays entre les personnes qui bénéficieraient des services d'approche et celles qui en bénéficient.

Les réseaux sociaux constituent un important moyen d'atteindre les usagers de drogues (Broadhead et coll., 1998; Latkin, Hua et Davey, 2004). Les groupes d'usagers de drogues axés sur le militantisme, la représentation et, parfois, des services de réduction des méfaits sont des exemples de réseaux sociaux spontanés qui s'intéressent à des enjeux humanitaires et communautaires (Crofts et Herkt, 1993; Kerr, Oleson et coll., 2004; Kerr, Small et coll., 2006). Friedman et coll. (2007) ont signalé l'efficacité avec laquelle les groupes d'usagers de drogues pourraient s'attaquer à la stigmatisation découlant de l'usage de drogues et défendre les droits des usagers.

Au Canada, et particulièrement à Vancouver, qui est un centre d'activité et d'usage avoué de drogues illicites, les infirmières et infirmiers autorisés sont au nombre des travailleurs qui fournissent des services d'approche dans des secteurs du centre-ville reconnus comme des lieux de consommation de drogues (Banks et Loftus, 1991; Giles et Brennan, 2001). Le programme des infirmières et infirmiers de rue à Vancouver, qui vise avant tout la prévention de l'infection par VIH et des maladies transmises sexuellement dans leur travail avec des groupes difficiles à atteindre dans un contexte de réduction des méfaits et de promotion de la santé, a été évalué officiellement à la fin des années 90 (Hilton et coll., 2009; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey et Hutchinson, 2001). L'évaluation portait avant tout sur la nature du travail des infirmières et infirmiers, les défis qu'ils doivent relever, la complémentarité du programme par rapport à d'autres programmes et l'effet 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, d'infirmières et infirmiers de rue et d'autres interlocuteurs, les auteurs ont décrit le travail des infirmières en fonction de cinq thèmes :

(1) atteindre des groupes marginalisés à risque élevé d'infection par VIH et de maladies transmises sexuellement; (2) créer et maintenir la confiance, le respect et l'acceptation; (3) chercher à prévenir les infections par VIH et les maladies transmises sexuellement, les détecter tôt, les traiter et fournir des services de recommandation vers d'autres intervenants; (4) connecter les clients au système de soins de santé; (5) faire pression sur le système et les collègues pour qu'ils soient plus souples. Les auteurs

Autre conclusion importante : les interventions communautaires, relativement peu coûteuses, sont efficaces et peuvent constituer une première étape pour offrir des services de prévention, de traitement et de soins à l'égard des infections par le VIH, ainsi qu'un accès à d'autres programmes.

ont aussi précisé que le travail de ces infirmières et infirmiers avait un effet positif sur les connaissances des clients, leur donnait accès à des fournitures servant à la réduction des méfaits, mettait les clients en rapport avec des services d'aide, les faisait se sentir soutenus et les aidait à changer de comportement sur les plans de l'usage de drogues et de la santé.

Stratégies de prévention des surdoses

Les surdoses d'héroïne ne se produisent souvent que une à trois heures après l'injection (Marlatt et Witkiewitz, 2010). D'autres personnes sont fréquemment présentes lors des décès par surdose (Marlatt et Witkiewitz, 2010) et ceux-ci sont évitables. Il est possible d'utiliser la naloxone (Narcan^{MD}) pour traiter les surdoses d'héroïne, car elle est 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. Aux États-Unis, plusieurs programmes offrent aux usagers de drogues des services d'éducation sur la prévention des surdoses, y compris de l'information sur la façon d'identifier les surdoses, et l'éducation de pairs sur la façon d'administrer la naloxone. Elle est administrée le plus souvent par voie intramusculaire, même si des essais en cours visent à évaluer l'efficacité de l'administration intranasale. L'éducation en prévention des surdoses comprend de l'information sur les signes et les symptômes de surdose, y compris l'intervention rapide, et peut constituer un élément important de l'éducation des pairs. On a trouvé une seule étude évaluant l'efficacité de l'administration de naloxone combinée à une formation en réanimation cardiorespiratoire pour prévenir les morts par surdose (Seal et coll., 2005). Cette étude limitée portait sur 12 usagers d'héroïne et leurs partenaires et il a été établi qu'aucun des 24 participants à l'étude n'a été témoin de surdoses mortelles.

Usage de la méthadone pour les traitements de désintoxication et d'entretien

La méthadone constitue un traitement qui a été très étudié et dont on a prouvé la sécurité et l'efficacité pour traiter l'accoutumance aux opiacés. La méthadone peut être utilisée pour soulager les symptômes de sevrage durant la désintoxication ou comme thérapie d'entretien pour aider les personnes vivant avec une toxicomanie aux opiacés à demeurer en traitement et à réduire leur consommation d'héroïne et leurs activités criminelles. L'examen des données probantes sur le traitement d'entretien à la méthadone portait sur 13 critiques systématiques, six méta-analyses, six essais contrôlés randomisés, une évaluation économique et six essais non randomisés.

Pour la désintoxication, la méthadone est supérieure au placebo (Amato, Davoli, Minozzi, Ali et Ferri, 2005; Amato, Davoli, Perucci et coll., 2005), à la clonidine et à la lofexidine (Gowing, Farrel, Ali et White, 2009). L'ajout d'un traitement psychosocial peut aider à augmenter le pourcentage des participants qui terminent la désintoxication (Amato et coll., 2008). Dans le cas du traitement d'entretien, la méthadone est plus efficace qu'un placebo, que la désintoxication, que la réadaptation sans drogue et que le Levo-

alpha-acétylméthadol (LAAM) pour maintenir le patient en traitement (Amato, Davoli, Minozzi et coll., 2005; Amato, Davoli, Perucci et coll., 2005; Connock et coll., 2007; Glanz et coll., 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, Davoli, Perucci et coll., 2005; Clark et coll., 2002; Glanz, Klawansky, McAullife et Chalmers, 1997) et la buprénorphine sont légèrement plus efficaces que de faibles doses de méthadone lorsqu'il s'agit de réduire la consommation d'héroïne (Barnett, Rodgers et Bloch, 2001).

La recherche documentaire a permis de dégager trois rapports décrivant le rôle et la contribution des infirmières dans les programmes d'entretien à la méthadone. Mistral et Hollingworth (2001) et Wilson et coll. (2007) décrivent le rôle des infirmières et des infirmiers dans une clinique de traitement à la méthadone et leur contribution au programme par l'établissement de liens et de contacts 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 à réfléchir au processus de prestation de soins infirmiers comme moyen de comprendre des stratégies d'amélioration du fonctionnement de la clinique. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a créé des lignes directrices sur les pratiques exemplaires afin d'aider les infirmières à appuyer les personnes qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2009).

Thérapie d'entretien à l'héroïne

L'entretien à l'héroïne, traitement rentable dans le cas des personnes vivant avec une toxicomanie chronique aux opiacés (héroïne), peut aider à réduire l'usage illégal d'héroïne et l'activité criminelle. L'Australie, la Belgique, le Canada, la France, l'Allemagne, la Hollande, l'Espagne, la Suisse et le Royaume-Uni ont mis en œuvre des programmes de traitement à l'héroïne sur ordonnance ou des essais cliniques, ou sont en train de le faire. (Fischer, Rehm, Kirst et coll., 2002; Plaza et coll., 2007). L'analyse des données probantes sur les effets de la thérapie d'entretien à l'héroïne a porté sur

10 articles : deux critiques systématiques, sept essais contrôlés randomisés et une évaluation économique. Les données montrent que la prescription d'héroïne peut aider les bénéficiaires à utiliser moins d'héroïne illicite et à avoir moins d'activités criminelles que les personnes qui ne suivent pas ce traitement (Ferri, Davoli et Perucci, 2006; 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 est rentable.

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

Dans un essai contrôlé randomisé réalisé à Vancouver et à Montréal, soit l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés ou NAOMI, on a comparé la thérapie à l'héroïne au traitement d'entretien 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 plus élevés que les personnes qui participaient à des programmes de traitement d'entretien à la méthadone, consommaient moins d'héroïne illicite, avaient moins d'activités criminelles et étaient en meilleure santé psychologique. Il n'y avait en outre aucun effet négatif sur leur quartier (Lasnier, Brochu, Boyd et Fischer, 2010, Oviedo-Joekes et al, 2010). Dans des essais réalisés en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne, on a évalué l'usage de la méthadone et de l'héroïne sur ordonnance et on a constaté que, à long terme, la diacétylmorphine injectable (ingrédient actif de l'héroïne) 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-Jokes et coll., 2009; Strang et coll., 2010).

Comme l'écrit 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 la politique contextuelle – du contexte dans lequel les données probantes sont reçues et des groupes d'intérêts prêts à les appuyer ou à s'y opposer (p. 821).

Ce sont souvent des infirmières et des infirmiers autorisés qui travaillent dans les programmes de prescription d'héroïne. On a trouvé une seule étude qui traitait spécifiquement de leur rôle dans les programmes de prescription d'héroïne (Plaza et coll., 2007). Les auteurs ont décrit le rôle pivot que jouent les infirmières dans un programme d'entretien à l'héroïne en instaurant la confiance et en facilitant les soins pour les personnes inscrites au service.

Centres de consommation et d'injection sous surveillance

Il existe quelque 65 centres de consommation ou d'injection sous surveillance en Europe (Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Espagne et Suisse), en Australie et au Canada (Hedrich 2004; Groupe de travail indépendant, 2006). Les installations ou salles d'usage de drogues sont des installations légales faciles d'accès qui permettent l'usage hygiénique de drogues obtenues au préalable sous la surveillance de professionnels dans un climat non critique » (Kimber, Dolan, Van Beek, Hedrich et Zurhold, 2003, p. 227). On utilise un vaste éventail d'expressions pour désigner ces centres, dont « centres d'injection sous surveillance », « salles d'injection (plus) sécuritaire », « piqueries », « salles d'usage de drogues » ou « centres d'injection sous surveillance médicale » (Groupe de travail indépendant, 2006, p. 3). On emploie l'expression « site ou centre d'injection sous surveillance » pour désigner les centres où l'on vise surtout à surveiller l'injection de drogues tandis que l'expression « centre de consommation sous surveillance » désigne les

installations où l'on surveille aussi l'usage de drogues inhalées. La création de centres d'injection sous surveillance a été proposée pour, notamment (Fischer, Rehm, Kim et Robins, 2002; Kimber et coll., 2003) :

- réduire le nombre de surdoses mortelles et non mortelles;
- réduire la transmission de virus transmissibles par le sang (VIH, VHC);
- réduire les comportements risqués qui peuvent transmettre des virus transmissibles par le sang;
- accroître l'accès aux services sociaux et aux services de santé pour les groupes difficiles à atteindre en établissant des liens avec des professionnels de la santé;
- réduire les troubles publics, y compris le volume du matériel jeté, le nombre des injections faites en public et le trafic flagrant.

Avant 2002, il n'y avait aucune évaluation systématique publiée sur l'efficacité avec laquelle ces centres réussissent à atteindre les objectifs qui leur sont fixés (Broadhead, Kerr, Grund et Altice, 2002).

Réduction du nombre de décès par surdose

En 2008, on n'avait signalé aucun décès par surdose dans l'ensemble des centres de consommation sous surveillance du monde entier (Kerr, Tyndall, Lai, Montaner et Wood, 2006; Kimber et coll., 2003; Kimber, Dolan et Wodak, 2005; Milloy, Kerr, Tyndall, Montaner et Wood, 2008; van Beek et coll., 2004). Au centre Insite (Vancouver), 45 % des incidents de surdose ont été considérés comme potentiellement mortels, ce qui a obligé à administrer de la naloxone, à composer le 911 ou à appeler une ambulance (Milloy, Kerr et coll., 2008). Ces auteurs indiquent que

si l'on se fonde sur les projections basées sur ces données, on a pu éviter de 2 à 12 décès par an à Vancouver depuis l'ouverture du programme en mars 2003. Les infirmières des centres d'injection sous surveillance qui ont reçu une formation sur la gestion des voies aériennes et l'administration d'oxygène et de naloxone peuvent souvent repérer les cas de surdose et intervenir plus tôt que dans la communauté, ce qui peut expliquer l'amélioration des résultats dans ces centres et la réduction du nombre d'hospitalisations (Kimber et coll., 2005). Les infirmières autorisées font en outre de l'éducation sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, ce qui peut jouer un rôle dans la réduction des comportements à risque associés à la surdose en dehors de la clinique (Milloy, Kerr et coll., 2008).

Selon une étude de Petrar et coll. (2007) portant sur les clients du centre Insite, le centre joue un rôle dans la réduction des risques associés aux injections en public, du fait par exemple de la nécessité de précipiter l'injection parce que l'on craint une arrestation. Les auteurs d'une autre étude rapportent que

En 2008, on n'avait signalé aucun décès par surdose dans l'ensemble des centres de consommation sous surveillance du monde entier.

le centre Insite aide à atténuer les risques associés à la surdose, comme le fait pour une personne de s'injecter des drogues seule ou en présence d'étrangers (Kerr, Small, Moore et Wood, 2007). Les participants ont signalé en particulier un avantage important du centre, soit l'intervention d'urgence immédiate des infirmières, comparativement à l'absence d'observation de l'événement et à la difficulté d'obtenir des soins d'urgence dans la rue et au temps que cela prend.

Réduction des comportements à risque et de la transmission des infections transmissibles par le sang

Rien ne prouve que les centres d'injection sous surveillance réduisent directement la transmission du VIH, du VHC et d'autres virus transmissibles par le sang. Le principal moyen par lequel les centres d'injection sous surveillance peuvent réduire la transmission de ces infections est la modification des comportements à risque, comme le partage d'aiguilles. Au centre Insite, on a aussi associé l'usage des installations à des réductions des comportements à risque d'infection par VIH (Kerr, Tyndall, Li, Montaner et Wood, 2005; Wood, Tyndall, Stoltz, Small, Lloyd-Smith et coll., 2005). Aucun cas de partage de seringue n'a été signalé au centre Insite. Dans un sondage réalisé par Petrar et coll. (2007) auprès des clients du centre Insite, 75 % des répondants ont rapporté des modifications de leurs habitudes d'injection, y compris des injections moins précipitées, moins d'injections en public, moins de réutilisation de seringues, une probabilité accrue d'utiliser de l'eau propre, d'utiliser un point d'injection propre et de jeter les seringues de manière appropriée après usage.

En Allemagne, on a constaté un lien entre la fréquence accrue des visites aux centres d'injection sous surveillance et des réductions des comportements risqués (Stoeber, 2002). Ceux qui se présentent aux centres d'injection sous surveillance reçoivent en outre de l'information sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, ce qui peut aussi réduire les comportements à risque d'infection par le VIH (Wood, Tyndall, Stoltz, Small, Zhang et coll., 2005). Au centre Insite, un usager sur trois a reçu de l'information sur l'injection plus sécuritaire (Wood, Tyndall, Stoltz, Small, Zhang et coll., 2005). Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle clé dans l'apport de cette information et atteignent presque la moitié des usagers du centre (Wood, Wood et coll., 2008).

Dans un sondage réalisé par Petrar et coll. (2007) auprès des clients du centre Insite, 75 % des répondants ont rapporté des modifications de leurs habitudes d'injection, y compris des injections moins précipitées, moins d'injections en public, moins de réutilisation de seringues, une probabilité accrue d'utiliser de l'eau propre, d'utiliser un point d'injection propre et de jeter les seringues de manière appropriée après usage.

Accès accru aux soins de santé et aux services d'aide en matière de toxicomanie

Les évaluations des centres d'injection sous surveillance à Sydney (Australie) et à Vancouver ont inclus un examen de leurs services de recommandation/d'orientation vers d'autres intervenants, ces services étant considérés comme des indicateurs des contacts croissants entre les usagers du centre et les fournisseurs de services. Selon Tyndall et coll. (2006), au centre de Vancouver 2 171 recommandations ont été faites entre mars 2004 et avril 2005, que ce soit vers d'autres membres du personnel du centre ou vers des conseillers d'autres organisations. Le type le plus fréquent de recommandation (37 %) concernait des services de counseling en matière de toxicomanie. Les infirmières et les infirmiers du centre Insite ont aussi orienté les clients vers des centres de santé communautaires (16 %), des services d'urgence en milieu hospitalier (11,3 %), des centres de désintoxication (11,7 %), d'autres services communautaires (9,4 %), des services de logement (9,0 %), des programmes de traitement d'entretien à la méthadone (3,7 %) et des programmes de centres de désintoxication pour toxicomanes (2,7 %). On ne sait pas combien de clients sont entrés en contact avec les organismes vers lesquels ils ont été orientés. Dans une analyse plus poussée de données sur le centre Insite, Wood, Tyndall, Zhang et coll. (2006) ont rapporté un lien entre d'une part, la fréquentation hebdomadaire du centre d'injection sous surveillance et les contacts avec les conseillers en toxicomanie du centre et d'autre part, des inscriptions plus rapides à des programmes de désintoxication. Selon Wood, Tyndall, Zhang, Montaner et Kerr (2007) qui ont analysé des données reliées aux bases de données des services de traitement avec hébergement, l'ouverture du centre Insite est associée à une augmentation de 30 % des recours aux services de désintoxication, cette augmentation étant associée au démarrage de traitements de plus longue durée et à une réduction de l'utilisation du centre d'injection sous surveillance. Dans une évaluation du centre d'injection sous surveillance de Sydney, Van Beek (2003) a signalé qu'il y avait eu plus de 1 800 recommandations vers des services de santé et des services sociaux au cours des deux premières années du programme. Quarante-quatre pour cent de ces recommandations étaient vers des services de traitement des toxicomanies et de réadaptation et 31 %, vers des services de soins médicaux primaires à proximité.

On considère que le centre Insite de Vancouver a eu un effet positif sur la paix publique en réduisant la fréquence des injections en public et la quantité de seringues et d'accessoires facilitant la consommation de drogue jetés dans les espaces publics voisins. En outre, on n'a pas remarqué d'augmentation du trafic de drogue à proximité du centre.

Amélioration de l'ordre public

On a étudié l'effet des centres de consommation sous surveillance sur l'ordre public en ce qui concerne les changements de la fréquence des injections en public, l'abandon de déchets et le flânage, la criminalité liée aux drogues et l'usage de drogues dans la communauté. On considère que le centre Insite de Vancouver a eu un effet positif sur la paix publique en réduisant la fréquence des injections en public et la quantité de seringues et d'accessoires facilitant la consommation de drogue jetés dans les espaces publics voisins. En outre, on n'a pas remarqué d'augmentation du trafic de drogue à proximité du centre (Wood, Kerr et coll., 2004; Wood, Tyndall, Lai, Montaner et Kerr, 2006). À Sydney, en Australie, on a utilisé la méthode des séries chronologiques pour le suivi de l'incidence du centre d'injection sous surveillance sur la criminalité et le flânage liés à la drogue à proximité (Freeman et coll., 2005). Rien n'a prouvé que le centre australien ait un effet positif ou négatif sur la criminalité liée aux drogues et l'on n'a signalé aucune augmentation du flânage relié aux drogues. Selon un sondage réalisé par Van der Poel, Barendregt et van de Mheen (2003) auprès d'usagers des centres de consommation sous surveillance de Rotterdam, aux Pays-Bas, l'usage des drogues en public était moins fréquent chez les usagers qui avaient accès à des centres de consommation sécuritaire et il avait un peu diminué. De même, Petrar et coll. (2007) ont constaté que 71 % des usagers du centre Insite disaient moins s'injecter à l'extérieur et 56 % rapportaient moins de cas d'élimination dangereuse de seringues. Les facteurs qui limitent le recours au centre Insite comprennent les déplacements vers le centre, la durée limitée des heures d'ouverture du centre (18 heures par jour) et les temps d'attente pour avoir accès à Insite. Dans le cadre d'un sondage réalisé en 1999-2000 par Kimber et coll. (2005) dans 39 salles de consommation de drogue aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne et en Suisse, six des centres ont rapporté que le trafic de drogue avait augmenté dans le quartier et deux d'entre eux ont signalé un autre effet négatif, soit l'augmentation de la fréquence des infractions criminelles mineures ou des agressions entre les clients. Dans une évaluation non publiée, Hedrich (2004) a signalé que ces problèmes semblent plus susceptibles de se produire lorsque le service ne répond pas aux besoins locaux (p. ex., lorsque les temps d'attente sont longs ou que le service n'a pas la capacité de surveiller l'activité à l'extérieur du centre).

Opinion des professionnels et du public

Les résultats d'un sondage auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de résidents de l'Ontario indiquent que « les personnes favorables à d'autres stratégies de réduction des méfaits, à des politiques antidrogue plus libérales et qui considèrent que les usagers de drogues illicites méritent de l'aide sociale et sanitaire sont beaucoup plus susceptibles d'appuyer les CIS [centres d'injection sous surveillance] et le TAH [traitement assisté à l'héroïne] » (Cruz, Patra,

Fischer, Rehm et Kalousek, 2007, p. 59). Au Canada et en Australie, l'opinion publique est favorable à ces centres (Sondage d'opinion Angus Reid, 2010; Salmon, Thein, Kimber, Kaldor et Maher, 2007). Beaucoup de professionnels de la santé et d'organismes communautaires appuient Insite, y compris la British Columbia Nurses' Union, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les Médecins de famille du Canada (British Columbia Nurses' Union, 2008; Association médicale canadienne, 2010; Dooling et Rachlis, 2010; Hwang, 2007; Société nationale des spécialistes pour la médecine communautaire, 2009; Smadu, 2008).

Beaucoup de professionnels de la santé et d'organismes communautaires appuient Insite, y compris la British Columbia Nurses' Union, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les Médecins de famille du Canada.

Évaluation externe des données probantes d'Insite

En mars 2008, un comité consultatif d'experts de l'extérieur nommé par Santé Canada a publié une étude et une évaluation détaillées des données probantes portant sur le centre Insite à Vancouver et sur d'autres centres d'injection sous surveillance (Comité consultatif d'experts, 2008). Le groupe d'experts a étudié des recherches publiées et non publiées sur Insite, ainsi que des données de l'étranger sur des centres d'injection sous surveillance en Australie et dans d'autres pays d'Europe. Le groupe a conclu qu'Insite avait eu un effet positif sur la santé de la communauté, celle des usagers du centre, le quartier, les fournisseurs de services et les propriétaires d'entreprises locales. Il a constaté que les propriétaires d'entreprise, les fournisseurs de services et la population du quartier appuyaient fermement Insite et que l'existence du centre a entraîné d'importantes réductions de coûts pour les contribuables, réduit les comportements à risque associés à la propagation du VIH, réduit les coûts subséquents du traitement des infections par VIH et évité des décès par surdose. Le groupe n'a en outre constaté aucun effet indésirable en matière de consommation de drogue, de criminalité ou de trouble de l'ordre public. Le groupe d'experts a noté deux limites de la recherche, à savoir le manque d'études comparatives avec d'autres méthodes, comme les services d'approche, qui pourraient contribuer à une augmentation du nombre de recommandations, et l'inexistence d'un groupe de comparaison (ou groupe-témoin) pour évaluer les différences au niveau des comportements à risque, comme le partage d'aiguilles.

Modèles de centres d'injection sous surveillance et soins infirmiers

À l'étranger, il y a tout un éventail de modèles de centres d'injection sous surveillance dont les heures d'ouverture, le personnel, les installations, les services et les règles varient (Kimber et coll., 2005). D'après une étude de 15 centres de consommation de drogues menée par Kimber et coll. (2005), ces centres employaient surtout des travailleurs sociaux et les infirmières et infirmiers ne venaient qu'en seconde place parmi les catégories d'employés les plus nombreux. Au Canada, la salle d'injection du centre Insite est surveillée par des infirmières et infirmiers autorisés. Van Beek (2004) a décrit l'évolution du centre d'injection sous surveillance à Sydney et mis en évidence le rôle des infirmières. Même si, dans la description des services offerts aux centres d'injection sous surveillance, les infirmières et les infirmiers s'occupent surtout de traiter des plaies et de maintenir les veines ouvertes, les données probantes sur les processus et les résultats des soins infirmiers dans de tels contextes sont limitées.

Wood, Wood et coll. (2008) ont signalé que presque la moitié des usagers du centre Insite ont reçu d'infirmières et d'infirmiers de l'information sur l'injection plus sécuritaire. Ces auteurs ont examiné les caractéristiques de ces personnes qui recevaient de l'information et constaté que les personnes les plus à risque, comme les femmes et les personnes qui ont de la difficulté à s'injecter, étaient les plus susceptibles de recevoir des infirmières et infirmiers du centre Insite de l'éducation sur l'injection plus sécuritaire. À Vancouver, le Dr. Peter Centre est un modèle intégré d'injection sous surveillance qui fait partie d'un service de soins infirmiers (Wood, Zettel et coll., 2003). Une évaluation récente de la salle de réduction des méfaits de ce centre a montré que la mise en place de services de réduction des méfaits augmentait l'accès aux services grâce à l'établissement de relations plus ouvertes et confiantes avec les membres du personnel (Krüsi, Small, Wood et Kerr, 2009), même si la honte et la crainte du jugement empêchent certains clients d'avoir recours au service d'injection sous surveillance.

Le groupe d'experts... a conclu qu'Insite avait eu un effet positif sur la santé de la communauté et sur celle des usagers du centre, sur le quartier, sur les fournisseurs de services et sur les propriétaires d'entreprises locales.

Trousses d'usage plus sécuritaire du crack et salles d'inhalation sous surveillance

Depuis les années 90, il semble que la prévalence du crack inhalé est à la hausse tant dans les milieux urbains que ruraux (Fischer, Rehm, Patra et coll., 2006; Fischer et coll., 2010). Les trousses d'usage plus sécuritaire du crack contiennent le matériel nécessaire pour inhaler, y compris des pipes en verre, des tubes et du lubrifiant, ainsi que de l'information sur la réduction des méfaits. On a établi un lien entre le partage de pipes à crack et le risque accru d'exposition au VHC et à d'autres maladies transmissibles (Macias et coll., 2008; Tortu, McMahon, Pouget et Hamid, 2004; Tortu, Neagius,

McMahon et Hagen, 2001). DeBeck et coll. (2009) ont constaté que l'inhalation de crack constitue un facteur de risque indépendant de séroconversion du VIH chez les usagers de drogues injectables.

Malchy, Bungay et Johnson (2008) ont trouvé de nombreuses preuves d'habitudes non sécuritaires d'inhalation de crack à Vancouver et ils ont recommandé la mise en œuvre de services d'information et de programmes utilisant des trousse d'usage plus sécuritaire du crack afin de réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues dans le cadre des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé. Strike et coll. (2006) ont recommandé d'inclure du matériel d'usage plus sécuritaire du crack dans des programmes établis de distribution et de récupération d'aiguilles. Une évaluation de programmes de distribution de trousse d'usage plus sécuritaire du crack réalisée par Leonard, DeRubeis et Birkett (2006) a montré un lien entre cette distribution et une diminution des comportements à risque associés à la transmission du VIH et du VHC. Ils ont conclu que la distribution de matériel plus sécuritaire d'inhalation de crack contribue à orienter les fumeurs de crack vers des méthodes plus sécuritaires d'usage de drogues et réduit considérablement les pratiques dangereuses pour la transmission de maladies. Des études de plus grande envergure et des évaluations systématiques s'imposent pour déterminer si les trousse d'inhalation plus sécuritaire de crack sont efficaces pour réduire la transmission des maladies et modifier les comportements risqués. Comme les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, les programmes de distribution de trousse d'inhalation plus sécuritaire de crack pourraient faciliter l'accès à d'autres mesures de réduction des méfaits et à des services de santé et services sociaux. On soutient depuis peu qu'il faudrait agrandir les centres d'injection sous surveillance pour y inclure l'usage sous surveillance (Collins et coll., 2005) afin de réduire certains des méfaits associés à l'inhalation du crack.

Logement d'abord

L'abstinence en matière de drogues est souvent une condition obligatoire imposée par les programmes de logement (Tsemberis, Gulcur et Nakae, 2004). Les programmes Logement d'abord placent directement des sans-abri dans des logement sans exiger qu'ils se fassent traiter s'ils font usage de drogues (Padgett, 2007). La réduction des méfaits constitue un principe clé de l'approche Logement d'abord. La sobriété ou le traitement ne sont pas nécessaires pour être admissible, mais le programme est souvent combiné à des services de santé intensifs fournis par des équipes de traitement communautaires faisant preuve de fermeté. Les évaluations des programmes de Logement d'abord ont révélé que les participants ont réussi à occuper leur logement plus longtemps, au moins 70 % d'entre eux demeurant dans leur logement pendant quatre ans ou plus.

La réduction des méfaits constitue un principe clé de l'approche « Logement d'abord ». La sobriété ou le traitement ne sont pas nécessaires pour être admissible, mais le programme est souvent combiné à des services de santé intensifs fournis par des équipes de traitement communautaires faisant preuve de fermeté.

En outre, les participants des programmes Logement d'abord n'ont pas consommé davantage, n'ont pas été hospitalisés davantage dans des services psychiatriques ou de soins actifs et ils ont le sentiment d'avoir davantage de choix. (Gulcur, Stefancic, Shinn, Tsemberis et Fischer, 2003; Padgett, Gulcur et Tsemberis, 2006; Stefancic et Tsemberis, 2007; Tsemberis et Eisenberg, 2000; Tsemberis et coll., 2004). Cette recherche sur les programmes Logement d'abord comporte une limite inhérente, soit que la majorité des participants à l'étude ont été recrutés parce qu'ils avaient un grave problème de santé mentale diagnostiqué et semblent avoir eu des problèmes limités d'usage problématique de substances ou de toxicomanie (Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano et Schumacher, 2009).

Larimer et coll. (2009) ont constaté dans leur analyse du coût des services de santé, des services sociaux et des services de police liés aux programmes Logement d'abord que non seulement les participants ont réduit leur consommation d'alcool comparativement à un groupe témoin, mais que les coûts de santé et d'aide sociale diminuaient dans le cas des participants qui faisaient auparavant un usage important des services de santé et des services sociaux. En utilisant un modèle « avant-après », Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir et Wells (2006) ont constaté qu'après la mise en œuvre d'un programme de consommation dirigée d'alcool dans un refuge, les tendances du nombre moyen d'appels d'ambulance, de visites à l'urgence, d'hospitalisations et de contacts avec les services de police étaient à la baisse, ce qui signifiait des coûts plus bas pour les services fournis aux personnes inscrites au programme.

Critiques à l'égard de la réduction des méfaits

La réduction des méfaits en réponse à l'usage de drogues illicites soulève beaucoup de controverse et de nombreuses critiques de la réduction des méfaits ont fait leur apparition (Christie, Groarke et Sweet, 2008; Hunt et coll., 2003; Magura, 2007). Il peut être utile de présenter certaines de ces critiques et de décrire des réponses basées sur des définitions et des données probantes relatives à la réduction des méfaits abordées plus tôt dans ce document. Les critiques fréquentes dont plusieurs ont été définies par Hunt et coll. (2003), comprennent les suivantes, sans s'y limiter :

- La réduction des méfaits emprisonne les « drogués ».
- La réduction des méfaits n'aide pas les gens à arrêter la drogue.
- La réduction des méfaits encourage l'usage de drogues.
- La réduction des méfaits fait passer le mauvais message.
- La réduction des méfaits n'encourage pas la responsabilité personnelle.
- Les données probantes sur la réduction des méfaits sont insuffisantes.

Les trois premières critiques mettent en évidence la tension actuelle entre les approches du traitement des toxicomanies basées sur l'abstinence qui visent à prévenir l'usage des drogues ou à y mettre fin, et la réduction des méfaits qui vise à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues. Des données probantes provenant de Suisse, où on a vu se développer un monde affiché de la drogue de grande envergure dans diverses villes dans les années 1980, ont démontré que les programmes de traitement des toxicomanies qui imposaient l'abstinence comme condition d'admission (c.-à-d. les programmes de traitement à seuil élevé et moyen) atteignaient 20 % seulement des usagers actifs de drogues illicites. Les programmes de réduction des méfaits doivent atteindre les autres 80 %, dont beaucoup ne sont peut-être pas dépendants ou toxicomanes, au moyen de programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, de l'approche dans la rue, de centres d'usage sous surveillance, de programmes dans les prisons et de programmes de traitement d'entretien à la méthadone et à l'héroïne aisément accessibles (MacPherson, 1999). On suppose souvent que le traitement d'une toxicomanie est très efficace, mais cette hypothèse n'est pas démontrée par des preuves scientifiques. Dans un tel contexte, on pense que la réduction des méfaits facilite l'usage de drogues. Il se peut toutefois que les programmes de traitement aient un taux de réussite de 3 % seulement lorsque l'abstinence constitue le paramètre de la réussite après des cycles répétés de traitement et de rechute. En outre, beaucoup d'habitants du centre des villes du Canada ont besoin d'avoir accès à une thérapie de remplacement et de substitution, ou aux deux, étant au stade ultime d'une maladie chronique avec rechutes (S. Burgess, communication personnelle, 26 juin 2007).

Les stratégies de réduction des méfaits peuvent être considérées comme un élément d'un continuum de stratégies de prévention et de traitement. On a reproché à la réduction des méfaits de ne pas réduire l'usage des drogues – mais la réduction de la consommation et le traitement des toxicomanies ne font pas partie des objectifs annoncés de la réduction des méfaits. Par conséquent, si quelqu'un ne vise pas l'abstinence ou ne réussit pas à y parvenir, cela ne signifie pas nécessairement que l'approche de réduction des méfaits a échoué. Comme la réduction des méfaits vise à réduire les méfaits produits par l'usage des drogues et à gérer la toxicomanie, c'est en fonction de ces objectifs qu'il faut déterminer la réussite ou l'échec de l'approche. Des données probantes indiquent en fait que les programmes d'approche et le mécanisme de référence associés aux centres d'injection sous surveillance n'augmentent pas l'usage des drogues (p. ex., Wood, Tyndall, Montaner et Kerr, 2006).

On a reproché à la réduction des méfaits de ne pas réduire l'usage des drogues – mais la réduction de la consommation et le traitement des toxicomanies ne font pas partie des objectifs annoncés de la réduction des méfaits. Par conséquent, si quelqu'un ne vise pas l'abstinence ou ne réussit pas à y parvenir, cela ne signifie pas nécessairement que l'approche de réduction des méfaits a échoué.

La quatrième critique, c'est que la réduction des méfaits envoie aux jeunes le mauvais message quant à l'usage de drogues. Rien ne prouve cependant que le centre Insite encourage l'usage des drogues chez les jeunes. Il est démontré que les centres d'injection sous surveillance comme Insite attirent les usagers de longue date (Kerr, Tyndall et coll., 2007) et beaucoup de programmes de réduction des méfaits ont des politiques limitant spécifiquement l'accès en fonction de l'âge. La prévention des méfaits de l'usage des drogues va des mesures qui visent à éviter que l'on commence à faire usage de drogues jusqu'à la réduction des méfaits découlant de tous les types de consommation ou seulement de l'usage non problématique des drogues. C'est pourquoi la prévention peut avoir toutes sortes de significations (Tupper, 2008a, 2008b). Ne pas transmettre de l'information qui contribuerait à la santé de peur que cette information n'amplifie l'usage peut donner aux infirmières un sentiment de malaise quant à leur capacité de veiller à la santé et à la sécurité des jeunes.

Selon la cinquième critique, la réduction n'encourage pas la responsabilisation personnelle à l'égard de l'usage des drogues. Dans une société qui attache une grande valeur à la liberté individuelle et à la responsabilité personnelle, l'incapacité de cesser de consommer est considérée comme un échec personnel. Cette opinion ne tient pas compte de facteurs sociaux et d'autres facteurs structurels comme la pauvreté, la violence et l'abus à l'origine de l'usage de drogues. Les principes de la réduction des méfaits mettent l'accent sur l'importance de la prise de décisions éclairées, ce qui est conforme au Code de déontologie de l'AIIC (AIIC, 2008).

De plus, il est possible de considérer qu'il incombe aux gouvernements de promouvoir l'usage plus sécuritaire de drogues en réglementant la production et la distribution de psychotropes – tout comme il réglemente d'autres produits qui peuvent être nocifs ou dangereux comme les jouets pour enfants, les automobiles, les aliments, les médicaments d'ordonnance et des boissons comme l'alcool.

On a aussi reproché aux efforts de réduction des méfaits de créer un nouvel ordre social et une nouvelle forme de surveillance, comme dans le cas des centres d'injection sous surveillance (Fischer, Turnbull, Poland et Haydon, 2004). Les infirmières et les infirmiers reconnaissent que les conditions de vie influent sur la responsabilité personnelle. Selon la partie II du Code de déontologie de l'AIIC (2008), les infirmières doivent œuvrer pour l'élimination des injustices sociales. Le Code de déontologie reconnaît l'importance de préconiser la modification des conditions sociales qui ont une

Il y a des preuves sérieuses que [les stratégies de réduction des méfaits]... ont produit divers résultats positifs pour la santé et les services sociaux, y compris l'augmentation du nombre de recommandations et l'amélioration de l'accès aux services, la réduction de la transmission des maladies à diffusion hémotogène, du nombre de décès par surdose et du nombre de troubles de l'ordre public, ainsi qu'une diminution de la criminalité.

incidence sur la santé, comme la pauvreté, la violence et l'insécurité alimentaire, et des politiques qui aggravent les injustices, comme les politiques antidrogue qui criminalisent l'usage.

Enfin, des auteurs ont formulé d'autres critiques au sujet de la réduction des méfaits et des preuves de son efficacité, de ses répercussions et de ses intentions (Christie et coll., 2008; Hunt et coll., 2003). On a affirmé que la réduction des méfaits était inefficace et jugé que les données probantes à son sujet étaient inadéquates. Comme le montre la présente recherche documentaire, il y a toutefois des preuves sérieuses que les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, les programmes de traitement d'entretien à la méthadone, les programmes de prescription d'héroïne, les centres d'utilisation sous surveillance et les services d'approche ont produit divers résultats positifs pour la santé et les services sociaux, y compris l'augmentation du nombre de recommandations et l'amélioration de l'accès aux services, la réduction de la transmission des maladies à diffusion hématogène, du nombre de décès par surdose et du nombre de troubles de l'ordre public, ainsi qu'une diminution de la criminalité. Comme on l'a déjà dit, beaucoup d'organismes humanitaires comme l'Organisation mondiale de la Santé, l'ONUDC et ONUSIDA ont approuvé les stratégies de réduction des méfaits comme mesure de santé publique en se fondant sur des preuves bien établies. (Wodak, 2009).

V. Soins infirmiers et réduction des méfaits : perspectives juridiques et éthiques

Les stratégies de réduction des méfaits associés aux drogues illicites soulèvent des questions de nature juridique et éthique difficiles pour les infirmières et infirmiers autorisés en ce qui a trait aux politiques antidrogue fédérale, provinciale et organisationnelle. Cette section traite des questions juridiques et des perspectives éthiques concernant les soins infirmiers et la réduction des méfaits.

Questions juridiques

Distribution de fournitures de réduction des méfaits

Les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles et d'usage plus sécuritaire du crack soulèvent souvent des questions quant à la légalité de distribuer des fournitures de réduction des méfaits et de posséder des fournitures usagées. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, la distribution de seringues et de trousses pour usage plus sécuritaire du crack neuves ou inutilisées ne constitue pas un crime (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). La principale justification, c'est qu'en vertu du *Code criminel du Canada*, un instrument conçu principalement pour consommer une drogue est illégal, mais les trousses et les seringues pour usage plus sécuritaire du crack sont considérées comme des instruments conçus pour prévenir la transmission de la maladie en réduisant le partage de matériel et seraient donc ainsi couvertes en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Le Réseau juridique canadien VIH/sida affirme qu'« il est important de noter qu'aucune cour, au Canada, ne s'est prononcée sur cette interprétation de la loi, qu'il s'agisse de programmes de seringues ou de trousses pour le crack » (2008, p. 4).

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* interdit la possession d'une substance réglementée. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, il y a eu au moins un cas au Canada où la possession d'une pipe à crack usagée « a été considérée comme un fait procurant un motif raisonnable d'arrestation » (2008, p. 5). Le réseau soutient toutefois aussi que l'arrestation d'une personne pour possession d'une pipe à crack va à l'encontre de la raison pour laquelle on distribue des trousses d'usage plus sécuritaire du crack. Si les personnes qui portent une pipe à crack usagée risquent d'être arrêtées pour possession, cela les découragera d'avoir et d'utiliser leur propre pipe à crack et elles risqueront ainsi davantage de partager une pipe et de jeter publiquement leur pipe à crack. « Le Réseau juridique est d'avis que le gouvernement fédéral devrait faire savoir clairement qu'il n'est pas illégal d'être en possession de pipes à crack usagées (ou de seringues utilisées pour l'injection de drogue), et ce pour au moins deux raisons » (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008, p. 5). Tout d'abord, si ce sont les services de santé publique qui distribuent des aiguilles ou des fournitures pour le crack, c'est pour réduire les méfaits, et notamment prévenir la maladie et rendre l'usage plus sécuritaire. Deuxièmement, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* permet une exemption ministérielle contre la poursuite au criminel de personnes qui possèdent des fournitures usagées de réduction des méfaits. Le centre Insite peut fonctionner parce qu'il a obtenu une telle exemption.

Services d'injection sous surveillance

Trois façons de faciliter le fonctionnement de services d'injection sous surveillance ont été définies : les ententes administratives, les exemptions réglementaires ou ministérielles et les modifications des lois antidrogue (Elliott, Malkin et Gold, 2002). Le centre Insite, le service d'injection sous surveillance le plus connu en Amérique du Nord, a pu commencer à fonctionner en mars 2003 parce que le ministre fédéral de la Santé a exempté, par dérogation à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, les utilisateurs et le personnel de l'établissement de l'application des dispositions de la loi. Des exemptions peuvent être accordées pour des raisons médicales, scientifiques, ou pour toute autre raison jugée dans l'intérêt public (Cour suprême de la Colombie-Britannique [C.-B.], 2008). La première exemption a été accordée au centre Insite pour des raisons scientifiques et pour une durée de trois ans à compter du 12 septembre 2003. L'exemption a été prolongée par la suite jusqu'au 31 décembre 2007 et ensuite jusqu'au 30 juin 2008.

Si la capacité de fonctionner d'Insite avait été liée à l'exemption et s'il n'y avait pas eu d'autres prolongations, Insite aurait dû fermer ses portes le 30 juin 2008. Avant la fin de la dernière prolongation, la Portland Hotel Society qui administre Insite en partenariat avec la Vancouver Coastal Health Authority, ainsi que de nombreux autres plaignants ont toutefois cherché à être libérés de la série continue de prolongations. Ils ont présenté une contestation judiciaire à la Cour suprême de la Colombie-Britannique en affirmant que le centre Insite était un établissement de soins de santé et relevait donc de la compétence de la province. Le Vancouver Area Network of Drug Users a aussi intenté une poursuite en soutenant que la fermeture d'Insite empêcherait les usagers de drogues injectables d'avoir accès aux soins de santé et violerait le droit à la sécurité de la personne que leur confère l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (Cour suprême de la C.-B., 2008). En cour, les témoins qui sont intervenus en faveur de la Portland Hotel Society ont présenté les arguments suivants (Cour suprême de la C.-B., 2008) :

- Une étude des preuves indique clairement que l'est du centre-ville de Vancouver fait face depuis des années à une crise en santé publique, avec une augmentation des taux d'infection par VIH et le VHC et une explosion du nombre des décès par surdoses qui ont été notés au cours des années 90.
- La toxicomanie est une maladie chronique qui peut être évolutive, entraîner des rechutes et être fatale.
- La toxicomanie a des déterminants neurochimiques, génétiques, psychologiques et sociaux (p. ex., stress, traumatisme, violence).
- Les habitudes d'injection non sécuritaires augmentent le taux de transmission du VIH et du VHC.
- Les injections sous surveillance réduisent les taux de morbidité et de mortalité.

-
- La mise en œuvre de l'approche à quatre volets (MacPherson, 2001) et le lancement par la Vancouver Coastal Health Authority d'un continuum de services, dont Insite est un exemple, visent à réduire le nombre des décès par surdose, à rendre l'injection plus sécuritaire et à fournir des points d'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Dans sa décision, le juge Ian Pitfield a affirmé que : « Les usagers ne recourent pas à Insite pour traiter directement leur toxicomanie, mais ils y reçoivent des services et de l'aide qui réduisent le risque de surdose, caractéristique de leur maladie, ils évitent le risque d'être infectés ou d'infecter quelqu'un d'autre par injection et ils ont accès à des services de conseils et de consultations qui peuvent aboutir à l'abstinence et à la réadaptation. Toutes ces activités sont des soins de santé » [traduction] (Cour suprême de la C.-B., 2008, p. 51).

Le juge Pitfield a déclaré que la fermeture du centre Insite violerait les droits de la personne.

Le juge Pitfield a déclaré que la fermeture du centre Insite violerait les droits de la personne et plus précisément l'article 7 (risque pour la vie) de la charte pour les raisons suivantes : sans égard aux circonstances qui ont entouré le début de l'usage de drogues, il en découle une maladie appelée toxicomanie et le défaut de gérer la toxicomanie peut aboutir au décès par surdose ou à d'autres maladies. Il a déclaré que « si la cause profonde du décès découle de la maladie que constitue la toxicomanie, une loi qui empêche d'avoir aux services de soins de santé qui peuvent prévenir la mort touche clairement au droit à la vie » [traduction] (Cour suprême de la C.-B., 2008, p. 53).

En ce qui concerne les risques pour la sécurité, le juge Pitfield a affirmé que : « La société ne peut fermer les yeux sur la toxicomanie, mais comme elle existe, elle ne peut éviter de la gérer, avec le succès ultime, espère-t-on, que constituent la guérison de la personne toxicomane et son abstinence » [traduction] (Cour suprême de la C.-B., 2008, p. 54). Il n'était pas d'accord que l'on refuse aux personnes toxicomanes l'accès aux services de soins de santé qui réduiraient les effets de leur maladie : « En termes simples, je ne peux accepter l'affirmation du Canada, soit qu'une personne toxicomane doit nourrir sa toxicomanie dans un environnement non sécuritaire lorsque la solution de rechange réside dans un environnement sécuritaire qui peut aboutir à la réadaptation » [traduction] (Cour suprême de la C.-B., 2008, p. 55).

Le juge Pitfield a affirmé de plus que le défaut de protéger le personnel d'Insite contre des poursuites pour possession et trafic violerait la Charte parce que cela restreindrait l'accès aux soins de santé. À la suite de cette affaire, Insite a obtenu une exemption constitutionnelle de l'application des paragraphes 4(1) et 5(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et le gouvernement fédéral avait jusqu'en juin 2009 pour réviser des articles de la loi. Le juge Pitfield n'a pas reconnu que cette question relevait de la compétence de la province.

Le gouvernement fédéral a interjeté appel devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. En janvier 2010, la Cour d'appel a maintenu la décision de la cour d'instance inférieure. Deux des trois juges ont décidé que le centre Insite était un service de santé et relevait de la compétence de la province, mais ils se sont abstenus de se prononcer sur la question de la Charte. La troisième juge n'a pas reconnu que la question relevait de la compétence de la province. Elle a toutefois convenu qu'il s'agissait d'un enjeu lié à la charte. Le gouvernement fédéral en a appelé devant la Cour suprême du Canada, qui a consenti à entendre l'affaire.

Même s'il n'est pas aussi connu qu'Insite, le Dr. Peter Centre à Vancouver – administré par une société sans but lucratif, la Dr. Peter AIDS Foundation – fournit depuis 2002 des services d'injection sous surveillance dans le cadre de son modèle de services intégrés de soins de santé (Wood, Zettel et coll., 2003). Les services d'injection sous surveillance font partie de la pratique des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés dans le cadre du programme de soins de santé de jour et des soins infirmiers spécialisés en établissement 24 heures sur 24. Beaucoup des clients du Dr. Peter Centre vivent avec de multiples maladies, incapacités et injustices sociales en plus du VIH/sida.

Les incidents de surdoses au Centre et les infections des tissus mous répétitives mais évitables associées à l'usage de drogues injectables à des fins non médicales ont commencé à préoccuper de plus en plus les infirmières et infirmiers autorisés du centre. Le chef de la direction et les infirmières et infirmiers autorisés du Centre ont posé la question suivante à la Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC), prédécesseure du CRNBC : [traduction] « La fourniture aux clients d'information factuelle pour qu'ils se donnent en toute sécurité des injections intraveineuses fait-elle partie de la pratique des soins infirmiers autorisés? »

En 2002, la RNABC a répondu oui.

L'évaluation des connaissances et du savoir-faire dont les clients ont besoin pour s'administrer eux-mêmes des injections intraveineuses fait partie de la pratique des soins infirmiers. L'enseignement et la promotion d'activités de soins autodirigés basés sur des données probantes permet de prévenir la maladie et de promouvoir la santé, particulièrement en ce qui a trait aux comportements très risqués des clients. En fournissant cette information aux clients, on favorise l'alliance thérapeutique entre les infirmières et infirmiers autorisés et les clients, ce qui peut favoriser l'adoption d'activités plus saines chez ces derniers... Les employeurs sont tenus de fournir des systèmes de soutien essentiels afin que les infirmières et infirmiers autorisés puissent se conformer aux normes de pratique des soins infirmiers en Colombie-Britannique. Les systèmes de soutien essentiels comprennent les politiques et les ressources nécessaires pour aider les infirmières et les infirmiers à fournir des soins compétents, factuels et conformes à l'éthique [traduction] (M. Aldersberg, RNABC, communication personnelle à M. Davis, Dr. Peter Centre, 19 février 2002).

En 2005, la RNABC est devenue le CRNBC en vertu de la nouvelle *Health Professions Act of British Columbia*. Deux ans plus tard, le CRNBC a confirmé de nouveau que l'injection sous surveillance faisait partie de la pratique des infirmières et infirmiers autorisés dans le but de prévenir les maladies et de promouvoir la santé. Il a aussi répété que l'employeur devait appuyer la pratique des soins infirmiers (M. Aldersberg, CRNBC, communication personnelle à M. Davis, Dr. Peter Centre, 11 décembre 2007).

Contrairement à Insite, le Dr. Peter Centre n'a pas de dérogation à l'application de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Il affirme respecter la loi provinciale et faire tout ce qui est raisonnablement possible pour se conformer à la loi fédérale : les infirmières ne touchent pas aux drogues, ne les injectent pas et ne les fournissent pas.

La Dr. Peter AIDS Foundation a obtenu le statut d'intervenant dans l'affaire Insite présentée devant la Cour d'appel de la C.-B. Dans son résumé écrit du jugement, la juge Carol Huddart a déclaré que : « Les éléments de preuve [fournis par la Fondation] déterminent comment et pourquoi la décision dans cette affaire aura un effet important sur les infirmières et infirmiers autorisés qui veulent se conformer aux normes de l'éthique et de la profession, comme l'exige leur organisme de régie. Cette préoccupation est à l'origine de la question de la répartition des pouvoirs et les éléments de preuve aideront à comprendre à fond cette question » [*traduction*] (Cour d'appel de la Colombie-Britannique, 2010, par. 188).

La décision Pitfield (Cour suprême de la C.-B., 2008), celle de la Cour d'appel de la C.-B. (Cour d'appel de la Colombie-Britannique, 2010) et l'expérience du Dr. Peter Centre fournissent des points de vue légaux importants au sujet du service d'injection sous surveillance. Les implications pour les infirmières sont les suivantes :

- Il est entendu que la toxicomanie constitue une maladie chronique.
- Les services de réduction des méfaits sont des services de santé de base nécessaires à la prise en charge de la toxicomanie.
- Il est anticonstitutionnel de refuser l'accès aux services de soins de santé à cause de l'usage de drogues illicites.
- L'éducation en matière de pratiques d'injection sous surveillance fait partie du champ d'exercice des soins infirmiers.
- Les gestionnaires et les employeurs doivent appuyer la pratique en fonction des recherches récentes.
- Les gestionnaires et les employeurs doivent appuyer l'élaboration de politiques organisationnelles conformes à la stratégie de réduction des méfaits.

Questions d'ordre éthique

En ce qui concerne la réponse à l'usage de drogues illicites, il y a au moins deux conflits qui intéressent particulièrement les infirmières et infirmiers autorisés au Canada. Le premier oppose les données probantes aux politiques et le deuxième, la réduction des méfaits à l'équité, la justice et la justice sociale.

Les infirmières et infirmiers autorisés ont une obligation éthique de promouvoir la santé et le bien-être et doivent fonder leurs pratiques sur les données probantes récentes, mais ils travaillent parfois dans des organisations qui n'appuient pas la réduction des méfaits ou qui adhèrent exclusivement, au niveau des principes et dans la pratique, à un modèle fondé sur l'abstinence. Le caractère illicite de nombreuses drogues, ainsi que les politiques prohibitionnistes en vigueur, soulèvent des inquiétudes quant à la nature même de la pratique conforme à l'éthique dans la prestation des soins aux usagers de drogues illicites. Afin d'examiner la pratique des soins infirmiers respectueuse de l'éthique dans ce contexte, il est utile de se pencher sur les valeurs professionnelles qui sous-tendent la pratique des soins infirmiers.

Les engagements éthiques des infirmières et infirmiers autorisés sont énoncés dans le *Code de déontologie* de l'AIIC (AIIC, 2008) qui met en évidence des valeurs importantes qui orientent la pratique infirmière et la prestation des soins pour tous les Canadiens. Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec celles de la pratique professionnelle des soins infirmiers qui sont énoncées dans le Code de déontologie : fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique; promouvoir la santé et le bien-être; promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées; préserver la dignité dans le contexte de laquelle les soins sont fournis en fonction du besoin; et promouvoir la justice (Lightfoot et coll., 2009; Pauly, Goldstone et coll., 2007). Plus particulièrement, pour fournir des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique, il est du devoir des infirmières et infirmiers autorisés de fonder leur pratique sur les meilleures données probantes disponibles. Les données probantes examinées plus tôt montrent un lien entre des stratégies de réduction des méfaits (y compris les services de distribution et de récupération d'aiguilles, les centres d'injection sous surveillance, l'approche par des pairs, le traitement d'entretien à la méthadone, la distribution de trousse d'usage plus sécuritaire du crack et la prescription d'héroïne) et la réduction des comportements risqués et la promotion de la santé et du bien-être des personnes qui font l'usage de drogues illicites.

Les valeurs de la réduction des méfaits concordent avec celles de la pratique professionnelle des soins infirmiers qui sont énoncées dans le Code de déontologie : fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique; promouvoir la santé et le bien-être; promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées; préserver la dignité dans le contexte de laquelle les soins sont fournis en fonction du besoin; et promouvoir la justice.

Dans certaines situations, l'absence de politique de réduction des méfaits dans une organisation de soins de santé peut contribuer à la stigmatisation sociétale qui existe dans une culture imprégnée par les attitudes négatives à l'égard de l'usage de drogues illicites. Les infirmières peuvent craindre des sanctions légales et organisationnelles si elles suivent une approche de réduction des méfaits dans leur pratique. Même si les poursuites en justice semblent peu probables (Pauly, Goldstone et coll., 2007), il se peut qu'une infirmière œuvrant dans une organisation qui suit un modèle fondé sur l'abstinence soit sanctionnée par l'organisation si elle s'écarte des normes de pratique organisationnelles.

Il est du devoir des infirmières et infirmiers autorisés de fonder leur pratique sur les meilleures données probantes disponibles.

Les associations professionnelles nationales et provinciales d'infirmières et d'infirmiers peuvent jouer un rôle clé à cet égard. Au Canada, la Saskatchewan Registered Nurses 'Association a adopté un énoncé de position sur la réduction des méfaits comme élément de la lutte contre les injustices en santé (Saskatchewan Registered Nurses 'Association [SRNA], 2008). Il est particulièrement important d'établir un énoncé de position national sur la réduction des méfaits. À l'échelon provincial, il est possible d'appliquer les politiques en vigueur sur les soins infirmiers (p. ex., la définition de la pratique des soins infirmiers, les normes professionnelles et le Code de déontologie de l'AIIC) et de les interpréter de façon à mettre en évidence des orientations importantes pour les soins infirmiers aux usagers de substances.

Fry, Cvetkovski et Cameron (2006) font remarquer que les questions de « microéthique » ou d'éthique de tous les jours abondent dans le fonctionnement et l'évaluation de centres d'injection et d'usage sous surveillance : « Certains peuvent considérer que des questions d'éthique appliquée (p. ex., protection de la vie privée des clients et de la confidentialité, consentement dans le cas des clients intoxiqués, limite du rôle des membres du personnel et diligence obligatoire dans le cas des méfaits causés par la personne même qui s'injecte des drogues) sont des éléments de second ordre comparativement à d'autres problèmes cliniques et empiriques » (p. 465). C'est la réflexion sur ces questions, soulignent les auteurs, qui permet d'explicitier ces valeurs et d'améliorer la pratique. Par exemple, on s'est inquiété du risque accru d'infection par VIH chez les personnes qui ont besoin d'aide pour s'injecter des drogues (Wood, Spittal et coll., 2003). Les personnes incapables de s'injecter elles-mêmes à cause d'une perte de mobilité ou de certains de leurs membres présentent des cas difficiles sur le plan éthique aux infirmières et infirmiers qui sont aux premières lignes de la prestation de services dans de telles situations. Dans les centres d'injection et d'usage sous surveillance aussi, on comprend mal ces questions et celles concernant les solutions possibles aux problèmes de santé et à l'accès injustement inégal aux soins de santé des usagers de ces installations. Ce qui préoccupe particulièrement les infirmières de ces services, ce sont les nombreuses questions d'éthique rencontrées dans la mise en œuvre d'interventions de réduction des méfaits (Pauly, Goldstone et coll., 2007).

La mesure dans laquelle la réduction des méfaits est harmonisée avec les engagements fondamentaux envers l'équité et la justice sociale décrits dans le Code de déontologie de l'AIIC (AIIC, 2008) est le second conflit auquel sont confrontés les infirmières et les infirmiers. La réduction des méfaits est considérée comme « neutre moralement » sur l'usage de drogues illicites (Keane, 2003), mais elle n'est pas dépourvue de valeurs morales. Certains ont préconisé une compréhension de la réduction des méfaits basée davantage sur la morale qui en reconnaît les valeurs sous-jacentes et favorise l'engagement moral comme moyen d'améliorer la recherche, le traitement et les politiques (Fry, Treloar et Maher, 2005). D'autres ont des avis divergents quant à la mesure dans laquelle l'approche de la réduction des méfaits devrait inclure des stratégies pour modifier le contexte stratégique et politique qui influent sur les méfaits causés par l'usage de drogues (Fry et coll., 2005; Hunt, 2004). Dans le passé, la dépolitisation de l'usage des drogues a été recommandée pour réduire les jugements moraux sur l'usage de drogues; d'autres ont fait observer que la dépolitisation de la réduction des méfaits comportait des limites et que l'on négligeait de s'attaquer au contexte social dans lequel les méfaits causés par l'usage de substances illicites sont amplifiés (Fischer, Rehm, Kim et Kirst, 2005; Hathaway, 2001, 2002; Miller, 2001). Certains ont reproché à la réduction des méfaits de ne pas chercher davantage à lutter contre les méfaits sociaux et les causes profondes des méfaits associés aux drogues, comme l'itinérance et la pauvreté (Miller, 2001). Le mouvement de la réduction des méfaits met de plus en plus en évidence les liens entre les régimes actuels de lutte contre les drogues et les violations des droits de la personne (Barrett, Lines, Schleifer, Elliot et Bewley-Taylor, 2008). L'International Harm Reduction Association (2010) a clairement intégré dans ses principes le besoin de remettre en question les politiques et les pratiques qui contribuent à la criminalisation, à la discrimination et aux injustices sociales reliées à la réduction des méfaits. Cette prise de position est particulièrement appropriée à la pratique des soins infirmiers dans le contexte des objectifs de la justice sociale. Par exemple, l'éducation sur l'usage plus sécuritaire des drogues ne mettra jamais fin à l'itinérance qui contribue aux méfaits causés par l'usage de drogues (Hardill, 2007). On peut voir dans la réduction des méfaits une façon de tenter de remédier partiellement aux injustices dans la santé et les soins de santé pour les personnes marginalisées à cause de l'usage de drogues (Pauly, 2008a).

VI. Conclusions

- Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle important dans l'atténuation des méfaits pour la santé associés aux drogues illicites. Ils peuvent aussi être un point d'accès important aux soins de santé pour les personnes qui font usage de drogues illicites et établir un lien entre celles-ci et les services de logement et les services sociaux afin de réduire certains des autres méfaits causés par l'usage de drogue. Il faut améliorer les facteurs organisationnels qui influent sur l'accès aux soins de santé, au logement et aux services sociaux. Le risque que des services ne tenant pas compte des réalités culturelles ou des questions de genre traumatisent davantage les personnes qui font usage de drogues illicites est très inquiétant, par exemple. Il est urgent d'analyser de façon critique l'accès aux services de santé et aux services sociaux et d'améliorer et d'affiner la structure de ces services, en particulier de ceux qui concernent la réduction des méfaits, le counseling et le traitement des traumatismes.
- L'inclusion des « méfaits sociaux » dans la définition des méfaits causés par l'usage de drogues a d'importantes implications pour la façon de percevoir les méfaits, ainsi que pour la pratique et les politiques des soins infirmiers en ce qui concerne l'usage de drogues. Comme Rhodes (2002) le signale, il est important de tenir compte des méfaits sociaux parce que les politiques sur le logement, l'économie et l'emploi contribuent au risque pour les personnes affectées par l'usage de substances d'être en mauvaise santé. Les buts et les engagements de la profession infirmière concordent avec une définition détaillée de la réduction des méfaits qui reconnaît les points de rencontre entre les déterminants sociaux de la santé et les drogues illicites et repose sur une compréhension de la conjoncture sociale sous-jacente à l'origine des injustices. Les infirmières sont bien placées pour aider à comprendre les causes profondes des méfaits liés à l'usage de drogues illicites afin de s'attaquer aux injustices en matière de santé, et ces efforts concordent avec la mission définie dans le Code de déontologie de l'AIIC (2008).
- Les perspectives juridiques relatives à la fourniture de matériel de réduction des méfaits et aux services d'injection sous surveillance concordent avec les normes professionnelles et éthiques de pratique des soins infirmiers déjà en place. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, il est peu probable que la distribution de trousse de plus sécuritaire du crack et de seringues entraîne des poursuites. La décision Pitfield et l'expérience du Dr. Peter Centre appuient l'éducation sur l'injection sous surveillance comme élément de la pratique des soins infirmiers dans les services de soins de santé primaires. Ces progrès sont toutefois limités et il y a souvent un manque ou une absence de politiques officielles de soins infirmiers en ce qui concerne ces enjeux dans la plupart des services de soins de santé. Il y a eu peu d'études jusqu'à maintenant sur les enjeux microéthiques de la réduction des méfaits et de la pratique des soins infirmiers. Il faut tenir compte davantage des préoccupations éthiques concernant les soins aux usagers de drogues illicites.

-
- Il existe beaucoup de données probantes sur les avantages de plusieurs stratégies ciblées de réduction des méfaits. La sécurité, l'efficacité et la rentabilité des programmes de distribution et de récupération d'aiguilles a été prouvée, pour ce qui est de la réduction des comportements à risque d'infection par VIH et l'augmentation de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les usagers de drogues injectables. Les stratégies d'approche constituent un moyen peu coûteux et efficace d'atteindre les usagers de drogues illicites et elles sont particulièrement efficaces lorsqu'elles incluent l'approche par les pairs. Les centres d'injection sous surveillance réduisent les comportements à risque pour l'infection par VIH et le nombre de décès par surdose, accroissent l'accès au traitement des toxicomanies et réduisent le désordre public. Les traitements d'entretien à la méthadone et la prescription d'héroïne sont sécuritaires et rentables et les premières données probantes indiquent que la prescription d'héroïne est plus efficace que l'entretien à la méthadone dans le cas des personnes pour qui d'autres méthodes n'ont pas réussi. Les premières études sur la prescription d'héroïne ont révélé qu'elle améliore les résultats pour la santé et réduit la consommation de drogues illicites et les activités criminelles sans avoir d'effet négatif sur la communauté.
 - Même s'il existe beaucoup de données probantes sur les diverses stratégies de réduction des méfaits, comme les programmes de distribution et de récupération d'aiguilles, le traitement d'entretien à la méthadone, la prescription d'héroïne, les centres d'injection sous surveillance, la distribution de trousse d'usage plus sécuritaire du crack et l'approche par les pairs, les évaluations du rôle et de l'effet des soins infirmiers dans ces stratégies ont été limitées. La plupart des publications infirmières sur la réduction des méfaits présentent des comptes rendus descriptifs de la pratique des soins infirmiers. Même si ces comptes rendus ouvrent une fenêtre importante sur le rôle des infirmières dans la réduction des méfaits associés à l'usage de drogues illicites, il est nécessaire que des recherches soient effectuées par les infirmières – ou avec celles-ci – pour surveiller et évaluer les processus et les résultats des interventions infirmières.
 - Les politiques étrangères et provinciales en matière de drogue ont évolué pour appuyer des stratégies de réduction des méfaits harmonisées avec une approche basée sur la santé publique de la consommation de drogues illicites, mais les politiques fédérales adoptent de plus en plus l'abstinence et une approche de la « guerre contre les drogues ». Au niveau organisationnel, on trouve un ensemble disparate de politiques qui favorisent ou découragent les efforts de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues illicites. Comme il n'y a pas de politique infirmière sur la réduction des méfaits, les infirmières et les infirmiers se retrouvent souvent pris entre les preuves et les politiques. La recherche sur la création de milieux à risques (Rhodes, 2002; Rhodes et coll., 2005) pour aider à comprendre les facteurs sociaux qui engendrent les méfaits favorisant l'usage de drogues illicites révèle que les infirmières doivent se concentrer non seulement sur les politiques

relatives aux drogues, mais aussi sur les politiques en matière de logement social et de revenu qui contribuent aux méfaits produits par l'usage des drogues. En outre, si l'on regarde l'histoire de l'inégalité entre les sexes, de la colonisation et des disparités ethniques, il est manifeste qu'il faut regarder l'élaboration des politiques courantes du point de vue de leur adéquation aux différents sexes et cultures et en étant attentifs aux conditions qui engendrent les inégalités associées à l'usage de drogues illicites. La contestation des politiques et des pratiques qui contribuent aux méfaits concorde non seulement avec les principes de la réduction des méfaits, mais aussi avec le Code de déontologie de l'AIIC (2008) où les engagements envers l'équité et la justice sociale incluent la lutte contre les politiques injustes.

Références

- Adlaf, E. M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la Phase I*. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, novembre 2007*. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Épidémie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : Résultats du système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)*. Ottawa : Section de la surveillance et de l'épidémiologie des ITS et de l'hépatite C, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.
- Alexander, B. (1990). *Peaceful measures: Canada's way out of the "war on drugs."* Toronto : University of Toronto Press.
- Alexander, B. K. (2008). *The globalisation of addiction: A study in poverty of the spirit*. Don Mills (ON) : Oxford University Press.
- Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ali, R. et Ferri, M. (2005). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(3), CD003409.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F. et Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321-329.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. et Mayet, S. (2008). Psychological and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005031.
- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Associated Press. (21 août 2009). Mexico legalizes drug possession. *New York Times*, A12.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). *Le soutien de la clientèle recevant des traitements d'entretien à la méthadone : Lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur. Consulté le 30 octobre 2008 à http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/ethics/code/default_f.aspx

Association médicale canadienne. (7 octobre 2010). *L'Association médicale canadienne intervient à l'appui de la réduction des préjudices*. [Communiqué]. Disponible à <http://www.cma.ca/representation/cma-harm-reduction-des-préjudices>.

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

Banks, J. W., et Loftus, P. (1991). Street Smarts: A nurse-run program that battles the spread of HIV in the streets. Its weapon? Education. *Canadian Nurse*, 87(7), 25-27.

Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., Buster, M., et coll. (2005). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 16(2), 198-202.

Barnett, P. G., Rodgers, J. H. et Bloch, D. A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 95(5), 683-690.

Barrett, D., Lines, R., Schleifer, R., Elliot, R. et Bewley-Taylor, D. (2008, March). *Recalibrating the regime: The need for a human rights based approach to international drug policy*. Oxford (GB) : Beckley Foundation Drug Policy Programme, International Harm Reduction Association, Human Rights Watch, Réseau juridique canadien VIH/sida.

Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R. et Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long?* Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. consulté le 23 septembre 2010 à <http://www.ccsa.ca/2008%20CCSA%20Documents2/ccsa0115302008f.pdf>

Benschop, A., Rabes, M. et Korf, D. J. (2002). *Pill testing, ecstasy and prevention: A scientific evaluation in three European cities*. Amsterdam : Rozenberg Publishers.

Berridge, V. (2009). Heroin prescription and history. *New England Journal of Medicine*, 361, 820-821.

Bethune, B. (11 juin 2009). Sex, drugs and acrobats. *Macleans*, 9, 11. Consulté le 22 septembre 2010 à <http://www2.macleans.ca/2009/06/11/sex-drugs-acrobats/>

Binswanger, I. A., Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Rybold, D. J. et Edlin, B. R. (2000). High prevalence of abscesses and cellulitis among community-recruited injection drug users in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*, 30, 579-581.

Boyd, N. (1991). *High society: Legal and illegal drugs in Canada*. Toronto : Key Porter Books.

Boyd, S., MacPherson, D. et Osborn, B. (2009). *Raise shit! Social action saving lives*. Winnipeg : Fernwood Publishing.

Brennan, E., et Giles, S. (1996). *Nursing close to the street: Home care nursing in Vancouver's urban core*. Consulté le 1^{er} octobre 2008 à <http://www.multidx.com/articles/CloseToStreet96.html>

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.

British Columbia Nurses' Union. (28 mai 2008). *Nurses welcome court ruling keeping InSite open: BC nurses' union calls on Ottawa to accept decision and amend drug laws*. [Communiqué]. Disponible à http://www.bcnu.org/whats_new_media/news_releases/2008/05-28.htm

Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., Anthony, D. L., Madray, H., Mill, R. J., et coll. (1998). Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: Results from a peer-driven intervention. *Public Health Reports*, 113(Supp. 1), 42-57.

Broadhead, R. S., Kerr, T. H., Grund, J.-P.C. et Altice, F. L. (2002). Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 329-356.

Broadhead, R. S., Van Hulst, Y. et Heckathorn, D. D. (1999). Termination of an established needle-exchange: A study of claims and their impact. *Social Problems*, 46(1), 48-66.

Brown, L. (novembre-décembre 1988). Taking to the streets. *RNABC News*, 10(6), 10-13. Unique Identifier: AIDSLINE MED/89100039.

Butters, J., et Erickson, P. G. (2003). Meeting the health care needs of female crack users: A Canadian example. *Women and Health*, 37(3), 1-17.

Campbell, L., Boyd, N. et Culbert, L. (2009). *A thousand dreams: Vancouver's Downtown Eastside and the fight for its future*. Vancouver : Greystone Press.

Carriere, G. L. (2008). Linking women to health and wellness: Street outreach takes a population health approach. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 205-210.

Carroll, J. (1995). The negative attitudes of some general nurses towards drug misusers. *Nursing Standard*, 9, 36-38.

Carstairs, C. (2006). *Jailed for possession: Illegal drug use, regulation, and power in Canada, 1920-1961*. Toronto : University of Toronto Press.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (1996). *Réduction des méfaits : concepts et pratiques*. Ottawa : auteur.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2005). *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et autres drogues et substances au Canada*. Ottawa : Santé

Centre for Addictions Research of British Columbia. (2006). *Following the evidence: Preventing harms from substance use in BC*. Victoria (CB) : Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Centre for Addictions Research of British Columbia (2008). *Beyond 2008: An International NGO Forum. Final report of Vancouver consultation, February 4-5, 2008*. Vancouver : auteur.

Centre national de collaboration des maladies infectieuses. (2008). *Examen des preuves : Les interventions de prévention primaire du VIH en milieu carcéral et lors de la remise en liberté*. Winnipeg (MB) : Auteur.

Chandler, R. (2008). *Best practices for British Columbia's harm reduction supply distribution program*. British Columbia Harm Reduction Strategies and Services. Vancouver : British Columbia Centre for Disease Control.

Christie, T., Groarke, L. et Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 52-58.

Cité de Vancouver. (25 octobre 2005). *Draft plan: Preventing harm from psychoactive substance use*. Vancouver : auteur. Clark, N. C., Lintzeris, N., Gijssbers, A., Whelan, G., Dunlop, A., Ritter, A., et coll. (2002). LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002210.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2010). *Scope of practice for registered nurses: Standards, limits, conditions*. Vancouver : auteur.

Collin, C. (2006a). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : I. La stratégie canadienne antidrogue*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement.

Collin, C. (2006b). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : II. Les mesures parlementaires (1987-2005)*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement.

Collins, C. L., Kerr, T., Tyndall, M. W., Marsh, D. C., Kretz, P. S., Montaner, J. S., et coll. (2005). Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. *Revue canadienne de santé publique*, 96(5), 344-347.

Comité consultatif d'experts. (2008). *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche : Rapport final du Comité consultatif d'experts sur les recherches sur les sites d'injection supervisés*. Ottawa : Santé Canada. Consulté le 24 septembre 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/sites-lieux/insite/index-fra.php>

Comité de Vienne d'ONG sur les stupéfiants. (2010). *Beyond 2008 regional consultations*. Rome : auteur. Consulté le 8 novembre 2010 à http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8etid_cnt=33

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., et coll. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 11(9), 1-171, iii-iv.

Corneil, T. A., Kuyper, L. M., Shoveller, J., Hogg, R. S., Li, K., Spittal, P. M., et coll. (2006). Unstable housing associated risk behavior, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health Place*, 12(1), 79-85.

Cour d'appel de la Colombie-Britannique. (2010). *PHS Community Services Society v. Canada (Attorney General)*, BCCA 15.

Cour suprême de la Colombie-Britannique. (2008). *PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada*, BCSC 661. Vancouver : auteur.

Coyle, S. L., Needle, R. H. et Normand, J. (1998). Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcome data. *Public Health Reports*, 113(Suppl. 1), 19-30.

Craib, K. J. P., Spittal, P. M., Wood, E., Laliberté, N., Hogg, R. S., Li, K., et coll. (2003). Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(1), 19-24.

Crockett, B., et Gifford, S. M. (2004). "Eyes wide shut": Narratives of women living with hepatitis C in Australia. *Women and Health*, 39(4), 117-137.

Crofts, N., et Herkt, D. (1993). A history of peer-based drug-user groups in Australia. *Journal of Drug Issues*, 25, 599-616.

Cruz, M. F., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J. et Kalousek, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 54-61.

Darke, S., Ross, J. et Hall, W. (1996). Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction*, 91(3), 405-411.

Davenport-Hines, R. (2001). *The pursuit of oblivion: A global history of narcotics, 1500-2000*. Londres : Weidenfeld et Nicolson.

DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J., et coll. (2009). Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 181(9), 585-589.

DeBeck, K., Wood, E., Montaner, J. et Kerr, T. (2006). La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 : Examen basé sur les données. *Revue VIH/SIDA, droit et politiques*, 11(2/3), 1, 5-14.

Des Jarlais, D. C., Perlis, T., Arasteh, K., Torian, L. V., Hagan, H., Beatrice, S., et coll. (2005). Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990-2001. *AIDS*, 19(Suppl. 3), S20-S25.

Dijkgraaf, M. G. W., van der Zanden, B. P., de Borgie, C. A. J. M., Blanken, P., van Ree, J. M. et van den Brink, W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *British Medical Journal*, 330 (7503), 1297.

Dikötter, F., Laamann, L. et Zhou, X. (2004). *Narcotic culture: A history of drugs in China*. Chicago : University of Chicago Press.

Dolan, K., Rutter, S. et Wodak, A. D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction*, 98(2), 153-158.

Dooling, K., et Rachlis, M. (2010). Vancouver's supervised injection drug facility challenges Canada's drug laws. *Journal de l'Association médicale canadienne* 182(13), 1440-1444. doi: 10.1503/cmaj.100032.

Downing, M., Riess, T. H., Vernon, K., Mulia, N., Hollinquest, M., McKnight, C., et coll. (2005). What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 17(1), 68-78.

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

Elliott, R., Csete, J., Palepu, A. et Kerr, T. (2005). Reason and rights in global drug control policy. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172(5), 655-656.

Elliott, R., Malkin, I. et Gold, J. (2002). *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*. Ottawa : Réseau juridique canadien VIH/sida.

Erickson, P.G. (1998). Neglected and rejected: A case study of the impact of social research on Canadian drug policy. *Cahiers canadiens de sociologie*, 23(2/3), 263-280.

Escobotado, A. (1995). *Histoire élémentaire des drogues : des origines à nos jours*. Paris : Éditions du Léopard.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E. et Lemma, P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002208.

Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V. et Cami, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(65), 283-290.

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2003). *Diffuser la lumière de la science : Lignes directrices sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues injectables*. Genève : auteur.

Ferri, M., Davoli, M. et Perucci, C. A. (2006). Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: A Cochrane systematic review of effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), 63-72.

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.

Fischer, B., Rehm, J., Kim, G. et Kirst, M. (2005). Eyes wide shut? A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 11, 1-14.

Fischer, B., Rehm, J., Kim, G. et Robins, A. (2002). Safer injection facilities (SIFs) for injection drug users (IDUs) in Canada: A review and call for an evidence-focused pilot trial. *Revue canadienne de santé publique*, 93(5), 336-338.

Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., et coll. (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12, 228-234.

Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., Kalousek, K., Haydon, E., Tyndall, M., et coll. (2006). Crack across Canada: Comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opiate users. *Addiction*, 101(12), 1760-1770.

Fischer, B., Rudzinski, K., Ivsins, A., Gallupe, O., Patra, J. et Krajden, M. (2010). Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17(4), 333-353.

-
- Fischer, B., Turnbull, T., Poland, B. et Haydon, E. (2004). Drug use, risk and urban order: Examining supervised injection sites (SISs) as “governmentality.” *International Journal of Drug Policy*, 15, 357-365.
- Fisher, D. G., Fenaughty, A. M., Cagle, H. H. et Wells, R. S. (2003). Needle exchange and injection drug use frequency: A randomized clinical trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33(2), 199-205.
- Fisher, D. G., Reynolds, G. L. et Harbke, C. R. (2002). Selection effect of needle exchange in Anchorage, Alaska. *Journal of Urban Health*, 79(1), 128-135.
- Fisk, S. (1998). Integrating harm-reduction methods and HIV care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 9(3), 19-24.
- Freeman, K., Jones, C. G. A., Weatherburn, D. J., Rutter, S., Spooner, C. J. et Donnelly, N. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24, 173-184.
- Friedman, S. R., Cooper, H. L. F., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., Flom, P. L., et coll. (2006). Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*, 20, 93-99.
- Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touze, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C., et coll. (2007). Harm reduction theory: Users’ culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users’ groups. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 107-117.
- Fry, C. L., Cvetkovski, S. et Cameron, J. (2006). The place of supervised injecting facilities within harm reduction: Evidence, ethics and policy. *Addiction*, 101, 465-467.
- Fry, C. L., Treloar, C. et Maher, L. (2005). Ethical challenges and responses in harm reduction research: Promoting applied communitarian ethics. *Drug and Alcohol Review*, 24, 449-459.
- Galea, S., Nandi, A. et Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiological Reviews*, 26, 36-52.
- Galea, S., Rudenstine, S. et Vlahov, D. (2005). Drug use, misuse, and the urban environment. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 127-136.
- Galea, S., et Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports*, 117(Suppl. 1), S135-S145.
- Garm, A. (1999). The Sheway Project. *Canadian Nurse*, 95(10), 22-25.

Gelberg, L., Browner, C. H., Lejano, E. et Arangua, L. (2004). Access to women's health care: A qualitative study of barriers perceived by homeless women. *Women and Health*, 40(2), 87-100.

Gibson, D. R., Flynn, N. M. et Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 15, 1329-1341.

Giffen, P. G., Endigott, S. et Lambert, S. (1991). *Panic and indifference: The politics of Canada's drug laws*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Giles, S., et Brennan, E. (2001). Home nursing of HIV-positive clients. *Canadian Nurse*, 97(1), 33-36.

Glanz, M., Klawansky, S., McAullife, S. et Chalmers, T. (1997). Methadone vs. L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. A meta-analysis of the randomized, controlled trials. *American Journal on Addictions*, 6(4), 339-349.

Goffman, E. (1963). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Traduit de l'anglais par Alain Kihm, coll. Le Sens commun, Paris : [Éditions de Minuit](#), 1975.

Gold, F. (2003). Advocacy and activism: Supervised injection facilities. *Canadian Nurse*, 99(2), 14-18.

Gouvernement du Canada. (1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales – 1972*. Ottawa : Information Canada. Disponible à <http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/ledain/ldctoc.html>

Gowing, L., Farrel, M., Ali, R. et White, J. M. (2009). Alpha₂-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002024.

Gray, M. (1998). *Drug crazy: How we got into this mess and how we can get out*. New York : Random House, Inc.

Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington (DC) : Cato Institute.

Griffiths, H. (2002). Dr. Peter Centre: Removing barriers to health care services. *Nursing BC*, 34(5), 10-14.

Gulcur, L., Stefancic, A., Shinn, M., Tsemberis, S. et Fischer, S. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13(2), 171-186.

-
- Hagan, H., McGough, J. P., Thiede, H., Hopkins, S. G., Weiss, N. S. et Alexander, E. R. (2002). Volunteer bias in nonrandomized evaluations of the efficacy of needle-exchange programs. *Journal of Urban Health*, 77(1), 103-112.
- Hardill, K. (2007). From the Grey Nuns to the streets: A critical history of outreach nursing in Canada. *Public Health Nursing*, 24(1), 91-97.
- Hartnoll, R. L., Mitcheson, M. C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P., et coll. (1980). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37(8), 877-884.
- Hathaway, A. D. (2001). Shortcomings of harm reduction: Toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal of Drug Policy*, 12, 125-137.
- Hathaway, A. D. (2002). From harm reduction to human rights: Bringing liberalism back into drug reform debates. *Drug and Alcohol Review*, 21, 397-404.
- Health Officers Council of British Columbia. (2005). *A public health approach to drug control: Discussion paper*. Victoria (BC) : auteur.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbonne : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Heimer, R. (1998). Can syringe exchange serve as a conduit to substance abuse treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 183-191.
- Hilton, B. A., Thompson, R. et Moore-Dempsey, L. (2009). Evaluation of the AIDS prevention street nurse program: One step at a time. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 41(1), 238-258.
- Hilton, B. A., Thompson, R., Moore-Dempsey, L. et Hutchinson, K. (2001). Urban outpost nursing: The nature of the nurses' work in the AIDS prevention street nurse program. *Public Health Nursing*, 18(4), 273-280.
- 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.
- Hulse, G. K., English, D. R., Milne, E. et Holman, C. D. J. (1999). The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates. *Addiction*, 94(2), 221-229.
- Hunt, N. (2004). Public health or human rights: What comes first? *International Journal of Drug Policy*, 15, 231-237.

Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B. et Stimson, G. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. Londres : Forward Thinking On Drugs – A Release Initiative.

Huo, D., Bailey, S. L., Hershow, R. C. et Ouellet, L. (2005). Drug use and HIV risk practices of secondary and primary needle exchange users. *AIDS Education and Prevention*, 17(2), 170-184.

Hwang, S. (2007). Science and ideology. *Open Med* 1(2), e99-101.

Independent Working Group. (2006). *The report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*. York (GB) : Joseph Roundtree Foundation.

International Drug Policy Consortium. (2007). *The United Nations review of global policy on illegal drugs: An advocacy guide for civil society. Version two*. Londres (GB) : auteur.

International Harm Reduction Association. (2010). *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits?* [Prise de position]. Londres (GB) : auteur.

Ivsins, A., Chow, C., Marsh, D., MacDonald, S., Stockwell, T. et Vallance, K. (2010). *Drug use trends in Victoria and Vancouver, and changes in injection drug use after the closure of Victoria's fixed site needle exchange (CARBC statistical bulletin)*. Victoria (BC) : Université de Victoria.

Johansson, B. A., Berglund, M. et Lindgren, A. (2007). Efficacy of maintenance treatment with methadone for opioid dependence: A meta-analytical study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 288-295.

Johnson, T. P., et Fendrich, M. (2007). Homelessness and drug use: Evidence from a community sample. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6, Suppl. 1), S211-S218.

Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227-232.

Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, 82(2), 267-275.

Kerr, T., Oleson, M. et Wood, E. (2004). Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisée, dirigé par des utilisateurs. *Revue VIH/sida, Droit et politiques*, 9(2), 14-20.

Kerr, T., Small, W., Moore, D. et Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 37-45.

Kerr, T., Small, W., Peace, W., Douglas, D., Pierre, A. et Wood, E. (2006). Harm reduction by a “user-run” organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). *International Journal of Drug Policy*, 17, 61-69.

Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J. et Wood, E. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet*, 366, 316-318.

Kerr, T., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G. et Wood, E. (2006). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 17, 436-441.

Kerr, T., Tyndall, M. W., Zhang, R., Lai, C., Montaner, J. S. G. et Wood, E. (2007) Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1228-1230.

Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., Lai, C., et coll. (2004). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27(1), 62-66.

Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E. et Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.

Kimber, J., Dolan, K., Van Beek, I., Hedrich, D. et Zurhold, H. (2003). Drug consumption facilities: An update since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22, 227-233.

Kimber, J., Dolan, K. et Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 24, 21-24.

King County Bar Association. (2005). *Effective drug control: Toward a new legal framework*. Seattle (WA) : auteur.

Krüsi, A., Small, W., Wood, E. et Kerr, T. (2009). An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: A qualitative evaluation. *AIDS Care*, 21(5), 638-644.

Lacey, M. (16 octobre 2009). Dans *Mexican drug war, investigators are fearful*. *The New York Times* (p. A1).

Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D., Burlingham, B., Lonczak, H. S., et coll. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Journal of American Medical Association*, 301(13), 1349-1357.

-
- Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N. et Fischer, B. (2010). A heroin prescription trial: Case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 28-35.
- Latkin, C. A. (1998). Outreach in natural setting: The use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Reports*, 113(Suppl. 1), 151-159.
- Latkin, C. A., Hua, W. et Davey, M. A. (2004). Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities. *AIDS Education and Prevention*, 16(6), 499-508.
- Lenton, S., et Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.
- Leonard, L., DeRubeis, E. et Birkett, N. (2006). *Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack*. Ottawa : Santé publique Ottawa.
- Leonard, L., Forrester, L., Navarro, C., Hansen, J. et Doucet, C. (2008). The effectiveness of needle exchange programs in modifying HIV-related outcomes: A systematic review of the evidence 1997-1999 [Résumé structuré]. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 2008(3).
- Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. et Samet, J. H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2002), 121-128.
- Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. et Pauly, B. (2009). Centre d'injection « Insite » pour la réduction des méfaits. *infirmière canadienne*, vol. 10(4), p. 12-18.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D. et Nelles, J. (2006). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complexe des données et expériences internationales*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Lloyd-Smith, E., Kerr, T., Hogg, R. S., Li, K., Montaner, J. S. G. et Wood, E. (2005). Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 2(24). doi: 10.1186/1477-7517-2-24.
- Loth, C., Schippers, G. M., Hart, H. et van de Wijngaart, G. (2007). Enhancing the quality of nursing care in methadone substitute clinics using action research: A process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 422-431.
- Loxley, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., et coll. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra (Australie) : Department of Health and Ageing.

MacDonald, M., Law, M., Kaldor, J., Hales, J. et Dore, G. J. (2003). Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*, 14(5-6), 353-357.

Macias, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, S., Mira, J. A., et coll. (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: Association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International*, 28(6), 781-786.

MacNeil, J., et Pauly, B. (2010a). Impact: A case study examining the closure of a large urban fixed site needle exchange in Canada. *Harm Reduction Journal*, 7(11). doi: 10.1186/1477-7517-7-11.

MacNeil, J., et Pauly, B. (2010b). Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00188.x.

MacPherson, D. (1999). *Comprehensive systems of care for drug users in Switzerland and Frankfurt, Germany. A report from the 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Frankfurt, Germany*. Vancouver : Cité de Vancouver. Consulté le 24 septembre 2010 à <http://vancouver.ca/commsvcs/socialplanning/initiatives/alcohol/swiss/index.htm>

MacPherson, D. (2001). *A framework for action: A four-pillar approach to drug problems in Vancouver*. Vancouver : Cité de Vancouver.

Magura, S. (2007). Drug prohibition and the treatment system: Perfect together. *Substance Use and Misuse*, 42, 495-501.

Malchy, L., Bungay, V. et Johnson, J. (2008). Documenting perceptions and practices of “safer” crack use: A Canadian pilot. *International Journal of Drug Policy*, 19, 339-341.

Malkin, I., Elliott, R. et McRae, R. (2003). Supervised injection facilities and international law. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 539-578.

Manzoni, P., Brochu, S., Fischer, B. et Rehm, J. (2006). Determinants of property crime among illicit opiate users outside of treatment across Canada. *Deviant Behavior*, 27, 351-376.

March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F. et PEPSA Team. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 203-211.

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

Marlatt, G. A., et Witkiewitz, K. (2010). Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 20.1-20.16.

Marx, M. A., Crape, B., Brookmeyer, R. S., Junge, B., Latkin, C., Vlahov, D., et coll. (2000). Trends in crime and the introduction of a needle exchange program. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1933-1936.

Masson, C. L., Sorensen, J. L., Perlman, D. C., Shopshire, M. S., Delucchi, K. L., Chen, T., et coll. (2007). Hospital- versus community-based syringe exchange: A randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, 19(2), 97-110.

Maté, G. (2009). *Les dépendances, ces fantômes insatiables*. Montréal : Édition de l'Homme.

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. et Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002209.

Mattinson, K., et Hawthorne, J. (1996). Harm reduction: A realistic approach toward injection drug users. *Canadian Nurse*, 92(2), 22-26.

Mays, N., Roberts, E. et Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. Dans N. Fulop, P. Allen, A. Clarke et N. Black (dir.), *Studying the organisation and delivery of health services: Research methods* (pp. 188-220). New York : Routledge.

McCall, J. (1999). Emergency nursing care of injection drug users: A positive approach. *Nursing BC*, 3(1), 16-19.

McCracken, M., et Watson, G. (2004). *Women need safe, stable, affordable housing: A study of social, private and co-op housing in Winnipeg*. Winnipeg (MB) : Centre d'excellence pour la santé des femmes – Région des Prairies.

McInnes, C. W., Druyts, E., Harvard, S. S., Gilbert, M., Tyndall, M. W., Lima, V. D., et coll. (2009). HIV/AIDS in Vancouver, British Columbia: A growing epidemic. *Harm Reduction Journal*, 6(5). doi: 10.1186/1477-7517-6-5.

McLaughlin, D., et Long, A. (1996). An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 283-288.

McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K. et Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: Perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006(13), 682-686.

Mehrabadi, A., Craib, K., Patterson, K., Adam, W., Moniruzzaman, A., Burkitt, B. et coll. (2008). The Cedar Project: A comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *International Journal for Drug Policy*, 19, 159-168.

Miller, C., Tyndall, M., Spittal, P., Li, K., Palepu, A. et Schechter, M. T. (2002). Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges. *Journal of Urban Health*, 79(2), 257-265.

Miller, P. G. (2001). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. *Critical Public Health*, 11(2), 167-178.

Milloy, M.-J., Wood, E., Small, W., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., et coll. (2008). Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 693-699.

Milloy, M.-J. S., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J. et Wood, E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *PLoS One*, 3(10), e3351. doi: 10.1371/journal.pone.0003351.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2006). *Harm reduction: A British Columbia community guide*. Victoria (BC) : auteur.

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. (2004). *Every door is the right door: A British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction*. Victoria (BC) : auteur.

Mistral, W., et Hollingworth, M. (2001). The supervised methadone and resettlement team nurse: An effective approach with opiate-dependent, homeless people. *International Nursing Review*, 48, 122-128.

Moxham, R. (2003). *Tea: Addiction, exploitation, and empire*. New York : Carroll et Graf.

Naprvnik, S., Royce, R., Walter, E. et Lim, W. (2000). HIV-1 infected women and prenatal care utilization: Barriers and facilitators. *AIDS Patient Care and STDs*, 14(8), 411-420.

Nasaw, D. (9 février 2009). Could marijuana tax help shore up California's finances? *The Guardian*. Consulté le 23 septembre 2010 à <http://www.guardian.co.uk/world/deadlineusa/2009/feb/24/california-marijuana-legalisation-legislation>

Needle, R. H., Burrows, D., Friedman, S., Dorabjee, J., Touzé, G., Badrieva, L., et coll. (2004). *Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Needle, R. H., Burrows, D., Friedman, S. R., Dorabjee, J., Touzé, G., Badrieva, L., et coll. (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 16S, S45-S57.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2005). *Rapport mondial sur les drogues 2005. Volume 1 : Analyse*. Vienne : auteur.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2008). *Annual report covering activities in 2007*. Vienne : auteur.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2009). *Independent evaluation of Beyond 2008*. Vienne : auteur.

Oppenheimer, E., Tobutt, C., Taylor, C. et Andrew, T. (1994). Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: A 22-year follow-up study. *Addiction*, 89, 1299-1308.

Organisation des Nations Unies. (1998, 10 juin). *States pledge to significantly reduce demand for and supply of illicit drugs by 2008, as assembly concludes special session*. [Communiqué de presse]. New York : auteur. Disponible à <http://www.un.org/News/Press/docs/1998/19980610.ga9422.html>

Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., et coll. (2009). Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 777-786.

Oviedo-Joekes, E., Guhb, D., Brissette, S., Marchand, K., Marsha, D., Chettiarb, J., et coll. (2010, sous presse). Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence in women. *Drug and Alcohol Dependence*. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.016.

Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science and Medicine* 64, 1925-1936.

Padgett, D. K., Gulcur, L. et Tsemberis, S. (2006). Housing First services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16, 74-83.

Palmateer, M., Kimber, J., Hickman, M., Hutchinson, S., Rhodes, T. et Goldberg, D. (2010). Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: A review of reviews. *Addiction*, 105(5), 844-859.

Pauly, B. (2008a). Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 4-10.

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

Pauly, B., et Goldstone, I. (2008). Harm reduction in nursing practice: Current status and future implications. *International Journal of Drug Policy*, 19, 179-182.

Pauly, B., Goldstone, I., McCall, J., Gold, F. et Payne, S. (2007). Les enjeux déontologiques, juridiques et sociaux de la réduction des méfaits. *infirmière canadienne*, vol. 8(8), octobre 2007, p. 14-18.

Payne, S. (2007). Caring not curing: Caring for pregnant women with problematic substance use in an acute-care setting. A multidisciplinary approach, dans S. C. Boyd et L. Marcellus (dir.), *With child: Substance use during pregnancy, a woman-centred approach* (pp. 56-69). Halifax : Fernwood Publishing.

Pearce, M. E., Christian, W. M., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., Craib, K. J. P., et coll. (2008). The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Social Science and Medicine*, 66, 2185-2194.

Pennbridge, J., Mackenzie, R. G. et Swofford, A. (1991). Risk profile of homeless pregnant adolescents and youth. *Journal of Adolescent Health*, 12(7), 534-538.

Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M. et Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal*, 317, 13-18.

Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G. et Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32, 1088-1093.

Plaza, A., Oviedo-Joekes, E. et March, J. C. (2007). Nursing in an intravenous heroin prescription treatment. *Journal of Addictions Nursing*, 18, 13-20.

Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E. et Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 174(1), 45-49.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : auteur.

Rachlis, B. S., Kerr, T., Montaner, J. S. G. et Wood, E. (2009). Harm reduction in hospitals: Is it time? *Harm Reduction Journal*, 6(19). doi: 10.1186/1477-7517-6-19.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., et coll. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : Points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2005). *Rien à notre sujet sans nous : L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Toronto : auteur.

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2008). *La distribution de troussees pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada : Questions et réponses*. Ottawa : auteur. Consulté le 24 septembre 2010 à <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=896>

Rhodes, T. (2002). The “risk environment”: A framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94.

Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., et coll. (2006). Public injecting and the need for “safer environment interventions” in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101, 1384-1393.

Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R. et Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science and Medicine*, 61, 1026-1044.

Riley, D., et O’Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition and practice. Dans J. Inciardi et L. D. Harrison (dir.), *Harm reduction: National and international perspectives*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications (p. 1-26).

Riley, E. D., Safaeian, M., Strathdee, S. A., Marx, M. A., Huettner, S., Beilenson, P., et coll. (2000). Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 24, 57-61.

Ritter, A., et Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.

Royal Society for the Arts. (2007). *Drugs: Facing facts. The report of the RSA Commission on Illegal Drugs, Communities and Public Policy*. Londres (GB) : Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures, and Commerce.

Ruiterman, T., et Biette, G. (1973). Street nurses in blue jeans. *Canadian Nurse*, 69(1), 34-37.

Salmon, A. M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J. M. et Maher, L. (2007). Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, 18, 46-53.

Santé Canada. (2008). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d’alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2008*. Consulté le 1^{er} mars 2010 à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2008/summary-sommaire-fra.php

Saskatchewan Registered Nurses’ Association. (2008). *Promoting equity through harm reduction in nursing practice*. [Énoncé de position]. Regina : auteur.

Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., et coll. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: A pilot intervention study. *Journal of Urban Health*, 82(2), 303-311.

Seddon, T. (2006). Drugs, crime and social exclusion: Social context and social theory in British drugs–crime research. *British Journal of Criminology*, 46(4), 680-703.

Self, B., et Peters, H. (2005). Street outreach with no streets. *Canadian Nurse*, 101(1), 20-24.

Shannon, K., Ishida, T., Lai, C. et Tyndall, M. W. (2006). The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 107-114.

Shannon, K., Rusch, M., Morgan, R., Oleson, M., Kerr, T. et Tyndall, M. W. (2008). HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs. *Substance Use and Misuse*, 43(3-4), 521-534.

Sherman, S., et Purchase, D. (2001). Point Defiance: A case study of the United States' first public needle exchange in Tacoma, Washington. *International Journal of Drug Policy*, 12, 45-57.

Smadu, M. (5 mai 2008). [Lettre à Tony Clement, ministre de la Santé]. Disponible à http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Open_Letter_Clement_May_2008_f.pdf

Small, D., Palepu, A. et Tyndall, M. W. (2006). The establishment of North America's first state sanctioned supervised injection facility: A case study in culture change. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 73-82.

Small, W., Wood, E., Jurgens, R. et Kerr, T. (2005). Injection de drogue. VIH/sida et incarcération : Données de la Vancouver Injection Drug Users study. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 10(3), 1, 5-11.

Snead, J., Downing, M., Lorvick, J., Garcia, B., Thawley, R., Kegeles, S., et coll. (2003). Secondary syringe exchange among injection drug users. *Journal of Urban Health: Bulletin of New York Academy of Medicine*, 80(2), 330-348.

Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire. (2009). *Supervised drug consumption sites and InSite program*. [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Sondage Angus Reid. (29 juillet 2010). Canadians are supportive of Insite and oppose moves to shut it down. [Sondage en ligne]. Consulté le 11 février 2011 à <http://www.angus-reid.com/polls/43157/canadians-are-supportive-of-insite-and-oppose-moves-to-shut-it-down/>

-
- Spittal, P. M., Hogg, R. S., Li, K., Craib, K. J., Recsky, M., Johnston, C., et coll. (2006). Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*, 18(2), 101-108.
- Stajduhar, K. I., Poffenroth, L., Wong, E., Archibald, C. P., Sutherland, D. et Rekart, M. (2004). Missed opportunities: Injection drug use and HIV/AIDS in Victoria, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 15(3), 171-181.
- Stefancic, A., et Tsemberis, S. (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, 28, 265-279.
- Stein, J. A., Burden Leslie, M. et Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 26(10), 1011-1027.
- Stevens, A. (2007). When two dark figures collide: Evidence and discourse on drug-related crime. *Critical Social Policy*, 27(1), 77-99.
- Stoeber, H. (2002). Consumption rooms: A middle ground between health and public order concerns. *Journal of Drug Issues*, 32, 597-606.
- Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., et coll. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): A randomised trial. *Lancet*, 375, 1885-95.
- Strathdee, S. A., Patrick, D. M., Currie, S. L., Cornelisse, P. G. A., Rekart, M. L., Montaner, J. S. G., et coll. (1997). Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*, 11(8), F59-F65.
- Strathdee, S. A., Ricketts, E. P., Huettner, S., Cornelius, L., Bishai, D., Havens, J. R., et coll. (2006). Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(3), 225-232.
- Strathdee, S., et Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy. *AIDScience*, 1(16).
- Streatfield, D. (2001). *Cocaine: An unauthorized biography*. New York: St. Martin's Press, Thomas Dunne Books.

Strike, C. J., Challacombe, L., Myers, T. et Millson, M. (2002). Needle exchange programs: Delivery and access issues. *Revue canadienne de santé publique*, 93(5), 339-343.

Strike, C., Leonard, L., Millson, M., Anstice, S., Berkeley, N. et Medd, E. (2006). *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*. Toronto : Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues.

Strike, C. J., Myers, T. et Millson, M. (2004). Finding a place for needle exchange programs. *Critical Public Health*, 14(3), 261-275.

Symington, A. (2007). Ottawa : Le conseil municipal abolit le programme de pipes à crack. *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 12(2-3), 31-32.

Takahashi, L. M. (1997). The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: Toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Social Science and Medicine*, 45(6), 903-914.

Tempalski, B., Flom, P. L., Friedman, S. R., Des Jarlais, D. C., Friedman, J. J., McKnight, C., et coll. (2007). Social and political factors predicting the presence of syringe exchange programs in 96 US metropolitan areas. *American Journal of Public Health*, 97(3), 437-447.

Tempalski, B., Friedman, R., Keem, M., Cooper, H. et Friedman, S. R. (2007). NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum*, 38, 1250-1263.

Thomas, G. (2005). Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale. Dans *Réduction des méfaits pour certaines populations au Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (p. 1-11).

Tjepkema, M. (2004). *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. Rapports sur la santé 15* (supp.), 9-72.

Tortu, S., McMahon, J. M., Pouget, E. R. et Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39(2), 211-224.

Tortu, S., Neagius, A., McMahon, J. et Hagen, D. (2001). Hepatitis C among noninjecting drug users: A report. *Substance Use and Misuse*, 36(4), 523-534.

Transform Drug Policy Foundation. (2005). *After the war on drugs: Options for control*. Bristol (GB) : auteur.

Transform Drug Policy Foundation. (2009). *After the war on drugs: Blueprint for regulation*. Bristol (GB) : auteur.

-
- Tsemberis, S., et Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.
- Tsemberis, S., Gulcur, L. et Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tupper, K. W. (2008a). Drugs, discourses and education: A critical discourse analysis of a high school drug education text. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 29(2), 223-238.
- Tupper, K. W. (2008b). Teaching teachers to just say “know”: Reflections on drug education. *Teacher and Teacher Education*, 24(2), 356-367.
- Tyndall, M. W., Bruneau, J., Brogly, S., Spittal, P., O’Shaughnessy, M. V. et Schechter, M. T. (2002). Satellite needle distribution among injection drug users: Policy and practice in two Canadian cities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 98-105.
- Tyndall, M. W., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J. G. et Wood, E. (2006). Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America’s first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(3), 193-198.
- Urban Health Research Initiative. (2010). *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: Evidence from a scientific review*. Vancouver : British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.
- van Beek, I. (2003). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: A clinical model. *Journal of Drug Issues*, 33, 625-638.
- van Beek, I. (2004). *Eye of the needle: Diary of a medically supervised injecting centre*. Sydney (Australie) : Allen and Unwin.
- van Beek, I., Kimber, J., Dakin, A. et Gilmour, S. (2004). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: Reducing harm associated with heroin overdose. *Critical Public Health*, 14(4), 391-406.
- van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W. J., van Zwieten, B. J. et van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Two randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327(7410), 310-312.
- van der Poel, A., Barendregt, C. et van de Mheen, D. (2003). Drug consumption rooms in Rotterdam: An explorative description. *European Addiction Research*, 9, 94-100.
- Vlahov, D., Des Jarlais, D. C., Goosby, E., Hollinger, P. C., Lurie, P. G., Shriver, M. D., et coll. (2001). Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: Epidemiology and policy. *American Journal of Epidemiology*, 154(12 Suppl.), S70-S77.

Werb, D., Kerr, T., Small, W., Li, K., Montaner, J. et Wood, E. (2008). HIV risks associated with incarceration among injection drug users: Implications for prison-based public health strategies. *Journal of Public Health, 30*(2), 126-132.

Wilson, K., MacIntosh, J. et Getty, G. (2007). “Tapping a tie”: Successful partnerships in managing addictions with methadone. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(9), 977-996.

Wodak, A. (2009). Harm reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction, 104*, 340-346.

Wodak, A., et Cooney, A. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy, 16S*, S31-S44.

Wodak, A., et Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. *Substance Use and Misuse, 41*, 777-813.

Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S. G., et coll. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Journal de l'Association médicale canadienne, 171*(17), 731-734.

Wood, E., Kerr, T., Spittal, P. M., Tyndall, M. W., O'Shaughnessy M. V. et Schechter, M. T. (2003). The health care and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: The impact of conventional drug control strategies, and the potential of a comprehensive approach. *BC Medical Journal, 45*(3), 128-134.

Wood, E., Montaner, J. S., et Kerr, T. (2005). HIV risks in incarcerated injection-drug users. *Lancet, 366*(9500), 1834-1835.

Wood, E., Montaner, J. S. G., Li, K., Zhang, R., Barney, L., Strathdee, S. A., et coll. (2008). Burden of HIV infection among Aboriginal injection drug users in Vancouver, British Columbia. *American Journal of Public Health, 98*(3), 515-519.

Wood, E., Spittal, P. M., Kerr, T., Small, W., Tyndall, M. W., O'Shaughnessy, M. V., et coll. (2003). Requiring help injecting as a risk factor for HIV infection in the Vancouver epidemic: Implications for HIV prevention. *Revue canadienne de santé publique, 94*(5), 355-359.

Wood, E., Spittal, P. M., Small, W., Kerr, T., Li, K., Hogg, R. S., et coll. (2004). Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *Journal de l'Association médicale canadienne, 170*(10), 1551-1556.

Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G. et Kerr, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1*, 13.

Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2006). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175(11), 1399-1404.

Wood, E., Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., et coll. (2005). Factors associated with syringe sharing among users of a medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1(1), 50-54.

Wood, E., Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Zhang, R., O'Connell, J., et coll. (2005). Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *International Journal for Drug Policy*, 16, 281-284.

Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G. et Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102, 916-919.

Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Stoltz, J.-A., Lai, C., Montaner, J. S. G., et coll. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 354(23), 2512-2514.

Wood, R. A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2008). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 19, 183-188.

Wood, R. A., Zettel, P. et Stewart, W. (2003). Harm reduction nursing: The Dr. Peter Centre. *Canadian Nurse*, 99(5), 20-24.



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA

cna-aiic.ca

50 DRIVEWAY OTTAWA ONTARIO K2P 1E2 CANADA ■ TÉL 613-237-2133 1-800-361-8404 ■ TÉLÉC 613-237-3520