



Directives opérationnelles nationales sur la mise en œuvre de sites de consommation supervisée



Citation

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM).

Directives opérationnelles nationales sur la mise en œuvre de sites de consommation supervisée.
Edmonton, Alberta : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, Septembre 18, 2023. Version 1.

Version 1, September 18, 2023

This publication is also available in English:

<https://crism.ca> and <https://whyscs.ca>

Pour nous joindre :



<https://whyscs.ca>

contact@whyscs.ca

Reconnaissance du territoire

Nous reconnaissons en tout respect la souveraineté, les terres, l'histoire, les langues, les systèmes de connaissances et les cultures des peuples des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Plus précisément, les travaux ayant mené à la création de ce guide ont eu lieu sur le territoire du Traité n° 6, un lieu de rassemblement traditionnel pour divers peuples autochtones, y compris les Cris, les Pieds-Noirs, les Métis, les Nakota Sioux, les Iroquois, les Dénés, les Ojibwés/Saulteaux/Anishinaabe, les Inuits, et plusieurs autres.

À propos de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM) est un consortium de recherche national axé sur les troubles liés à l'usage de substances composé de cinq grandes équipes régionales interdisciplinaires, appelées « pôles », que sont la Colombie-Britannique, les Prairies, l'Ontario, le Québec et l'Atlantique. Chaque pôle forme un réseau d'expertise composé de chercheurs, prestataires de services, décideurs politiques, leaders communautaires et personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances. Son mandat est de traduire les données probantes de grande qualité en pratiques cliniques et politiques de santé. Pour plus d'informations sur l'ICRAS-CRISM, consultez le <https://crism.ca>.

Équipe de rédaction et collaborations

Présidente du comité

Elaine Hyshka, professeure agrégée et titulaire de la chaire de recherche du Canada en innovation des systèmes de santé, École de santé publique, Université de l'Alberta

Membres du comité

- Brandi Abele, membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD)
- D^r Thomas Brothers, médecin résident, Département de médecine, Université Dalhousie
- D^{re} Marilou Gagnon, professeure agrégée, École de sciences infirmières, Université de Victoria; présidente, Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits
- D^{re} Mary Clare Kennedy, chercheuse, British Columbia Centre on Substance Use; professeure adjointe, Université de la Colombie-Britannique, campus d'Okanagan

- Patrick McDougall, directeur de l'application et de l'évaluation des connaissances, Dr. Peter AIDS Foundation
- D^r Ryan McNeil, professeur adjoint, Médecine interne, directeur de la recherche en réduction des méfaits, École de médecine de l'Université Yale
- Claire O'Gorman, infirmière en réduction des méfaits
- D^{re} Bernie Pauly, professeure agrégée, École de sciences infirmières, Université de Victoria
- Corey Ranger, infirmier clinicien en chef, AVI/SOLID SAFER Initiative
- Erica Schoen, infirmière en réduction des méfaits
- D^{re} Carol Strike, professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
- D^r Thomas Kerr, professeur, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique; codirecteur, BC Centre on Substance Use

* REMARQUE : Les membres du comité ont participé à l'élaboration des directives à titre personnel et non en tant que représentants de leurs institutions respectives.

Rédaction technique, recherche et coordination du projet

Lexis R. Galarneau, École de santé publique, Université de l'Alberta
 Nicole D. Gehring, École de santé publique, Université de l'Alberta
 Cassandra Husband, École de santé publique, Université de l'Alberta
 Holly Mathias, École de santé publique, Université de l'Alberta
 Kelsey Speed, École de santé publique, Université de l'Alberta
 Savannah Weber, École de santé publique, Université de l'Alberta

Révision externe

- Nick Boyce, directeur, Ontario Harm Reduction Network (OHRN)
- Tali Cahill, infirmière en chef, Sandy Hill Community Health Centre
- Alex Collins, chercheuse, Département d'épidémiologie, École de santé publique, Université Brown
- Shaun Hopkins, gestionnaire, The Works, Toronto Public Health
- Kathleen Larose, directrice générale, Alberta Alliance Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR)
- Carol Morissette, médecin-conseil, Services de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et de réduction des méfaits, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, Direction régionale de santé publique
- Wendy Muckle, directrice générale, Ottawa Inner City Health
- Division des politiques opérationnelles, Bureau des substances contrôlées, Santé Canada

- Julia Redferm, spécialiste des affaires réglementaires, Bureau des substances contrôlées, Santé Canada
- Alexis Roth, professeure agrégée, École de santé publique Dornsife, Département de santé communautaire et de prévention, Université Drexel
- Jesse Whelen, chef d'équipe – site de consommation supervisée, Blood Ties

* REMARQUE : Les membres du comité ont participé à l'élaboration des directives à titre personnel et non en tant que représentants de leurs institutions respectives.

Résumé détaillé – Divulgence des intérêts concernant le document Directives opérationnelles nationales sur la mise en œuvre de sites de consommation supervisée de l'ICRAS-CRISM

Conformément aux principes relatifs à la divulgation des intérêts et la gestion des conflits du Guidelines International Network¹, il a été demandé aux membres du comité de rédaction et du comité de révision externe de divulguer toutes les sources et les montants des rémunérations directes et indirectes (c.-à-d. les soutiens à la recherche) reçues de la part d'entreprises à but lucratif du secteur et d'autres instances susceptibles d'engendrer un risque réel ou perçu de partialité. Il a également été demandé aux membres de ces deux comités de déclarer les sources indirectes de partialité, telles que l'avancement dans le monde académique, les revenus cliniques et le statut professionnel ou public, qui pourraient influencer l'interprétation des résultats de recherche et la formulation des recommandations.

Parmi les 24 membres du comité de rédaction et du comité de révision externe, 17 (71 %) ont reconnu l'existence de possibles conflits d'intérêts directs. Personne n'avait d'intérêts commerciaux. Après examen, les possibles conflits d'intérêts relevés ont été jugés comme n'étant pas suffisamment importants ou déterminants pour justifier l'exclusion d'un membre de l'équipe.

La plupart (18, soit 75 %) des membres du comité de rédaction et du comité de révision externe ont reconnu l'existence de potentielles sources indirectes de partialité (p. ex. appartenance à un comité ou un conseil consultatif, implications en lien avec des programmes et règlements de SCS, association à des organismes ou programmes liés à la consommation de substances, intérêts de recherche). Parmi ces membres, neuf ont reconnu s'être déjà prononcés publiquement en faveur des SCS. Afin d'atténuer le risque de partialité tout en optimisant les contributions des membres par rapport à leurs domaines d'expertise respectifs, il a été rappelé aux membres du comité de

¹ Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med.* 2015;163(7):548-553.

rédaction et du comité de révision externe de tenir compte de tout facteur d'influence ou de toute source de partialité pendant le processus de révision. Les membres du comité de rédaction et du comité de révision externe ont contribué à la révision des sections liées à leurs domaines d'expertise et du contenu général des directives pour s'assurer qu'un large éventail de spécialisations cliniques et académiques était adéquatement représenté.

Remerciements

Nous sommes redevables au British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) pour sa publication *Supervised consumption services: Operational Guidance* (2017), rédigée et révisée par des experts de la province. Plus précisément, nous remercions chaleureusement Helen Kang, Rosalind Baltzer Turje, Chris Buchner, Maxine Davis, Cheyenne Johnson, le D^r Marcus Lem et Kenneth Tupper pour leurs contributions aux directives du BCCSU. Notre document s'appuie directement sur les travaux préalables du BCCSU, avec pour but de fournir des directives à jour sur la mise en œuvre et l'exploitation de sites de consommation supervisée qui ont une portée nationale et qui tiennent compte des politiques fédérales actuelles. Cependant, les auteurs des directives du BCCSU ne sanctionnent pas nécessairement l'ensemble des directives fournies dans la présente publication. Nous remercions également la D^{re} Denise Adams (responsable du pôle des Prairies de l'ICRAS-CRISM), Ethan Candler, Soo Chan Carusone, Andre Ceranto, Sean LeBlanc, Anna Markov, Daniel O'Brien et la D^{re} Katherine Rudzinski pour leur aide apportée à la rédaction et à la préparation de ce document.

Avertissement aux prestataires de soins de santé

Les recommandations contenues dans ce document de directives opérationnelles nationales représentent l'avis des membres du comité de révision. Cet avis est fondé sur l'examen attentif des faits scientifiques de même que sur la révision externe par des experts. La mise en pratique du présent document ne libère aucunement les prestataires prodiguant des soins de leur responsabilité à prendre les bonnes décisions en fonction des besoins, des préférences et des valeurs du patient, en consultation avec ce dernier, son tuteur ou les membres de sa famille, et, le cas échéant, les experts externes (p. ex. conseillers experts). Il est attendu des prestataires de soins de santé qu'ils fassent preuve de jugement clinique et tiennent pleinement compte du présent document en supervisant la consommation de drogues et en traitant leurs patients tout en respectant les valeurs et les principes fondamentaux de leur code de déontologie. Aucune partie de ce document ne doit être interprétée d'une manière contradictoire aux devoirs professionnels.

Précisions légales et juridiques

Bien que les personnes et les groupes ayant participé à la rédaction du présent guide pratique ont fait de leur possible pour que les renseignements qu'il contient soient exacts, sachez que les renseignements sont présentés « tels quels » et que les IRSC et l'ICRAS-CRISM n'avancent aucune garantie, explicite ou implicite, quant à l'exactitude des renseignements ou à leur pertinence dans un cas particulier. Dans la mesure du possible, en vertu des lois en vigueur, les IRSC et l'ICRAS-CRISM réfutent toute garantie expresse, implicite ou réglementaire (y compris, mais sans s'y limiter, toutes garanties de titre ou d'absence de contrefaçon) et ils n'y seront nullement lié. Notre objectif est de fournir des conseils pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de consommation supervisée. Ce document ne peut remplacer l'avis ni le discernement professionnel d'un prestataire de soins de santé et n'a pas pour ambition de devenir l'unique référence pour la prise en charge d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux représentants des patients demandant conseil sur des problèmes de santé ou autre. Si vous avez besoin d'un avis médical, veuillez communiquer avec un professionnel des soins de santé de votre région.

Table des matières

Acronymes	10
Définitions	11
Points clés du document	13
1.0 À propos du document	17
1.1 Objectif et portée	17
1.2 Processus d'élaboration	20
1.3 Public cible	20
1.4 Mise en contexte	20
1.4.a Survol historique	22
1.4.b État des connaissances	23
2.0 Principes directeurs	26
2.1 Mettre en avant les perspectives des personnes qui utilisent des drogues	26
2.2 Adopter une approche de soins ancrée dans la réduction des méfaits	29
2.2.a Réduction des méfaits	30
2.2.b Pratique basée sur la relation, sécurité culturelle et soins adaptés aux traumatismes	31
3.0 Planifier le modèle de service d'un SCS	35
3.1 Information sur l'exemption pour les SCS prévue à l'article 56.1	35
3.1.a Processus de demande	35
3.2 Modèles de service	37
3.2.a Environnement physique du SCS	39
3.2.b Modèle autonome	40
3.2.c Modèle intégré	42
3.2.d Modèle du SCS mobile	45
3.3 Autres points à considérer pour la prestation de services	47
3.3.a Points à considérer pour les populations clés	48
3.3.b Points à considérer pour l'utilisation de drogues non injectables	56
3.3.c Consommation assistée	59
3.3.d Fractionnement et partage de drogues	62
3.3.e Analyse de substances	64
3.3.f Intégration de programmes de traitement de l'utilisation de substances et d'approvisionnement plus sécuritaire dans les SCS	65
3.3.g Personnes qui s'injectent sur des zones du corps à risque élevé	70
3.4 Sécurité des participants et du personnel des SCS	71
3.4.a Des toilettes plus sécuritaires	73
4.0 Description des conditions locales	75
4.1 Déterminer le besoin	75
4.1.a Meilleures pratiques pour les consultations publiques et la mobilisation	76

4.2 Définition des objectifs généraux du SCS	78
5.0 Politiques et procédures	80
5.1 Documents généraux de politiques internes	80
5.1.a Informer Santé Canada des modifications aux procédures et politiques	81
5.2 Code de conduite/droits et responsabilités	82
5.3 Admissibilité et entente d'utilisation	83
5.4 Procédures pré et postconsommation	83
5.5 Gestion des conflits	84
5.6 Refus de service	84
5.7 Intoxications aux drogues	85
6.0 Personnel	87
6.1 Modèles de dotation en personnel	87
6.2 Formation, rétention et sécurité au travail	89
7.0 Sources de financement	91
8.0 Communication de l'information et évaluation	92
8.1 Collecte de données pour répondre aux exigences de communication de l'information de Santé Canada et des bailleurs de fonds	92
8.1.a Pièces d'identité émises par le gouvernement et numéros d'assurance maladie	96
8.2 Données à recueillir pour améliorer les services des SCS	97
8.3 Plateformes et systèmes de collecte de données	98
8.4 Évaluation de programme	99
9.0 Autres types de services de consommation supervisée	102
9.1 Sites de besoins urgents en santé publique	102
9.1.a Comment déterminer s'il faut demander une exemption pour un SCS ou un SBUSP	102
9.2 Sites de prévention des surdoses	103
10.0 Autres lectures et ressources	105
11.0 Références	106

Acronymes

ARCHES: AIDS Outreach Community Harm Reduction Education Support

BCCSU : British Columbia Centre on Substance Use

CLC/CCC : comité de liaison avec la communauté/comité consultatif communautaire

ACPUD : Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues

LRCDAS : *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

ICRAS-CRISM : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

TAOi : traitement par agonistes opioïdes injectables

2ELGBTQIA+ : (personnes ou communautés) bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, intersexes, asexuelles, plus

MOPS : Centre de prévention des surdoses Molson

NORS : Service national d'intervention en cas de surdose

TAO : traitement par agonistes opioïdes

SPS : site de prévention des surdoses

RAH: Hôpital Royal Alexandra

PR : Personne responsable

VR: véhicule récréatif

SCS: site de consommation supervisée

SRCHC : Centre de santé communautaire de South Riverdale

SBUSP : site de besoins urgents en santé publique

Définitions

Le but de ce document est de fournir des directives opérationnelles nationales fondées sur des données probantes concernant la planification, l'aménagement, la mise en œuvre et l'évaluation des sites de consommation supervisée détenant une exemption fédérale au Canada. Même si ce document de directives ne porte pas sur le fonctionnement particulier d'autres modèles de consommation supervisée, l'information qu'il contient pourrait être pertinente pour la planification de tels services. Vous trouverez ci-dessous notre définition de chaque type de service et d'autres termes employés tout au long du document.

Types de services (voir Figure 1 – Les différents types de services selon le statut d'exemption : SCS, SBUSP et SPS)	
Site de prévention des surdoses (SPS)	Site ayant une autorisation d'un gouvernement provincial ou fonctionnant sans autorisation officielle (c.-à-d. de manière illégale). <i>Note : Dans des contextes autres que le présent document, ce terme est parfois employé de manière informelle pour désigner les sites de besoins urgents en santé publique.</i>
Service(s) de consommation supervisée	Terme désignant un éventail de modèles de consommation supervisée (y compris les sites de besoins urgents en santé publique, les sites de prévention des surdoses, les modèles virtuels et les services offerts dans d'autres pays dont le système d'autorisation diffère de celui du Canada). Il s'agit d'un terme générique qui sert à désigner l'éventail complet des modèles de consommation supervisée qui existent dans le monde.
Site de consommation supervisée (SCS)	Services de consommation supervisée faisant l'objet d'une exemption octroyée par Santé Canada en vertu de l'article 56.1 de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> .
Site de besoins urgents en santé publique (SBUSP)	Services établis au titre d'une exemption propre au site octroyée par Santé Canada ou d'une exemption de catégorie mise en œuvre par le ministre de la Santé de la province ou du territoire (ou leurs délégués) en vertu du paragraphe 56(1) de la <i>Loi réglementant</i>

	<i>certaines drogues et autres substances.</i>
Autres termes	
Consommation	Toute voie d'administration de drogues actuellement autorisée dans le cadre des services de consommation supervisée (c.-à-d. injection, inhalation, voie orale, voie intranasale), sauf indication contraire.
Drogue/substance	« [U]ne substance désignée ou [un] précurseur obtenus d'une manière non autorisée sous le régime de la [<i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>] » (1) (p. 54).
Intoxication aux drogues	Intoxication sévère, intentionnelle ou non, résultant de la consommation d'une drogue ou de la combinaison de plusieurs drogues (parfois appelée surdose).
Participant	Personne qui fréquente les sites de consommation supervisée pour consommer des drogues et/ou utiliser les services (client, utilisateur, usager, etc.).
Personne qui utilise des drogues	Personne qui utilise des drogues actuellement illégales (p. ex. consommation de substances interdites par le droit pénal ou utilisation abusive de médicaments d'ordonnance).

Points clés du document

- **Reposant sur des données probantes, les services de consommation supervisée offrent un environnement sécuritaire où les gens peuvent consommer des drogues avec du matériel stérile, obtenir des services de soutien et profiter de la supervision d'un personnel formé pouvant les renseigner sur la réduction des méfaits et leur fournir des soins médicaux d'urgence en cas d'intoxication aux drogues.**
-
- **Le but de ce document de directives est de soutenir les organismes canadiens qui souhaitent ouvrir un nouveau site de consommation supervisée (ou qui en exploitent déjà un) en leur fournissant des directives pratiques sur la planification, l'aménagement, la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité des sites de consommation supervisée.**
-
- **Les sites de consommation supervisée sont autorisés par le gouvernement fédéral en vertu de l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, qui protège le personnel et les participants contre les accusations criminelles relatives à des activités impliquant des drogues illégales. Ce document est conçu pour aider les responsables d'éventuels SCS à répondre aux exigences réglementaires actuelles du fédéral en ce qui concerne la mise en œuvre et l'exploitation d'un site de consommation supervisée au Canada. Les directives qui y sont présentées ne constituent pas un appui aux exigences réglementaires actuelles du fédéral.**
-
- **Les sites de consommation supervisée font partie de plusieurs types de services de consommation supervisée possibles, qui comprennent également les sites de besoins urgents en santé publique (établis au titre d'une exemption de catégorie mise en œuvre par la province ou le territoire ou d'une exemption fédérale propre au site en vertu du paragraphe 56(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*) et les sites de prévention des surdoses (autorisés par les gouvernements provinciaux ou exploités sans autorisation officielle). Le présent document ne concerne pas ces deux derniers types de sites.**
-

- Les responsables de sites de consommation supervisée doivent trouver leur propre financement (généralement auprès du gouvernement provincial ou territorial, de la municipalité ou de sources privées).
-

- En date de juillet 2023, il y avait 38 sites de consommation supervisée en activité au Canada et plusieurs sites de besoins urgents en santé publique et sites de prévention des surdoses, mais le nombre exact de SBUSP et de SPS est inconnu.
-

- Pour que les services offerts dans les sites de consommation supervisée soient de haute qualité, il faut que les personnes qui utilisent des drogues participent directement à la planification, à la mise en œuvre, au fonctionnement et à l'évaluation.
-

- Une approche de soins ancrée dans la réduction des méfaits qui inclut la pratique basée sur la relation, la sécurité culturelle et les soins adaptés aux traumatismes doit être mise à l'avant-plan dans la conception et la prestation de tous les services. Des efforts doivent être faits pour réduire les conséquences néfastes de la consommation de drogues sur la santé, la vie sociale et les finances.
-

- Les personnes qui souhaitent ouvrir un site de consommation supervisée doivent rassembler plusieurs documents à soumettre à Santé Canada, y compris les renseignements sur le demandeur, le site proposé, les conditions locales, les politiques et procédures, le personnel, le rapport de consultation publique et le plan financier.
-

- D'autres exigences provinciales ou territoriales pourraient s'ajouter aux exigences de Santé Canada et devront être prises en compte, mais elles ne sont pas abordées dans le présent document.
-

- Il existe plusieurs modèles de sites de consommation supervisée : les modèles autonomes fixes (c.-à-d. les établissements distincts dédiés à la prestation de services de consommation supervisée); les modèles intégrés (c.-à-d. les sites faisant partie d'un plus grand établissement comme un hôpital ou un centre de santé); et les modèles d'unités

mobiles de proximité (c.-à-d. les véhicules aménagés se déplaçant dans les endroits où l'on retrouve beaucoup de personnes qui utilisent des drogues).

- La conception et la prestation des services offerts dans les sites de consommation supervisée doivent tenir compte des groupes touchés par des inégalités sociales et structurelles particulières, y compris les personnes qui s'identifient en tant que femmes, les personnes 2ELGBTQIA+ (bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, intersexes, asexuelles, plus), les adolescents et les jeunes adultes, les membres des Premières Nations, les Inuits ou les Métis.
-

- L'intégration de services tels que la consommation supervisée de drogues non injectables, la consommation assistée, le fractionnement et le partage de doses, l'analyse de substances, les traitements de la consommation de drogues et les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire permet de maximiser l'utilisation et la portée des sites de consommation supervisée.
-

- Les conditions locales (c'est-à-dire le contexte dans lequel les drogues sont consommées et les services offerts aux personnes qui en consomment) doivent être évaluées et prises en compte dans la conception des sites de consommation supervisée. Pour ce faire, on peut collaborer avec des groupes de personnes locales qui utilisent des drogues et mener des consultations publiques, ces dernières étant exigées par Santé Canada.
-

- Différentes politiques et procédures sont requises ou recommandées afin de protéger la sécurité du personnel des sites de consommation supervisée et des personnes qui les fréquentent, notamment des codes de conduite/droits et obligations pour les participants et le personnel; des critères d'admissibilité et des ententes d'utilisation des services; des procédures à suivre avant et après la consommation; et des protocoles de gestion des conflits, de refus de service et d'intervention en cas d'intoxication aux drogues.
-

- L'embauche de personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances pour faire partie du personnel des sites de consommation supervisée peut aider à accroître l'accessibilité et la qualité des services.

-
- **La tenue de rapports démographiques globaux et de statistiques sur les programmes des sites de consommation supervisée est exigée par Santé Canada et pourrait également l'être par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les bailleurs de fonds. Il est important de recueillir le moins de renseignements personnels possible auprès des participants des sites de consommation supervisée pour ne pas dissuader ceux qui préfèrent utiliser ces services de manière anonyme.**
-

- **Bien que ce ne soit pas une exigence de Santé Canada, des activités d'évaluation peuvent être menées à l'interne afin de veiller à l'atteinte des objectifs opérationnels, s'assurer que le service est bien axé sur les besoins des participants et cerner les points à améliorer.**

1.0 À propos du document

1.1 Objectif et portée

Il y a relativement peu de ressources qui fournissent des directives détaillées pour la planification et la mise en œuvre de services de consommation supervisée au Canada. Les documents actuellement accessibles au public sont propres aux lois, règlements et contextes politiques de certaines provinces, régions sanitaires ou organisations et ne sont pas entièrement applicables à d'autres contextes. Par conséquent, les organismes communautaires, les personnes qui travaillent en santé de première ligne et en réduction des méfaits et les responsables de la santé publique doivent mettre beaucoup de temps et d'efforts dans des consultations *ad hoc* et des réseaux informels d'échange de connaissances qui créent des ponts entre les responsables d'éventuels services de consommation supervisée et les responsables de services existants. Même si ce type de collaboration entre les provinces et les territoires est une force de la communauté de la réduction des méfaits au Canada et constitue un facteur important dans l'avancée des pratiques au pays, elle monopolise du temps qui pourrait plutôt être consacré au déploiement de services et à l'élaboration de nouveaux programmes et services communautaires. Par ailleurs, le manque de directives opérationnelles formelles nuit au fonctionnement durable et à l'optimisation régulière des services de consommation supervisée existants. La situation entrave également le développement et la mise en œuvre de nouveaux services de consommation supervisée dans certaines régions du Canada (p. ex. petits centres urbains, zones rurales, certaines provinces ou certains territoires) où il est plus difficile pour les prestataires de services et les responsables de la santé de planifier et d'instaurer des mesures de réduction des méfaits (ressources limitées, absence de contact avec les responsables d'autres régions, contraintes réglementaires importantes imposées aux services, etc.). Il était donc urgent de formuler des directives opérationnelles nationales, appuyées par données probantes, concernant la mise en œuvre de services de consommation supervisée afin de soutenir le déploiement, la pérennité et l'optimisation de ces mesures d'intervention au Canada. Ce document comprend des ressources conçues pour soutenir les éventuels responsables de services de consommation supervisée à l'aide de conseils pratiques sur la planification, le développement, la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité de ces services. À plus long terme, cette ressource pourrait favoriser le rayonnement des services de consommation supervisée au Canada, aider à uniformiser les nouveaux modèles de services de consommation supervisée tout en gardant une flexibilité face aux besoins des communautés locales, faciliter la recherche et l'évaluation dans le domaine et permettre d'établir davantage de bonnes pratiques en la matière.

Dans le cadre du présent document, les sites de consommation supervisée (SCS) sont définis comme étant des services qui offrent aux gens un espace où consommer des substances illégales sous la supervision d'un personnel formé pouvant les renseigner sur la réduction des méfaits et leur fournir des soins médicaux d'urgence en cas d'intoxication aux drogues. Ces sites sont établis au titre d'une exemption fédérale en vertu de l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) du Canada. Une substance illégale est « une substance désignée ou [un] précurseur obtenus d'une manière non autorisée sous le régime de la [LRCDAS] » (1) (p. 54). Par « consommation », on désigne toute voie d'administration de drogues illégales actuellement autorisée dans les SCS (c.-à-d. injection, inhalation, voie orale, voie intranasale), sauf indication contraire. Même si ce document de directives ne porte pas sur le fonctionnement particulier des sites de besoins urgents en santé publique (SBUSP) et des sites de prévention des surdoses (SPS), certaines des informations qu'il contient pourraient être pertinentes pour la planification de tels services (voir la section **9.0 Autres types de services de consommation supervisée** pour en savoir plus).

Nous avons élaboré ce document de directives dans le but de présenter les raisons d'être des SCS et les données qui les appuient, ainsi que des conseils sur la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation de ces sites. La structure du document reflète le processus à suivre à l'heure actuelle au Canada pour obtenir une exemption fédérale en vertu de la section 56.1 de la LRCDAS permettant d'ouvrir un SCS. Chacune des sections suivantes traite de sujets et d'informations utiles à la préparation des différentes sections du formulaire de demande d'exemption pour les SCS de Santé Canada. Plus précisément, ce document contient de l'information pour aider les responsables d'éventuels SCS à mener les activités suivantes :

1. Expliquer les raisons et les données qui justifient la mise en œuvre d'un SCS;
2. Mettre en avant les besoins et la voix des personnes qui utilisent des drogues;
3. Planifier le modèle de services d'un SCS;
4. Évaluer et décrire les conditions locales;
5. Élaborer les politiques et procédures d'un SCS;
6. Planifier les besoins en ressources humaines;
7. Élaborer un plan financier;
8. Réaliser des activités d'évaluation et la production de rapports.

Il est important de noter que ce document n'aborde que les exigences de Santé Canada. Les responsables d'éventuels SCS pourraient devoir répondre à d'autres exigences provinciales ou territoriales qui dépassent le cadre du présent document. Par ailleurs, ce document et les directives qu'il contient ne doivent pas être perçus comme un appui aux exigences législatives et politiques de Santé Canada à l'égard des SCS. Ce document est conçu pour aider les responsables à respecter le

cadre réglementaire fédéral actuel, mais cela ne signifie pas nécessairement que les membres de l'équipe de rédaction et de révision externe sont d'accord avec les exigences.

Le but de ce document est de fournir des directives générales concernant la mise en œuvre et l'exploitation d'un SCS. Consultez la publication *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19* pour des conseils adaptés aux responsables de refuges d'urgence (2) et la publication *Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19* pour des conseils à l'intention des travailleurs en réduction des méfaits (3).

1.2 Processus d'élaboration

L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM) a formé un comité entre ses cinq pôles (la Colombie-Britannique, les Prairies, l'Ontario, le Québec et l'Atlantique) en vue d'élaborer un document de directives opérationnelles nationales sur les SCS. Ce comité comprend des personnes ayant directement participé à la mise sur pied de SCS au Canada et représente les perspectives du monde universitaire, du milieu de la santé, du secteur des politiques et des personnes ayant un vécu expérientiel.

Nous sommes redevables au British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) pour sa publication *Supervised consumption services: Operational Guidance* (4), rédigée et révisée par des experts de la Colombie-Britannique. Nous nous sommes appuyés directement sur les travaux préalables du BCCSU dans l'élaboration du présent document, notre objectif étant de fournir des directives à jour, qui ont une portée nationale et qui tiennent compte des politiques fédérales actuelles, pour la mise en œuvre et l'exploitation d'un SCS. Plus précisément, notre comité de rédaction a révisé la publication du BCCSU et a identifié les sections devant être revues en fonction des nouvelles études et des changements apportés aux exigences législatives et politiques du fédéral concernant les SCS et le processus de demande d'exemption. Une ébauche du document a ensuite été transmise à l'ensemble du comité afin de recueillir les commentaires, puis le document a été envoyé à d'autres parties prenantes internes et externes de l'ICRAS-CRISM à des fins de révision. Ce document est à jour en date de sa publication et sera actualisé périodiquement pour refléter l'évolution des pratiques et tout autre changement apporté aux politiques et règlements fédéraux.

1.3 Public cible

Ce document se veut un outil pour ceux qui travaillent à la mise en œuvre de SCS, notamment les décideurs politiques, les responsables cliniques et opérationnels des autorités sanitaires, les organisations et les prestataires de soins de santé et de services sociaux, les groupes de défense des droits, les organismes communautaires à but non lucratif, les organisations de personnes qui utilisent des substances et toute autre personne qui souhaite obtenir des conseils sur la façon de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des SCS au Canada. Ce document pourrait également être utile aux responsables de SCS nouvellement ou déjà établis qui veulent planifier des changements de programme et réaliser des activités d'amélioration de la qualité ou d'évaluation.

1.4 Mise en contexte

Les SCS offrent un environnement sécuritaire où des personnes peuvent consommer des drogues avec du matériel stérile, obtenir des services de soutien et profiter de la supervision d'un personnel formé sans risquer d'être arrêtées pour des activités associées à des drogues illégales. Les SCS font

partie d’une gamme de services visant à contrer les méfaits des drogues, y compris les méfaits associés aux drogues de plus en plus toxiques offertes sur le marché illégal. Ces services comprennent les programmes de distribution d’aiguilles et de seringues et les programmes complémentaires de traitement de la dépendance, tels que la gestion du sevrage, la pharmacothérapie et la thérapie psychosociale (5). Plusieurs SCS assurent également la liaison avec d’autres services sociaux et de santé, à la demande des participants. Il existe différentes façons d’évaluer les besoins et de planifier, concevoir et mettre en œuvre un SCS, et plusieurs enjeux doivent être pris en compte par rapport à la population ciblée, à la gamme de services déjà existants pour les personnes qui utilisent des drogues et aux ressources disponibles, y compris le financement, l’espace et le personnel. Les SCS varient grandement en termes de taille, de structure et de personnel.

Comme présenté à la Figure 1, les SCS sont autorisés au titre d’une exemption prévue à l’article 56.1 de la LRCIDAS; les SBUSP sont autorisés au titre d’une exemption de catégorie ou d’une exemption propre au site prévue au paragraphe 56(1); et les SPS fonctionnent soit avec l’autorisation des provinces, soit de manière illégale. Ce document porte sur les SCS qui bénéficient d’une exemption fédérale en vertu de l’article 56.1 de la LRCIDAS. Même si les SBUSP et les SPS ne sont pas concernés par le présent guide, vous pourrez trouver plus d’information à leur sujet à la section **9.0 Autres types de services de consommation supervisée**.

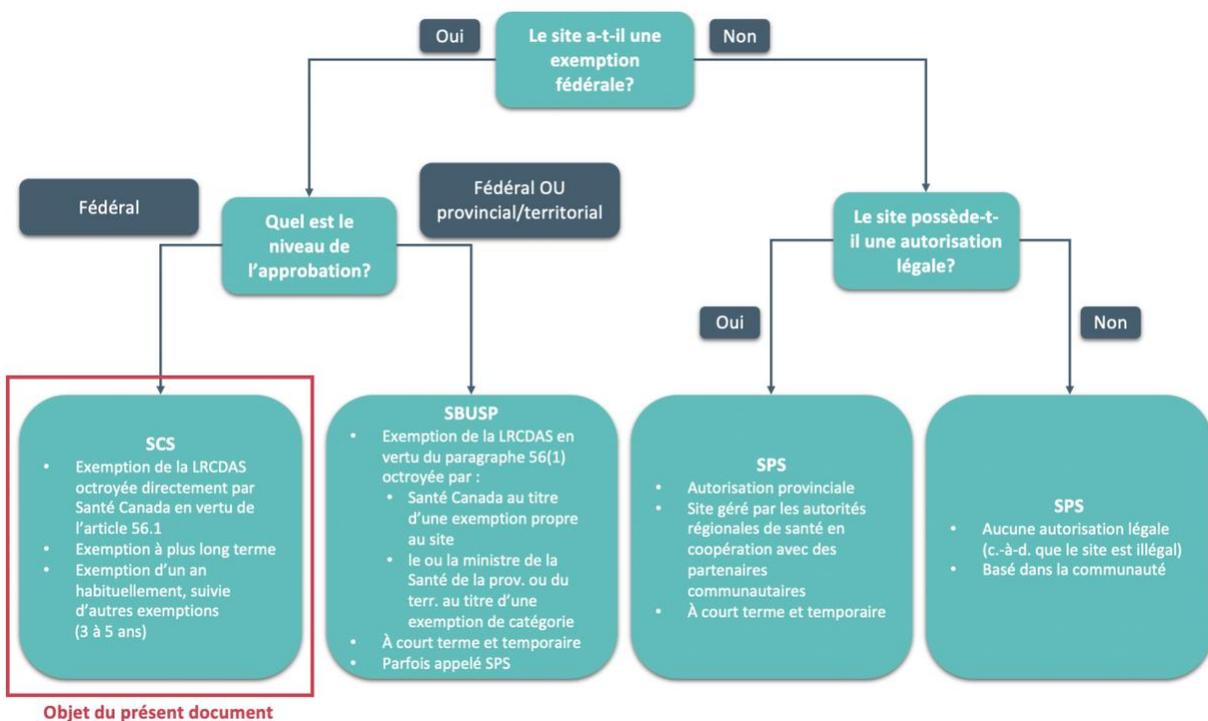


Figure 1 – Les différents types de services selon le statut d’exemption : SCS, SBUSP et SPS

1.4.a Survol historique

Selon les données de 2020 compilées par Harm Reduction International, il y a actuellement plus de 130 services de consommation supervisée ouverts dans 12 pays à travers le monde (6). Le premier service de consommation supervisée à opérer avec une exemption légale a été mis sur pied en 1986 à Berne, en Suisse. Les taux élevés de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la hausse du nombre de décès liés aux drogues, l'augmentation de la consommation de drogues en public et l'émergence des principes de la réduction des méfaits comme solutions de rechange valables aux stratégies fondées sur l'abstinence ont conduit à la mise en place des premiers services de consommation supervisée (7).

Au Canada, l'intérêt croissant pour les services de consommation supervisée et la lenteur des mesures du gouvernement pour lutter contre le VIH et les intoxications aux drogues à Vancouver ont conduit à l'ouverture de services de consommation supervisée non exemptés. Deux SPS, « The Back Alley », ouvert en 1995, et « 327 Carrall Street », ouvert en avril 2003, ont été exploités par des personnes qui utilisent des drogues et des activistes locaux avant d'être fermés par les forces policières. Un troisième SPS, connu sous le nom de « The Hair Salon », a discrètement ouvert ses portes en 2003. Le site a été exploité par la Portland Hotel Society en attendant l'approbation du gouvernement. Il est devenu plus tard Insite (8). Le Dr. Peter Centre, dans le quartier West End de Vancouver, a commencé à offrir des services de consommation supervisée dans ses locaux en 2002, mais n'a reçu une exemption fédérale officielle qu'en 2016. En septembre 2003, Insite est devenu le premier SCS à obtenir une exemption fédérale au Canada, dans le cadre d'un projet pilote de trois ans, avant de bénéficier d'un soutien opérationnel permanent.

Le gouvernement fédéral n'a approuvé aucun autre SCS jusqu'en 2016, après l'adoption du projet de loi C-37 visant à améliorer et à simplifier le processus de demande de SCS. De février à octobre 2017, de nouveaux SCS ont reçu des exemptions fédérales au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Au Canada, en date de juillet 2022, 39 SCS situés en Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec, en Ontario et en Saskatchewan bénéficiaient d'une exemption fédérale (9). Jusqu'à présent, les SCS au Canada ont surtout été implantés en milieu urbain, bien que des études de faisabilité et d'acceptabilité sur la mise en place de services de consommation supervisée dans d'autres communautés indiquent une forte volonté d'utiliser ces services chez les personnes qui utilisent des drogues tant en milieu urbain (10–12) qu'en milieu rural (13).

En date de juillet 2023, il y avait 38 SCS exemptés en activité au Canada. Pour obtenir la liste des SCS exemptés mise à jour par Santé Canada, consultez la page suivante :

- [Santé Canada – Sites de consommation supervisée : statut des demandes](#) (9)

1.4.b État des connaissances

Les données épidémiologiques disponibles sur les participants aux services de consommation supervisée suggèrent que ces établissements attirent les membres des populations utilisatrices de substances vulnérables au plan structurel (c.-à-d. les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire et les personnes qui utilisent des drogues en public [14–16]). Les personnes vulnérables au plan structurel sont plus susceptibles de subir une intoxication aux drogues, de s'injecter des drogues quotidiennement et de se retrouver dans des environnements de consommation de drogues à haut risque, ce qui suggère que ces établissements ont réussi à attirer les personnes marginalisées et fréquemment exclues des services de santé et des services auxiliaires existants et à leur fournir des services (5). Les études montrent que bon nombre de participants aux services de consommation supervisée ont des difficultés à trouver une veine, ont déjà contracté une infection liée à l'injection et ne connaissent pas bien les pratiques de consommation à moindres risques (17,18). Les services de consommation supervisée répondent généralement à ces problèmes en fournissant de l'information sur les pratiques de consommation à moindres risques, un accès à du matériel stérile et un environnement plus sécuritaire pour la consommation de drogues (19).

De nombreuses études ont démontré l'impact positif des SCS sur les taux de morbidité et de mortalité chez les personnes qui utilisent des drogues. Ces résultats sont corroborés par un récent examen systématique des études portant sur les effets des services de consommation supervisée sur la santé publique. L'examen a mis en évidence une cohérence, à l'échelle internationale, dans les données indiquant que les services de consommation supervisée sont efficaces pour réduire le risque de préjudices liés à l'intoxication aux drogues (20). Par exemple, une étude menée en Australie a révélé une diminution de 68 % des appels aux équipes d'ambulance à proximité du service de consommation supervisée pendant ses heures d'ouverture (18); en Allemagne, l'ouverture de plusieurs services de consommation supervisée dans les grandes villes a permis de réduire le nombre de décès associés aux drogues (21). À Vancouver, les études ont révélé une baisse de 35 % des décès par intoxication aux drogues dans le quartier d'Insite après son ouverture, contre seulement 9 % dans les autres quartiers de la ville (22). De plus, aucun décès par intoxication aux drogues n'a été signalé dans les services de consommation supervisée (20). L'utilisation régulière des services de consommation supervisée a également été associée à une meilleure connaissance des pratiques de consommation à moindres risques (5,23) et à d'autres changements positifs dans les pratiques de consommation des personnes qui utilisent des drogues, notamment une réduction de la réutilisation des seringues, de l'injection en public et de la mise au rebut inadéquate des seringues et autres déchets liés à l'injection (17,20,24,24,25). L'évaluation d'Insite à Vancouver a montré que les personnes qui utilisaient fréquemment les SCS étaient 70 % moins susceptibles de partager des seringues usagées (26), réduisant ainsi la transmission du VIH (27,28) et d'autres infections virales et bactériennes. L'incidence des services de consommation supervisée

sur le risque de transmission des maladies infectieuses est également étayée par des études de modélisation qui suggèrent que les services de consommation supervisée réduisent les taux de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) (27,29,30).

Le recours fréquent aux services de consommation supervisée et le contact avec leur personnel spécialisé dans la consommation de substances ont également été associés à une augmentation des orientations vers des centres de traitement des dépendances, de la participation à des programmes de gestion du sevrage (31) et de la participation à des traitements à la méthadone et à d'autres services de traitement des dépendances (15,31–34). À Vancouver, parmi les participants aux SCS, l'utilisation régulière des SCS a été associée à une probabilité plus élevée d'environ 70 % de s'inscrire à des programmes de sevrage (35) et à une probabilité plus élevée de 30 % d'entamer toute forme de traitement de la dépendance, ainsi qu'à une diminution subséquente de la fréquence d'utilisation de drogues injectables après avoir commencé le traitement (32). Une étude qualitative réalisée par le Dr. Peter Centre a montré que le programme intégré de consommation supervisée avait influencé l'accès des participants aux soins « en instaurant une plus grande confiance dans les relations avec le personnel et en facilitant le recours à un éventail plus large de services de soutien, y compris la sensibilisation à l'injection à moindres risques et le traitement des infections liées à l'injection » [traduction libre] (36) (p. 640). Une autre étude a montré que les participants du Dr. Peter Centre étaient 58 % moins susceptibles de quitter l'hôpital contre avis médical, ce qui suggère que l'intégration des services de consommation supervisée au sein du Dr. Peter Centre pourrait avoir aidé les personnes à rester à l'hôpital qui se situe juste en face du centre (37).

Les données ne montrent pas que les services de consommation supervisée incitent davantage de personnes à commencer à utiliser des drogues ni qu'ils prolongent la période au cours de laquelle une personne utilise des drogues (5). Les services de consommation supervisée accueillent souvent des personnes qui utilisent leurs drogues dans des lieux publics (14,16). En dépit des inquiétudes concernant d'autres effets négatifs des services de consommation supervisée sur le voisinage, sept études ont montré que les services de consommation supervisée sont associés à une réduction soutenue de l'utilisation de drogues en public et/ou de la quantité de matériel de consommation jeté sur la voie publique (24,25,38–42). Au cours de la première année qui a suivi l'ouverture d'Insite à Vancouver, les taux de criminalité dans le quartier où il se trouve sont restés stables (35), puis ont connu une baisse significative et stable près de deux ans après l'ouverture (43). L'ouverture d'Insite n'a pas été associée à une augmentation du nombre de personnes qui ont commencé à consommer des drogues injectables (44). Les données d'un service de consommation supervisée non exempté dans une ville des États-Unis corroborent ces résultats, qui démontrent le rôle des services de consommation supervisée dans la promotion de pratiques de consommation à moindres risques et dans la réduction de la consommation de drogues en public (45). Les études montrent également que les personnes qui utilisent des drogues ne sont souvent pas prêtes à

parcourir de longues distances (p. ex. plus de dix pâtés de maisons ou plus d'un kilomètre) pour utiliser un service de consommation supervisée (46,47). C'est pourquoi des groupes de parties prenantes au Canada, tels que les résidents et les entreprises, les responsables municipaux et les personnes qui utilisent des drogues, recommandent que des services de consommation supervisée soient implantés dans des quartiers accessibles aux groupes existants de personnes qui utilisent des drogues afin d'optimiser leur effet positif sur la santé et la sécurité publiques (47,48).

Il a également été prouvé que les SCS sont très rentables. Plusieurs études ont évalué les économies réalisées grâce aux SCS existants en Colombie-Britannique (27,28,30,49,50). Bien que le degré d'économie généré par ces sites varie (entre 200 000 \$ et 6 000 000 \$ par an), les études s'accordent sur le fait que, dans l'ensemble, les services de consommation supervisée permettent de réduire les coûts (20). Toutefois, ces études n'ont pris en compte qu'un nombre limité de retombées possibles (p. ex. la réduction des coûts associés aux infections au VIH évitées), et d'autres études coût-efficacité pourraient être réalisées sur un plus grand nombre de retombées. D'autres analyses ont examiné les économies qui pourraient être réalisées grâce aux SCS s'ils étaient implantés dans d'autres villes canadiennes, notamment Saskatoon, Montréal, Toronto et Ottawa (49,51–55).

2.0 Principes directeurs

2.1 Mettre en avant les perspectives des personnes qui utilisent des drogues

Il n'est possible d'offrir des services de consommation supervisée de grande qualité que si les perspectives des personnes qui utilisent des drogues orientent directement les activités de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. De nouvelles études semblent indiquer que certaines personnes qui utilisent des drogues préfèrent consommer ailleurs que dans des services de consommation supervisée pour de nombreuses raisons (p. ex. la voie d'administration qu'elles préfèrent est interdite à l'intérieur du site; elles préfèrent consommer dans des endroits privés comme leur propre maison ou celle d'un ami; elles trouvent les services de consommation supervisée trop bondés; elles ne connaissent pas les heures d'ouverture des services de consommation supervisée) (56). Certains de ces obstacles, par exemple ceux qui concernent les politiques et les pratiques, pourraient être surmontés en impliquant davantage les personnes qui utilisent des drogues dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des SCS (56). Ces personnes sont les mieux placées pour cerner les caractéristiques des modèles de SCS les plus susceptibles d'attirer et de retenir leurs pairs, et elles disposent des réseaux et de l'expertise nécessaires pour établir des liens avec les membres de la population les plus difficiles à atteindre (57,58). Sur la base du principe « rien à notre sujet sans nous », bon nombre de personnes soutiennent qu'il est impératif, d'un point de vue éthique, d'inclure les personnes qui utilisent des drogues – en particulier celles qui, historiquement, ont été criminalisées, stigmatisées, désavantagées au plan structurel et exclues des services de santé traditionnels – dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des services. De nombreux services de consommation supervisée au Canada et à l'étranger ont été conçus en collaboration avec des personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances, sont dirigés par ces personnes et/ou les emploient (59,60). Il est également important d'inclure les personnes qui utilisent des drogues dans la conception et l'évaluation continue des SCS pour s'assurer que le service puisse s'adapter et répondre aux besoins changeants des participants. Une façon d'assurer leur participation équitable dans le processus d'évaluation peut être de recueillir régulièrement leurs commentaires par l'intermédiaire d'un comité consultatif composé de membres du personnel ayant un vécu expérientiel et de participants du SCS, de boîtes à suggestions, de sondages informels, de communications avec le personnel et de réunions périodiques, en fonction de l'intérêt manifesté par les participants. Les informations recueillies dans le cadre de ces processus d'évaluation peuvent ensuite être examinées et intégrées, selon le cas, dans les activités et les politiques du SCS.

L'une des préoccupations des personnes utilisatrices de drogues qui travaillent dans les services de réduction des méfaits sont les inégalités dans la manière dont elles sont traitées et rémunérées par rapport aux autres membres du personnel qui n'ont pas un vécu expérientiel (61). *Pairologie*, un guide sur l'implication des personnes qui utilisent des drogues, publié par la Société canadienne du sida en 2015, formule 11 recommandations pour améliorer l'inclusion des personnes qui utilisent des drogues dans les décisions relatives aux politiques, à la recherche et aux soins de santé (62). Voici une version abrégée de ces recommandations :

- 1) Nous donner les moyens : « Si vous voulez que nous participions à vos discussions et aux prises de décisions sur les services et autres enjeux qui nous concernent, il faut que vous nous permettiez de le faire. » Soutenez les personnes qui utilisent des drogues en leur fournissant le matériel, les ressources, les directives et la formation nécessaires à leur pleine participation pendant les réunions et au sein des équipes de projet.
- 2) Nous inclure de manière équitable : « Il n'y a rien de plus frustrant que de nous sentir comme si nous sommes là juste pour faire "cute", alors que notre point de vue n'est pas sollicité, ni écouté, ni pris au sérieux. » Expliquez les intentions, faites en sorte que toutes les voix puissent être entendues, écoutez attentivement, prenez en compte ce qui est dit et ne rejetez pas toutes les interventions des personnes qui utilisent des drogues du revers de la main.
- 3) Garder ça simple : « Si vous voulez que les personnes utilisatrices de drogues participent à des comités et autres instances, il est important de ne pas rendre les choses plus compliquées qu'elles ne le sont déjà. » Organisez des réunions courtes et peu formelles qui vont droit au but. Faites des pauses pendant les réunions et fixez à l'avance l'heure à laquelle elles finiront.
- 4) Adapter les façons de faire à nos conditions de vie : « Nous vivons souvent dans des conditions de précarité [(p. ex. pauvreté, logement précaire, problèmes de santé, etc.)], ce qui fait que si vous voulez nous inclure, il faut modifier vos façons habituelles de faire les choses. [...] [Pensez à] utiliser le téléphone plutôt que le courriel vu que souvent nous n'avons pas facilement accès à l'Internet. » Adaptez votre approche pour tenir compte des besoins des personnes qui utilisent des drogues et de leur collaboration.
- 5) Toujours inviter au moins deux personnes : « À cause de plein de facteurs, il peut arriver que nous ne puissions pas assister à une rencontre à laquelle nous nous étions pourtant engagés d'aller. Vous devriez aussi éviter de concentrer toute l'information et toutes les responsabilités dans les mains d'une seule personne. [...] [L]e fait d'être deux personnes représentantes des personnes utilisatrices de drogues nous permet d'être plus à l'aise et de moins nous sentir seuls face aux autres intervenants. » Inviter plus d'une personne utilisatrice de drogues à participer à un projet ou à une réunion permet de rendre la tâche plus gérable, d'avoir un remplaçant en cas d'empêchement et d'aider les personnes à se sentir plus à l'aise de participer.

- 6) Souligner les bons coups : « Il est toujours bon de savoir que ce que nous avons fait dans le passé a porté fruit, que ça marche et que ça vaut la peine de continuer à être impliqué. » Soulignez les réalisations et les réussites qui découlent de l'intégration des personnes utilisatrices de drogues dans les processus de planification.
- 7) Faire des choses concrètes : « C'est bien beau de se réunir tout le monde ensemble, de partager les informations et nos idées, de trouver des solutions à nos problèmes, mais si ces rencontres ne sont pas suivies par des actions, ça perd tout son sens et ça ne donne pas le goût de s'impliquer. » Assurez-vous que les réunions sont suivies d'actions concrètes visant à mettre en œuvre les suggestions qui y ont été discutées.
- 8) Bien former les alliés pour qu'ils puissent bien soutenir notre inclusion : « [N]ous nous attendons à ce que les personnes qui travaillent avec nous soient sensibilisées à nos difficultés et nous soutiennent à poursuivre nos mandats. » Veillez à ce que l'ensemble de l'équipe ait les connaissances et la formation nécessaires pour impliquer les personnes qui utilisent des drogues de manière équitable et globale.
- 9) Reconnaître notre expertise : « Nous sommes des experts de notre propre réalité, c'est pourquoi nous sommes en demande pour participer à de nombreux comités et c'est aussi pourquoi nous demandons d'y être invités. » Donnez aux personnes qui utilisent des drogues des occasions de leadership, ou faites-les participer à la prise de décision, car ce sont elles qui connaissent mieux que quiconque leur réalité.
- 10) Nous rémunérer pour notre temps : « Nous sommes des experts, mais souvent nous sommes les seuls autour d'une table à ne pas être payés. » Rémunérez les personnes utilisatrices de drogues pour leur participation afin de montrer que leur contribution a de la valeur. Lorsque vous invitez des personnes qui utilisent des drogues à participer à un mandat, il est important de discuter des attentes concernant leurs tâches (temps requis et attentes relatives au rôle), du moment où elles seront rémunérées et de la méthode de paiement qu'elles préfèrent (p. ex. en argent comptant) avant qu'elles ne s'engagent (63). Renseignez-vous sur ce qui constitue une rémunération juste et équitable en fonction de votre contexte local et offrez cette rémunération à chaque personne utilisatrice de drogues que vous engagez. Par ailleurs, l'organisation devrait prendre en charge directement tous les autres frais liés à la participation au mandat (transport, hébergement, repas, etc.), plutôt que d'attendre une demande de remboursement de dépenses personnelles, et éviter la saisie de numéros de carte de crédit dans les hôtels.
- 11) Soutenir les organismes de personnes utilisatrices de drogues pour encourager l'inclusion : « Si on veut encourager l'inclusion des personnes qui consomment des drogues, on doit bien reconnaître qu'il existe des organismes à travers le Canada qui ont justement pour mandat cette inclusion. » Prenez acte des différents groupes de personnes utilisatrices de drogues qui existent déjà, ainsi que de leur capacité à s'organiser et à mener de nouvelles initiatives. Lorsque vous souhaitez faire participer les personnes qui utilisent des drogues à un mandat, invitez les responsables de ces groupes à nommer un représentant dans le cadre de cette collaboration.

Pour plus d'informations sur la prise en compte des perspectives des personnes qui utilisent des drogues, consultez la ressource suivante :

- [La Coalition canadienne des politiques sur les drogues et l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues – Hear Us, See Us, Respect Us: Respecting the Expertise of People who Use Drugs](#) (64)

2.2 Adopter une approche de soins ancrée dans la réduction des méfaits

Les services de consommation supervisée ont été créés à l'origine par des personnes qui utilisent des drogues comme stratégie pour créer des environnements plus sécuritaires et se soutenir mutuellement. Au fur et à mesure que ces services ont évolué et augmenté en nombre et en portée, leur priorité est devenue d'attirer les personnes utilisatrices de drogues qui sont vulnérables au plan structurel (65), c'est-à-dire les sous-groupes de personnes qui courent un risque accru de subir des préjudices en raison des aspects sociaux, physiques, politiques et économiques de leur environnement et qui sont plus susceptibles de consommer des drogues en public (66,67). Ainsi, les services de consommation supervisée s'adressent souvent à des participants en situation d'itinérance ou de logement précaire, vivant dans la pauvreté et ayant subi des traumatismes, du racisme, de la discrimination et de la violence (68,69). De plus, bon nombre de participants ont probablement déjà vécu des expériences négatives avec les services et les systèmes de santé, et les études montrent que les personnes qui utilisent des drogues sont souvent stigmatisées, jugées et humiliées par les prestataires de soins lorsqu'elles cherchent à se faire soigner (70–72). Il est donc essentiel d'accorder une attention particulière à l'approche de soins au sein des SCS pour assurer la meilleure expérience possible aux personnes qui utilisent des drogues et pour reconnaître et atténuer les effets négatifs de la vulnérabilité structurelle des participants.

Il est également important de se rappeler que bon nombre de participants ou de membres du personnel des SCS pourraient être en train de vivre un deuil ou la perte d'une personne en raison de la crise des intoxications aux drogues qui sévit actuellement. Il est bon d'être sensible à ce sentiment de deuil et de perte et/ou de le reconnaître directement dans ses interactions avec les participants ou le personnel des SCS. Enfin, les services devraient mettre en place des protocoles de débriefage après des intoxications ou tout autre événement émotionnellement difficile au sein du SCS ou de la communauté. Ces protocoles peuvent inclure des réunions régulières de débriefage en équipe, des débriefages individuels si nécessaire ou l'offre d'information sur l'aide en santé mentale disponible (p. ex. l'aide en santé mentale au niveau provincial, territorial ou national), y compris l'aide spécifique à certaines populations (p. ex. les Autochtones, les jeunes, etc.).

2.2.a Réduction des méfaits

Les SCS font partie d'une approche de réduction des méfaits fondée sur des données probantes dont l'objectif est de réduire les méfaits de l'utilisation de drogues sur la santé, la vie sociale et les finances, tout en reconnaissant que ces méfaits sont en grande partie le produit de la prohibition, de la criminalisation et d'autres contextes sociopolitiques défavorables (p. ex. la colonisation, la racialisation et la pauvreté) (73). Cette approche va au-delà de la réduction des risques individuels pour se concentrer sur la création d'environnements physiques et sociaux plus sécuritaires pour les personnes qui utilisent des drogues, par la mise en œuvre de programmes adaptés aux besoins locaux et la revendication de changements politiques plus larges qui réduisent le risque de conséquences négatives pour la santé et la société.

Bien qu'il n'existe pas de définition universelle de la réduction des méfaits, de nombreuses approches et pratiques de réduction des méfaits s'appuient sur des principes et des objectifs communs (74) :

Principes

- Respecter les droits fondamentaux : traiter les personnes qui utilisent des drogues avec dignité, respect et compassion.
- S'en remettre aux données probantes : s'assurer que les programmes et services de réduction des méfaits sont appuyés par un ensemble solide de données.
- Se porter à la défense de la justice sociale : donner une juste place aux personnes qui utilisent des drogues dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes qui les concernent et s'assurer qu'elles ne sont pas exclues des services sociaux et de santé en raison de la discrimination fondée sur la race, le genre, le statut socioéconomique, etc.
- Éviter la stigmatisation : accepter les personnes qui utilisent des drogues telles qu'elles sont, sans jugement ni langage stigmatisant.

Objectifs

- Garder les personnes en vie et encourager les changements positifs : la priorité la plus urgente est de s'assurer que les personnes qui utilisent des drogues restent en vie, puis de renforcer les changements positifs, aussi petits soient-ils.
- Réduire les méfaits causés par les lois et politiques relatives aux drogues : protester contre les lois, les politiques et les pratiques policières qui contribuent aux méfaits liés aux drogues.
- Offrir d'autres approches que les traitements axés sur l'abstinence seulement : s'assurer que l'arrêt complet de la consommation de drogues n'est pas imposé ni vu comme étant la seule option possible.

Voici un exemple de définition de la réduction des méfaits pour le contexte canadien :

La réduction des méfaits est une approche globale, juste et scientifique de la consommation de substances. Ses principes peuvent également s'appliquer à des activités telles que le travail du sexe. Elle se traduit par des politiques, des stratégies et des services qui visent à aider les personnes qui utilisent des substances psychoactives légales et illégales à mener une vie plus sûre et plus saine. Toutes les substances ont des effets à la fois positifs et négatifs, et la consommation de substances peut affecter la santé d'une personne et sa vulnérabilité sur le plan juridique. La plupart des personnes qui utilisent des substances ne rencontrent pas de problèmes, mais dans certaines circonstances, la consommation de substances peut devenir problématique. L'approche de la réduction des méfaits reconnaît qu'il y a de nombreuses raisons de consommer des drogues. Il n'est pas nécessaire de réduire sa consommation ou d'arrêter complètement de consommer pour avoir droit au respect, à la compassion ou à des services. La réduction des méfaits renforce la capacité des personnes qui utilisent des drogues à exercer un contrôle sur leur propre vie et leur santé, et leur permet de prendre des mesures préventives et proactives pour elles-mêmes, leur famille et leur communauté [traduction libre adaptée de Streetworks Edmonton (75)].

Pour plus d'informations sur les bases de la réduction des méfaits, consultez la ressource suivante :

- [CATIE – Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services](#) (76)

2.2.b Pratique basée sur la relation, sécurité culturelle et soins adaptés aux traumatismes

La pratique basée sur la relation, la sécurité culturelle et les soins adaptés aux traumatismes sont d'autres concepts clés pour guider le personnel qui travaille dans les SCS. La pratique basée sur la relation est une approche axée sur l'établissement d'un partenariat respectueux, bienveillant et éthique entre un prestataire de soins et un patient (77). Elle englobe de nombreux aspects importants des soins, notamment la réduction des méfaits, les soins centrés sur la personne et sur la relation, la sécurité culturelle et la pratique adaptée aux traumatismes.

La notion de sécurité culturelle a été développée à l'origine pour fournir des soins plus respectueux aux peuples autochtones de Nouvelle-Zélande (p. ex. les Māori) afin de lutter contre les inégalités raciales (78,79). Elle s'est avérée particulièrement pertinente dans le contexte canadien pour comprendre les conséquences de la colonisation passée et présente et de l'oppression systémique sur l'accès des Autochtones (Premières Nations, Métis, Inuits) aux soins de santé et aux services sociaux ainsi que sur leur santé en général (78,80). Ce modèle de soins reconnaît l'importante incidence de la violence structurelle et des traumatismes historiques, y compris le legs de la

colonisation, sur la vie des personnes qui utilisent des drogues et d'autres populations marginalisées (195). La sécurité culturelle vise à remédier aux inégalités vécues par les personnes qui sont discriminées ou marginalisées dans les établissements de santé (82,83) et à rendre les espaces sécuritaires sur le plan physique, social, émotionnel, culturel et spirituel (70,84). Ultimement, la sécurité culturelle est définie par les personnes qui en font l'expérience et non par celles qui la fournissent, mais pour offrir des soins culturellement sécuritaires aux personnes qui utilisent des drogues, il s'agit souvent de :

- Faciliter leur implication et leur participation à la conception des soins qu'elles-mêmes et leurs pairs reçoivent;
- Reconnaître que leur santé, leurs expériences, leurs priorités et leurs soins de santé sont influencés par leur histoire et les politiques qui criminalisent la consommation de drogues;
- Tenir compte de la façon dont leurs antécédents de traumatisme et de violence, l'accumulation de préjugés et les circonstances défavorables affectent leur capacité à interagir avec les prestataires de soins et à suivre des plans de soins;
- Faire de l'établissement d'un lien de confiance la priorité;
- Mettre en place une culture de la sécurité et du respect dans laquelle elles sont valorisées et considérées comme étant des personnes qui méritent d'être soignées (85,86).

L'adoption des principes de la sécurité culturelle au sein d'un SCS aidera le personnel à établir des liens avec les personnes qui fréquentent le site. Voici quelques exemples de pratiques de sécurité culturelle pouvant être mises en place (73,85) :

- Prendre conscience des pratiques culturelles et des coutumes des participants du SCS et faire preuve de sensibilité à cet égard;
- Faire un examen critique de la manière dont ses propres pouvoirs, privilèges, croyances, valeurs, partis pris et préjugés peuvent avoir une incidence sur la relation thérapeutique;
- Réfléchir aux structures, aux discours et aux préjugés qui sous-tendent la prestation des services du SCS. Il s'agit notamment de reconnaître que les individus s'inscrivent dans l'héritage des traumatismes et de la violence causés par les actions (peut-être même celles qui sont bien intentionnées) des prestataires de services, des prestataires de soins et d'autres personnes envers les groupes marginalisés;
- Comprendre l'histoire des politiques en matière de drogues et des personnes qui utilisent le SCS (p. ex. les expériences avec le système de soins de santé et les antécédents de traumatismes et de violences);
- Reconnaître que dans la relation entre les prestataires et les patients, ce sont les prestataires qui ont le plus de pouvoir, et favoriser un environnement où les personnes qui fréquentent le SCS se sentent le pouvoir de le dire quand elles estiment qu'une rencontre est sécuritaire ou non;

- Adopter une optique de justice sociale et/ou d'anti-oppression pour aborder les facteurs structurels qui créent les méfaits associés à la consommation de drogues et les exacerbent;
- Informer activement les membres du personnel du SCS de ces efforts, et se montrer capable d'accepter la responsabilité de ses actes ou de son inaction, même si l'intention était bonne;
- Reconnaître que les participants autochtones du SCS requièrent une attention particulière. Il s'agit notamment de travailler directement avec les Aînés, les gardiens du savoir et les soutiens traditionnels au sein de la communauté et du SCS afin d'établir des relations de confiance, et de comprendre comment les peuples autochtones définissent et voient la sécurité culturelle (voir la section **3.3.a Points à considérer pour les populations clés**).

Il est également essentiel de bien former l'ensemble du personnel du SCS sur la sécurité culturelle et d'assurer des formations périodiques pour rafraîchir leurs connaissances et promouvoir l'adoption de ces pratiques. La formation devrait couvrir au minimum les trois objectifs d'apprentissage suivants :

- Amener les membres du personnel à réfléchir à leurs propres attitudes et croyances, souvent inconscientes, par rapport aux autres;
- Examiner les façons dont l'histoire, les relations sociales et les politiques continuent de façonner les réponses, les besoins, l'accès aux services et la santé des gens;
- Savoir faire preuve de flexibilité dans la manière d'entrer en relation avec les autres, en particulier avec les personnes qui sont différentes de soi (71,87).

Il est essentiel que les soins culturellement sécuritaires soient accompagnés d'une pratique adaptée aux traumatismes. Il s'agit d'une pratique où l'on reconnaît la nécessité de tenir compte de la concomitance des expériences de traumatismes, des problèmes de santé mentale et de la consommation de substances chez une personne (88,89). Voici les principes de la pratique adaptée aux traumatismes pouvant être mis en œuvre dans les SCS (89) :

- Prise en compte des traumatismes : sensibiliser le personnel du SCS à la forte prévalence des expériences traumatisantes, à leur incidence sur le développement, à l'évolution des mécanismes de survie et d'adaptation, ainsi qu'à l'interconnexion entre les traumatismes, la consommation de substances, la santé mentale et la santé physique.
- Sécurité et confiance : établir un climat de sécurité et de confiance en assurant une sécurité physique, émotionnelle et culturelle, par exemple en adoptant des procédures d'admission accueillantes, en adaptant l'espace du SCS pour le rendre moins intimidant, en fournissant des informations claires sur les intentions et les processus du SCS, et en se préoccupant de l'épuisement du personnel et de l'importance de prendre soin de soi.
- Accent mis sur le choix, la collaboration et le lien : créer des environnements plus sécuritaires qui favorisent l'autodétermination, la dignité et le soin personnel des

participants du SCS en assurant une communication ouverte, en rétablissant les déséquilibres de pouvoir, en offrant des choix et en travaillant de manière collaborative.

- Accent mis sur les forces et le renforcement des capacités : aider les participants du SCS à cerner leurs forces et à développer leur résilience et leur capacité d'adaptation en mettant l'accent sur les techniques leur permettant de reconnaître ce qui les calme, les recentre et les déclenche.
- Les participants autochtones demandent une attention particulière, car cette tranche de la population a été touchée de manière disproportionnée par des traumatismes historiques et intergénérationnels et par la colonisation (voir la section **3.3.a Points à considérer pour les populations clés**).

Lorsqu'on applique ces principes, une personne n'a pas à dévoiler ses traumatismes. Le SCS devrait être un environnement où les participants n'ont pas à revivre leurs traumatismes et n'en vivent pas de nouveaux. On a confiance en la capacité des participants à reconnaître leurs propres besoins et on les encourage à prendre leurs propres décisions concernant ces besoins.

Dans les cas où une personne dévoile un traumatisme, le SCS doit être prêt à offrir des services spécialement conçus pour aborder les traumatismes sur place ou à orienter la personne vers les bons services. Les options de traitement des traumatismes peuvent inclure les thérapies spécialisées telles que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, l'inoculation contre le stress, la thérapie d'exposition, la psychothérapie, l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) et le soutien à la guérison et à l'autonomisation (89).

Pour en apprendre davantage sur les pratiques culturellement sécuritaires et adaptées aux traumatismes, consultez les ressources suivantes :

- [Association canadienne de santé publique – Faites-vous en sorte que les programmes et les services soient culturellement appropriés et culturellement sûrs?](#) (90)
- [EQUIP Health Care – Research to Equip Health Care of Equity](#) (91)
- [National Collaborating Centre for Aboriginal Health – Cultural Safety Collection](#) (92)
- [Northern Health Indigenous Health – Cultural Safety](#) (83)

3.0 Planifier le modèle de service d'un SCS

3.1 Information sur l'exemption pour les SCS prévue à l'article 56.1

Pour pouvoir exploiter légalement un SCS au Canada, les responsables doivent obtenir une exemption de Santé Canada afin de protéger le personnel et les participants du SCS contre toute accusation criminelle liée à des activités impliquant des substances illégales sur les lieux. Pour obtenir cette exemption, les éventuels responsables du SCS doivent remplir une demande présentant des informations relatives à cinq critères généraux. Les SCS approuvés dans le cadre de ce processus bénéficient généralement d'une exemption d'un an renouvelable. Les exemptions ultérieures (c'est-à-dire les renouvellements) peuvent être accordées pour une période allant jusqu'à cinq ans, en fonction du financement disponible, du respect des normes par les responsables et des préoccupations éventuelles de Santé Canada concernant le fonctionnement du service.

Le présent document ne vise pas à offrir des instructions étape par étape sur le processus d'exemption ou sur les exigences législatives et politiques de Santé Canada. Il s'agit plutôt d'aider les éventuels responsables de SCS à s'engager dans des discussions approfondies sur la raison d'être, les objectifs et la conception d'un SCS, ce qui les aidera en fin de compte à rédiger leur demande d'exemption. Afin d'aider les éventuels responsables à se faire une idée générale du niveau d'information et de ressources nécessaires pour que leur demande soit acceptée, une explication générale du processus d'exemption actuel de Santé Canada est offerte ci-dessous. Consultez le site Web de Santé Canada pour obtenir des directives détaillées à l'intention des personnes voulant faire une demande d'exemption pour un SCS en vertu de l'article 56.1 (93).

3.1.a Processus de demande

La décision d'accepter ou de refuser une demande d'exemption d'un SCS en vertu de la LRCDas repose sur cinq critères généraux mentionnés dans la loi (94) (p. 2) :

- 1) « l'incidence d'un tel site sur le taux de criminalité;
- 2) les conditions locales indiquant qu'un tel site répond à un besoin;
- 3) la structure administrative en place permettant d'encadrer le site;
- 4) les ressources disponibles pour voir à l'entretien du site;
- 5) les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté. »

Le formulaire de demande d'exemption des SCS de Santé Canada recueille les informations relatives à ces cinq critères. Les personnes faisant la demande doivent parler de ces critères dans leur document et satisfaire à toute autre exigence établie par Santé Canada. Au moment de rédiger le présent guide, le formulaire de demande pour les SCS (version de juillet 2021) était structuré en plusieurs sections, y compris (94) :

- 1) Renseignements sur le demandeur (les coordonnées; une description de l'organisation et des services fournis actuellement, s'il y a lieu);
- 2) Description du site proposé (une description des services proposés et des heures d'ouverture; plan d'étage du site);
- 3) Conditions locales (une description de la clientèle ciblée; le nombre de surdoses et de décès liés à la consommation de drogues; l'incidence sur la santé et la sécurité; autres facteurs tels que le taux de criminalité);
- 4) Politiques, procédures et sécurité (les rôles et les responsabilités des membres du personnel et les exigences de formation; l'élimination des objets pointus ou tranchants et des matières présentant un danger biologique; les règlements concernant la consommation assistée et le fractionnement et le partage de doses; le traitement des substances non identifiées ainsi que les procédures en cas de perte ou de vol de substances non identifiées; les mesures de sécurité; les dossiers conservés);
- 5) Personnel (Personne responsable [PR]; une vérification récente du casier judiciaire [c.-à-d. délivrée il y a moins d'un an au moment de la demande du SCS]; l'ensemble des études, du bénévolat et des emplois des dix dernières années [y compris une vérification du casier judiciaire pour les expériences en dehors du Canada, le cas échéant]);
- 6) Lettre d'opinion et rapport de consultation (le rapport de consultation et les documents connexes; les mesures visant à répondre aux préoccupations; voir la section **4.1.a Meilleures pratiques pour les consultations publiques et la mobilisation** pour plus d'informations);
- 7) Plan financier (les états financiers ou les vérifications; les sources de financement confirmées et/ou la confirmation des engagements à fournir un financement; les propositions budgétaires);
- 8) Renouvellement (le cas échéant);
- 9) Déclaration du demandeur (qui certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets).

Santé Canada exige une visite des lieux avant l'ouverture d'un SCS au public afin de s'assurer que le site dispose de l'aménagement et des politiques et des procédures nécessaires à l'exploitation du service proposé conformément à l'exemption accordée au SCS, le cas échéant. Les visites de sites varient grandement en fonction du type de SCS décrit dans la demande d'exemption (p. ex. inhalation, site mobile, pièce unique, étage entier, etc.). Veuillez noter qu'il est nécessaire de fournir des informations détaillées sur ces aspects pour pouvoir obtenir une exemption fédérale. Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir le formulaire de demande de SCS, communiquez avec

la section des exemptions du Bureau des substances contrôlées de Santé Canada (exemption@hc-sc.gc.ca).

3.2 Modèles de service

Les SCS sont souvent utilisés par des groupes de personnes vulnérables au plan structurel, comme les personnes touchées par la pauvreté, l'itinérance, la colonisation, le chômage, le racisme, le sexisme, la criminalisation et d'autres injustices. Ces facteurs sont souvent les causes sous-jacentes de la mauvaise santé des personnes qui utilisent des drogues et ils exacerbent les risques et les méfaits associés à la consommation de drogues (95,96). Les SCS apportent une solution très utile à ces facteurs en agissant comme point de contact essentiel pour les services sociaux et de santé (34,97).

Il existe de nombreuses façons de concevoir et de mettre en œuvre un SCS. Le type, la gamme et l'étendue des services offerts dépendent des caractéristiques et des besoins de la population ciblée, des services locaux existants et des ressources disponibles pour mettre sur pied un site.

Les SCS comprennent souvent au minimum les éléments suivants :

- 1) Une réception séparée de l'espace dans lequel les drogues illégales sont consommées, où les personnes qui souhaitent utiliser le SCS peuvent en apprendre davantage sur le service et son fonctionnement et attendre leur tour avant d'entrer dans l'espace de consommation.
- 2) Une aire de consommation spécialement conçue pour la ou les voies d'administration autorisées dans le SCS, qui comprend du matériel de consommation stérile et un contenant pour jeter le matériel utilisé. Cette aire est souvent isolée du reste de l'établissement, si l'espace et les ressources le permettent;
- 3) Une aire commune où le personnel peut veiller au bien-être des participants, leur apporter des soins postconsommation et intervenir en cas d'intoxication. Les participants peuvent s'y détendre, parler avec un travailleur social, un prestataire de soins et des membres du personnel ayant un vécu expérimental, et se faire recommander des services, de l'information et des ressources psychologiques.

Une gamme d'autres services peuvent également être offerts dans un SCS, soit sur place ou par l'entremise d'autres prestataires de services, notamment les services énumérés ci-dessous (cette liste a été adaptée à partir d'un document rédigé par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (98)).

- Distribution de matériel de consommation (p. ex. seringues, aiguilles, garrots, lingettes, chauffoirs, pipes, grilles, etc.) pour utilisation à l'intérieur ou à l'extérieur du site;

- Éducation sur la santé, y compris des stratégies de réduction des méfaits et des techniques de consommation à moindres risques;
- Des trousse de naloxone à emporter et de la formation sur la prévention des intoxications aux drogues;
- Services d'analyse de substances;
- Soins médicaux liés à la consommation de substances (p. ex. soins des plaies, des veines et des abcès);
- Programmes de soutien par les pairs;
- Programmes de traitement de la dépendance (p. ex. gestion du sevrage, traitement par agonistes opioïdes, thérapie);
- Services d'hébergement (p. ex. refuges de nuit ou de jour);
- Soins de santé primaire ou préventive (p. ex. gestion des maladies chroniques, vaccination, dépistage d'infections transmissibles sexuellement, dépistage et traitement d'autres maladies transmissibles comme le VIH et le VHC, soin des plaies);
- Services sociaux (p. ex. aide pour obtenir un revenu, un logement ou pour répondre à d'autres besoins);
- Soins de santé mentale;
- Services de santé pour les femmes;
- Services de proximité en dehors du site;
- Possibilités d'emploi, programmes et/ou orientation;
- Soutien juridique;
- Aide pour obtenir des pièces d'identité;
- Activités récréatives;
- Consultations d'orientation scolaire;
- Repas, collations, café ou thé;
- Accès à un téléphone et à Internet;
- Douches et/ou buanderie;
- Casiers;
- Adresses postales;
- Logement à bas seuil d'accessibilité ou supervisé;
- Centre de rétablissement.

Le type, le niveau et l'étendue des services proposés dépendent des besoins de la population ciblée par le SCS, des services existants dans la région, ainsi que du budget global et de la capacité du site. Pour les procédures d'orientation vers d'autres services, la création de partenariats pourrait être la manière la plus efficace d'intégrer les services sociaux et de santé dans des SCS dont la capacité est limitée. L'intégration de ces soutiens directement dans les SCS offre une solution aux problèmes de continuité des soins entre les SCS et les ressources communautaires pour les personnes qui utilisent des drogues et qui sont vulnérables au plan structurel (34). Il faut par ailleurs réfléchir aux façons

d'aider les participants avec leurs besoins de base (nourriture, vêtements, buanderie, douches, etc.) (99).

Il est important de tenir compte des besoins des participants et de la capacité d'accueil du SCS au moment de déterminer ses heures d'ouverture. Il est préférable d'avoir de plus longues heures d'ouverture pour réduire les risques, tels que la consommation de substances dans des lieux dangereux ou en public lorsque le SCS est fermé (100). Toute modification des heures d'ouverture d'un SCS (p. ex. en raison d'un manque de personnel, de fermetures temporaires, de services limités ou de modification des heures habituelles) doit être clairement communiquée aux participants afin de leur proposer d'autres solutions et de maintenir le lien de confiance entre eux et le personnel du SCS. Les médias sociaux, les organismes partenaires, les affiches, les dépliants et les cartes sont autant de façons de communiquer clairement cette information aux personnes qui utilisent déjà le site et à celles qui pourraient vouloir l'utiliser (les personnes qui viennent de l'extérieur de la ville, qui s'y rendent pour la première fois, etc.). Une autre façon est de disposer d'une ligne téléphonique ou d'une boîte vocale accessible 24 heures sur 24, où ces informations peuvent être facilement mises à jour. Les SCS pourraient également trouver utile de déléguer les tâches de communication à un membre désigné du personnel pour s'assurer que les changements apportés au service sont communiqués de manière cohérente et fiable. Si un SCS doit fermer ses portes pendant plus de 24 heures, les titulaires de l'exemption doivent en informer Santé Canada dans les 48 heures.

De manière générale, il existe trois différents modèles de SCS actuellement en activité au Canada : les modèles autonomes fixes, les modèles intégrés et les modèles d'unités mobiles de proximité. Ces modèles servent à désigner des différences dans la *conception*, telles que le lieu du site, l'aménagement de l'espace et l'offre d'autres services au même endroit. Les modèles diffèrent entre eux par leur taille, le nombre de visites de participants par semaine, la taille du personnel, les heures d'ouverture ainsi que le nombre et les types de services auxiliaires offerts. Il peut également y avoir des différences entre les programmes d'un même modèle, par exemple entre les différentes populations de participants desservies par une unité mobile. Bien que Santé Canada permette une certaine souplesse dans la conception des SCS, au cas par cas et en fonction du contexte local, une description de chacun des modèles standards actuellement utilisés vous est fournie ci-dessous. Pour plus de détails, reportez-vous aux exemples de cas mentionnés pour chaque modèle.

3.2.a Environnement physique du SCS

Les environnements physiques externes et internes d'un SCS, quel que soit le modèle, peuvent influencer la volonté des personnes qui utilisent des drogues d'utiliser le service, de même que leur expérience, leur satisfaction, le respect de leur vie privée et leur sécurité. Par exemple, bon nombre de personnes du milieu des SCS préfèrent être installées dans un bâtiment quelconque afin de préserver l'anonymat des participants qui se rendent sur les lieux (47). Dans le même ordre d'idées,

si un SCS intégré partage un même lieu avec d'autres services de santé, certaines personnes pourraient se sentir gênées de recourir au service s'il existe un risque de croiser quelqu'un qu'elles connaissent (p. ex. un prestataire de soins de santé, un voisin, un ami) et qui n'est pas au courant de leur consommation de drogue (101). D'autres aspects de l'environnement physique du SCS pouvant être pris en compte :

- La présence et l'emplacement de caméras de surveillance (102);
- L'emplacement des entrées et sorties (101);
- L'aménagement des lieux, notamment un espace suffisant pour intervenir en cas d'intoxication aux drogues (pour pouvoir pratiquer la RCR, lors d'intoxications multiples, etc.) et des aires postconsommation (des endroits pour relaxer, pour se remettre d'une intoxication à la drogue, etc.);
- La circulation des participants, notamment des considérations d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap (p. ex. fauteuils roulants, marchettes);
- La visibilité des participants depuis l'extérieur (p. ex. emplacement des fenêtres, procédures d'accès);
- Considérations supplémentaires, selon le cas (p. ex. animaux d'assistance/de compagnie).

Il est important de consulter régulièrement les personnes qui utilisent des drogues et les parties prenantes locales au sujet de l'environnement physique du SCS afin de s'assurer que l'espace répond aux besoins des participants et des autres membres de la communauté. Avoir des fonds et des ressources disponibles pour assurer la propreté et l'entretien de l'extérieur du SCS pourrait aller dans le sens de certains programmes de propreté et de sécurité des quartiers et favoriser des relations positives avec la collectivité. Il n'existe pas de modèle unique de SCS, et chaque site doit être adapté pour répondre aux besoins précis de sa communauté.

3.2.b Modèle autonome

Également appelé « modèle spécialisé », le modèle de SCS autonome est un établissement distinct dont l'objectif principal est de fournir des services de consommation supervisée. Le SCS autonome est généralement situé dans une zone très fréquentée par les personnes qui utilisent des drogues et à proximité des lieux de consommation et des autres services qui leur sont destinés. Ce type d'établissement peut être associé à d'autres services, tels que des douches, des rafraîchissements, des repas, des soins primaires, de la thérapie, de l'hébergement temporaire (un refuge), et il peut orienter les participants vers des services externes. La majorité du temps de travail du personnel et des ressources de l'établissement sont toutefois consacrées au fonctionnement du SCS. Ce type d'établissement entretient parfois un lien étroit avec d'autres organismes locaux qui proposent des services aux personnes utilisatrices de drogues, au moyen de procédures d'orientation bien définies.

Comme les SCS autonomes s'adressent principalement aux personnes qui utilisent des drogues, les services offerts peuvent être adaptés à leurs besoins. Il a également été suggéré qu'un SCS autonome pourrait plus facilement rejoindre les participants qui évitent activement les autres services de santé, qui en sont exclus ou qui ne s'en prévalent pas (103). Ce modèle de SCS est donc plus efficace là où les populations de personnes utilisatrices de drogues sont importantes et plus concentrées, y compris lorsque le milieu de la drogue est bien établi.

Exemple d'un SCS autonome – Insite

Insite est situé sur la rue East Hastings dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Une grande partie des personnes qui utilisent des drogues dans cette ville vivent dans le Downtown Eastside (104). Les personnes utilisatrices de drogues dans ce quartier connaissent l'itinérance, la pauvreté, le chômage, des problèmes de santé mentale et la violence. Ouvert en 2003 en tant que projet pilote, Insite a été le premier SCS au Canada à être exempté par le fédéral. Les personnes qui utilisent ce SCS sont plus susceptibles d'être itinérantes ou en situation de logement précaire, de s'injecter des drogues en public, de s'injecter des drogues quotidiennement et d'avoir récemment subi une intoxication non mortelle à la drogue. Par ailleurs, Insite a réussi à amener les personnes à haut risque qui s'injectent des drogues à bénéficier de services de réduction des méfaits grâce au SCS (14).

Le personnel de l'établissement est composé de personnel infirmier, de conseillers, d'intervenants en santé mentale et d'employés possédant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances. On retrouve 13 cubicules de consommation sur place. Actuellement, Insite peut permettre l'utilisation de drogues par injection, par voie intranasale et par voie orale (9).

Bien qu'Insite soit un établissement autonome, il fait aussi partie de la PHS Community Services Society, un réseau de services offerts dans le quartier (p. ex. un programme de gestion de l'alcool, une équipe de soins de transition, le programme de soutien au rétablissement Douglas Street, le programme alimentaire PHS, des services de santé autochtone) (105). Insite est installé dans le même bâtiment qu'Onsite, qui dispose d'un service de gestion du sevrage comprenant 12 chambres avec salle de bains privée et d'un programme d'hébergement transitoire de 18 unités. Insite fait également partie d'un réseau d'orientation vers des services regroupant deux centres de santé communautaire, un hôpital, un centre de réhabilitation, un programme de suivi intensif dans le milieu, un programme de traitement par agonistes opioïdes (TAO) et des services de soutien pour les femmes.

Au cours d'une période de 14 mois, du 10 mars 2004 au 30 avril 2005, plus de 4 700 personnes se sont inscrites à Insite et plus de 2 000 orientations vers des services ont été faites, dont plus d'un tiers pour des consultations en consommation de substances (106). D'après les statistiques les plus récentes sur les usagers et usagères d'Insite fournies par Vancouver Coastal Health,

5 111 personnes uniques ont visité Insite plus de 170 000 fois en 2019, avec une moyenne de 312 visites quotidiennes à la salle d'injection (107). Pendant cette même année, 1 314 intoxications aux drogues ont été traitées dans l'établissement, dont aucune ne s'est avérée mortelle (107).

Insite est un exemple de modèle de SCS plus médicalisé (le site emploie des professionnels de la santé, qui ne tiennent pas nécessairement compte des aspects sociaux ou agréables de l'utilisation de drogues). Une étude récente a montré que la médicalisation d'Insite pouvait dissuader certaines personnes de recourir au service, et que bon nombre de personnes qui utilisent des drogues sont réceptives à des SCS moins médicalisés et gérés par des pairs (108).

3.2.c Modèle intégré

Dans le monde, les établissements intégrés sont le type le plus courant de services de consommation supervisée (98). Dans le modèle intégré, les SCS font partie de structures plus vastes qui s'adressent généralement aux personnes qui utilisent des drogues et/ou aux personnes itinérantes ou en situation de logement précaire. Selon ce modèle, le SCS est l'un des différents services interreliés qui répondent aux besoins de la population ciblée par le SCS. Les établissements intégrés peuvent offrir une variété de services, notamment des soins médicaux et de santé, des services sociaux et des services de réduction des méfaits. Certains établissements désirent être un « guichet unique » pour les participants, tandis que d'autres offrent des services plus limités. Les hôpitaux, les immeubles résidentiels, les cliniques de soins primaires et les centres de jour sont des exemples de lieux dotés d'un SCS intégré (109–111). Peu importe l'étendue des services offerts, il est important de délimiter clairement les espaces dans l'établissement où l'utilisation de drogues est permise et ceux où elle ne l'est pas, afin que les participants au programme qui n'utilisent pas le SCS (c'est-à-dire ceux qui essaient de réduire ou d'éviter l'utilisation de drogues illégales) puissent facilement éviter ces endroits (112). Il est également important que les politiques de l'établissement et du SCS soient cohérentes, en établissant des plans et des procédures clairs pour le SCS et l'établissement dans lequel il est intégré. Il peut s'agir par exemple de protocoles décrivant ce qu'il convient de faire en cas d'utilisation de drogues en dehors de l'espace du SCS (p. ex. un protocole pour mettre la personne en contact avec le personnel du SCS, pour l'accompagner jusqu'au SCS et lui montrer les lieux et/ou lui fournir du matériel de consommation, de la naloxone, etc.), ainsi que de protocoles d'intervention en cas d'intoxication aux drogues en dehors de l'espace du SCS.

L'adoption d'une approche de réduction des méfaits et la mise à disposition d'un SCS dans un établissement de soins de courte durée sont susceptibles de réduire les risques et préjudices liés à la consommation de drogues chez les personnes utilisatrices qui nécessitent des soins de courte durée (70,101). Une étude canadienne suggère qu'une part importante des personnes qui s'injectent des drogues continuent de le faire pendant une hospitalisation (113). La plupart des

hôpitaux appliquent une politique d'abstinence, qu'elle soit officielle ou non, et ils n'autorisent pas la consommation de drogues à des fins non médicales ou l'utilisation de matériel connexe sur les lieux. Les personnes utilisatrices de drogues se livrent donc à des pratiques à haut risque dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur (comme consommer des drogues seul dans une salle de bain verrouillée), évitent de se rendre dans un hôpital et quittent l'hôpital contre l'avis médical (68). L'intégration d'un SCS dans un réseau de services offerts au sein d'un même établissement permet aux participants d'obtenir un éventail de soins sans avoir à quitter les lieux, ce qui contribue à prévenir la perte de soins, à réduire les difficultés d'accès aux soins et à assurer la continuité des soins.

Les modèles de SCS intégrés aux hôpitaux peuvent être implantés dans des structures de soins de courte durée ou de soins pour affections subaiguës. Ils peuvent être ouverts aux patients uniquement, ou alors aux patients et aux membres de la collectivité. Les personnes qui utilisent des drogues se sont montrées ouvertes à utiliser des services de consommation supervisée dans un hôpital (37). Au moment d'écrire ces lignes, un seul établissement de soins de courte durée au Canada, l'Hôpital Royal Alexandra (RAH) d'Edmonton, avait mis en place un SCS tel que défini dans le présent document. Signalons toutefois que Casey House (un hôpital de Toronto spécialisé dans les soins pour affections subaiguës pour les personnes vivant avec le VIH ou risquant de le contracter) gère un SCS pour ses patients hospitalisés, et que l'hôpital St. Paul's de Vancouver gère un SPS.

Les SCS représenteraient aussi une stratégie intéressante pour réduire les décès par intoxication aux drogues dans les immeubles résidentiels où une proportion importante de locataires utilisent des drogues. Les données épidémiologiques de certaines provinces canadiennes indiquent que la plupart des personnes qui meurent d'une intoxication aux drogues se trouvaient dans une habitation privée (114,115). Les milieux de logement à cibler incluent les refuges de nuit, les logements de transition ou les logements supervisés permanents. Il est particulièrement important de veiller à ce que ces modèles de services soient adaptés aux besoins de tous les résidents, y compris les femmes et les autres sous-populations particulièrement vulnérables aux préjudices associés aux substances (69).

Les SCS intégrés peuvent plus facilement fournir des soins globaux aux personnes confrontées à des problèmes sociaux et de santé complexes. En revanche, ce modèle peut avoir de la difficulté à garantir la confidentialité et l'anonymat des participants (surtout si l'établissement hôte s'adresse au grand public ou à une population plus large que les personnes qui utilisent des drogues) et présenter des contraintes au niveau de l'espace physique et des heures d'ouverture (112).

Exemple d'un SCS intégré à un hôpital – l'Hôpital Royal Alexandra (RAH)

Situé à l'intérieur de l'hôpital, le SCS du RAH est un lieu réservé aux patients et ouvert 22 heures par jour, 7 jours par semaine (109). Le RAH est implanté dans un secteur défavorisé sur le plan socioéconomique et enregistre le plus grand nombre de visites pour des troubles psychologiques et des troubles liés à l'utilisation de substances de la province. Le SCS a ouvert ses portes en avril 2018 afin d'améliorer la sécurité des patients et du personnel et réduire le risque d'intoxication aux drogues dans l'enceinte de l'hôpital (116).

Le personnel est composé d'infirmières et d'infirmiers et comprend une salle d'attente, deux salles de consommation (avec deux cubicules chacune) et une aire postconsommation (117). À l'heure actuelle, le SCS du RAH est autorisé à accueillir l'utilisation de drogues injectables, intranasales et orales (9). Ce SCS est un espace clinique, mais des efforts ont été faits pour le rendre plus accueillant (p. ex. des œuvres d'art de patients décorent les murs, une télévision a été installée et des aliments sont offerts). Chaque patient ayant accès au SCS peut recevoir des services globaux et complets de la part de l'équipe multidisciplinaire de traitement des dépendances de l'hôpital.

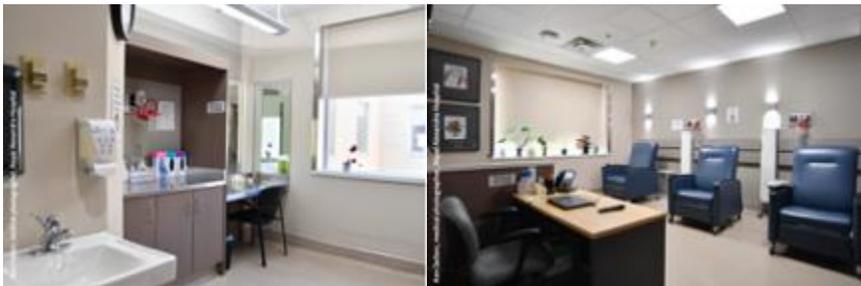


Photo : Dong et al., 2020 (109).

Exemple d'un SCS intégré à un programme d'hébergement – Fred Victor

Fred Victor est une organisation caritative qui offre une variété de programmes et de services pour soutenir les personnes à faible revenu ou en situation d'itinérance dans plus de 20 sites différents à Toronto (118,119).

En février 2018, Fred Victor a ouvert un SCS sur le site de son programme de logement et de logement de transition afin d'apporter une réponse fondée sur des données probantes à la crise grandissante des intoxications aux drogues (120), dans l'intention de « sauver des vies, mettre les gens en lien avec d'autres services de santé et soutenir la communauté pendant cette crise » [traduction libre] (120) (p.4). Le SCS est actuellement autorisé à inclure la consommation de drogues par injection et par voie intranasale et orale (9). Il offre également une variété d'autres services tels que du soutien en matière de santé mentale et de justice; un restaurant et de l'aide vestimentaire; des activités de jardinage, d'art et un centre de jour; et la gestion du sevrage alcoolique (119,120). Le SCS est fréquenté par les usagers actuels des services de Fred Victor et par de nouvelles personnes (119).

Exemple d'un SCS intégré à un centre de santé – South Riverdale Community Health Centre

Le SCS de South Riverdale fait partie du centre de santé communautaire South Riverdale (SRCHC) de Toronto. En plus du SCS, cet établissement intégré offre des services à la communauté, à savoir des services pour le bien-être des aînés, des examens médicaux pour les femmes, des programmes sociaux, des soins primaires et d'autres programmes de réduction des méfaits (121). Le programme de SCS, appelé « keepSIX », a ouvert ses portes le 27 novembre 2017 et a été le premier SCS intégré à un centre de santé communautaire au Canada (122).

keepSIX est situé au premier étage du SRCHC, à côté du bureau d'accueil pour la réduction des méfaits (123). Il comprend une aire d'accueil, une salle de consommation avec trois cubicules de taille régulière et un grand cubicule (pour accueillir plus d'une personne ou une personne utilisant des aides à la mobilité) et une aire postconsommation (123). À l'heure actuelle, le SCS est autorisé à inclure la consommation par injection et par voie intranasale et orale (9).

keepSIX a les mêmes heures d'ouverture que le reste du centre de santé communautaire, soit du lundi au vendredi. Au cours de sa première année d'activité environ, keepSIX a inversé huit intoxications aux drogues sur 2 800 épisodes de consommation, pour 400 visiteurs uniques (124). Le personnel de keepSIX est composé d'infirmières et d'infirmiers, d'agents de promotion de la santé et d'employés ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances. Le nom du site signifie « là pour vous » (*got your back*, en anglais) et se veut un hommage à Raffi Balian, fondateur du programme de réduction des méfaits COUNTERfit du SRCHC (mis sur pied il y a 20 ans) et défenseur de longue date des personnes utilisatrices de drogues (124).

3.2.d Modèle du SCS mobile

Un SCS mobile peut être utile lorsque la population locale de personnes qui utilisent des drogues n'est pas centralisée dans un lieu particulier, mais plutôt dispersée à travers une vaste zone géographique. Le SCS mobile peut également être souhaitable et complémentaire lorsque des programmes de SCS autonomes ou intégrés existent déjà, mais sont inaccessibles pour certaines personnes qui utilisent des drogues. Installés dans des camionnettes ou des autobus modifiés avec des cubicules de consommation, les SCS mobiles peuvent être déplacés vers des lieux où les services aux personnes utilisatrices de drogues sont limités. Dans certaines régions, les installations mobiles se sont avérées plus acceptables socialement qu'un site fixe pour les acteurs locaux tels que la police, les décideurs et les associations de commerces du quartier (125).

En raison de leur capacité réduite, les installations mobiles voient généralement moins de participants par jour que les installations fixes de plus grande taille. À noter que les sites mobiles

peuvent nécessiter des niveaux de personnel similaires à ceux des sites fixes plus grands, ce qui se traduit par un coût par participant plus élevé que celui des sites fixes (126).

Une récente étude portant sur les SCS mobiles de Kelowna et Kamloops a révélé les forces et les faiblesses du modèle. Si les participants à l'étude étaient généralement satisfaits de l'accès aux services et de la sécurité de l'environnement physique du SCS mobile, beaucoup se sont dits insatisfaits des contraintes de taille de l'unité et ont exprimé des inquiétudes quant aux événements météorologiques rendant la prestation de services difficile ou impossible (conditions hivernales entraînant l'annulation de rondes, températures estivales élevées rendant l'intérieur du SCS trop chaud, etc.) (127).

Les personnes qui souhaitent demander une exemption pour un SCS mobile doivent inclure les éléments suivants :

- Description de l'unité mobile (camionnette, roulotte, campeur, véhicule récréatif/caravane, etc.);
- Adresse du lieu où le SCS mobile sera garé en dehors des heures d'ouverture (94);
- Itinéraire (quartiers visités, adresse des arrêts ou zone géographique couverte) (94);
- Confirmation que des substances illégales ne seront pas stockées dans le véhicule pendant la nuit (expliquer qu'elles seront transférées et stockées dans un lieu fixe jusqu'à ce que la police vienne les chercher, ou alors qu'elles seront amenées à la police);
- Pour chaque arrêt, confirmation de l'approbation des propriétaires des lieux (l'administration municipale, si l'arrêt a lieu sur une propriété publique, ou le propriétaire, si l'arrêt se situe sur une propriété privée).

Exemple d'un SCS mobile – Kelowna

En juillet 2017, Santé Canada a approuvé la demande pour un SCS mobile à Kelowna. Le service était offert dans un véhicule récréatif (VR) réaménagé qui se stationnait à deux endroits fixes (centre-ville et quartier Rutland) du mardi au samedi par tranches de quatre heures (127). Le VR contenait deux cubicules et un espace supplémentaire utilisé comme salle d'attente (128). Les personnes qui utilisaient ce SCS mobile ne pouvaient que s'injecter, les autres formes de consommation n'étant pas autorisées. De juin 2017 à juillet 2018, le service a déclaré avoir reçu plus de 26 000 visites et inversé 47 intoxications aux drogues (128). Outre la supervision des injections et l'intervention en cas d'intoxication, le personnel du SCS fournissait des trousse de naloxone, prodiguait des soins infirmiers et orientait les participants vers des services médicaux et sociaux (128).

3.3 Autres points à considérer pour la prestation de services

Les possibilités de développer les activités et la portée des SCS sont nombreuses. On pourrait par exemple se concentrer sur les besoins précis de populations clés (p. ex. personnes qui s'identifient comme femmes, communautés 2ELGBTQIA+ [personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, intersexes, asexuelles, plus], adolescents et jeunes adultes, personnes autochtones); permettre l'utilisation de drogues non injectables et l'injection dans des zones à haut risque (p. ex. veine jugulaire, aine); offrir la consommation assistée et permettre le fractionnement et le partage de drogues; et intégrer des services d'analyse de substances ou des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire (129,130). Chacune de ces idées d'expansion des services est examinée plus en détail ci-dessous. Voir la section **2.2 Adopter une approche de soins ancrée dans la réduction des méfaits** pour des conseils sur la prestation de services selon les approches de réduction des méfaits, de la pratique basée sur la relation et de la sécurité culturelle.

Il est toutefois important de noter que les trois modèles de SCS décrits plus haut réservent les services aux personnes qui sont en mesure de se rendre sur place, dont les pratiques de consommation de substances sont acceptées sur les lieux et qui ne sont pas rebutées à l'idée de recourir à un SCS en raison de la stigmatisation associée à l'utilisation de substances illégales. Les services virtuels de consommation supervisée (p. ex. les lignes téléphoniques ou les applications mobiles qui surveillent la consommation de substances et dont le personnel est généralement composé de personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances) (131,132) bonifient l'offre et comblent les manques dans les services. Ces services vérifient à distance le niveau de réactivité des personnes et appellent les services d'urgence locaux au besoin. À titre d'exemple, le Service national d'intervention en cas de surdose (*National Overdose Response Service* [NORS]) offre du soutien (par téléphone et application mobile) pour prévenir les intoxications aux drogues partout au Canada et aux États-Unis. Ces modèles virtuels de services de consommation supervisée ne sont toutefois pas abordés dans le présent document. Pour en savoir plus à ce sujet, y compris sur d'autres programmes comme les applications Brave et Lifeguard, consulter les ressources suivantes :

- [Brave Co-Op – L'application Brave](#) (132)
- [Bristowe et al. – Virtual Overdose Response for People Who Use Opioids Alone: Protocol for a Feasibility and Clinical Trial Study](#) (131)
- [Grenfell Ministries et al. – Service national d'intervention en cas de surdose \(National Overdose Response Service \[NORS\]\)](#) (133)
- [Lifeguard Digital Health – Lifeguard Digital Health](#) (134)

3.3.a Points à considérer pour les populations clés

Nous employons le terme « populations clés » pour désigner les groupes qui, en raison d'inégalités sociales et structurelles particulières, sont plus susceptibles de subir des préjudices liés à l'utilisation de substances. De plus en plus de publications (135–138) soulignent l'importance de tenir compte des besoins variés et uniques de ces populations clés dans la planification et la mise en œuvre des services de consommation supervisée, afin de réduire les difficultés d'accès et de favoriser l'équité en matière de santé des différentes sous-populations qui utilisent des drogues. Nous présentons ci-dessous les plus récentes données et pratiques liées à l'inclusion des populations clés dans les SCS.

Personnes qui s'identifient comme femmes

Les personnes qui s'identifient comme femmes et qui utilisent des drogues sont confrontées à un ensemble unique et interrelié de difficultés et de dangers résultant des relations de pouvoir entre les genres, de la criminalisation et de la violence. Dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, les personnes de moins de 30 ans qui s'identifient comme femmes et qui s'injectent des drogues sont 54 fois plus susceptibles de mourir prématurément que la population canadienne du même âge qui ne s'injecte pas de drogues, et ce, le plus souvent par homicide (139,140). Les personnes qui s'identifient comme femmes et qui utilisent des drogues connaissent également des taux élevés d'itinérance, de violence au quotidien (p. ex. victimisation et violences sexuelles), de criminalisation et des difficultés d'accès aux services de réduction des méfaits, aux soins de santé et aux services sociaux (141–143).

Les personnes qui s'identifient comme femmes sont plus susceptibles que les hommes de demander de l'aide pour s'injecter des drogues, ce qui les expose à un risque accru de contracter le VIH et le VHC et de subir une intoxication aux drogues et d'autres préjudices liés aux drogues (144–146). La recherche suggère que cette tendance à demander de l'aide pour obtenir des substances, les préparer et les injecter résulte de relations de pouvoir inégalitaires, d'un manque de connaissances entourant l'injection et de relations de pouvoir genrées avec les partenaires sexuels masculins qui utilisent des substances (142,147,148). Le fait de dépendre d'un partenaire sexuel masculin pour l'injection de drogues peut exposer les personnes qui s'identifient comme femmes à des violences de la part de leur partenaire intime, qu'elles soient physiques, sexuelles, psychologiques ou financières, ainsi qu'à un risque élevé d'infection par le VIH (142,144,149). L'interdiction de la consommation assistée dans les SCS ne met pas fin à ces dynamiques. Le fait de la permettre est essentiel pour accroître l'accès des femmes aux SCS qui, autrement, les éviteraient (150). Il est impératif que les personnes qui s'identifient comme femmes et qui ont besoin d'aide pour s'administrer leurs drogues soient effectivement autorisées à recevoir cette aide, que ce soit de la part du personnel du SCS ou de la personne qui les accompagne, afin d'éviter les relations de pouvoir genrées. Voir **3.3.c Consommation assistée** pour plus d'informations.

Les obstacles à l'accès aux soins de santé et la stigmatisation sont particulièrement amplifiés pour les personnes qui s'identifient comme femmes et qui sont enceintes ou élèvent des enfants (151,152). Par exemple, la peur et la possibilité que son enfant soit pris en charge (par le système de protection de la jeunesse, par exemple) découragent les femmes enceintes ou qui élèvent des enfants de solliciter ouvertement de l'aide pour utiliser des substances, ce qui comprend le recours à un SCS (153–155). Cette situation est préoccupante, car l'utilisation de drogues en solo et dans les espaces publics peut exposer les personnes qui s'identifient comme femmes à des crimes violents et interfère souvent avec leur capacité à protéger leur santé (142). Cela peut être particulièrement vrai dans le contexte des marchés illégaux saturés de fentanyl illégal et d'analogues qui peuvent rapidement provoquer une intoxication grave (150). Les personnes qui s'identifient comme femmes et qui utilisent des drogues dans des espaces publics signalent aussi qu'elles sont harcelées ou « achalées » par des hommes pour obtenir de l'argent et des drogues (149).

Malgré les vulnérabilités propres aux personnes qui s'identifient comme femmes et qui utilisent des drogues au Canada et dans le monde, la plupart des services entourant l'utilisation de substances sont conçus pour cibler les hommes qui consomment des drogues (156). Ainsi, les SCS ont tendance à être des espaces dominés par les hommes. Si les services mixtes de consommation supervisée permettent effectivement aux personnes qui s'identifient comme femmes d'éviter les risques associés à l'utilisation de drogues en public (149), la présence persistante de violence et de dynamiques de pouvoir genrées dans ces espaces les décourage de recourir à ces services (150,157–160). Les SCS mixtes peuvent donc perpétuer les disparités entre les genres au niveau des risques liés à l'utilisation de substances et de la violence au quotidien (150,160). Les personnes qui s'identifient comme femmes et qui recourent à des services de consommation supervisée réservés aux femmes ont déclaré se sentir plus à l'aise, plus détendues et plus en sécurité que lorsqu'elles fréquentent des services mixtes (157). Les personnes qui s'identifient comme femmes mentionnent également des niveaux élevés de confiance envers le personnel, ce qui leur permet de parler ouvertement. De ce fait, elles se disent plus disposées à accepter les offres d'aide dans les SCS réservés aux femmes (7). Les SCS réservés aux personnes qui s'identifient comme femmes et ouverts pendant la nuit ont été jugés particulièrement bénéfiques pour celles qui pratiquent le travail du sexe, car il existe peu d'espaces sécuritaires disponibles pendant ces heures (160). À notre connaissance, il n'existe que deux services de consommation supervisée qui ne s'adressent qu'aux personnes s'identifiant comme femmes dans le monde : Ragazza en Allemagne et SisterSpace à Vancouver (161). Deux autres services de consommation supervisée, l'un en Suisse (7) et l'autre à Toronto (162), proposent des services réservés aux femmes pendant certaines heures précises chaque semaine. Un modèle accueillant uniquement les personnes s'identifiant comme femmes a également été ouvert pendant une courte période au Mexique (163).

Hors la mise en place de modèles s'adressant aux personnes qui s'identifient comme femmes et qui consomment des drogues illégales, les responsables de SCS peuvent aussi faire ce qui suit :

- Offrir un espace/des heures réservés aux personnes qui s'identifient comme femmes (cette solution est toutefois moins idéale qu'un SCS réservé aux femmes, car le personnel devrait refuser l'accès aux hommes pendant ces heures, ce qui augmenterait leur risque de préjudice, et des hommes pourraient quand même être présents près du SCS pendant ces heures réservées);
- Prévoir des accommodements dans le SCS pour aider à préserver l'intimité des personnes qui s'identifient comme femmes et qui ne peuvent pas s'injecter elles-mêmes, qui veulent s'injecter au niveau des parties intimes et/ou qui sont enceintes;
- Leur parler de méthodes de consommation plus sécuritaires et d'autres informations ciblées sur la réduction des méfaits;
- Fournir des soins de santé pour les femmes, tels que des services de santé reproductive et sexuelle, et les orienter vers d'autres soins de santé et services de soutien pour les femmes dans la région;
- Mettre en place des politiques d'équité entre les genres et contre la violence fondée sur le genre (p. ex. des règlements clairs sur la discrimination et la violence à l'égard des personnes qui s'identifient comme femmes et des conséquences si de tels actes surviennent), ce qui inclut de former le personnel à ce sujet et d'instaurer un code de conduite pour les participants;
- Fournir des outils et des ressources pour la prévention de la violence (p. ex. listes de mauvais clients);
- Proposer des services de réduction des méfaits et de soutien gérés par des personnes qui s'identifient comme femmes.

Personnes 2ELGBTQIA+

Les personnes 2ELGBTQIA+ sont plus susceptibles de commencer tôt à utiliser des substances et présentent des taux de consommation plus élevés que les personnes hétérosexuelles (164–167). Les personnes issues de ces communautés subissent énormément de stigmatisation et de discrimination tout au long de leur vie et sont souvent la cible de violences (p. ex. agressions sexuelles et physiques, harcèlement, crimes haineux) (168,169). Par conséquent, les Canadiennes et Canadiens 2ELGBTQIA+ sont plus de deux fois plus susceptibles que les Canadiennes et Canadiens hétérosexuels de consommer des drogues pour gérer les violences psychologiques, physiques et sexuelles subies (170). Cela dit, les personnes 2ELGBTQIA+ consomment aussi des substances dans le cadre de leur vie et de leurs activités sociales (171). Leurs habitudes d'utilisation de substances peuvent différer de celles observées dans la population générale. Par exemple, la consommation de drogues dans des contextes de sexualité, en particulier de la méthamphétamine, peut être plus fréquente chez les personnes 2ELGBTQIA+ (167,172). Elles consomment aussi plus fréquemment des drogues autrement que par injection (173,174).

Malgré la forte prévalence de l'utilisation de substances chez cette tranche de la population, peu de ces personnes recourent à des services de consommation supervisée ou se sentent en mesure de pouvoir y accéder si elles en sentent le besoin (167). L'instauration d'espaces sécuritaires pour les personnes 2ELGBTQIA+ demeure un défi continu en réduction des méfaits et il n'existe actuellement aucun SCS conçu spécifiquement pour ce groupe de personnes qui utilisent des drogues.

Pour mieux soutenir les personnes 2ELGBTQIA+ qui utilisent des drogues, les responsables de SCS peuvent :

- Fournir des informations et faire des interventions en réduction des méfaits entourant l'utilisation de drogues en contextes sexuels;
- Fournir des informations et faire des interventions en réduction des méfaits entourant l'utilisation de méthamphétamine;
- Garantir l'accès au matériel pour l'utilisation de drogues par inhalation et voie intranasale;
- Embaucher du personnel 2ELGBTQIA+.

Adolescents et jeunes adultes

Au Canada et dans le monde, les jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de la majorité (moins de 18 ou 19 ans) ou l'âge du consentement pour les soins de santé (tel que déterminé par chaque province et territoire (175)) sont souvent exclus des SCS et autres services de réduction des méfaits en raison des restrictions d'âge et des exigences de consentement des parents ou tuteurs (176,177). Cette situation est préoccupante, car les SCS ont le potentiel de réduire les méfaits de l'utilisation régulière de drogues chez les jeunes et peuvent les orienter vers d'autres services de santé ou de soutien social. Plusieurs groupes experts au Canada ont recommandé l'inclusion des jeunes mineurs dans les services de consommation supervisée et autres services de réduction des méfaits, notamment le BCCSU, le bureau du Representative for Children and Youth de Colombie-Britannique et le bureau du Child and Youth Advocate d'Alberta (177–179). De même, l'Organisation mondiale de la Santé et Harm Reduction International recommandent de supprimer les restrictions d'âge et les exigences de consentement des parents ou des tuteurs afin de faciliter l'accès aux services de réduction des méfaits et ainsi augmenter l'accessibilité des services (6,180). D'autres appels à l'action qui ont été lancés : opposition aux approches fondées sur l'abstinence, garantie de la confidentialité (p. ex. indiquer aux participants quelles informations, le cas échéant, peuvent être communiquées aux membres de leur famille, aux soignants, à d'autres membres du personnel, etc.) et mise en place de services de réduction des méfaits gérés par des jeunes (181). À noter que Santé Canada ne précise pas de limite d'âge ni d'exigences en matière de consentement des parents ou des tuteurs pour utiliser un SCS.

En général, nous recommandons d'éviter les politiques qui empêchent les jeunes d'utiliser les SCS, car elles excluront une population qui est très vulnérable aux méfaits liés à l'utilisation de substances. Ces méfaits sont plus importants chez les jeunes vulnérables au plan structurel, comme ceux qui ont quitté leur famille en raison de conflits, qui vivent dans la pauvreté, qui n'ont pas de logement stable ou qui vivent et travaillent dans la rue (182). Ces conditions sociostructurelles peuvent entraîner toute une série de comportements à risque chez les jeunes, notamment l'utilisation de drogues injectables, les pratiques sexuelles risquées, le travail du sexe pour la survie, le partage de seringues et l'utilisation de drogues dans des espaces publics tels que les parcs ou les ruelles (183,184). Pour ces raisons, les jeunes vulnérables au plan structurel courent un risque plus élevé d'infection par le VIH ou le VHC (185–188), d'intoxication aux drogues (189) et de mortalité prématurée (139,190).

Par ailleurs, des études ont régulièrement montré que les adolescents et les jeunes adultes (âgés de 18 à 30) sont plus susceptibles de recourir à des pratiques d'injection plus risquées que les personnes plus âgées et plus expérimentées qui s'injectent des drogues (180,183,191–193). En raison de leur relative inexpérience de l'injection, les jeunes ne connaissent souvent pas les pratiques d'injection sécuritaires (193–195). Ils sont également plus susceptibles de recevoir de l'aide pour l'injection de la part d'amis proches, de pairs ou de partenaires sexuels, pouvant impliquer le partage de matériel d'injection (196). Résultat : les jeunes connaissent des taux d'infection par le VIH et le VHC qui sont disproportionnés par rapport aux personnes plus âgées qui utilisent des drogues (197–199). Les jeunes ne connaissent pas toujours les facteurs qui augmentent le risque d'intoxication, tels que la polyconsommation (192). Les SCS et les autres services de réduction des méfaits peuvent réduire les conséquences liées à l'utilisation de substances chez les jeunes en les renseignant sur les pratiques de consommation à moindres risques et la prévention des intoxications aux drogues (196).

Les SCS peuvent également contribuer à lever les différents obstacles à l'accès aux services sociaux et de santé auxquels les jeunes personnes utilisatrices de drogues sont confrontées. Parmi ces obstacles figure la difficulté d'établir et d'entretenir la confiance envers les figures d'autorité et les institutions (200–202). Cette méfiance peut être liée à un traumatisme institutionnel antérieur, comme une prise en charge par l'État ou une incarcération (203,204). Les jeunes pourraient également avoir été pris pour cible ou exploités par des adultes censés prendre soin d'eux, ce qui peut contribuer à la méfiance envers les adultes en général (205). Enfin, la stigmatisation et la discrimination de la part de prestataires de services, la peur des interactions avec la police ou d'autres agences gouvernementales, le fait de ne pas avoir de pièces d'identité ou d'adresse fixe, le manque de connaissance des services et les longues listes d'attente pour les programmes sont autant d'autres obstacles (200,202,203,206,207).

La présence des jeunes dans les SCS permettrait d'établir des relations positives avec une population qui, autrement, serait peu encline à recourir aux services sociaux et de santé (177). Des

travaux ethnographiques auprès de jeunes vulnérables sur le plan structurel (âgés de 14 à 26 ans) ont démontré que les services centrés sur la réduction des méfaits faciliteraient l'établissement de relations significatives avec le personnel, lequel peut être une source précieuse de soutien social (177). De plus, des études auprès de jeunes (âgés de 14 à 26 ans) à Vancouver ont montré que l'utilisation des SCS était plus importante chez les jeunes présentant un risque élevé d'intoxication aux drogues et d'infection par le VIH ou le VHC, comme ceux qui s'injectaient des drogues quotidiennement, qui s'injectaient en public et qui vivaient ou passaient du temps dans le Downtown Eastside où se trouve le SCS (208). Une étude similaire a montré que les jeunes qui s'injectaient des drogues et qui n'avaient pas de domicile fixe, qui s'injectaient en public, qui avaient emprunté des aiguilles ou qui avaient subi une intoxication aux drogues au cours des six derniers mois étaient plus susceptibles d'utiliser un SCS (24). Ces résultats suggèrent que les SCS peuvent représenter un point de contact important avec les jeunes vulnérables qui seraient autrement difficiles à rejoindre par les efforts de santé publique et les services de traitement de la dépendance habituels (208).

Bien que les SCS aient le potentiel de rejoindre les jeunes personnes marginalisées, plusieurs obstacles contribuent à une utilisation moindre des services de réduction des méfaits chez les jeunes par rapport aux adultes plus âgés (180,191,193,209). Les jeunes qui utilisent des drogues sont souvent mal à l'aise de recourir aux services de réduction des méfaits qui sont principalement utilisés par des personnes plus âgées (184,202,209–211). Certains peuvent également être réticents à utiliser les services de réduction des méfaits en raison de la stigmatisation qui entoure ces interventions (183,184). Par ailleurs, il existe plusieurs enjeux touchant le développement qui peuvent rendre difficile la participation des jeunes aux services de réduction des méfaits, notamment des expériences négatives avec l'autorité, une méfiance généralisée à l'égard des personnes qui jouent un rôle d'aidant, ainsi qu'une forte valorisation de l'autosuffisance et la protection de l'autonomie (209). Du côté des obstacles structurels, citons la localisation de la plupart des programmes dans les centres urbains, qui sont souvent éloignés des quartiers dans lesquels de nombreux jeunes résident et consomment des drogues (184). Enfin, les personnes utilisatrices de drogues inexpérimentées ont souvent peu de relations sociales avec d'autres personnes qui utilisent des drogues et sont peu en contact avec la réduction des méfaits au sein de leur communauté (184).

Ces obstacles à l'utilisation des services de réduction des méfaits ont incité à développer des services davantage orientés vers les jeunes, y compris des SCS (177,180,184,209). Les jeunes qui consomment des drogues doivent être impliqués de manière significative dans la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services (180,209). Lors de consultations passées, les jeunes ont demandé que les SCS s'adressant à eux soient intégrés dans d'autres services où ils se retrouvent, tels que les centres de jour, les refuges et les maisons des jeunes (177). Les jeunes ont également indiqué que la présence de jeunes pairs dans des rôles de réduction des méfaits pourrait accroître la participation et fournir des conseils et un mentorat appréciés (177,180,209). Les

modèles de SCS axés sur les jeunes sont une intervention prometteuse qui pourrait contribuer à augmenter l'utilisation de ces services. Toutefois, comme les SCS peuvent contribuer à atténuer certains des risques associés à l'utilisation de drogues, il est également important de mettre en place des politiques visant à inclure les jeunes dans les modèles existants :

- *Conditions d'accès aux SCS pour les personnes mineures.* Les SCS sont des établissements appropriés pour les jeunes qui ont des antécédents de consommation de drogue. Permettre l'accès aux SCS aux jeunes qui déclarent utiliser des drogues et qui ont l'intention de consommer des drogues obtenues au préalable. Pour les jeunes qui ne répondent pas aux critères ci-dessus, donner accès à des ressources qui répondent mieux à leur niveau de besoin (p. ex. créer des plans de sécurité, encourager le recours aux services de surveillance à distance comme NORS);
- *Protocoles d'admission des jeunes si l'accès au SCS leur est accordé.* En fonction de leur évaluation, diriger rapidement les jeunes vers des soins de santé primaires, des services de traitement de la dépendance, des centres d'hébergement et des services en santé mentale;
- *Protocoles conformes aux directives provinciales/territoriales en cas de suspicion de jeunes ayant besoin de protection.* Pour les jeunes de moins de 18 ans qui présentent un risque immédiat de préjudice autre que la consommation de substances, un signalement aux services de protection de la jeunesse peut être indiqué.
 - Pour plus d'informations sur les réglementations provinciales et territoriales en matière de protection de la jeunesse, voir (212);
- *Confidentialité.* S'assurer que les jeunes personnes de moins de 18 ans qui utilisent le SCS sont conscientes de leur droit à la confidentialité et que toute limite à la confidentialité due aux responsabilités en matière de signalement obligatoire est clairement établie (180). Un processus d'inscription à bas seuil d'exigences (p. ex. processus anonyme, pièce d'identité non requise; voir **8.1.a Pièces d'identité émises par le gouvernement et numéros d'assurance maladie**) peut également encourager les jeunes à utiliser les SCS;
- *Sensibilisation à la consommation à moindres risques pour les jeunes inexpérimentés.* Proposer aux jeunes utilisant les SCS des techniques de consommation plus sécuritaires, et fournir de l'information sur la prévention et l'intervention en cas d'intoxication aux drogues (192,213);
- *Impliquer des jeunes pairs autant que possible.* Les jeunes ont également indiqué que l'implication de pairs ayant un vécu expérientiel dans les services de réduction des méfaits et de soutien pourrait encourager leur participation et offrir un mentorat et un soutien appréciés (177,180,209).

Peuples autochtones

Au Canada, les peuples autochtones (Premières Nations, Inuits, Métis) connaissent des taux disproportionnés de troubles liés à l'utilisation de substances, de méfaits et de criminalisation

associés à l'utilisation de substances, de précarité de logement et d'itinérance (214). La vulnérabilité structurelle accrue des peuples autochtones résulte directement de l'héritage de la colonisation et des traumatismes intergénérationnels infligés par le système des pensionnats, ainsi que de la discrimination systémique et systématique et de la marginalisation socioéconomique qui sévissent aujourd'hui (215,216). Il est urgent que les Autochtones soient impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des services et programmes liés à l'utilisation de substances (217). Pour ce faire, les Autochtones doivent impérativement être au premier plan des décisions relatives à la mise en œuvre des SCS et déterminer si les SCS sont utiles à leurs communautés, afin d'éviter de perpétuer les pratiques coloniales consistant à mettre en place des services dont les communautés ne veulent pas ou n'ont pas besoin. La liste suivante énumère les principes généraux à prendre en compte lors de la conception et de la mise en œuvre des SCS avec et pour les Autochtones. (Cette liste a été adaptée à partir du document *BC First Nations and Aboriginal People's Mental Wellness and Substance Use 10 Year Plan* (218)).

- Reconnaître que la culture, les traditions et la langue sont les fondements de la santé des personnes, des familles et des communautés;
- Soutenir les approches qui garantissent que les Autochtones reçoivent des soins sécuritaires et efficaces de la part des prestataires de santé;
- Trouver des solutions pour remédier aux problèmes de distance et de financement qui compliquent l'accès des Autochtones aux programmes et services liés à l'utilisation de substances;
- Renforcer les capacités des communautés autochtones;
- Veiller à ce que les services et programmes restent locaux, lorsque possible;
- Encourager des approches multi-systèmes globales et collaboratives qui prennent en compte les déterminants sociaux et économiques de la santé;
- Développer et renforcer les partenariats entre les communautés autochtones, les systèmes régionaux, provinciaux et fédéraux et les organisations non gouvernementales, notamment en améliorant la coordination et en mettant à profit les innovations et les ressources;
- Veiller à ce que les prestataires de soins de santé et de services sociaux travaillent d'une manière qui soit sécuritaire sur le plan culturel et qui respecte les coutumes, les valeurs et les croyances individuelles;
- Reconnaître que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle clé dans le bien-être psychologique et donner aux communautés et aux dirigeants les moyens de gérer ces déterminants par le moyen de collaborations et d'actions intersectorielles;
- Encourager les approches fondées sur les forces des personnes, des familles, des communautés et des cultures;
- Réduire la stigmatisation des personnes autochtones qui utilisent des substances;
- Reconnaître que les approches en matière de dépendance et de consommation de substances peuvent varier en fonction du genre des personnes. Cela inclut les hommes et

les femmes, mais aussi les personnes 2ELGBTQIA+. Les programmes et les mesures de soutien devront peut-être être modifiés pour répondre aux besoins de cette population.

Il est impératif d'offrir des services de réduction des méfaits qui sont sécuritaires sur le plan culturel (219). Les services autochtones de réduction des méfaits visent à répondre à un éventail plus large de méfaits, dont ceux associés à la colonisation (220,221), et se basent sur les principes suivants (219) :

- Décolonisation des services (p. ex. fournir des soins tenant compte des traumatismes dans les SCS);
- Autochtonisation des services (p. ex. favoriser le développement par les Autochtones de services culturels pour les participants du SCS);
- Services holistiques (p. ex. travailler avec les participants du SCS pour lutter contre la pauvreté);
- Services inclusifs (p. ex. s'assurer que tous et toutes soient à l'aise d'utiliser le SCS, peu importe leur appartenance ethnique, leur âge, leur genre ou leur orientation sexuelle);
- Services novateurs et fondés sur des données probantes (p. ex. intégrer les pratiques autochtones de guérison dans les SCS).

Pour plus d'informations sur les pratiques autochtones de réduction des méfaits, voir le document suivant :

- [First Nations Health Authority – Fact Sheet: Indigenous Harm Reduction Principles and Practices](#) (222)

Les pratiques autochtones de réduction des méfaits dans les SCS existants se limitent souvent à l'orientation vers des organismes externes (223). Pourtant, l'intégration de soins culturellement sécuritaires a été associée à des améliorations des résultats de santé dans d'autres milieux de soins de santé et de services sociaux (221,224). Pour cette raison, il est important d'intégrer autant que possible les pratiques autochtones de réduction des méfaits dans les SCS.

3.3.b Points à considérer pour l'utilisation de drogues non injectables

Au niveau international, une étude récente a recensé 48 services de consommation supervisée qui ont déclaré accueillir des personnes utilisant des drogues autrement que par injection, la plupart se trouvant en Allemagne (225). La plupart des SCS au Canada ont une autorisation du fédéral leur permettant de superviser l'utilisation de drogues par voie intranasale et orale et par inhalation. Lorsque cela est possible, il est important de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des SCS qui permettent l'utilisation de substances autrement que par injection.

Utilisation de drogues inhalées ou fumées

Même si la majorité des SCS au Canada bénéficient d'exemptions pour la consommation intranasale et orale, en date du 12 avril 2022, seuls deux SCS bénéficiant d'une exemption fédérale avaient pu offrir des services d'inhalation supervisée (9) (un à Lethbridge, qui a fermé ses portes en août 2020 en raison de problèmes de financement – voir l'exemple plus bas – (136), et un à Saskatoon, qui a démarré ses activités le 1^{er} octobre 2020). À noter que plusieurs SPS ne relevant pas du gouvernement fédéral offrent des services d'inhalation. Pour offrir des services d'inhalation, il faut une ventilation et un espace physique adéquats (225), ce qui peut nécessiter des installations ou des rénovations coûteuses. L'utilisation d'espaces extérieurs pour l'inhalation a déjà été appliquée en l'absence de locaux ventilés (225). Les lois locales antitabac peuvent toutefois mettre un autre frein à la mise en place de services d'inhalation supervisée. Les responsables d'un SCS de Toronto ne peuvent pas ouvrir leur cubicule d'inhalation en raison des lois antitabac de l'Ontario, et ce, malgré le fait qu'une grande partie de leurs participants préféreraient l'inhalation à l'injection (226).

Les personnes qui inhalent des drogues sont à risque de subir une intoxication et d'autres méfaits liés aux drogues. Un rapport récent sur les décès par intoxication aux drogues en Alberta en 2017 a indiqué que parmi 653 décès liés aux opioïdes, 23 % étaient associés à la consommation par inhalation ou par voie intranasale (fumer et sniffer, respectivement) (227). En Ontario, au moins 33,7 % des décès liés à une intoxication aux opioïdes étaient le résultat d'une inhalation, entre le 16 mars et le 31 décembre 2020 (228). Par ailleurs, des données sur les personnes qui fument des drogues indiquent des taux élevés de partage de pipes (229), une pratique qui est associée à un risque accru de transmission du VHC (230,231). En comparaison aux personnes qui ne pratiquent que l'injection, celles qui pratiquent l'injection et l'inhalation ont un risque accru de séroconversion du VIH (232).

Les études de faisabilité et d'évaluation des besoins sur les voies d'administration autres que l'injection confirment les effets potentiels des salles d'inhalation sur la santé publique (46,233–237). Les personnes qui ont utilisé un service non autorisé de consommation supervisée pour l'inhalation à Vancouver ont indiqué que ce service permettait de réduire la violence structurelle et liée aux drogues chez les personnes qui fument des drogues et qu'il contribuait à lutter contre la stigmatisation liée au fait de fumer des drogues dans des lieux publics (238). En plus de fournir des services de réduction des méfaits aux personnes qui fument des drogues, les services d'inhalation supervisée seraient, selon ce que suggèrent des études de modélisation, une solution rentable pour prévenir les méfaits liés aux substances (29). Des données suggèrent également que les services de consommation supervisée peuvent aider à réduire l'utilisation de drogues en public et le partage de pipes (239), et que la fourniture de matériel d'inhalation stérile (pipes en verre, embouts en caoutchouc, feuilles d'aluminium) dans le cadre de ces services peut contribuer à encourager l'utilisation de substances par inhalation plutôt que par injection (240). Bien que de nombreux pays

européens aient mis en place des services d'inhalation supervisée, ces établissements n'ont pas encore fait l'objet d'études approfondies à ce jour (237). D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer l'efficacité des programmes d'inhalation supervisée à réduire les méfaits liés aux substances (237). Le manque actuel d'espaces d'inhalation supervisée empêche de bien évaluer ces services et limite la capacité des prestataires à offrir la gamme complète des services de réduction des méfaits, des traitements de l'utilisation de substances et d'autres formes d'aide à toutes les personnes qui consomment des drogues. Lorsque l'on conçoit et met en œuvre des services de consommation supervisée, il est particulièrement important d'y intégrer des services d'inhalation supervisée et de fournir du matériel stérile pour l'inhalation lorsque les personnes qui consomment des drogues le font en grande partie par inhalation (241–243).

Exemple d'un SCS offrant la supervision de l'inhalation : le SCS AIDS Outreach Community Harm Reduction Education Support (ARCHES) de Lethbridge

Le premier SCS canadien à autoriser quatre voies d'administration (inhalation, injection, intranasale et orale) aura été ouvert à Lethbridge (136) du 28 février 2018 au 31 août 2020. Lethbridge est une ville de taille moyenne (environ 100 000 personnes) et la quatrième plus grande ville d'Alberta (244). Pour pouvoir mener ses activités, le SCS ARCHES devait se conformer à la législation antitabac fédérale, provinciale et municipale (136). Les responsables du SCS ont également collaboré avec le ministère du Travail de l'Alberta et ont respecté la réglementation canadienne en matière de santé et de sécurité au travail afin de s'assurer que leurs activités étaient conformes aux normes (p. ex. assurer une ventilation adéquate) (136).

Le SCS ARCHES était situé dans un grand immeuble hébergeant de nombreux autres services sociaux et de santé et était ouvert 24 heures sur 24 (245). L'aire de consommation contenait 13 cubicules d'injection et 2 salles d'inhalation (246). Chaque salle pouvait accueillir plusieurs personnes inhalant des drogues en même temps et était séparée de l'autre pour permettre la consommation de différentes drogues sans contamination croisée (136). Chaque participant pouvait passer jusqu'à 45 minutes dans l'aire de consommation (246). Le SCS comprenait également une zone de surveillance postconsommation où il était possible de recevoir de l'information et des soins infirmiers et se faire orienter vers d'autres services.

En cas d'intoxication aux drogues, le personnel chargé de la supervision appuyait sur un bouton près du poste d'observation et l'air de la salle d'inhalation était rapidement évacué et remplacé par de l'air frais. L'employé pouvait ensuite entrer dans la salle et s'occuper de l'intoxication, si nécessaire (136). Entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2020, l'établissement a reçu 60 098 visites, une moyenne de 439 participants uniques par mois, et a déclaré être intervenu pour 320 intoxications aux drogues nécessitant des soins médicaux (oxygène, naloxone, etc.) (247). En raison du nombre élevé de visites, beaucoup de personnes ont affirmé qu'ARCHES était le SCS le plus fréquenté du Canada, voire l'un des plus fréquentés en Amérique du Nord (248,249).

Pour plus d'exemples et d'informations sur les services de consommation supervisée permettant l'inhalation/les drogues fumées, voir les ressources suivantes :

- [Gehring, et al. – The State of Science on Including Inhalation within Supervised Consumption Services: A Scoping Review of Academic and Grey Literature](#) (237)
- [Lem, et al. – Inhalation Room Prototype Design](#) (250)
- [Speed, et al. – To What Extent do Supervised Drug Consumption Services Incorporate Non-Injection Routes of Administration? A Systematic Scoping Review Documenting Existing Facilities](#) (225)

Utilisation de drogues par voie rectale

L'utilisation de drogues par voie rectale est une autre voie d'administration qui consiste généralement à instiller des drogues dans le rectum pour en ressentir les effets psychoactifs (251,252). Cette pratique n'est actuellement pas permise dans les SCS en vertu des exemptions accordées par Santé Canada. Toutefois, comme le ministère évalue chaque demande au cas par cas, les SCS intéressés pourraient envisager d'inclure cette voie d'administration dans leur demande d'exemption, car certaines personnes qui utilisent les SCS pourraient être intéressées par cette pratique ou s'y adonnent déjà. En proposant de l'information sur la réduction des méfaits et du matériel de consommation propres à cette pratique, les SCS pourront rejoindre les personnes qui s'y intéressent même si la pratique n'est pas autorisée au sein de leur établissement.

Quelques considérations pour l'utilisation de drogues par voie rectale dans les SCS :

- Respect de l'intimité des participants;
- Mise à disposition de matériel tel que des seringues sans aiguille et du lubrifiant;
- Informations sur la réduction des méfaits propres à cette pratique.

Autres ressources sur l'utilisation de drogues par voie rectale :

- [ACToronto – Booty Bumping](#) (251)
- [MAX Ottawa – Le « Booty Bumping » ou l'insertion anale](#) (252)

3.3.c Consommation assistée

Jusqu'en 2020, l'assistance (utilisation de drogues assistée) par les pairs (un autre participant) n'était pas autorisée dans les SCS détenant une exemption fédérale, et l'assistance par des prestataires de services (personnel infirmier ou autres membres du personnel) n'était pas non plus autorisée au moment de la publication du présent document. Santé Canada cite deux raisons pour

la situation : 1) l'absence de protection juridique pour la personne qui en aide une autre si la personne aidée subit un préjudice; et 2) le manque de directives pour le personnel infirmier entourant l'administration de drogues illégales (137). L'interdiction de l'assistance par les pairs ou par des prestataires constitue toutefois un obstacle à l'accès aux SCS pour les personnes qui ont besoin d'aide pour utiliser des drogues (144); le fait d'avoir besoin d'aide, surtout pour l'injection, est associé à une augmentation des préjudices liés aux substances (68,135,137) qui est exacerbée lorsque la personne est exclue du SCS. Les comportements à risque élevé (par exemple, être forcé de s'injecter soi-même, chercher de l'aide en dehors du SCS) ne peuvent pas être surveillés ou atténués lorsque les personnes qui ont besoin d'aide sont exclues du SCS (253). Concrètement, les tentatives répétées et ratées d'autoinjection peuvent endommager les veines, et les bactéries de la peau ou provenant d'autres surfaces peuvent se répandre dans le sang et les tissus. Il peut en résulter des abcès, une septicémie, une endocardite et d'autres infections bactériennes graves (254), ce qui peut nécessiter un traitement prolongé par antibiotiques intraveineux ou entraîner une invalidité ou la mort. Parmi les autres préjudices subis par les personnes ayant besoin d'assistance, citons un plus grand risque de se faire voler ses drogues, de rater ses injections et de faire une intoxication aux drogues (255), ainsi qu'un risque accru de partager des seringues et de subir de la violence dans la rue, de la violence par partenaire intime, de la violence physique, économique et psychologique, et de l'exploitation (137,256). Les personnes qui ont besoin d'assistance pour s'administrer leurs drogues et qui ne sont pas capables de l'obtenir vont souvent quitter le SCS pour chercher de l'aide ailleurs et n'auront donc pas accès aux services sociaux et de santé fournis par le SCS (258). Cette situation désavantage particulièrement les sous-populations vulnérables de personnes utilisatrices de drogues, notamment les femmes qui dépendent des hommes pour s'injecter (68), les personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas s'injecter elles-mêmes (137), les personnes qui ne savent pas comment s'injecter de façon sécuritaire et les personnes en sevrage actif (258).

Assistance par les pairs

En 2018, Santé Canada a entrepris une étude pilote sur l'assistance par les pairs dans certains SCS. Les SCS ont dû demander une exemption révisée pour participer à l'étude et présenter chaque mois des rapports à Santé Canada détaillant entre autres la fréquence des visites au cours desquelles une assistance par un pair était demandée, les raisons invoquées pour demander de l'aide, les renseignements démographiques de base sur les participants demandant de l'aide et les orientations faites vers des services sociaux ou de santé ou des traitements. En 2020, l'assistance par les pairs a été ajoutée à la liste des services autorisés que les éventuels SCS peuvent ajouter à leur demande; en date du 12 avril 2022, 25 SCS au Canada offraient activement ce service (9). Les sites de consommation supervisée au Canada qui proposent une assistance par les pairs ont réussi à attirer les sous-populations de personnes utilisatrices de drogues qui sont vulnérables sur le plan

structurel et à haut risque (p. ex. les femmes, les personnes qui subissent de la violence structurelle et/ou dont la situation de logement est instable ou qui n'ont pas de logement) (68,135,253,259).

Santé Canada indique que les demandes des SCS qui prévoient l'assistance par les pairs doivent inclure et respecter les politiques et procédures suivantes (94) :

- Le personnel ne peut pas administrer de substances illégales aux participants pendant ses heures de travail (y compris les pairs aidants qui font partie du personnel);
- Les participants qui veulent recevoir l'assistance d'un pair doivent d'abord recevoir une formation sur la réduction des méfaits entourant les voies d'administration de substances autorisées sur place autres que l'injection (p. ex. inhalation, voie orale ou intranasale);
- Si le manque de connaissances est l'obstacle qui empêche une personne de consommer ses drogues, le personnel doit lui donner des conseils pour qu'elle puisse le faire par elle-même; si l'obstacle est dû à un handicap physique, une limitation ou un autre état, qu'il soit permanent ou temporaire, le personnel doit fournir des aides physiques pour permettre à la personne de consommer ses drogues par elle-même;
- Si le personnel ne peut pas aider la personne à consommer par elle-même, la personne et son pair désigné doivent discuter de consentement éclairé et d'exonération de responsabilité (y compris la responsabilité criminelle potentielle liée à l'assistance par les pairs);
- Le personnel doit discuter avec le pair désigné des principes de base d'une consommation plus sécuritaire (matériel stérile, lavage des mains, angle d'insertion de l'aiguille, biseau vers le haut, etc.);
- Si le pair désigné a l'intention d'utiliser des drogues par lui-même dans le SCS au cours de la même visite, il doit d'abord aider l'autre participant avant de s'administrer ses propres drogues.

Les responsables de SCS qui ont l'intention d'offrir ce service songeront également à élaborer des politiques ou des documents supplémentaires semblables à ceux utilisés dans l'étude pilote (253), qui abordent les points suivants :

- Outils spécialisés de collecte de données permettant de présenter en temps utile des rapports sur cette pratique (p. ex. l'âge, le genre, la raison de l'assistance, assistance réussie ou non);
- Protocoles pour le personnel, qui précisent :
 - Le processus permettant de reconnaître les demandes d'assistance par les pairs et de les satisfaire;
 - Les procédures pour empêcher le partage de seringues entre la personne désignée qui injecte et la personne qui se fait injecter;

- Les procédures pour prévenir l'exploitation ou la coercition des personnes vulnérables qui ne peuvent s'injecter par elles-mêmes.

Assistance par des prestataires de services

Malgré le fait que l'assistance par les pairs ait été récemment autorisée dans les SCS, l'assistance par les prestataires de services, pour sa part, doit encore être approuvée. Si les prestataires peuvent aider indirectement une personne à consommer par elle-même (p. ex. en l'aidant à trouver une veine, en stabilisant la seringue pendant que la personne enfonce l'aiguille, en retirant le garrot, en ajustant l'angle de la seringue, en retirant la seringue en cas d'intoxication), les fournisseurs de SCS, y compris les pairs aidants, ne peuvent pas : 1) administrer des drogues illégales directement à la personne; 2) introduire une aiguille dans la peau de la personne; et 3) appuyer sur le piston de la seringue.

À Vancouver, un SPS géré par des pairs et non exempté permettait à des bénévoles formés d'injecter les participants qui avaient besoin d'aide. Même si ces bénévoles s'exposaient à un risque de poursuites en injectant des drogues à d'autres personnes, y compris des accusations criminelles (68,260), ils choisissaient quand même d'aider ceux qui en avaient besoin. Dans une étude qualitative de ce service, les participants ont indiqué que l'assistance bénévole offerte par le SPS contribuait à atténuer les risques courants pour la santé associés à l'autoinjection ou à l'assistance par des pairs survenant en dehors du service (p. ex. les maladies transmissibles par le sang, en évitant le partage de seringues et les conditions non hygiéniques) et aidait les personnes qui avaient besoin d'assistance pour s'injecter à éviter la violence du milieu de la drogue (68).

L'assistance infirmière a été introduite dans certains services de consommation supervisée en Europe (137). Dans les SCS réglementés par le fédéral au Canada, il subsiste toutefois plusieurs obstacles juridiques et réglementaires empêchant l'assistance d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'un prestataire de soins. Pour permettre la mise en œuvre et l'évaluation formelles de cette pratique dans les SCS canadiens, il sera nécessaire d'aller vers une réforme législative et/ou de changer la réglementation et les politiques (137).

Bien que les personnes qui ont un vécu expérientiel de l'utilisation de substances et qui sont employées par un SCS ne puissent pas fournir d'assistance à titre de pair pendant qu'elles travaillent, elles peuvent le faire lorsqu'elles se prévalent des services du SCS en dehors de leur quart de travail, en tant que participant inscrit ou « pair » désigné. Voir la section **3.3.c Consommation assistée** pour plus d'informations.

3.3.d Fractionnement et partage de drogues

Le fractionnement et le partage de doses de drogue (c.-à-d. le fait de « diviser une partie des substances illégales entre les clients, avant ou après la préparation des drogues pour la consommation ») (94) (p.12) n'ont jamais été autorisés dans les SCS détenant une exemption du fédéral, car ces pratiques étaient considérées comme du « trafic » (261). Cette restriction a été reconnue comme un obstacle à l'accès aux services de consommation supervisée pour les personnes qui utilisent des drogues (262,263) et a un impact disproportionné sur les femmes et les jeunes (198).

En juillet 2020, Santé Canada a entamé des consultations avec les responsables de services de consommation supervisée afin de définir les priorités de changements de politiques à apporter pour le fractionnement et le partage. Un groupe de travail national a été mis sur pied par l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD) et la Communauté de pratique des SBUSP (fournisseurs de SCS/SPS) afin de démontrer les effets de l'interdiction du fractionnement et du partage et de suggérer des changements de politiques (264). La première initiative du groupe a été de créer et de distribuer un sondage à l'intention des personnes qui travaillent dans un SCS ou qui utilisent ces services à des fins de consommation personnelle. Le sondage a montré que 92 % des personnes interrogées étaient favorables à l'autorisation du fractionnement et du partage de doses, 61 % d'entre elles estimant qu'il ne devrait pas y avoir de quantité limite (265).

Les résultats du sondage ont également révélé les méfaits causés par les restrictions entourant le fractionnement et le partage; 62 % des répondants (n=140) ayant travaillé dans un site de consommation supervisée ont indiqué que les restrictions avaient eu des conséquences négatives directes. Parmi les trois principaux impacts signalés : 87 % des répondants ont indiqué que les participants devaient s'échanger des substances en dehors du site de consommation supervisée (augmentant potentiellement le risque de subir des violences ou de se faire arrêter); 68 % ont indiqué que les participants devaient préparer leur dose en dehors du site (dans des conditions potentiellement dangereuses ou non stériles); et 64 % ont indiqué que des participants quittaient le site de consommation supervisée et n'y retournaient pas.

Grâce aux efforts et aux constatations du groupe de travail national, Santé Canada a mis à jour en juillet 2021 la politique sur le fractionnement et le partage de doses dans les SCS. Il est désormais possible de demander le fractionnement et le partage comme service autorisé dans le cadre de l'exemption. Les SCS qui détiennent déjà une exemption du fédéral peuvent présenter une demande de modification pour inclure ce service (un modèle de protocole est disponible à la référence (266)).

La nouvelle politique de Santé Canada (94) (p.12) stipule que :

- Les membres du personnel ne sont pas autorisés à fractionner/partager des drogues pour des participants du SCS pendant leurs heures de travail;

- Le fractionnement/partage de drogues ne doit avoir lieu qu'entre les participants du SCS;
- Chaque participant concerné par le fractionnement/partage de drogues doit consommer les substances sur place pendant sa visite;
- Le fractionnement/partage de drogues doit avoir lieu dans l'aire de consommation sous la surveillance du personnel;
- Le fractionnement/partage de drogues ne peut comprendre aucun échange moyennant une compensation financière, des biens ou des services;
- Le trafic de drogues sur place est strictement interdit.

Les SCS qui détiennent déjà une exemption et qui voudraient être autorisés à ajouter le fractionnement et le partage à leurs services doivent bien prendre soin de faire paraître ce changement dans les autres politiques et procédures applicables (p. ex. dans le code de conduite : « les participants doivent rester en possession de leurs propres drogues en tout temps, à moins de se livrer au fractionnement/partage de doses [et à la consommation assistée, le cas échéant], conformément aux politiques et procédures applicables »).

Le document suivant propose un modèle de protocole pour intégrer le fractionnement et le partage de doses dans un SCS :

- [Ranger, et al. – Modèle de Protocole pour la Séparation et le Partage dans les SPS/SCS \(266\)](#)

3.3.e Analyse de substances

L'analyse de substances est un service qui fait appel à diverses technologies (p. ex. bandelettes de détection, spectrométrie) pour fournir de l'information sur la composition et/ou la pureté des drogues illégales. Selon la méthode employée, il est possible de détecter la présence de diverses substances psychoactives (p. ex. fentanyl, benzodiazépines) et de produits de coupe dans un échantillon (267). L'analyse de substances peut fournir aux personnes qui utilisent des drogues des informations sur les risques d'intoxication et sur les substances retrouvées actuellement dans les drogues illégales en circulation, en plus d'améliorer la capacité de réaction aux intoxications et de sensibiliser les gens aux risques d'intoxication (267–269).

De nouvelles données suggèrent que l'utilisation de technologies d'analyse de substances peut promouvoir des pratiques de consommation plus sécuritaires. Par exemple, une étude des États-Unis a révélé que 43 % des personnes interrogées qui utilisaient elles-mêmes des bandelettes de détection du fentanyl (en dehors du contexte des services de consommation supervisée) ont signalé des changements dans leur comportement d'utilisation de drogues (270). Les changements les plus fréquemment signalés étaient l'utilisation d'une plus petite quantité de drogues qu'à l'habitude et la réalisation d'une injection test (c'est-à-dire l'injection d'une petite quantité de drogues pour

évaluer sa puissance avant d'injecter une plus grande quantité) (270). Une étude récente (268) menée à Insite, à Vancouver, a montré que les participants du SCS avaient eu recours à l'analyse de substances pour 1 % des visites au cours de la période à l'étude, et que du fentanyl avait été détecté dans des échantillons de drogues lors de 80 % de ces 1 121 visites. De plus, lorsque du fentanyl était détecté lors d'une analyse avant l'administration, 36 % des personnes ont indiqué vouloir réduire leur dose et 11 % avoir l'intention de se débarrasser de leur drogue. Une récente étude qualitative menée à Vancouver a étudié la perception qu'ont les personnes utilisatrices de drogues sur diverses technologies d'analyse de substances. Les participants ont indiqué être peu enclins à utiliser les services d'analyse de substances parce qu'ils ne voulaient pas donner une portion de leur dose pour le test, qu'il fallait du temps pour obtenir les résultats, que les tests étaient peu précis et que leurs recours étaient limités si leur échantillon contenait effectivement du fentanyl (269).

Avant d'implanter un service d'analyse de substances dans un SCS, il convient d'évaluer les bénéfices et les limites des différentes technologies. La spectrométrie est considérée comme la méthode de référence en raison de son exactitude et de sa précision, mais le coût pour acquérir et faire fonctionner l'équipement est élevé (271). Les bandelettes de détection peuvent être une option plus économique et plus accessible, mais elles fournissent moins d'informations sur le contenu des drogues et sont moins efficaces pour détecter les opioïdes synthétiques (271). Il est également important de consulter les personnes qui utilisent des drogues pour évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de l'implantation de cette innovation dans un SCS. Une étude de faisabilité en contexte canadien a révélé que les personnes utilisatrices de drogues attachaient de l'importance à la confidentialité, à l'exactitude des résultats et à l'utilité des informations (p. ex. le niveau de contamination et les effets des contaminants) lorsqu'elles envisageaient d'avoir recours à des services d'analyse de substances (272). En juillet 2023, 29 SCS au Canada proposaient des services d'analyse de substances dans le cadre de leur modèle de service (9).

3.3.f Intégration de programmes de traitement de l'utilisation de substances et d'approvisionnement plus sécuritaire dans les SCS

Il a été démontré que les SCS augmentent le recours au traitement de l'utilisation de substances, y compris les services de gestion du sevrage et le traitement de la dépendance, chez les personnes qui utilisent des drogues et qui utilisent les SCS (31,32).

Les prestataires de service dans les SCS devraient pouvoir informer les participants des options disponibles pour le traitement de l'utilisation de substances et évaluer leur volonté d'obtenir un traitement. Il est important de respecter les besoins et les priorités des participants afin d'offrir des soins adaptés. Les SCS peuvent soit offrir des programmes de traitement de l'utilisation de

substances, soit mettre en place des mécanismes efficaces pour orienter les personnes vers les bonnes ressources dans la région (lorsque disponibles) :

- Consultation avec un spécialiste du traitement de la dépendance;
- TAO;
- Consultation en dépendances;
- Programmes ambulatoires ou externes de traitement de l'utilisation de substances;
- Programmes de traitement en centre/avec hébergement;
- Services axés sur le rétablissement, y compris des programmes de soutien par les pairs et d'autres ressources;
- Lorsque cela est indiqué, des programmes de gestion du sevrage qui assurent le lien vers le traitement de l'utilisation de substances;
- Lorsque nécessaire :
 - Des services de traitement de l'utilisation de substances (ambulatoires et avec hébergement) s'adressant aux jeunes;
 - Des services de traitement de l'utilisation de substances (ambulatoires et avec hébergement) s'adressant aux femmes seulement;
 - Des services de traitement de l'utilisation de substances (ambulatoires et avec hébergement) s'adressant aux Autochtones;
- Logement (modèles axés sur la réduction des méfaits et sur l'abstinence).

Lorsque possible, il faut également mettre les participants en contact avec un médecin de famille ou des équipes de soins de santé primaires intégrés. Enfin, il est essentiel que les conversations avec les participants entourant le traitement de l'utilisation de substances respectent les principes de sécurité culturelle et de soins adaptés aux traumatismes (voir **2.2.b Pratique basée sur la relation, sécurité culturelle et soins adaptés aux traumatismes**).

Traitement par agonistes opioïdes (TAO) oral et injectable

Le TAO est un traitement à base de médicament pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Il consiste à prendre par voie orale des agonistes opioïdes tels que la méthadone, la buprénorphine/naloxone (Suboxone) ou la morphine à libération lente (Kadian) (273). Au Canada, la méthadone et la buprénorphine/naloxone sont les formes de TAO les plus courantes (274), et les données suggèrent que ces deux médicaments ont la même efficacité (275,276). Les directives cliniques canadiennes actuelles recommandent toutefois la buprénorphine/naloxone comme traitement de première intention en raison de ses avantages par rapport à la méthadone (p. ex. risque plus faible d'intoxication mortelle, moins d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses, doses à emporter et flexibles) (274). Il est recommandé d'envisager la méthadone pour les personnes qui ne répondent pas bien à la buprénorphine/naloxone ou qui ont une préférence pour la méthadone, et d'envisager la morphine

à libération lente lorsque la buprénorphine/naloxone et la méthadone sont inefficaces ou contre-indiquées (274). Des préoccupations entourant l'efficacité limitée du TAO dans le contexte actuel des drogues toxiques offertes sur le marché illégal (p. ex. fentanyl) amènent toutefois des prescripteurs à réclamer des mises à jour au protocole de traitement qui permettraient d'atteindre des doses thérapeutiques plus rapidement afin d'accroître la participation et la rétention (277).

Le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) est un traitement médical économique et fondé sur des données probantes destiné aux personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et qui ne bénéficient pas adéquatement du TAO oral (278). Au Canada, les programmes de TAOi fournissent de l'hydromorphone liquide ou de la diacétylmorphine liquide injectables. Les deux médicaments offrent les mêmes avantages cliniques (279,280); cependant, il a été démontré que l'hydromorphone a moins d'effets secondaires (sursédation ou convulsions) et est actuellement plus facilement disponible au Canada que la diacétylmorphine. Dans un essai clinique comparant le TAOi et la méthadone auprès d'une cohorte de patients n'ayant jamais auparavant reçu de méthadone, les personnes qui recevaient le TAOi affichaient un meilleur taux de rétention dans le traitement (88 %, versus 54 % pour la méthadone), une réduction de l'activité criminelle et de la consommation de drogues illégales, ainsi qu'une amélioration de la santé et du fonctionnement social (279,281). Les directives cliniques canadiennes actuelles recommandent que les personnes s'autoadministrent les médicaments du TAOi par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée sous la supervision de prestataires de soins qualifiés (278).

Au Canada, l'intégration du TAO dans les SCS est relativement courante (282,283) et quelques SCS ont commencé à intégrer des programmes de TAOi à leur modèle de service. Par exemple, le programme de gestion des opioïdes du Ottawa Inner City Health a intégré le TAOi dans ses logements supervisés et son SCS (284), et l'Hôpital Royal Alexandra d'Edmonton et le Dr. Peter Centre à Vancouver ont également initié des participants au TAOi dans leur SCS (109,285). Ces établissements démontrent que l'intégration du TAOi dans un SCS est possible. Il faut toutefois tenir compte d'un certain nombre de facteurs liés à l'espace physique, à l'accès aux pharmacies et au personnel (285).

Si vous souhaitez intégrer le TAO oral ou injectable dans votre établissement, consultez les directives cliniques sur le TAOi (278) et le guide pratique sur les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (273) de l'ICRAS-CRISM pour obtenir de plus amples informations sur la mise en place de ces services.

Exemple d'un programme de TAOi intégré à un SCS – l'Hôpital Royal Alexandra

Depuis octobre 2018, le SCS de l'Hôpital Royal Alexandra (RAH) d'Edmonton gère un programme de TAOi accessible aux personnes hospitalisées pendant leur séjour. L'admissibilité au programme est évaluée par le service de consultation en traitement de la dépendance de l'hôpital. Les patients

admissibles se rendent ensuite au SCS à une heure prédéterminée (jusqu'à trois fois par jour) et reçoivent des seringues préremplies d'hydromorphone, selon leur plan de traitement individuel. Ils et elles s'injectent sous la surveillance d'une infirmière ou d'un infirmier du SCS, qui est requise pour réduire les risques de détournement. L'injection dans l'aîne ou le cou est interdite, et il faut être capable de s'injecter soi-même. Les patients restent sur place de 15 à 30 minutes après l'injection afin de pouvoir surveiller les possibles intoxications ou autres événements indésirables. Le SCS communique avec le programme de TAOi offert dans la communauté pour assurer la prise en charge des personnes après leur sortie de l'hôpital.

En mars 2020, le gouvernement albertain a annoncé que tous les programmes provinciaux de TAOi fermeraient, car il cesserait de les financer (286). Cette décision a déclenché une bataille juridique (287) et la suspension du programme de TAOi au SCS du RAH pour les patients nouvellement admis et existants. En mars 2021, le gouvernement a annoncé qu'il continuerait à financer le TAOi (288), et le SCS du RAH a repris son programme de TAOi, mais seulement pour les patients existants.

Approvisionnement plus sécuritaire

Au Canada, les efforts déployés pour faire face à la crise nationale des intoxications aux drogues – qui est en grande partie due à une offre de drogues illégales de plus en plus toxique – ont conduit à la création de programmes offrant un « approvisionnement plus sécuritaire » dans certaines régions. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire visent à fournir aux personnes utilisatrices de drogues des solutions de rechange de qualité pharmaceutique et de dose connue pour réduire le risque d'intoxication aux drogues et d'autres conséquences pour la santé (284). Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire ont aussi été élaborés comme stratégie potentielle pour remédier à certaines limites actuelles des programmes conventionnels de traitement par agonistes opioïdes, comme le coût élevé des drogues et la disponibilité limitée des formulations injectables, les exigences rigides en matière de posologie et le protocole strict pour les doses manquées, les tests de dépistage des drogues dans l'urine, les limites entourant l'ajustement des doses et les doses à emporter, ainsi que les patients qui souhaitent préparer et s'injecter des comprimés (p. ex. hydromorphone orale) plutôt que de recevoir des seringues préremplies ou des médicaments par voie orale (289–291). Les comprimés d'hydromorphone n'ont toutefois pas été approuvés pour l'injection au Canada (292). De plus, bien que les données probantes attestent des bénéfices des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, certaines études indiquent de possibles préjudices inattendus, surtout lorsque l'on fournit des comprimés oraux que les gens écrasent et s'injectent par la suite (284). Par exemple, cette étude suggère que l'injection de médicaments oraux peut augmenter le risque de lésions de la peau et des tissus mous, de problèmes circulatoires et d'infections par rapport aux formulations liquides de qualité pharmaceutique (284).

On notera également que les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire ne sont pas considérés comme un traitement et qu’ils permettent aux participants de déterminer le moment (et souvent l’endroit) où les drogues seront consommées (293). Différents projets pilotes d’approvisionnement plus sécuritaire (impliquant divers médicaments et la prise de doses sous surveillance ou non) sont en cours au Canada.

Les personnes ayant un vécu expérientiel de l’utilisation de substances devraient être consultées lors de la conception et de la mise en œuvre de programmes d’approvisionnement plus sécuritaire. De nombreuses stratégies pourraient permettre d’assurer un accès à des solutions pharmaceutiques de rechange aux drogues illégales, dans les SCS et à l’extérieur des SCS. Il est toutefois important que les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire dans les SCS n’enlèvent rien aux dispositions prévues pour les participants qui consomment des drogues du marché illégal (p. ex. assurer un espace adéquat pour intervenir en cas d’intoxication), alors qu’ils courent un risque plus élevé d’intoxication aux drogues et d’autres préjudices associés à l’utilisation de drogues de qualité et de toxicité inconnues.

Les responsables de SCS intéressés par les modèles théoriques et nouveaux d’approvisionnement plus sécuritaire peuvent consulter les ressources suivantes pour plus d’informations :

- [BCCSU – Heroin Compassion Clubs](#) (294)
- [BCCSU – Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies](#) (295)
- [ACPUD – Document conceptuel sur la source sûre](#) (296)
- [ICRAS-CRISM – Le traitement par agonistes opioïdes injectables : lignes directrices cliniques](#) (278)
- [ICRAS-CRISM – Le traitement par agonistes opioïdes injectables : orientation opérationnelle](#) (297)
- [ICRAS-CRISM – Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances : guide pratique national](#) (298)
- [Hales et al. – Safer Opioid Supply Programs \(SOS\): A Harm Reduction Informed Guiding Document for Primary Care Teams-April 2020 update](#) (299)
- [Santé Canada – Toolkit for Substance Use and Addictions Programs Applicants](#) (284)
- [Young et al. – Characterizing Safer Supply Prescribing of Immediate Release Hydromorphone for Individuals with Opioid Use Disorder Across Ontario, Canada](#) (300)

Exemple d’un programme d’approvisionnement plus sécuritaire intégré à un service de consommation supervisée – le site de prévention des surdoses Molson

La Portland Hotel Community Services Society met à l’essai un programme d’approvisionnement plus sécuritaire en comprimés d’hydromorphone au Molson Overdose Prevention Site (MOPS) à Vancouver. Dans le cadre du programme MOPS, les personnes reçoivent des comprimés

d'hydromorphone écrasés de 8 mg qu'elles s'administrent sous la supervision du personnel jusqu'à cinq fois par jour, avec une heure minimum entre les doses (284,290,291,301). Les participants préparent et s'administrent le médicament de la façon de leur choix (parmi celles autorisées par le programme). Bien que l'étude sur les résultats du programme d'approvisionnement plus sécuritaire MOPS soit en cours, une étude qualitative préliminaire a révélé une forte volonté de recourir au programme chez les personnes structurellement vulnérables qui utilisent des drogues (291), ainsi qu'une diminution autodéclarée de l'utilisation d'opioïdes illégaux et de la participation à des activités criminelles génératrices de revenu (291).

Traitement et approvisionnement plus sécuritaire pour l'utilisation de stimulants

L'utilisation de stimulants et les effets néfastes connexes ont considérablement augmenté en Amérique du Nord au cours des dernières années, mais ils ont reçu beaucoup moins d'attention que les préjudices causés par les opioïdes (302). Contrairement au trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, il y a peu de traitements médicamenteux disponibles pour traiter le trouble lié à l'utilisation de stimulants (303). Certaines données suggèrent toutefois que les psychostimulants méthylphénidate et dextroamphétamine peuvent être des traitements appropriés pour les troubles liés à la consommation de méthamphétamine (304,305). Les programmes de TAOi ont pu aider les personnes qui utilisent des stimulants et des opioïdes à gérer par elles-mêmes leur utilisation de stimulants et à améliorer leur santé et leur bien-être sur le plan social (306). Les SCS qui proposent des programmes de TAOi donnent donc l'occasion de rejoindre les personnes qui utilisent des stimulants. L'approvisionnement plus sécuritaire pour le trouble lié à l'utilisation de stimulants est également limité (305).

Traitement et approvisionnement plus sécuritaire pour l'utilisation de drogues inhalées

Les personnes qui inhalent des substances courent également de plus en plus de risques de faire une intoxication aux drogues (307), mais les options disponibles de TAO et d'approvisionnement plus sécuritaire ne peuvent pas être fumées. Dans les SCS qui proposent des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, il faut faire attention à la dynamique entre les participants qui ont accès à un approvisionnement plus stable en substances sécuritaires et ceux qui n'y ont pas accès, et continuer à réclamer des options plus sécuritaires qui répondent aux besoins des personnes qui utilisent des drogues. Il est important de fournir des services et des mesures de soutien répondant aux besoins des personnes qui utilisent des stimulants (p. ex. des interventions psychosociales fondées sur des données probantes) ou qui inhalent des drogues (p. ex. intégration de l'inhalation dans les SCS, informations sur la consommation plus sécuritaire, matériel stérile pour fumer; voir **3.3.b Points à considérer pour l'utilisation de drogues non injectables**).

3.3.g Personnes qui s'injectent sur des zones du corps à risque élevé

L'injection dans le cou, l'aisselle, la main et l'aîne est plus risquée que l'injection dans le bras. Ces zones sont plus difficiles à voir et les veines y sont souvent plus grosses, ce qui augmente le risque de lésions, de problèmes circulatoires graves et d'infections potentiellement mortelles (308). Malgré ces risques, les personnes utilisent ces zones pour de nombreuses raisons. Par exemple, certaines personnes s'injectent dans l'aîne ou le cou parce que toutes les autres veines viables ont été épuisées, ou alors choisissent de s'injecter dans l'aîne parce que la zone est pratique ou qu'il est peu probable de manquer son coup (309,310). Bien que certains SCS aient des politiques internes limitant les zones d'injection permises, des études de faisabilité montrent que les personnes qui utilisent des drogues s'opposent aux règles interdisant les injections dans le cou et l'aîne (311,312), et Santé Canada n'a pas de règles portant sur les zones du corps permises. Il est donc important que les SCS soient ouverts aux participants qui souhaitent s'injecter dans ces zones à risque élevé. Les services ou ressources adaptés à ce groupe de personnes devraient inclure ce qui suit :

- Assistance aux personnes qui s'injectent dans l'aîne et le cou pour trouver d'autres zones d'injection viables, si elles le souhaitent;
- Information sur l'injection plus sécuritaire dans les zones à haut risque;
- Établissement de protocoles clairs lorsque la consommation assistée est permise (voir **3.3.c Consommation assistée**);
- Mesures pour respecter l'intimité des participants qui s'injectent dans des zones intimes.

3.4 Sécurité des participants et du personnel des SCS

Comme pour tout service de santé, il est important d'assurer la sécurité de toute personne, qu'il s'agisse de participants ou du personnel, et du service lui-même.

Les intoxications aux drogues peuvent se produire n'importe où dans un SCS (dans la salle de bain, la salle d'attente, la salle de consommation, etc.). Il est donc essentiel d'assurer en tout temps une visibilité et une surveillance adéquates des participants afin de prévenir les décès par intoxication. De plus, les problèmes de santé mentale non traités, les réactions négatives aux stimulants, le sevrage ou des circonstances chaotiques peuvent entraîner des problèmes de comportement chez certaines personnes. Ces comportements peuvent mettre en danger le personnel du SCS et les autres participants. Tout en veillant à ce que les services soient aussi accessibles que possible, l'aménagement des locaux, le personnel, la formation et les protocoles doivent réduire au minimum les problèmes de sécurité potentiels et maximiser la sécurité.

Santé Canada exige que les portes principales du SCS se verrouillent, que les politiques et procédures du site indiquent clairement qui est responsable de la distribution des dispositifs d'accès (clés, porte-clés, etc.) et qu'un système permette de comptabiliser les entrées et sorties des participants du SCS et des personnes qui visitent l'aire de consommation (313). Bien qu'il n'y ait pas

d'autres exigences physiques ou de sécurité, les caractéristiques suivantes pourraient être prises en compte dans le processus de planification d'un SCS :

- Des entrées et sorties sécurisées qui permettent de gérer la circulation des participants (chaque salle a idéalement deux sorties potentielles).
- Toutes les zones sont suffisamment éclairées.
- L'aire de consommation est décroisée et ouverte, ce qui permet de bien voir les participants et le personnel du SCS en tout temps. Il y a suffisamment d'espace pour intervenir en cas d'intoxication aux drogues. Si une personne a besoin d'un paravent pour s'injecter dans une zone intime, garder autant que possible un œil sur elle.
- Les entrées, les sorties et les aires de consommation de drogues (ou les aires de consommation privées/fermées) sont sous vidéosurveillance, selon les besoins (p. ex. sécurité, mesures sanitaires [respect de la distanciation physique]) et dans le respect des lignes directrices et des lois locales en matière de vie privée et de la communauté locale de personnes utilisatrices de drogues.
- Dans les zones qui ne sont pas directement visibles, comme les cubicules de consommation, il y a des miroirs pour surveiller les activités et le niveau de conscience des participants.
- Une ventilation adéquate prévient l'exposition secondaire aux drogues chauffées préalablement à leur utilisation ou aux drogues inhalées, le cas échéant.
- De l'équipement de protection individuelle est disponible et des mesures de contrôle des infections sont en place, comme des gants, des tabliers, des blouses, des masques, des lunettes protectrices et des contenants à objets pointus et tranchants (consulter les politiques et procédures régionales en matière de santé et de sécurité au travail).
- Le respect d'un ratio minimal d'employés par participants permet d'assurer la sécurité de l'environnement, tant du point de vue physique que médical, et une charge sécuritaire de participants.
- Du personnel de renfort ou de sécurité peut être appelé au besoin.
- Des plans d'urgence sont prévus dans les cas où les participants du SCS se voient refuser le service (voir **5.6 Refus de service**).
- Des protocoles clairs décrivent dans quelles circonstances la police est autorisée ou non sur le site (p. ex. lorsque les procédures de désamorçage ne parviennent pas à faire cesser la menace de violence).
- Des protocoles clairs indiquent comment consigner les incidents graves (p. ex. déclaration des incidents graves et des événements indésirables graves) et faire le suivi des mesures prises en réponse aux incidents afin de prévenir ou d'atténuer d'autres incidents.

Lors de l'accueil initial des participants, informez-les des dispositifs de sécurité et des codes de conduite en place et insistez sur le fait que ces mesures contribuent à garantir la sécurité des participants et du personnel. Le fait de démontrer que la sécurité du site est adéquate peut

également contribuer à renforcer la confiance et l'adhésion au projet des acteurs locaux comme la police, les décideurs, les groupes communautaires et les partenaires.

Il est également important de se pencher rapidement sur les questions d'assurance et de responsabilité. Certains nouveaux responsables de SCS ont cité l'obtention d'une assurance responsabilité civile comme un obstacle à l'ouverture d'un site. Les SCS qui sont hébergés par une organisation ou qui bénéficient du soutien d'un gouvernement provincial/territorial pourraient obtenir une assurance par son intermédiaire, mais l'étendue de l'assurance responsabilité civile doit être déterminée de concert avec l'organisation hôte. Certains sites exigent que les participants du SCS signent une exonération de responsabilité avant d'utiliser les lieux.

3.4.a Des toilettes plus sécuritaires

Les responsables de SCS doivent réaliser que des drogues pourraient aussi être consommées dans les toilettes (314). Il est indispensable de rendre les toilettes plus sécuritaires afin de prévenir les intoxications ou d'autres préjudices liés à l'utilisation de substances dans les cabines de toilette ou dans la zone des toilettes (314). Voici des mesures à prendre par le personnel et des éléments physiques à prendre en compte lors de l'aménagement de toilettes plus sécuritaires.

Mesures à prendre par le personnel pour rendre les toilettes plus sécuritaires

- Toujours savoir quand les toilettes sont utilisées et être en mesure d'entrer dans des toilettes verrouillées si une urgence se produit.
- Élaborer des protocoles pour la vérification régulière des toilettes, y compris la fréquence à laquelle le personnel doit vérifier que la personne dans les toilettes va bien et à quel moment le personnel doit entrer dans les toilettes (pour préserver l'intimité de la personne, il ne faut que frapper à la porte/parler à travers la porte lors d'une vérification, et le personnel ne doit pas entrer dans les toilettes à moins d'une possible situation d'urgence).
- Élaborer des protocoles pour répondre à une situation d'urgence dans les toilettes.
- S'assurer que les participants du SCS connaissent les protocoles et pratiques de sécurité dans les toilettes (p. ex. en affichant l'information dans les toilettes).
- Faire attention aux endroits où pourraient se trouver ou avoir été jetés des objets pointus ou tranchants et vérifier ces endroits lors du nettoyage des toilettes.

Composantes physiques d'une toilette plus sécuritaire

- Installer des contenants à objets pointus ou tranchants scellés et accessibles dans les toilettes.
- Installer un éclairage suffisant dans les toilettes.

- Prévoir du matériel permettant d'intervenir en cas d'urgence (p. ex. naloxone, oxygène) dans les toilettes ou à proximité.
- S'assurer que le personnel puisse ouvrir les portes des toilettes en cas d'urgence (p. ex. en installant des portes qui se déverrouillent après un certain temps) et sache toujours quand les toilettes sont utilisées (p. ex. en installant des portes qui prévoient un espace entre le plancher et le bas de la porte, assez petit pour ne pas nuire à l'intimité des participants, mais suffisamment grand pour pouvoir vérifier si la toilette est occupée ou si quelqu'un est tombé (315)).
- S'assurer que toutes les portes des toilettes ouvrent vers l'extérieur (si une personne tombe, elle ne pourra pas empêcher le personnel d'entrer pour intervenir).
- Installer des capteurs de mouvement (p. ex. des capteurs qui déclenchent une alarme ou un autre signal en cas d'absence de mouvement pendant un certain temps) (316).
- Installer un interphone pour permettre la communication entre les participants et le personnel (315).
- Prévoir un espace plat (p. ex. un comptoir, une table) pour que les personnes puissent y déposer leurs effets.
- Installer une sonnette d'urgence accessible depuis le sol au cas où la personne serait tombée (p. ex. attachée à une corde) (315).
- Veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'espace entre les murs et les toilettes (pour éviter par exemple qu'une personne qui serait tombée ne reste coincée si elle perd conscience).
- Examiner les avantages et les inconvénients des toilettes individuelles ou des toilettes à plusieurs cabines (les toilettes individuelles offrent plus d'intimité aux participants, mais peuvent retarder l'intervention si personne n'est présent pour constater la situation) (315).

Pour plus d'informations sur les toilettes plus sécuritaires, voir les ressources suivantes :

- [Buchheit et al. – “Opening the door to somebody who has a chance.” – The experiences and perceptions of public safety personnel towards a public restroom overdose prevention alarm system](#) (317)
- [Migliardi – Safer Washroom Evaluation](#) (314)
- [University of Victoria – The Safer Bathroom Toolkit](#) (318)
- [Vancouver Coastal Health – Prévention et Réponse aux Surdoses dans les Toilettes: Recommandations pour les Fournisseurs de Services](#) (315)

4.0 Description des conditions locales

4.1 Déterminer le besoin

Dans la demande pour une exemption, Santé Canada exige de fournir des informations sur les conditions locales qui pourront servir à déterminer les besoins de santé non satisfaits. Avant de planifier ou de concevoir un SCS, il est donc important d'évaluer et de comprendre le contexte local de la consommation de drogues et des services offerts aux personnes utilisatrices de drogues. Dans le cadre de ce processus, les éventuels responsables doivent se poser les questions suivantes (en plus des autres facteurs discutés dans le document) :

- Quelle est la population ciblée par le SCS? Quelle est la taille de ce groupe?
- Quels sont les besoins des personnes de la communauté qui utilisent des drogues?
 - Quelles sont les habitudes de consommation de drogues de la population cible (p. ex. type de substances, fréquence des substances, voie d'administration)?
 - Quel est le taux actuel de décès par intoxication aux drogues? Quel est le taux actuel d'appels aux services médicaux d'urgence pour des intoxications aux drogues? Quelle est la qualité de l'offre actuelle de drogues?
 - Existe-t-il des preuves de la prise en charge insuffisante des préjudices liés à la drogue (p. ex. infections liées à l'injection, taux de VIH ou de VHC)?
 - Y a-t-il beaucoup de personnes qui consomment des drogues dans des espaces publics ou semi-publics (p. ex. dans les salles de bain)? La présence de seringues ou d'autre matériel de consommation jetés de façon non appropriée est-elle un sujet de préoccupation dans le quartier?
 - Y a-t-il des (sous) groupes de personnes utilisatrices de drogues qui ne bénéficient pas des services ou des mécanismes d'orientation existants? Quels sont les obstacles/défis qui les en empêchent?
- La population locale de personnes utilisatrices de drogues est-elle intéressée à utiliser un SCS?
- Quelles sont la configuration et la répartition optimales des SCS pour répondre aux besoins locaux?
- Quels autres acteurs locaux importants doivent être consultés afin d'assurer la réussite du programme?

Tous les types de données sont acceptables, mais lorsque possible, les descriptions quantitatives sont considérées comme étant de meilleure qualité que les descriptions qualitatives pour obtenir une exemption. À la section Conditions locales du formulaire de demande de Santé Canada, les éventuels responsables de SCS peuvent aussi donner des précisions sur le taux local de criminalité ou les tendances en ce sens et sur l'impact attendu d'un SCS sur la criminalité dans le quartier ou la communauté. Lorsque cela est nécessaire, les demandeurs doivent proposer des stratégies d'atténuation pour gérer les éventuels effets négatifs du SCS sur la sécurité publique, telles que des mesures pour éliminer adéquatement le matériel de consommation usagé retrouvé aux alentours du SCS. Ces mesures peuvent concerner le bâtiment ou le terrain (p. ex. contenants à objets pointus ou tranchants), le quartier (p. ex. communiquer les coordonnées pour le public aux associations du quartier, des intervenants qui vont à la rencontre des participants) ou les services municipaux (p. ex. des équipes d'intervention ou de ramassage des seringues dans le quartier).

Une étude de faisabilité du SCS dans le contexte local peut être utile pour répondre à ces questions. Il est possible de réaliser une étude à petite échelle avec un budget et du temps limités. Pour assurer une participation suffisante des personnes ayant un vécu expérientiel, il est nécessaire d'impliquer les personnes locales qui utilisent des drogues dans la planification et l'exécution de ces travaux de faisabilité, ce qui a déjà été fait avec succès dans le passé (46,319). Une étude de faisabilité peut donner du poids aux arguments en faveur de l'ouverture d'un SCS, et des études ont montré que l'expression de la volonté d'utiliser un SCS permet de prédire son utilisation future (320). Ces démarches peuvent également mettre en lumière des aspects que les responsables n'avaient pas anticipés. Il se pourrait par exemple que l'on découvre que les personnes utilisatrices de drogues dans le quartier ne sont pas intéressées à consommer des drogues sous la supervision de personnel formé, mais qu'elles seraient par contre prêtes à traîner de la naloxone sur elles (un médicament servant à inverser une intoxication aux opioïdes). Cette constatation peut aider les responsables du projet à mieux orienter leurs ressources vers le développement ou l'élargissement de programmes de formation à l'administration de naloxone ou d'autres services. Un regroupement local de personnes utilisatrices de drogues pourrait être un excellent partenaire pour la conception et la réalisation de l'étude de faisabilité. Voir **2.1 Mettre en avant les perspectives des personnes qui utilisent des drogues** pour plus de détails sur les meilleures pratiques pour impliquer ces personnes dans les études de faisabilité des SCS.

4.1.a Meilleures pratiques pour les consultations publiques et la mobilisation

Les exigences de consultation publique peuvent compliquer les efforts de mise en place des SCS (125). Santé Canada exige cependant des preuves qu'une consultation a eu lieu dans le cadre de son processus de demande d'exemption, mais ne définit pas d'exigences particulières sur la nature de la consultation et de la mobilisation de la communauté requises (il peut s'agir de tout ce que les

éventuels responsables de SCS jugent utile pour recueillir des opinions sur le site proposé). Santé Canada s'attend à ce que les consultations et la mobilisation ne se limitent pas qu'aux participants éventuels du SCS et qu'elles prévoient un compte rendu impartial des commentaires reçus, qui seront tous traités de la même manière. Les parties prenantes impliquées varieront en fonction du contexte local et du modèle de SCS proposé, mais il pourrait s'agir de partenaires communautaires et d'autres prestataires de services sociaux et de santé, d'entreprises à proximité, de la police, d'associations de quartier et de résidents. Pendant les consultations, il est impératif de communiquer les avantages des SCS pour la santé publique et de préciser que l'objectif est de déterminer les problèmes potentiels ou les préoccupations et de trouver des stratégies pour les atténuer.

Parmi les thèmes courants identifiés par les parties prenantes et qui pourraient être abordés lors de la consultation publique figurent les objectifs et les fonctions des SCS (p. ex. la prévention des intoxications aux drogues, la sécurité, la réduction de la consommation de drogues en public, la sensibilisation à la réduction des méfaits); les préoccupations entourant l'emplacement et les règlements du SCS; et des suggestions de changements (321). Voici des exemples de démarches de mobilisation et de consultation du public pouvant être entreprises pour répondre aux exigences de Santé Canada et qui permettront d'intégrer le SCS aux services de santé publique et de soins de santé et à la communauté en général :

- Créer un comité de liaison avec la communauté ou un comité consultatif communautaire (CLC/CCC) pour ouvrir un canal permanent de communication et pouvoir résoudre de façon concertée les problèmes ou les malentendus qui pourraient survenir en lien avec les activités du SCS. Le CLC/CCC pourrait être composé de différentes parties prenantes, notamment des représentants du personnel clé du site proposé, de l'association pour l'amélioration commerciale ou de la chambre de commerce, du service de police, des organisations de santé et de services sociaux, des hôpitaux, des entreprises, des complexes résidentiels, des organisations, communautés et nations autochtones locales, des résidents, des groupes de défense des personnes utilisatrices de drogues ou des regroupements de personnes utilisatrices de drogues, selon le contexte. Le choix des parties prenantes à inclure au comité dépend du contexte et des objectifs propres au projet de SCS. Il est important de comprendre que le choix des personnes invitées à participer au CLC/CCC aura une incidence sur la confiance que les personnes utilisatrices de drogues accorderont au projet de SCS.
- Préparer une visite du lieu proposé pour présenter les espaces où seront offerts les services, comme l'aire d'attente, l'aire de consommation et l'aire postconsommation. On peut aussi envisager de faire un croquis du SCS proposé (si l'espace mérite d'être décrit davantage). Inviter les parties prenantes et les médias à visiter les lieux.
- Rédiger des fiches sur les questions les plus fréquemment posées et d'autres ressources informatives : des renseignements généraux sur les SCS, les données attestant du besoin

d'un tel service dans le quartier, le modèle proposé, un échéancier, les avantages escomptés du service et la manière dont il répond à la vision du quartier, et les mythes courants sur les SCS. Offrir les ressources sur différents supports (copies papier, site Web, dépliants envoyés par la poste, ligne téléphonique, etc.) afin de garantir une distribution variée et un accès équitable à l'information.

- Prévenir l'apparition de problèmes prévisibles comme les seringues et les aiguilles jetées dans les lieux publics en organisant une distribution de contenants à objets pointus ou tranchants et en ramassant le matériel de consommation qui traîne dans le quartier. Une évaluation des risques et des besoins peut y contribuer.
- Offrir des séances d'information sur la réduction des méfaits pour les organismes, les résidents et d'autres groupes intéressés du quartier.
- Commencer modestement (réunions individuelles, groupes de discussion) et augmenter graduellement les efforts et la capacité (ateliers communautaires, journées portes ouvertes, forums d'information, sondages en ligne, séances d'information, porte à porte, etc.) afin de pouvoir répondre aux préoccupations avant une plus large diffusion.
- Maintenir le dialogue avec la communauté après l'ouverture du SCS (p. ex. indiquer un numéro de téléphone ou une adresse courriel ou ajouter une boîte de commentaires sur le site Web pour recueillir les commentaires).

Le rapport de consultation remis à Santé Canada doit décrire toutes les activités entreprises, mentionner tous les commentaires et points de vue reçus et présenter les mesures prises ou en cours pour répondre à toutes les préoccupations. Notez que les lettres d'opinion d'un ministre de la Santé provincial ou territorial seront prises en compte, mais elles ne sont pas requises pour une demande d'exemption à Santé Canada. Même si les préoccupations de la communauté restent inchangées après de vastes consultations, il est important que l'accès aux services et les bénéfices pour la santé soient une priorité pendant la phase de conception et de mise en œuvre du SCS et pendant ses activités (322).

Selon Santé Canada, la demande d'exemption peut être soumise pour examen avant la fin des consultations publiques et des vérifications du casier judiciaire pour la Personne responsable (PR). Compte tenu du temps que peut prendre l'obtention des autorisations, il est conseillé de soumettre la demande avant de réaliser les consultations publiques et d'en présenter les résultats et de faire les vérifications de casier judiciaire, car ces tâches peuvent prendre beaucoup de temps.

4.2 Définition des objectifs généraux du SCS

Une fois que l'on comprend bien le contexte local, il faut définir les objectifs, les cibles et les résultats généraux de la mise en place du SCS. Les objectifs et les résultats doivent correspondre aux besoins locaux en matière de services (avec la contribution des personnes utilisatrices de drogues du secteur et des communautés touchées par la consommation de drogues) et être

réalisables avec les ressources disponibles. Ce travail conceptuel aidera les éventuels responsables du SCS à déterminer clairement la raison d'être de l'établissement, à définir la gamme, la nature et l'ampleur des services qui seront offerts et à affecter plus efficacement leurs ressources.

En fonction des participants ciblés, les responsables peuvent se fixer l'un ou l'autre des objectifs potentiels suivants :

- Réduire le taux de préjudices liés aux intoxications aux drogues (appels d'ambulance, hospitalisations, décès, etc.);
- Réduire la transmission d'infections véhiculées par le sang liées à la drogue chez les personnes utilisatrices de drogues (c'est-à-dire le VIH et le VHC);
- Diminuer les taux de complications graves liées à l'utilisation de drogues injectables (infections des tissus mous, endocardite infectieuse ou myocardite, etc.);
- Accroître le recours et l'accès aux services sociaux et de santé chez les personnes utilisatrices de drogues;
- Améliorer la connaissance et l'utilisation des pratiques et services de réduction des méfaits chez les personnes utilisatrices de drogues, ainsi que l'accès à ces pratiques et services;
- Améliorer la connaissance et l'utilisation des services de traitement de la toxicomanie chez les personnes utilisatrices de drogues, ainsi que l'accès à ces services, notamment une gamme de programmes de TAO (dont le TAOi) et de programmes axés sur le rétablissement;
- Réduire l'utilisation de drogues dans les espaces publics ou semi-publics, notamment le matériel de consommation jeté de façon inappropriée et les déchets connexes;
- Favoriser l'inclusion sociale et la création de liens entre les personnes utilisatrices de drogues;
- Lutter contre la stigmatisation.

Rappelez-vous que les objectifs de votre établissement peuvent changer au fil du temps, au gré du financement et du personnel et de l'évolution des besoins des participants, des réseaux locaux de services et du milieu local de la consommation.

5.0 Politiques et procédures

5.1 Documents généraux de politiques internes

Il est important que les SCS établissent des politiques et des protocoles clairs et qu'ils définissent le rôle de chaque employé autorisé à fournir une supervision ou du soutien clinique dans leurs espaces. Le site Web de Santé Canada pour les SCS fournit des conseils plus détaillés pour aider à rédiger les politiques et procédures. Santé Canada exige que les politiques suivantes soient jointes à la demande du SCS :

- Rôles et responsabilités des membres du personnel, y compris les exigences de formation (Personne responsable (PR), Personne responsable suppléante (PRS), registres de la formation, etc.);
- Mesures à prendre en cas de substances non identifiées laissées sur place (méthodes de confinement, stockage, tenue d'un registre, prévention de la perte ou du vol et avis à la police locale pour demander le ramassage de la substance), y compris la tenue de registres et le formulaire de déclaration;
- Mesures de sécurité visant à réduire au minimum les risques pour la santé, la sécurité et la sûreté de toutes les personnes sur place (p. ex. registre des entrées et sorties, code de conduite, plan d'étage indiquant les dispositifs de sécurité, sorties, etc.);
- Procédures pour l'analyse de substances, la consommation assistée et le fractionnement et le partage de drogues (le cas échéant).

Les politiques et procédures suivantes ne sont pas requises pour le dépôt de la demande, mais le formulaire doit attester qu'elles existent et qu'elles sont bien en place :

- Élimination des objets pointus ou tranchants et des matières présentant un danger biologique (y compris la manière dont ils sont sortis des locaux);
- Prise en compte des directives du gouvernement provincial ou territorial pour l'établissement d'un SCS, le cas échéant.

Habituellement, les protocoles et les politiques portent également sur les points suivants :

- Critères d'inclusion, accueil et enregistrement des participants; évaluation de l'intoxication sévère et des besoins de santé de la personne comme les soins des veines, la prise en charge des abcès, la septicémie due à des lésions aux tissus mous et autres symptômes;
- Procédures pour les salles de consommation, y compris la fourniture de matériel;

- Protocole en cas de blessure par une aiguille;
- Éducation à la consommation à moindres risques et à la réduction des méfaits;
- Distribution de naloxone et formation nécessaire;
- Procédures de soins postconsommation (p. ex. évaluation des signes/symptômes de lésions des tissus mous et des urgences médicales);
- Traitements/procédures cliniques pour les abcès, la cellulite, le soin des veines, les infections et autres besoins de santé;
- Intervention en cas d'intoxication aux drogues;
- Intervention auprès des personnes enceintes, allaitantes, mineures, très agressives ou intoxiquées, ainsi qu'auprès des personnes qui suivent un TAO ou qui consomment de l'alcool en même temps que des drogues;
- Protocoles de nettoyage et mesures de prévention et de contrôle des infections;
- Utilisation du SCS par le personnel pendant ou en dehors des heures de travail pour consommer des substances illégales;
- Intervention en cas de situations d'urgence (p. ex. armes, alertes à la bombe, plans d'évacuation d'urgence).

Ces protocoles et politiques peuvent comprendre des marches à suivre, un système de documentation (p. ex. fiches ou dossiers électroniques) et des mécanismes d'orientation vers des services dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci si le service est offert par une autre organisation.

5.1.a Informer Santé Canada des modifications aux procédures et politiques

Les responsables de SCS doivent informer Santé Canada (par courriel à exemption@hc-sc.gc.ca) dans les cas suivants :

- Un décès survient au SCS en rapport avec des activités impliquant des substances illégales (communiquer dans les 24 heures suivant le décès);
- Le SCS est fermé pendant plus de 24 heures (communiquer dans les 48 heures suivant la fermeture);
- Le SCS n'offre plus de services d'analyse de substances, ou ne permet plus l'assistance par les pairs ou le fractionnement et le partage de drogues, selon le cas (communiquer dans les 48 heures suivant le changement);
- Des changements qui pourraient présenter un risque accru pour la sécurité publique sont apportés aux mesures, procédures ou politiques de sécurité (communiquer dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'entrée en vigueur des changements et inclure une description des mesures de sécurité révisées et une copie des procédures et politiques révisées).

5.2 Code de conduite/droits et responsabilités

Afin de garantir la sécurité des participants et du personnel du SCS, il est nécessaire de mettre en place un code de conduite qui définit les droits et les responsabilités de chacun. Il est recommandé aux responsables du SCS d'élaborer le code/les droits et les responsabilités en collaboration avec les participants afin de s'assurer que les personnes utilisatrices de drogues participent activement à leurs propres pratiques de réduction des méfaits et d'établir un lien entre l'établissement et la population locale qui utilise des drogues. Cela permettrait également d'éviter des préjudices potentiels, tels que l'interdiction d'accès au service, et de faire en sorte que ces politiques ne paraissent pas artificielles ou arbitraires. Les codes/règles doivent être communiqués clairement aux participants du SCS; les méthodes de communication les plus courantes sont la prise de connaissance verbale ou écrite pendant le processus d'inscription et des affiches placardées à des endroits bien visibles dans le SCS. Les codes/règles exigés par les directives fédérales sont les suivantes :

- Restreindre la consommation de drogues à des zones désignées à cet effet dans le SCS;
- Préciser les voies d'administration autorisées ou non dans le SCS (p. ex. injection, voie orale, inhalation, voie intranasale, voie rectale);
- Interdire la vente ou l'échange de drogues sur place;
- Exiger que les participants restent en possession de leurs drogues en tout temps, sauf en cas de consommation assistée et/ou de fractionnement et partage de drogues (si l'une ou l'autre des pratiques s'applique au SCS);
- Interdire au personnel de fournir des drogues illégales aux participants;
- Interdire au personnel de manipuler ou de posséder des drogues illégales à tout moment, à moins de participer à l'analyse de substances ou que des drogues ne soient laissées sur place (les drogues doivent alors être entreposées dans une armoire fermée à clé et le service local de police doit être prévenu et chargé de venir chercher les substances).

En plus de ce qui est requis dans les directives fédérales pour l'exemption, les codes/règles suivants peuvent s'avérer utiles :

- Interdire au personnel d'indiquer aux participants où et comment se procurer des drogues illégales;
- En fonction du contexte et de la capacité du SCS, ainsi que des besoins des participants, définir la durée maximale d'utilisation des salles/cubicules de consommation, par séance (p. ex. 30 à 45 minutes);
- Interdire de parler fort ou de tenir des propos offensants et de menacer ou d'intimider le personnel et les autres participants;

- Demander aux participants de nettoyer leur espace de consommation après usage et de jeter le matériel usagé dans les contenants prévus à cet effet;
- Encourager les participants à contribuer au maintien de la propreté;
- Rappeler aux participants et au personnel que les participants ont droit à un service exempt de jugement de la part du personnel et à un environnement propre et paisible dans lequel consommer leurs drogues;
- Rappeler aux participants et au personnel que le personnel se réserve le droit de refuser un service si la personne ne répond pas aux critères d'admissibilité (voir **5.6 Refus de service**) ou ne respecte pas le code de conduite/les règles de l'établissement.

5.3 Admissibilité et entente d'utilisation

La première interaction avec les nouvelles personnes qui désirent utiliser le SCS est l'occasion d'établir un lien de confiance dans un environnement accueillant. Différents formulaires et protocoles écrits (p. ex. une entente d'utilisation et un formulaire de consentement) peuvent être utilisés à l'accueil des nouvelles personnes.

- Vérifier l'admissibilité de la personne (conformément aux politiques du site);
- L'informer des services offerts et des heures d'ouverture et la présenter au personnel du SCS (le cas échéant);
- L'informer des attentes, des règles et des protocoles entourant l'utilisation du SCS (voir **5.2 Code de conduite/droits et responsabilités** pour des exemples);
- L'informer de ses droits et responsabilités lorsqu'elle utilise le SCS (voir **5.2 Code de conduite/droits et responsabilités** pour des exemples);
- L'informer de toute collecte de données à des fins de suivi, d'évaluation ou de recherche, ainsi que des aspects éthiques pertinents;
- Évaluer ses besoins en matière de soins physiques, sa connaissance des techniques de réduction des méfaits et sa capacité à les appliquer à sa consommation de drogues, ainsi que sa connaissance des services de réduction des méfaits.

5.4 Procédures pré et postconsommation

Schématisez de façon claire le parcours d'une personne qui se présente au SCS. Il est important de déterminer l'endroit où se déroulera chacune des étapes ci-dessous, les membres du personnel qui seront impliqués et leur nombre, les rôles et les responsabilités du personnel, de même que les procédures et protocoles appropriés (y compris la consignation de l'information) :

- Salle d'accueil/d'évaluation et d'attente;

- Salle(s) de consommation de drogues;
- Éducation à la réduction des méfaits et à la consommation à moindres risques;
- Mise aux rebuts du matériel de consommation;
- Salle de traitement (pour les soins infirmiers/médicaux de base et l'intervention en cas d'intoxication aux drogues);
- Aire postconsommation.

En plus des procédures relatives à la consommation, réfléchissez au personnel qui sera nécessaire pour fournir des services complémentaires, comme de la thérapie, du soutien par les pairs et des orientations vers d'autres services, ainsi qu'au nombre d'heures pendant lesquelles ce personnel sera disponible, en fonction des besoins des participants.

5.5 Gestion des conflits

Parfois, le personnel du SCS devra réagir à une situation de crise ou à un comportement agressif de la part d'un participant. Chaque situation est unique et tout le personnel de l'établissement doit avoir reçu une formation sur les techniques de gestion de crise et désamorçage, de même que sur la pratique basée sur la relation, la sécurité culturelle et les soins adaptés aux traumatismes (voir **2.2.b Pratique basée sur la relation, sécurité culturelle et soins adaptés aux traumatismes**) afin de garantir la sécurité de toutes les personnes qui participent et travaillent au SCS.

5.6 Refus de service

Les SCS sont généralement des espaces sécuritaires pour les personnes utilisatrices de drogues et les conflits sont habituellement résolus sans incident. Ces établissements peuvent toutefois se réserver le droit et l'obligation de refuser le service si le personnel estime que la consommation de drogues met potentiellement en danger le participant ou d'autres personnes, si le participant ne respecte pas le code de conduite ou les règlements, si le SCS est plein, ou pour d'autres raisons déterminées à l'avance par les responsables qui gèrent l'établissement. Les services ne doivent être refusés que dans des circonstances exceptionnelles, et il faut prévenir autant que possible le recours à cette politique. Le refus de service doit servir à établir un équilibre entre les droits, la sécurité et le bien-être de la personne à qui l'on refuse un service et ceux des autres participants du SCS, du personnel et de la communauté dans son ensemble.

Si un SCS doit refuser un service, il doit s'assurer de le faire d'une manière peu contraignante. Cela suppose de mettre en place une procédure de refus de service simple (p. ex. réduire au minimum les formalités administratives) et non punitive. Les personnes refusées doivent être informées de l'existence d'autres options pour l'utilisation de drogues plus sécuritaire.

Adopter une approche de la réduction des méfaits qui soit sécuritaire sur le plan culturel et qui tienne compte des traumatismes permet de ne pas soutenir les structures (p. ex. politiques et lois) qui alimentent les méfaits liés aux drogues (88) (voir **2.2.b Pratique basée sur la relation, sécurité culturelle et soins adaptés aux traumatismes**). L'établissement d'une relation de confiance avec le participant permettrait d'éviter d'avoir à refuser un service en raison de son comportement.

Lors de la conception du SCS, tenez compte de la demande pour les services dans le quartier afin de prévenir les refus dus à des contraintes opérationnelles (88) (c'est-à-dire la capacité du site, la voie d'administration). Assurez-vous que les politiques favorisent l'accès des personnes les plus vulnérables sur le plan structurel (p. ex. les personnes qui ont besoin d'assistance pour la consommation, les jeunes, les femmes) et ne le restreignent pas en raison de leurs besoins particuliers (voir **3.3.a Points à considérer pour les populations clés**).

Les politiques de refus de service devraient :

- Être établies en partenariat avec des personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances;
- Être appliquées uniformément à tous les participants, par l'ensemble du personnel;
- Faire appel à une approche culturellement sécuritaire et qui tient compte des traumatismes pour refuser un service;
- Comprendre une procédure claire qui indique pourquoi, quand et comment une personne serait invitée à quitter les lieux, ainsi que les étapes à suivre pour qu'elle retrouve son accès;
 - Les SCS voudront peut-être créer un plan de comportement individuel avec certains participants dans une perspective de prise de décision partagée. Le plan pourra inclure les comportements positifs constatés, les comportements problématiques, la date précise du retour, les commentaires du participant, la description de ses besoins et les options pour renforcer sa sécurité pendant son absence du SCS. Communiquez clairement ce plan à l'ensemble du personnel;
- Permettre de déterminer la durée du refus de service avec les participants;
- Donner aux participants la possibilité de faire appel de leur refus de service et de sa durée;
- Être clairement définies et communiquées à l'ensemble des participants et du personnel (voir **5.2 Code de conduite/droits et responsabilités**);
- Inclure le suivi et l'analyse des données sur le refus de service (p. ex. le suivi des taux, des quarts de travail, des périodes du mois) afin de comprendre et de surveiller les tendances et d'adapter les politiques de refus de service de manière à réduire au minimum leurs impacts.

5.7 Intoxications aux drogues

Comme les drogues en circulation ne sont pas réglementées, les responsables de SCS doivent se doter de politiques et de protocoles clairs pour faire face à d'éventuelles intoxications aux drogues.

Ces politiques et protocoles devront répondre aux dispositions prévues par les lois et règlements locaux, et pourront donc différer d'une région à l'autre. En constante évolution, les politiques et protocoles devront être élaborés par des personnes qui connaissent bien les activités du SCS.

Exemples de sujets abordés :

- Formation du personnel, y compris :
 - Surveillance des tendances locales en matière de drogues;
 - Intervention en cas d'intoxication complexe, par exemple en cas de combinaison de benzodiazépines et d'opioïdes, ou de complications médicales (p. ex. rigidité musculaire induite par le fentanyl, psychose induite par la cocaïne);
- Matériel d'intervention en cas d'intoxication aux drogues (p. ex. équipement de protection individuelle, ballon-masque, bonbonne d'oxygène et tubes) et entretien du matériel (p. ex. vérification des dates d'expiration, remplissage de la bonbonne d'oxygène);
- Procédures d'intervention en cas d'intoxication aux drogues;
- Procédures d'évaluation;
- Ventilation manuelle;
- Politiques sur le renversement des effets d'une intoxication aux drogues et sur l'administration de médicaments, et directives médicales (c.-à-d. oxygène, chlorhydrate de naloxone);
- Intervention en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire;
- Intervention en cas d'intoxication aux stimulants;
- Procédures de transfert des soins aux ambulanciers et à l'urgence, y compris le moment où il faut appeler l'ambulance ou la police, les informations précises à fournir aux répartiteurs et la manière de préparer leur arrivée sur place;
- Comment prendre en compte les traumatismes et reconnaître et atténuer les effets du sevrage des opioïdes.

Veillez à ce que tous les employés soient suffisamment formés pour intervenir en cas d'intoxication aux drogues. Il faudrait également élaborer des protocoles et des politiques pour d'autres urgences médicales (p. ex. crise d'épilepsie, AVC, crise cardiaque).

6.0 Personnel

6.1 Modèles de dotation en personnel

Les responsables devront réfléchir au nombre d'employés et aux types de postes nécessaires pour fournir des services de consommation supervisée en fonction des services qui seront proposés, du budget et de la capacité du site (c.-à-d. le nombre de cubicules de consommation et le nombre de personnes présentes en même temps), ainsi que du champ d'activités et des normes des ordres professionnels. Bien que de nombreux SCS emploient du personnel infirmier ou d'autres prestataires de soins, il n'est pas obligatoire de prévoir des travailleurs de la santé dans le modèle de dotation en personnel. Pour tous les postes, définissez les rôles et les responsabilités, les protocoles de sécurité en milieu de travail, les politiques et les procédures, en abordant les points suivants :

- Les niveaux minimums de personnel, les aptitudes, les compétences et la formation nécessaires pour accomplir les tâches tout en maintenant un environnement sécuritaire, pour favoriser la satisfaction au travail et pour prévenir l'épuisement professionnel;
- Des orientations claires sur les principes, les ressources et les structures nécessaires à la prestation de SCS fondés sur des données probantes;
- Des orientations claires pour les prestataires de soins concernant le champ d'activités et les compétences à utiliser dans le cadre des SCS, établis par les ordres professionnels compétents des médecins, des travailleurs sociaux, du personnel infirmier et autres professionnels de la santé réglementés;
 - Les responsables peuvent également consulter la déclaration commune internationale sur le rôle du personnel infirmier dans les sites de consommation supervisée (*International Consensus Statement on the Role of Nurses in Supervised Consumption Sites*) (73). Publiée en 2019, cette déclaration a été rédigée par 17 experts issus de 10 pays dotés de SCS. Le document vise à informer les décideurs et les employeurs du rôle du personnel infirmier dans les SCS;
- Le respect de la législation et de la réglementation en vigueur (p. ex. lois provinciales sur les professions de santé, lois sur les hôpitaux, lois sur la santé publique, etc.);
- La santé et la sécurité pour les participants et le personnel des SCS (p. ex. intervention non violente en cas de crise, précautions universelles contre les pathogènes transmissibles par le sang, blessures causées par les aiguilles);
- Le respect des politiques et procédures régionales en matière de santé et de sécurité au travail et la préparation et la réponse aux situations d'urgence (p. ex. incendie, alerte à la

bombe, tremblement de terre);

- Le respect des autres politiques et/ou lois régionales, provinciales et fédérales applicables;
- La sécurité culturelle (78,101), l'attention aux déterminants sociaux de la santé et la réduction de la stigmatisation;
- Lorsque l'on définit le modèle de dotation en personnel du SCS, il faut trouver un équilibre entre les préoccupations budgétaires et la sécurité des participants et la gestion des risques, surtout en ce qui concerne d'éventuelles intoxications aux drogues et autres situations d'urgence.

Bien que les modèles de dotation varient en fonction des objectifs et de la population cible, les SCS comprennent généralement une combinaison de personnel infirmier (p. ex. infirmières/infirmiers, infirmières/infirmiers auxiliaires), de travailleurs sociaux, d'ambulanciers, d'intervenants en réduction des méfaits, d'intervenants de proximité, de pairs aidants, de thérapeutes, de médecins et de bénévoles.

L'embauche de personnes ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances pour occuper ces fonctions est une pratique courante. Ces employés sont considérés comme importants dans les SCS. Des études de faisabilité ont montré que la plupart des personnes qui consomment des drogues préfèrent que des employés ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances soient présents dans les SCS (319) et que leur présence accroît le bien-être des personnes utilisatrices de drogues (59). Selon leur formation, ces employés apportent de l'information, tissent des liens, offrent du soutien et fournissent des services sociaux et de santé. Même si certains membres du personnel ont un vécu expérientiel, les titres des postes devraient refléter les fonctions et pas seulement le vécu afin d'éviter une distinction entre le rôle de « professionnel » et celui de « pair ». Il est également important de donner à ces employés la possibilité de définir leur propre titre, car ce n'est pas tout le monde qui désire le titre de « pair ». Enfin, il est essentiel de garantir des conditions de travail et une rémunération équitables aux employés ayant un vécu expérientiel, notamment en leur offrant un salaire et des avantages équivalents (incluant des mesures pour la santé mentale et physique), des postes équivalents temps plein et les mêmes perspectives d'avancement que le personnel « professionnel ».

Les politiques fédérales n'exigent pas la présence de professionnels de la santé agréés pour exploiter un SCS. Si les employés qui supervisent la consommation ne sont pas des professionnels de la santé, comme des intervenants en réduction des méfaits ou de proximité, Santé Canada exige des précisions sur la formation complémentaire qui leur sera dispensée, comme une formation sur l'intervention en cas d'intoxication aux drogues. Du personnel infirmier ou d'autres prestataires de soins de santé peuvent également travailler sur place pour fournir des soins d'urgence et des soins de la peau et des plaies liés aux injections, réaliser des évaluations pré et postconsommation et orienter les gens vers d'autres services sociaux et de santé, au besoin. De plus, en fonction du contexte, il est souhaitable de faire appel à des Aînés, des guérisseurs et des agents de liaison autochtones à différents niveaux de services et de soins, y compris lors de la phase de conception.

Tous les prestataires de services du SCS doivent recevoir une formation de base sur la santé et la sécurité pour les participants et le personnel.

Les modèles de dotation en personnel des SCS existants sont très variés et dépendent des besoins de la communauté et de la taille et des ressources du SCS. Déterminez votre modèle selon ce qui fonctionne le mieux dans votre contexte local (p. ex. la taille du SCS, les objectifs et résultats souhaités par les responsables), en incluant le nombre d'employés, le nombre d'heures de travail et la composition du personnel.

6.2 Formation, rétention et sécurité au travail

Comme d'autres milieux de soins, les SCS peuvent être des environnements de travail difficiles, et il est important d'accorder une attention particulière à la formation du personnel, à sa rétention et à la sécurité au travail. La nature exigeante du travail en SCS et la précarité constante du financement contribuent parfois aux difficultés de rétention.

La formation du personnel peut nécessiter beaucoup de ressources, mais il est important de mettre en place un programme de formation complet et des mesures de soutien pour le personnel afin d'assurer son bien-être, sa sécurité et la rétention. Les responsables pourront envisager les mesures de soutien suivantes (cette liste a été adaptée d'un document produit par la Dr. Peter AIDS Foundation (323)) :

- 1) Mettre en place des processus et des protocoles pour favoriser le bien-être émotionnel du personnel du SCS :
 - a. Débriefing régulier et rencontres individuelles pour renforcer la résilience du personnel, en particulier après une situation d'urgence ou de stress;
 - b. Se servir des situations d'urgence comme outils d'apprentissage et de formation pour le personnel;
 - c. Faire appel à des thérapeutes sur place au besoin;
- 2) Offrir des occasions de renforcement des capacités afin d'améliorer les compétences du personnel :
 - a. La présence d'employés ayant un vécu expérientiel de l'utilisation de substances peut aider à déstigmatiser les interactions et les conversations en lien avec l'utilisation de drogues entre le personnel et les participants et à alléger les responsabilités du personnel;
 - i. Le soutien et la formation sont particulièrement importants pour le personnel médical, qui n'a pas toujours d'expérience de travail en milieu communautaire;
- 3) Fournir de la formation supplémentaire aux employés ayant un vécu expérientiel et

renforcer leurs capacités :

- a. Communiquer clairement les rôles, les responsabilités et les attentes à l'égard de l'ensemble du personnel;
- b. Veiller à ce que du soutien soit disponible (p. ex. réunions et rencontres de suivi régulières);
- c. Discuter davantage de l'établissement de limites et des enjeux de confidentialité avec les membres du personnel ayant un vécu expérientiel, qui ont parfois un double rôle d'employé et de participant dans le SCS ou des relations existantes avec les participants du SCS, en particulier avec les employés qui n'ont pas d'expérience de travail dans des organismes ou des services formels.

7.0 Sources de financement

Bien que le gouvernement fédéral soit responsable de l'exemption des SCS au titre de la LRCDAS, il ne fournit pas actuellement de financement pour soutenir la mise en œuvre ou le fonctionnement. Au Canada, les responsables de SCS doivent trouver leur propre financement, généralement auprès du gouvernement provincial ou territorial, de la municipalité, des autorités sanitaires ou de source privée (p. ex. dons de particuliers). Le gouvernement n'approuvera pas un SCS sans une description du plan financier et du financement qui seront en place. Voici des suggestions de documents à joindre à la demande :

- États financiers ou vérifications de l'organisme ou des organismes qui présentent la demande;
- Documents qui confirment les sources de financement (privé ou public);
- Confirmation des engagements à fournir un financement;
- Propositions budgétaires, y compris la preuve des aides financières.

8.0 Communication de l'information et évaluation

8.1 Collecte de données pour répondre aux exigences de communication de l'information de Santé Canada et des bailleurs de fonds

La communication de renseignements démographiques globaux et de statistiques sur les programmes des SCS peut être exigée par Santé Canada, par les gouvernements provinciaux/territoriaux et par les bailleurs de fonds. Santé Canada exige que toutes les données soient conservées sur place pendant la durée de l'exemption et qu'elles soient disponibles sur demande. À l'interne, les responsables du SCS pourront décider d'utiliser ces rapports pour faire le suivi et améliorer la qualité. L'évaluation des tendances leur permettra de modifier leurs services pour répondre aux besoins des participants. L'utilité de ces rapports dépend toutefois des ressources disponibles pour la collecte et l'analyse des données et elle variera d'un site à l'autre. À noter qu'il est important de recueillir le moins de renseignements personnels possible auprès des participants.

Santé Canada et les bailleurs de fonds détermineront leurs exigences en matière de communication de l'information, lesquelles peuvent être les mêmes partout dans une région donnée ou propres à chaque SCS. Voici des données que les SCS recueillent et communiquent généralement chaque mois :

Données relatives aux visites	
Élément de données	Notes
Date de la visite	
Moment de la visite	
Identifiant du participant	Les identifiants sont anonymes et peuvent être créés en utilisant les initiales ou un pseudonyme et la date de naissance. De cette façon, les participants pourront s'en souvenir plus facilement (voir 8.1.a Pièces d'identité émises par le gouvernement et numéros d'assurance maladie).

Prénom ou pseudonyme de la personne	Il s'agit du nom par lequel la personne préfère être appelée par le personnel du SCS.
Drogue(s) consommée(s) pendant la visite	La personne peut consommer plus d'une drogue par visite.
Voie(s) d'administration	Les options actuelles comprennent la consommation intranasale et orale, l'inhalation et/ou l'injection, selon les voies incluses dans l'exemption prévue à l'article 56.1. Les participants des SCS peuvent employer plus d'une méthode par visite.
Raison pour laquelle un participant n'a pas utilisé de drogues	Indiquer la raison pour laquelle la personne n'a pas utilisé de drogues pendant sa visite, le cas échéant (n'a pas trouvé de veine, temps d'attente trop long, etc.)
Intoxications aux drogues	Expliquer l'événement et l'intervention : le type d'intoxication aux drogues (p. ex. opioïdes, stimulants); la drogue qui a précipité l'intoxication; présentation typique ou atypique de l'intoxication; le type d'intervention (p. ex. oxygène ou naloxone administrés [y compris la quantité], autre traitement); si les services médicaux d'urgence ont été appelés, s'ils sont intervenus et s'ils ont transféré la personne à l'hôpital; intoxication mortelle ou non mortelle; autres urgences médicales survenues.
Intervention n'impliquant pas d'intoxication aux drogues	Indiquer la drogue ou les drogues utilisées par la personne; si la personne a eu besoin de surveillance ou d'une administration d'oxygène (sans qu'il y ait eu d'intoxication); et si d'autres interventions ont été effectuées auprès de la personne.
Autre urgence médicale	Indiquer la nature de l'urgence médicale; les interventions effectuées auprès de la personne (p. ex. administration d'oxygène); si les services médicaux d'urgence ont été appelés, s'ils sont intervenus et s'ils ont transféré la personne à l'hôpital.

Services fournis	Indiquer ce que le personnel a fourni à la personne (p. ex. conseils de réduction des méfaits, consultation en dépendances, collations, premiers soins, etc.)
Orientations à l'interne et à l'externe	Indiquer toute mise en relation d'un participant avec d'autres prestataires de services (p. ex. TAOi, consultation en dépendances, médecin de famille). Les prestataires de services peuvent être dans le SCS, dans le même immeuble que le SCS (s'il est intégré) ou à l'extérieur du SCS.
Forces de l'ordre	Indiquer si la police a été appelée pour maîtriser une situation.

* NOTE : Pour chacun de ces éléments de données, il faudra classer les non-réponses ou les données manquantes dans les catégories Inconnu ou Autre. Santé Canada ou un bailleur de fonds peuvent également demander que les données soient classées par jour, par semaine ou par mois ou par participant individuel (p. ex. Combien de personnes ont fréquenté le SCS pour la première fois au cours du dernier mois?).

Autres données propres au site relatives aux visites que des SCS ont recueillies, selon le cas :

Autres données relatives aux visites	
Élément de données	Notes
Assistance par les pairs	Il faut minimalement déclarer la consommation assistée par les pairs comme un sous-ensemble du nombre total d'épisodes de consommation. Le SCS pourrait aussi décider de déclarer séparément tous les éléments de données pour la consommation assistée par les pairs et pour la consommation ne requérant pas d'assistance.
Analyse de substances	Comptabiliser : <ul style="list-style-type: none"> i) le nombre d'analyses de substances effectuées; ii) les résultats des analyses de substances (la drogue était-elle ce que la personne pensait?);

	iii) l'analyse a-t-elle influencé le comportement de la personne (a-t-elle modifié quelque chose à propos de sa consommation?)
Fractionnement et partage de doses	Il faut minimalement déclarer le fractionnement et le partage comme un sous-ensemble du nombre total d'épisodes de consommation. Le SCS pourrait aussi décider de déclarer séparément tous les éléments de données pour les épisodes avec fractionnement et partage et pour les épisodes sans fractionnement et partage.

* NOTE : Pour chacun de ces éléments de données, il faudra classer les non-réponses ou les données manquantes dans les catégories Inconnu ou Autre.

Les données suivantes sur les participants du SCS peuvent être recueillies lors de la première visite et seront mises à jour si nécessaire dans le but de s'assurer que l'espace est accueillant et culturellement sécuritaire pour les personnes qui l'utilisent :

Données sur les participants du SCS	
Élément de données	Notes
Âge	L'âge au moment de la première visite suffit. Il n'est pas nécessaire de suivre l'évolution de l'âge.
Genre	Exemples de questions : « À quel genre vous identifiez-vous : homme, femme, autre? » ou « Appartenez-vous à la communauté 2ELGBTQIA+? »
Ethnicité (voir le document de directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur l'ethnicité de l'Institut canadien d'information sur la santé (325))	Exemple de question : « Vous identifiez-vous comme Autochtone, Blanc, etc.? »

* NOTE : Pour chacun de ces éléments de données, il faudra classer les non-réponses ou les données manquantes dans les catégories Inconnu ou Autre. Certaines de ces questions peuvent être délicates et devront être modifiées au besoin.

8.1.a Pièces d'identité émises par le gouvernement et numéros d'assurance maladie

Beaucoup de personnes utilisatrices de drogues préfèrent utiliser les services de consommation supervisée de façon anonyme et s'opposent aux politiques d'inscription (47,325–328). Dans le cadre de l'exemption prévue à l'article 56.1, Santé Canada n'exige pas que les SCS vérifient l'identité des participants pour leur permettre l'accès aux services. Afin de protéger leur anonymat et leur vie privée, il convient d'utiliser des noms d'utilisateur et des identifiants qui ne permettent pas de les reconnaître (p. ex. pseudonymes). Le fait de demander ou d'exiger une pièce d'identité émise par le gouvernement ou un numéro d'assurance maladie est largement reconnu comme un obstacle majeur aux soins pour les personnes utilisatrices de drogues (312). Ces dernières se montrent souvent sceptiques quant à la protection juridique offerte par les SCS et disent craindre que l'accès à ces services ne mène à une interdiction par la police (102,329–332). Cette perception cause une appréhension à communiquer des données personnelles avec un SCS par crainte qu'elles ne soient divulguées à la police ou à d'autres autorités sans leur connaissance ou leur consentement. En Alberta, en vertu de la loi, les hôpitaux ne peuvent fournir des soins qu'aux patients inscrits. C'est pourquoi le SCS de l'Hôpital Royal Alexandra demande le numéro d'assurance maladie afin de confirmer que la personne est bel et bien inscrite. Les patients de l'hôpital indiquent toutefois que cette exigence est un obstacle majeur qui dissuade un sous-ensemble de personnes d'utiliser le SCS (329).

En septembre 2021, le gouvernement de l'Alberta exigeait que tous les SCS demandent le numéro d'assurance maladie au motif qu'il s'agit d'une pratique courante pour obtenir des services de santé (333). Une demande d'injonction d'urgence a été déposée et l'exigence a été reportée à janvier 2022, mais la Cour du banc de la Reine de l'Alberta (334) et plus tard la Cour d'appel de l'Alberta (335) ont maintenu la décision de demander le numéro d'assurance maladie. En février 2022, le gouvernement de l'Alberta a de nouveau reporté l'exigence à avril 2022 afin de se conformer à la loi provinciale sur les renseignements de santé (*Health Information Act*) (333). La contestation de la politique devant les tribunaux se poursuit (325).

La nouvelle réglementation et les procédures judiciaires en Alberta ont entraîné des préoccupations relatives aux droits fondamentaux et des appels à ce que les SCS n'exigent pas de pièces d'identité ou le numéro d'assurance maladie. Il est essentiel que les SCS n'exigent pas de pièces d'identité ou de numéro d'assurance maladie, à moins qu'ils n'y soient légalement obligés par les autorités compétentes. Même si un refus de fournir un numéro d'assurance maladie ou une autre pièce d'identité n'entraîne pas l'exclusion du SCS, le simple fait de le demander peut faire naître la crainte que le personnel collabore avec la police ou que la police ait accès aux dossiers du SCS, et dissuadera probablement les personnes qui consomment des drogues de recourir à ces services. Des études ont déjà montré que bon nombre de personnes utilisatrices de drogues ne veulent pas

avoir recours à d'autres services de santé essentiels parce qu'elles craignent que cela puisse mener à leur arrestation et à leur incarcération (326,327).

8.2 Données à recueillir pour améliorer les services des SCS

Les responsables pourront envisager de recueillir des données supplémentaires sur le programme que Santé Canada ou les bailleurs de fonds ne demandent pas systématiquement d'inclure dans les rapports. Ces informations peuvent s'avérer utiles pour assurer la sécurité des participants et aider le personnel à offrir des soins personnalisés. Voici quelques éléments de données qui pourraient être utiles :

Données relatives aux visites (<u>PAS</u> pour les rapports)	
Élément de données	Notes
À quand remonte votre dernière consommation?	Demander au début de chaque visite.
Quelle substance avez-vous consommée?	Demander au début de chaque visite.
Quelles drogues prévoyez-vous consommer aujourd'hui?	Demander au début de chaque visite.
Avez-vous été victime d'une intoxication à la drogue depuis votre dernière visite?	Exemple de question : « Avez-vous fait une intoxication à la drogue au cours des dernières 24 heures? »
Avez-vous récemment fait une pause dans votre consommation?	Exemple de question : « Êtes-vous récemment sorti de prison, avez-vous fait une cure de désintoxication ou êtes-vous allé à l'hôpital? »

Autres éléments de données qui pourraient aider le personnel à identifier des ressources utiles pour les participants :

Données relatives aux visites ou aux participants (<u>PAS</u> pour les rapports)	
Élément de données	Notes

Situation de logement	La personne est-elle en situation de logement précaire, dort-elle chez des amis, etc.?
Antécédents médicaux et problèmes de santé actuels	
Statut d'Autochtone	La personne est-elle admissible à certains services destinés aux personnes qui s'identifient comme Autochtones ou qui ont le « statut d'Indien » officiel?
Antécédents de traitement	La personne a-t-elle déjà eu recours à une cure de désintoxication, à un traitement, à des groupes de soutien, etc.?
Objectifs de la participation	La personne a-t-elle des objectifs particuliers que le personnel peut l'aider à atteindre (TAOi, désintoxication, traitement en résidence, traitement ambulatoire, etc.)?

8.3 Plateformes et systèmes de collecte de données

Divers systèmes de collecte de données sont utilisés par les SCS au Canada. Des plateformes spécialisées permettent au personnel de consigner les données du SCS dans une base en temps réel. Ces plateformes sont parfois développées à l'interne par les responsables du SCS ou achetées d'un fournisseur externe. Les données doivent être hébergées sur un serveur sécurisé au Canada afin de protéger la vie privée des participants. S'il n'est pas possible de se doter d'une plateforme de saisie électronique des données, Excel, MS Access et d'autres logiciels de base de données peuvent constituer une option moins coûteuse, bien que moins pratique. Si les données sont recueillies sur papier, pensez à les entrer dans un ordinateur ou une base de données en ligne sécurisés dès que possible.

Plusieurs éléments sont à prendre en considération au moment de choisir le système de collecte de données. Si le SCS comporte plusieurs salles distinctes, que le personnel est réparti dans tout l'espace et qu'il doit consigner les données à différents moments pendant la visite, les responsables pourront se tourner vers une plateforme informatique accessible par plusieurs personnes en même temps. Au contraire, si le SCS est petit et que les données sont consignées à un seul endroit, un simple fichier Excel sur un ordinateur ou un document papier peuvent suffire.

Par ailleurs, il est important de se demander comment les données seront utilisées et qui y aura accès. Si les données sont utilisées à l'interne, déterminez les besoins du programme et prenez-les en compte pour choisir un système de collecte de données qui correspond aux activités. Par exemple, demandez-vous si les données seront utilisées pour les rapports au gouvernement, pour la communication opérationnelle entre le personnel, pour la gestion de cas ou pour le suivi des résultats des participants. Si les données servent à faire des comparaisons avec d'autres régions (p. ex. d'autres sites, d'autres villes, d'autres provinces), il est important de définir clairement les termes médicaux employés et les interventions pour faciliter la comparaison, et de s'assurer que le système de collecte de données employé est compatible avec celui dont les autres SCS se servent.

8.4 Évaluation de programme

Bien que Santé Canada ait des exigences précises en matière de déclaration de l'information, le ministère n'exige pas que les sites réalisent des activités d'évaluation ou qu'ils en présentent les résultats. Toutefois, pour les responsables de SCS qui ont les ressources nécessaires pour entreprendre une évaluation de programme, cette dernière pourra les aider à s'assurer que les objectifs opérationnels sont atteints et que le service offert est adapté aux besoins des participants. Elle leur offrira aussi l'occasion de définir des pratiques exemplaires et d'optimiser le service. Par ailleurs, les évaluations de programme fournissent souvent des informations qui s'avèrent utiles pour informer les différentes parties prenantes des activités du SCS et de leur impact sur les participants et les communautés.

Les activités d'évaluation peuvent être réalisées à l'interne, en partenariat avec des chercheurs ou en faisant appel à des évaluateurs indépendants accrédités. Décidez dès que possible qui réalisera l'évaluation en fonction des ressources disponibles, notamment les ressources financières et humaines. Certains SCS existants ont publié leur cadre d'évaluation (328), ce qui peut faciliter les évaluations internes. D'autres responsables de SCS pourraient vouloir entrer en contact avec l'établissement d'enseignement supérieur le plus près ou avec des partenaires universitaires existants pour créer un plan d'évaluation. Si vous souhaitez travailler avec un évaluateur externe accrédité ou développer une expertise interne, vous pouvez communiquer avec des associations professionnelles telles que la Société canadienne d'évaluation (336).

Les SCS au Canada sont implantés dans des milieux et contextes variés. Un modèle de services qui fonctionne à un endroit ou dans un contexte donné ne produira pas nécessairement les mêmes résultats positifs ailleurs. L'évaluation continue permet aux prestataires de services d'adapter leur SCS aux besoins des personnes utilisatrices de drogues dans leur collectivité. Étant donné la multiplication rapide des SCS au Canada, les évaluations de programme permettent également de documenter l'évolution des nouveaux modèles de service et des pratiques novatrices et de communiquer ces informations avec d'autres prestataires offrant des services aux personnes qui utilisent des drogues. Il se peut que certains gouvernements provinciaux et autres bailleurs de

fonds exigent des responsables de SCS la réalisation d'activités d'évaluation comme condition à l'obtention d'un soutien financier.

Les méthodes et approches pour évaluer les SCS sont nombreuses. Deux modèles d'évaluation de programme peuvent s'avérer utiles : l'évaluation des résultats et l'évaluation des processus. Chaque modèle a un objectif différent, mais une combinaison des deux modèles est avantageuse lorsque possible. L'évaluation des résultats peut déterminer si un programme atteint ses objectifs en mesurant ses effets sur les résultats à court, moyen et long terme des participants. Elle peut également évaluer si les SCS ont un impact sur leur collectivité environnante. Quelques exemples de résultats couramment mesurés dans les évaluations des SCS :

- Changements dans les comportements d'utilisation de substances des participants du SCS (p. ex. partage et réutilisation de seringues, mise aux rebuts inappropriée des seringues);
- Changements dans les taux d'intoxication aux drogues;
- Changements dans les orientations vers des services sociaux et de santé, et dans le recours à ces services par les participants;
- Changements dans la consommation en public autour du site;
- Changements dans la prévalence des déchets liés à la drogue jetés de façon inappropriée autour du site.

Certaines évaluations des résultats cherchent également à mesurer si les bénéfices observés justifient les coûts de mise en œuvre d'un SCS afin de déterminer si l'établissement est rentable.

L'évaluation des processus, pour sa part, cherche à comprendre si un programme a été mis en œuvre comme prévu, comment il fonctionne et qui l'a utilisé. Pour interpréter les résultats de l'évaluation, il est essentiel de connaître le fonctionnement du programme (p. ex. Comment certains résultats ont-ils été atteints? Pourquoi d'autres résultats n'ont-ils pas été atteints?). Les évaluations des processus peuvent permettre de contrôler et d'ajuster la mise en œuvre des programmes, au besoin, afin de garantir leur conformité et leur qualité; de recueillir les commentaires des participants et autres parties prenantes et de les intégrer aux modifications et améliorations du programme; de s'assurer que la population cible est bien rejointe et qu'il n'y a pas d'obstacles injustifiés à l'accessibilité; et de surveiller et d'atténuer les facteurs contextuels qui peuvent avoir une incidence sur l'efficacité du programme. Quelques exemples d'aspects examinés dans une évaluation des processus d'un SCS :

- Le point de vue des participants sur le service;
- Le point de vue du personnel sur le service;
- Les résultats obtenus (p. ex. nombre de visites, visiteurs uniques, intoxications aux drogues renversées, orientations vers des services, épisodes de soins);
- Dans quelle mesure le service fourni correspond au modèle de soins initialement proposé.

Les constats des évaluations des processus peuvent aider les responsables à comprendre quels éléments de leur SCS ont permis ou empêché d’obtenir certains résultats pour les participants ou dans la communauté, et à identifier les possibilités d’amélioration de la qualité ou de développement des services.

Quel que soit le type d’évaluation, les numéros d’assurance maladie ne sont pas nécessaires pour bien évaluer un SCS (voir **8.1.a Pièces d’identité émises par le gouvernement et numéros d’assurance maladie**). Pour les évaluations où le rapprochement des données administratives avec les dossiers médicaux serait utile (p. ex. pour mesurer le recours à d’autres services de santé qui demandent le numéro d’assurance maladie), il est à la fois possible et éthique de rendre la participation (et la collecte du numéro d’assurance maladie) volontaire à travers un processus de consentement qui ne demande pas d’emblée une pièce d’identité.

Pour plus d’informations sur l’évaluation des services de consommation supervisée :

- [Belackova et al. – Drug Consumption Rooms: A Systematic Review of Evaluation Methodologies](#) (337)
- [Ontario HIV Treatment Network – A Review of Structural, Process, and Outcome Measures for Supervised Consumption Services](#) (338)

Il est important de noter que la plupart des exemples d’évaluation des résultats et des processus présentés plus haut sont surtout pilotés par des acteurs des services de consommation supervisée (p. ex. les bailleurs de fonds), les responsables du SCS et/ou le public. Pour s’assurer que les SCS répondent aux besoins des participants, il est nécessaire d’impliquer ces derniers dans la conception, la réalisation et l’interprétation des évaluations de programme (62,339).

9.0 Autres types de services de consommation supervisée

9.1 Sites de besoins urgents en santé publique

Les sites de besoins urgents en santé publique (SBUSP) sont conçus pour être temporaires et pour fonctionner dans un horizon et selon un champ d'application limités (341). Deux mécanismes permettent de demander une exemption pour exploiter un SBUSP en vertu du paragraphe 56(1) de la LRCDAS : 1) une exemption propre au site demandée directement à Santé Canada; et 2) une exemption de catégorie obtenue auprès des provinces et territoires. Au moment où nous écrivons ces lignes, Santé Canada a accordé des exemptions de catégorie aux provinces et territoires pour leur permettre d'autoriser directement les SBUSP (ou de déléguer ce pouvoir aux municipalités qui relèvent de leur compétence) jusqu'au 30 septembre 2025 (341). La décision de faire appliquer l'exemption de catégorie ou d'approuver les demandes de SBUSP appartient au ministre de la Santé de chaque province et territoire ou à la municipalité désignée. Pour plus d'informations sur la gestion d'un SBUSP, contactez la Communauté de pratique des SBUSP (342).

9.1.a Comment déterminer s'il faut demander une exemption pour un SCS ou un SBUSP

Lorsqu'il s'agit de décider s'il convient d'exploiter un SCS ou un SBUSP, il est important de tenir compte de l'urgence de la situation, de l'échéancier et des plans à long terme pour le site. Si vous envisagez d'exploiter un SCS dans un lieu précis pendant plusieurs années ou pour une durée indéterminée, vous devez normalement demander une exemption régulière pour un SCS à Santé Canada. Le SBUSP est mieux adapté pour répondre aux besoins urgents de santé publique; il coûte moins cher à faire fonctionner et il est plus rapide à mettre en place qu'un SCS (343,344). Par ailleurs, Santé Canada a indiqué qu'une demande d'exemption propre au site pour un SBUSP sera généralement approuvée plus rapidement qu'une demande pour un SCS en raison de la nature urgente du besoin et parce qu'une demande pour un SBUSP nécessite moins d'informations. Un organisme pourrait d'abord faire une demande pour exploiter un SBUSP (en s'adressant directement à Santé Canada pour obtenir une exemption propre au site ou en demandant l'approbation du ministre de la Santé de sa province ou de son territoire pour obtenir une exemption de catégorie) afin de rapidement mettre sur pied un site fonctionnel, après quoi il pourrait demander à Santé Canada une exemption pour un SCS et convertir son service. Cette avenue permet d'approuver la prestation de services plus rapidement que de passer d'abord par le

processus d'exemption pour un SCS. Santé Canada envisagera également d'accorder aux demandeurs une exemption provisoire pour exploiter un SCS temporaire pendant qu'un SCS permanent se fait rénover ou construire (p. ex. exploiter un SCS dans une caravane ou une autre structure temporaire pendant qu'un site fixe permanent est en construction).

Il est important de déterminer lequel du SCS ou du SBUSP répondrait le mieux aux besoins de la communauté dans lequel il sera implanté, en évaluant les facteurs suivants :

- 1) Voulez-vous répondre à un besoin pressant de santé publique (p. ex. une flambée récente de décès par intoxication aux drogues ou de cas d'infection par le VIH) ou à un problème de plus longue date?
- 2) Que sait-on déjà de la population locale, de ses préférences et de ses besoins?
- 3) Que sait-on de la faisabilité de la mise sur pied d'un SCS en comparaison d'un SBUSP (y a-t-il opposition ou appui de la collectivité et de la classe politique)?
- 4) Quelles sont les ressources financières disponibles pour mettre en œuvre et exploiter un SCS ou un SBUSP?
- 5) Quel est l'échéancier proposé du projet?

Quelques différences entre la demande d'une exemption propre au site pour un SBUSP et d'une exemption pour un SCS auprès de Santé Canada :

- La demande d'exemption pour un SBUSP n'exige pas de présenter un plan d'étage du site;
- La demande d'exemption pour un SBUSP ne requiert qu'une attestation de l'existence de politiques et procédures et n'exige pas de fournir les documents écrits dans le dossier de demande;
- La demande d'exemption pour un SBUSP n'exige pas la vérification du casier judiciaire de la Personne responsable;
- La demande d'exemption pour un SBUSP ne requiert pas de consultations publiques.

Pour en savoir plus sur le processus d'exemption et pour recevoir le formulaire de demande, visitez la page Web de Santé Canada : [Exemption de catégorie en vertu du paragraphe 56\(1\) visant les sites de besoins urgents en santé publique aux provinces et territoires](#). Si le ministre de la Santé d'une province ou d'un territoire n'utilise pas son exemption de catégorie pour mettre en place des SBUSP, un organisme peut s'adresser directement à Santé Canada à exemption@hc-sc.gc.ca et demander un formulaire de demande pour un SBUSP.

9.2 Sites de prévention des surdoses

Les sites (ou centres) de prévention des surdoses (SPS) fonctionnent sans exemption fédérale, soit :
1) en vertu d'un arrêté ministériel provincial en réponse à une urgence de santé publique (262); ou

2) sans l'approbation officielle d'un quelconque ordre de gouvernement (345). À titre d'exemple, la Colombie-Britannique, par le biais d'un arrêté ministériel provincial, a demandé à ses autorités sanitaires de mettre en place des SPS pour répondre à la crise des intoxications aux drogues, et la plupart des responsables de SPS de cette province n'ont pas demandé d'exemptions fédérales officielles.

Des études qualitatives suggèrent que les SPS non exemptés sont moins contraignants et plus accessibles que les plus formels SCS ou SBUSP (346). À l'origine, les SPS non exemptés étaient des initiatives locales en réponse à l'augmentation du nombre de décès par intoxication aux drogues et à la bureaucratie faisant obstacle à l'obtention d'une exemption (346). Grâce à cette approche, les SPS non exemptés ont réussi à prévenir les décès par intoxication aux drogues, en particulier chez les personnes utilisatrices de drogues dont les besoins et les préférences ne peuvent pas être respectés dans le cadre de la structure réglementaire fédérale actuelle (59,135,346).

Voir la **Figure 1. Les différents types de services selon le statut d'exemption** et la section **Définitions** du présent document pour plus d'informations. Pour des conseils sur l'ouverture d'un SBUSP/SPS ou des informations générales sur ces modèles de service, consultez les ressources suivantes :

- [CAPUD – This Tent Saves Lives](#) (48)
- [Irvine, et al. – Modelling the Combined Impact of Interventions in Averting Deaths During a Synthetic-Opioid Overdose Epidemic](#) (347)
- [Pauly, et al. – Impact of Overdose Prevention Sites During a Public Health Emergency in Victoria, Canada](#) (344)
- [PIVOT Legal Society – Carte des SCS et des SPS au Canada](#) (348)
- [Wallace, Pagan et Pauly – The Implementation of Overdose Prevention Sites as a Novel and Nimble Response During an Illegal Drug Overdose Public Health Emergency](#) (262)

10.0 Autres lectures et ressources

- [BCCSU – Supervised Consumption Services: Operational Guidance](#) (4)
- [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances – Centres de consommation supervisée – usage de drogues injectables : une bibliographie](#) (349)
- [Réseau juridique canadien VIH/sida – Services de consommation supervisée au Canada : des changements qui tardent à venir](#) (346)
- [Association des infirmières et infirmiers du Canada – Harm Reduction & Illicit Substance Use: Implications for Nursing](#) (350)
- [Programme de communautés de pratique de la Dr. Peter AIDS Foundation](#) (351)
- [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Perspectives on Drugs: Drug Consumption Rooms: An Overview of Provision and Evidence](#) (98)
- [Gagnon, et al. – International Consensus Statement on the Role of Nurses in Supervised Consumption Sites](#) (352)
- [Giacomazzo, et al. – Lessons Learned from Supervised Consumption and Overdose Prevention Sites in Canada](#) (353)
- [Hedrich – European Report on Drug Consumption Rooms](#) (354)
- [Réseau juridique canadien VIH/sida - Le genre est à prendre en compte : les femmes, les personnes de genres divers et l'accès à la réduction des méfaits au Canada](#) (355)
- [Rudzinski, et al. – Douze caractéristiques d'un service de consommation supervisée \(SCS\) centré sur les clients : Une trousse d'outils pour la conception, la prestation et l'évaluation des services](#) (356)
- [International Network of Drug Consumption Rooms – Carte des sites](#) (357)
- [Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – Implementing Supervised Injection Services](#) (88)
- [Schaffer, Stover et Weichert – Drug Consumption Rooms in Europe: Models, Best Practice and Challenges](#) (358)
- [Toronto Drug Strategy's Supervised Injection Services Working Group – Supervised Injection Services Toolkit](#) (359)
- [Woods – Drug Consumption Rooms in Europe: Organisational Overview](#) (360)

11.0 Références

1. Branch LS. Lois fédérales codifiées du Canada, *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* [Internet]. Ottawa (CA) : gouvernement du Canada; 1996 [mise à jour de 2022]. Accessible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/TexteComplet.html>
2. Hyshka E, Dong K, Meador K, Speed K, Abele B, Leblanc S, et al. Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 : guide pratique national. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances et Instituts de recherche en santé du Canada [Internet]. 2022. p. 1–106. Version 2. Accessible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2023/01/Soutenir-les-personnes-utilisatrices-de-substances-dans-les-centres-daccueil-V2-15-11-2022.pdf>
3. Elton-Marshall T, Ali F, Hyshka E, Shahin R, Hopkins S, Imtiaz S, et al. Sécurité des travailleurs en prévention et réduction des risques durant la pandémie de la COVID-19 : guide pratique national [Internet]. Toronto (ON) : 2020. Accessible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/09/Sécurité-des-travailleurs-en-prévention-et-réduction-des-risques-durant-la-pandémie-de-la-COVID-19-31072020.pdf>
4. British Columbia Centre on Substance Use. Supervised consumption services: Operational guidance [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BCCSU; 2017. Accessible à : <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>
5. Potier C, Laprévotte V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014;145:48–68. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25456324/>
6. Harm Reduction International. Global State of Harm Reduction [Internet]. 2020. Accessible à : https://www.hri.global/files/2020/10/27/Global_State_of_Harm_Reduction_2020.pdf
7. Dirk S, Heino S, Leon W. Drug consumption rooms in Europe: Models, best practices and challenges [Internet]. Amsterdam (Pays-Bas) : Regenboog Groep; 2014. Accessible à : <https://idhdp.com/media/399959/drug-consumption-in-europe-final-2014-1.pdf>
8. Kerr T, Mitra S, Kennedy MC, McNeil R. Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduct J* [Internet]. Déc. 2017;14(1). Disponible à l'adresse : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0154-1>

9. Santé Canada. Sites de consommation supervisée : statut des demandes. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; [Internet]. 2021. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html>
10. Bouvier BA, Elston B, Hadland SE, Green TC, Marshall BDL. Willingness to use a supervised injection facility among young adults who use prescription opioids non-medically: A cross-sectional study. *Harm Reduct J* [Internet]. 2017;14(1). Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0139-0>
11. Kral AH, Wenger L, Carpenter L, Wood E, Kerr T, Bourgois P. Acceptability of a safer injection facility among injection drug users in San Francisco. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2010;110(1–2):160–3. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2885552/>
12. Park JN, Sherman SG, Rouhani S, Morales KB, McKenzie M, Allen ST, et al. Willingness to use safe consumption spaces among opioid users at high risk of fentanyl overdose in Baltimore, Providence, and Boston. *J Urban Health* [Internet]. 2019;96(3):353–66. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31168735/>
13. Mitra S, Rachlis B, Krysovaty B, Marshall Z, Olsen C, Rourke S, et al. Potential use of supervised injection services among people who inject drugs in a remote and mid-size Canadian setting. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1):284. Accessible à : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6606-7>
14. Wood E, Tyndall MW, Li K, Lloyd-Smith E, Small W, Montaner JSG, et al. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *Am J Prev Med* [Internet]. 2005;29(2):126–30. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16005809/>
15. Wood E, Tyndall MW, Lai C, Montaner JSG, Kerr T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2006;1:13–4. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1471778/>
16. Kimber J, MacDonald M, van Beek I, Kaldor J, Weatherburn D, Lapsley H, et al. The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *J Drug Issues* [Internet]. Juil. 2003;33(3):639–48. Accessible à : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002204260303300306>

17. Fast D, Small W, Wood E, Kerr T. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J* [Internet]. 2008;5(1):32. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2605439/>
18. Salmon AM, Dwyer R, Jauncey M, van Beek I, Topp L, Maher L. Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2009;101(1–2):132–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19167171/>
19. Kappel N. A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduct J* [Internet]. 2016;13(20):1–12. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-016-0109-y>
20. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: A systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet]. 2017;14(5):161–83. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875422/>
21. Poschadel S, Hger R, Schnitzler J, Schreckenberger J. Evaluation of the work of drug consumption rooms in the Federal Republic of Germany: Abridged version of the final report on behalf of the Federal Ministry of Health [Internet]. Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft; 2003. Accessible à : <https://www.tni.org/en/publication/evaluation-of-the-work-of-drug-consumption-rooms-in-the-federal-republic-of-germany>
22. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JSG, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 2011;377(9775):1429–37. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21497898/>
23. Wood RA, Wood E, Lai C, Tyndall MW, Montaner JSG, Kerr T. Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver’s supervised injection facility. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2008;19(3):183–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18367389/>
24. Stoltz JA, Wood E, Small W, Li K, Tyndall M, Montaner J, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health* [Internet]. 2007;29(1):35–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17229788/>
25. Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JSG, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Can*

- Med Assoc J* [Internet]. 2004;171(7):731–4. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC517857/>
26. Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* [Internet]. 2005;366(9482):316–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16039335/>
 27. Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver’s supervised injection facility. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2008;179(11):1143–51. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582765/>
 28. Pinkerton SD. How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada’s supervised injection facility? *Int J Drug Policy* [Internet]. 2011;22(3):179–83. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395911000296>
 29. Jozaghi E. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of an unsanctioned supervised smoking facility in the Downtown Eastside of Vancouver, (BC). *Harm Reduct J* [Internet]. 2014;11(1):1–16. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-11-30>
 30. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver’s supervised injection facility. *Int J Drug Policy* [Internet]. Jan. 2010;21(1):70–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19423324/>
 31. Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction* [Internet]. 2007;102(6):916–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17523986/>
 32. DeBeck K, Kerr T, Bird L, Zhang R, Marsh D, Tyndall M, et al. Injection drug use cessation and use of North America’s first medically supervised safer injecting facility. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011;113(2–3):172–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20800976/>
 33. Milloy MJS, Kerr T, Zhang R, Tyndall M, Montaner J, Wood E. Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users recruited from a supervised injection facility. *J Public Health* [Internet]. 2010;32(3):342–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19776079/>
 34. Kimber J, Mattick R, Kaldor J, van Beek I, Gilmour S, Rance J. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney medically supervised injecting centre.

Drug Alcohol Rev [Internet]. 2008;27(6):602–12. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19378444/>

35. Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Can Med Assoc J* [Internet]. 21 nov. 2006;175(11):1399–404. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/175/11/1399>
36. Krüsi A, Small W, Wood E, Kerr T. An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: A qualitative evaluation. *AIDS Care* [Internet]. 2009;21(5):638–44. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444673/>
37. Ti L, Buxton J, Harrison S, Dobrer S, Montaner J, Wood E, et al. Willingness to access an in-hospital supervised injection facility among hospitalized people who use illicit drugs: In-hospital SIF. *J Hosp Med* [Internet]. 2015;10(5):301–6. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25754871/>
38. Folch C, Lorente N, Majó X, Parés-Badell O, Roca X, Brugal T, et al. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;62:24–9. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30352331/>
39. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Sydney medically supervised injecting centre evaluation: Evaluation of service operation and overdose-related events [Internet]. NSW (AU) : National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales; 2007. Accessible à :
<https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/EvalRep4SMSIC.pdf>
40. Petrar S, Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Wood E. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav* [Internet]. 2007;32(5):1088–93. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16930849/>
41. Salmon AM, Thein HH, Kimber J, Kaldor JM, Maher L. Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney medically supervised injecting centre? *Int J Drug Policy* [Internet]. 2007;18(1):46–53. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17689343/>
42. Vecino C, Vaillalbi J, Guitart A, Bartroli M, Castellano C, Brugal M. Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Addiciones*

- [Internet]. 2013;25(4):333–8. Accessible à :
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289128726007>
43. Myer AJ, Belisle L. Highs and lows: An interrupted time-series evaluation of the impact of North America’s only supervised injection facility on crime. *J Drug Issues* [Internet]. 2018;48(1):36–49. Accessible à :
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022042617727513?journalCode=joda>
 44. Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Lai C, Montaner JSG, Wood E. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health* 1971 [Internet]. 2007;(7):1228. Accessible à :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913080/>
 45. Davidson PJ, Lopez AM, Kral AH. Using drugs in un/safe spaces: Impact of perceived illegality on an underground supervised injecting facility in the United States. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;53:37–44. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29278831/>
 46. Hyshka E, Anderson J, Wong ZW, Wild TC. Risk behaviours and service needs of marginalized people who use drugs in Edmonton’s Inner City [Internet]. 2016. p. 123. Accessible à :
<https://crismprairies.ca/wp-content/uploads/2017/02/Edmonton-Drug-Use-and-Health-Survey-Dr.-Elaine-Hyshka-January-2016.pdf>
 47. Bayoumi AM, Strike C, Brandeau M, Degani N, Fischer B, Glazier R, et al. Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study 2012 [Internet]. Toronto (ON) : Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment; 2012. p. 325. Accessible à :
<https://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA%20report%202012.pdf>
 48. Association canadienne des personnes à qui utilisent des drogues. This tent saves lives: How to open an overdose prevention site [Internet]. Dartmouth (N.-É.); 2017. Accessible à :
http://www.capud.ca/sites/default/files/2018-09/This%20tent%20saves%20lives_CAPUD_20170831.pdf
 49. Andresen MA, Jozaghi E. The point of diminishing returns: An examination of expanding Vancouver’s Insite. *Urban Stud* [Internet]. 2012;49(16):3531–44. Accessible à :
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042098012443865>
 50. Pinkerton SD. Is Vancouver Canada’s supervised injection facility cost-saving? Insite supervised injection facility. *Addiction* [Internet]. 2010;105(8):1429–36. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653622/>

51. Enns EA, Zaric GS, Strike CJ, Jairam JA, Kolla G, Bayoumi AM. Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction* [Internet]. 2016;111(3):475–89. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26616368/>
52. Jozaghi E, Jackson A. Examining the potential role of a supervised injection facility in Saskatoon, Saskatchewan, to avert HIV among people who inject drugs. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2015;4(6):373–9. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450732/>
53. Jozaghi E, Reid AA. The potential role for supervised injection facilities in Canada’s largest city, Toronto. *Int Crim Justice Rev* [Internet]. 2015;25(3):233–46. Accessible à : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1057567715583516>
54. Jozaghi E, Reid AA, Andresen MA. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montreal, Canada. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2013;8(1):25. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23837814/>
55. Jozaghi E, Reid AA, Andresen MA, Juneau A. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Ottawa, Canada. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2014;9(1):31. Accessible à : <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-31>
56. British Columbia Centre on Substance Use. Housing Overdose Prevention Sites: Exploring the efficacy of HOPS and peer witnessing services [Internet]. Colombie-Britannique (CA) : British Columbia Centre on Substance Use; 2020. Accessible à : <https://uphns-hub.ca/wp-content/uploads/2020/09/HOPS-Presentation.pdf>
57. Jozaghi E, Greer AM, Lampkin H, Buxton JA. Activism and scientific research: 20 years of community action by the Vancouver area network of drug users. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2018;13(1):18. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964704/>
58. Ti L, Tzemis D, Buxton JA. Engaging people who use drugs in policy and program development: A review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2012;7(1):47. Accessible à : <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-7-47>
59. Kennedy MC, Boyd J, Mayer S, Collins A, Kerr T, McNeil R. Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in

Vancouver, Canada. *Soc Sci Med* [Internet]. 2019;225:60–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30798157/>

60. Kimber J, Dolan K, Wodak A. Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2005;24(1):21–4. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16191717/>
61. CRISM PWLE National Working Group, Working Group. “Having a voice and saving lives”: A survey by and for people who use drugs and work in harm reduction [Internet]. 2019. Accessible à : <https://crismprairies.ca/wp-content/uploads/2019/10/Report-CRISM-Peer-Study-Finalupdate.pdf>
62. Baker D, Belle-Isle L, Crichlow F, Stella A, Lacroix K, Murphy D, et al. Peerology: A guide by and for people who use drugs on how to get involved [Internet]. Ottawa (ON) : Canadian AIDS Society; 2015. Accessible à : <https://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Peerology-Final-PDF-with-Image.pdf>
63. BC Centre for Disease Control. Peer payment standards for short-term engagements [Internet]. Vancouver (C.-B.); BC Centre for Disease Control; 2018. Accessible à : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer_payment-guide_2018.pdf
64. Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues. Hear us, see us, respect us: Respecting the expertise of people who use drugs [Internet]. Canada; Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues; 2021. Accessible à : <https://zenodo.org/record/5514066/preview/CAPUD-best-practices-v3.pdf>
65. Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M, et al. Public injecting and the need for ‘safer environment interventions’ in the reduction of drug-related harm. *Addiction* [Internet]. 2006;101(10):1384–93. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16968336/>
66. Kerr T, Tyndall MW, Lai C, Montaner JSG, Wood E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2006;17(5):436–41. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395906001368>
67. Dyck I, Kearns R. Transforming the relations of research: towards culturally safe geographies of health and healing. *Health Place* [Internet]. 1995;1(3):137–47. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/135382929500020M>

68. McNeil R, Small W, Lampkin H, Shannon K, Kerr T. “People knew they could come here to get help”: An ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run ‘unsanctioned’ supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS Behav* [Internet]. 2014;18(3):473–85. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3815969/>
69. Collins AB, Boyd J, Hayashi K, Cooper HLF, Goldenberg S, McNeil R. Women’s utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: An ethnographic study. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;76:102641. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31887644/>
70. Hyshka E, Morris H, Anderson-Baron J, Nixon L, Dong K, Salvalaggio G. Patient perspectives on a harm reduction-oriented addiction medicine consultation team implemented in a large acute care hospital. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2019;204:107523. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31541875/>
71. Knight KR, Lopez AM, Comfort M, Shumway M, Cohen J, Riley ED. Single room occupancy (SRO) hotels as mental health risk environments among impoverished women: The intersection of policy, drug use, trauma, and urban space. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2014;25(3):556–61. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014526/>
72. Ramsden I, Spoonley P. The cultural safety debate in nursing education in Aotearoa. *N Z Annu Rev Educ* [Internet]. 1994;3:161–74. Accessible à : <https://ojs.victoria.ac.nz/nzaroe/article/download/1075/881/1172>
73. Hembree C, Galea S, Ahern J, Tracy M, Markham Piper T, Miller J, et al. The urban built environment and overdose mortality in New York City neighborhoods. *Health Place* [Internet]. 2005;11(2):147–56. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15629682/>
74. Harm Reduction International. What is harm reduction? [Internet]. Harm Reduction International. 2020. Accessible à : <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
75. McCall J, Pauly B. Sowing a seed of safety: providing culturally safe care in acute care settings for people who use drugs. *J Ment Health Addict Nurs* [Internet]. 2019;3(1):e1–7. Accessible à : <https://www.jmhan.org/index.php/JMHAN/article/view/33>
76. CATIE. Les bases de la réduction des méfaits : trousse pour prestataires de services [Internet]. CATIE; 2022. Accessible à : <https://www.catie.ca/fr/reduction-des-mefaits>
77. Pauly B, Parker J, McLaren C, Browne J. Creating culturally safe care in hospital settings for people who use(d) illicit drugs [Internet]. Victoria (C.-B.) : University of Victoria, Centre for

Addictions Research of BC; 2013. Accessible à :
<https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin11-creating-culturally-safe-care.pdf>

78. Pauly B (Bernie), McCall J, Browne AJ, Parker J, Mollison A. Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Adv Nurs Sci* [Internet]. Juin 2015;38(2):121–35. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932819/>
79. Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1996;8(5):491–7. Accessible à :
<https://academic.oup.com/intqhc/article/8/5/491/1843006>
80. Hole RD, Evans M, Berg LD, Bottorff JL, Dingwall C, Alexis C, et al. Visibility and voice: Aboriginal People experience culturally safe and unsafe health care. *Qual Health Res* [Internet]. 2015;25(12):1662–74. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25583958/>
81. McCall J, Pauly B. Offrir un lieu sûr : l'adoption d'une perspective de sécurisation culturelle dans les soins prodigués aux femmes autochtones vivant avec le VIH-sida [Internet]. *Semantic Scholar*. 2012;44(2):16. Accessible à :
<https://www.semanticscholar.org/paper/8609a22b6ec1f2475eefebcb9e4be61d3a169ef2?p2df>
82. Baba L. Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2013. Accessible à : <https://www.ccnsc-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>
83. Northern Health Indigenous Health. Cultural safety [Internet]. Accessible à :
<https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety>
84. Smye V, Browne AJ. “Cultural safety” and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Res* [Internet]. 2002;9(3):42–56. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11985147/>
85. Whelan J, Lyons K. Community engagement or community action: Choosing not to play the game. *Environ Polit* [Internet]. 2005;14(5):596–610. Accessible à :
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09644010500257888>

86. Bernstein SE, Bennett D. Zoned Out: “NIMBYism”, addiction services and municipal governance in British Columbia. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2013;24(6):e61-65. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680227/>
87. Davidson PJ, Howe M. Beyond NIMBYism: Understanding community antipathy toward needle distribution services. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2014;25(3):624–32. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24309432/>
88. Registered Nurses Association of Ontario. Implementing supervised injection services [Internet]. Toronto (ON) : Registered Nurses’ Association of Ontario; 2018. Accessible à : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Implementing_supervised_injection_services.pdf
89. Arthur E, Seymour A, Dartnall M, Beltgens P, Poole N, Smylie D, et al. Trauma informed practice guide [Internet]. Centre of Excellence for Women’s Health; 2013. Accessible à : https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
90. Association canadienne de santé publique. Faites-vous en sorte que les programmes et les services soient culturellement appropriés et culturellement sûrs? [Internet]. Pas de date. Accessible à : <https://www.cpha.ca/fr/faites-vous-en-sort-que-les-programmes-et-les-services-soient-culturellement-appropries-et>
91. EQUIP Health Care. EQUIP health care [Internet]. Vancouver (C.-B.) : EQUIP Health Care; 2021. Accessible à : <https://equiphealthcare.ca/>
92. National Collaborating Centre for Indigenous Health. Cultural safety collection [Internet]. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2021. Accessible à : https://www.nccih.ca/1673/Cultural_Safety_Collection.nccih?Collectionid=3
93. Santé Canada. Sites de consommation supervisée : document d’orientation [Internet]. aem. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2020. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/document-orientation.html>
94. Santé Canada. Formulaire de demande : Exemption de l’application de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances pour des raisons médicales en vertu de l’article 56.1 relativement à des activités dans un site de consommation supervisée [Internet]. Ottawa (ON) : Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, Bureau des substances contrôlées; 2021. Accessible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/sites-consommation-supervisee-formulaire.pdf>

95. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *J Assoc Am Med Coll* [Internet]. 2017;92(3):299–307. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5233668/>
96. Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep Wash DC 1974* [Internet]. 2002;117 Suppl 1:S135-145. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913691/>
97. Small W, Van Borek N, Fairbairn N, Wood E, Kerr T. Access to health and social services for IDU: The impact of a medically supervised injection facility. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2009;28(4):341–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19594786/>
98. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence. Perspectives on drugs [Internet]. Lisbonne (PT) : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017. Accessible à : http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en
99. Collins AB, Parashar S, Hogg RS, Fernando S, Worthington C, McDougall P, et al. Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative: A qualitative study in Vancouver, Canada. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2017;20(1):21407. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426185/>
100. Rapid Response Service. Rapid Response: What is the effectiveness of supervised injection services? [Internet]. Toronto (ON): Ontario HIV Treatment Network; 2014. Accessible à : <https://www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR83-Supervised-Injection-Effectiveness.pdf>
101. McNeil R, Kerr T, Pauly B, Wood E, Small W. Advancing patient-centered care for structurally vulnerable drug-using populations: a qualitative study of the perspectives of people who use drugs regarding the potential integration of harm reduction interventions into hospitals: Hospital-based harm reduction. *Addiction* [Internet]. 2016;111(4):685–94. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26498577/>
102. Bardwell G, Strike C, Altenberg J, Barnaby L, Kerr T. Implementation contexts and the impact of policing on access to supervised consumption services in Toronto, Canada: a qualitative comparative analysis. *Harm Reduct J* [Internet]. 2019;16(1):30. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0302-x>

103. Wolf J, Linssen L, de Graaf I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *J Drug Issues* [Internet]. 2016; 33(3). Accessible à : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204260303300307?journalCode=joda>
104. Santé Canada. INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche – Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés [Internet]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; 2008. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/insite-vancouver-autres-sites-injection-supervises-observations-tirees-recherche.html>
105. PHS Community Services Society. Harm Reduction Programs [Internet]. PHS. Vancouver (C.- B.) : PHS; 2022. Accessible à : <https://www.phs.ca/programs/>
106. Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, King E, Montaner JG, Wood E. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2006;83(3):193–8. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871605003492>
107. Vancouver Coastal Health. Insite user statistics [Internet]. Vancouver (C.-B.); Vancouver Coastal Health; 2020. Accessible à : <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>
108. Kennedy MC, Hayashi K, Milloy MJ, Compton M, Kerr T. Health impacts of a scale-up of supervised injection services in a Canadian setting: an interrupted time series analysis. *Addiction* [Internet]. 2022;117(4):986–97. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34854162/>
109. Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ* [Internet]. 2020;192(18):E476–9. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/192/18/E476>
110. South Riverdale Community Health Centre. Consumption and treatment service – keepSIX – SRCHC [Internet]. Toronto (ON) : South Riverdale Community Health Centre; 2022. Accessible à : <https://www.srchc.ca/programs/community-health/consumption-treatment-service/>
111. Nassau T, Kolla G, Mason K, Hopkins S, Tookey P, McLean E, et al. Service utilization patterns and characteristics among clients of integrated supervised consumption sites in Toronto,

- Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2022;19(1):33. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-022-00610-y>
112. Bardwell G, Strike C, Mitra S, Scheim A, Barnaby L, Altenberg J, et al. “That’s a double-edged sword”: Exploring the integration of supervised consumption services within community health centres in Toronto, Canada. *Health & Place* [Internet]. 2019;102245. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829219304253>
113. Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. Illicit drug use in acute care settings. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2015;34(5):499–502. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636467/>
114. Gouvernement de l’Alberta. Alberta opioid response surveillance report: Q2 2019 [Internet]. Alberta (CA) : gouvernement de l’Alberta; 2019. Accessible à : <https://open.alberta.ca/dataset/f4b74c38-88cb-41ed-aa6f-32db93c7c391/resource/c23b895d-1922-4d73-86dc-ce170d0a07b3/download/health-alberta-opioid-response-surveillance-report-2019-q2.pdf>
115. Belzak L, Halverson J. Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract* [Internet]. 2018;38(6):224–33. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-6-2018/synthese-donnees-probantes-crise-opioides-canada-perspective-nationale.html>
116. Gerein K. Royal Alex supervised consumption site to open Easter Monday. [Internet]. Edmonton (Alberta) : Edmonton Journal; 2018; Accessible à : <https://edmontonjournal.com/news/local-news/supervised-consumption-site-at-royal-alex-hospital-set-to-open>
117. Willsey S. Royal Alex debuts supervised consumption service [Internet]. Alberta Health Services. Alberta (Canada) : Alberta Health Services; 2018; Accessible à : <https://www.albertahealthservices.ca/news/Page14358.aspx>
118. Fred Victor. Locations and contact information [Internet]. Toronto (ON) : Fred Victor; 2022. Accessible à : <https://www.fredvictor.org/location-information/>
119. Fred Victor. Expertise and Solutions to Homelessness [Internet]. Toronto (ON) : Fred Victor; 2022. Accessible à : <https://www.fredvictor.org/about-us/>

120. Fred Victor. Leading change to meet new realities [Internet]. Toronto (ON) : Fred Victor; 2018. Accessible à : <https://www.fredvictor.org/wp-content/uploads/2018/11/fv-ar-2018-full-web.pdf>
121. CATIE. Service de consommation supervisée keepSIX [Internet]. Toronto (ON) : CATIE; 2019. Accessible à : <https://www.catie.ca/fr/programming-connection/service-de-consommation-supervisee-keepsix>
122. South Riverdale Community Health Centre. Program category: Harm reduction: Supervised consumption service [Internet]. Toronto (ON) : South Riverdale Community Health Centre; 2019. Accessible à : <https://www.srchc.ca/program-category/harm-reduction/>
123. Maranta A. Test [Internet]. HepCInfo.ca. Accessible à : <http://www.hepcinfo.ca/test/>
124. South Riverdale Community Health Centre. Consumption treatment services at SRCHC: Frequently asked questions [Internet]. Toronto (ON) : South Riverdale Community Health Centre; 2019. Accessible à : <https://www.srchc.ca/news/consumption-treatment-services-at-srchc-frequently-asked-questions/>
125. Strike C, Watson TM, Kolla G, Penn R, Bayoumi AM. Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders [Internet]. *BioMed Central*; 2015. p. 26. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0060-3>
126. Dietze P, Winter R, Pedrana A, Leicht A, Majó I Roca X, Brugal MT. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2012;23(4):257–60. Accessible à : https://www.researchgate.net/publication/223993263_Mobile_safe_injecting_facilities_in_Barcelona_and_Berlin
127. Mema SC, Frosst G, Bridgeman J, Drake H, Dolman C, Lappalainen L, et al. Mobile supervised consumption services in Rural British Columbia: lessons learned. *Harm Reduct J* [Internet]. 2019;16(1):4. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0273-3>
128. Dimoff A. Kelowna mobile supervised consumption unit used by over 26,000 people [Internet]. C.-B. (CA) : CBC News British Columbia; 2018; Accessible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/kelowna-mobile-supervised-consumption-unit-used-by-over-26-000-people-1.4830801>
129. Bonn M, Palayew A, Bartlett S, Brothers TD, Touesnard N, Tyndall M. Addressing the syndemic of HIV, Hepatitis C, overdose, and COVID-19 among people who use drugs: The potential roles

- for decriminalization and safe supply. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2020;81(5):556–60. Accessible à : <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2020.81.556>
130. Tyndall M. A safer drug supply: a pragmatic and ethical response to the overdose crisis. *CMAJ* [Internet]. 2020;192(34):E986–7. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/192/34/E986>
 131. Bristowe SK, Ghosh SM, Trew M, Association canadienne pour la santé mentale – région de Calgary, Rittenbach K. Virtual overdose response for people who use opioids alone: Protocol for a feasibility and clinical trial study. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 2021;10(5):e20183. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33978598/>
 132. Brave Co-Op. L’application Brave [Internet]. 2021. Accessible à : <https://www.brave.coop/overdose-detection-app>
 133. Grenfell Ministries, Brave Technology Coop, Ghosh M. Service national d’intervention en cas de surdose (*National Overdose Response Service* [NORS]) [Internet]. 2020. Accessible à : <https://www.nors.ca/>
 134. Lifeguard Digital Health. Lifeguard Digital Health [Internet]. 2021. Accessible à : <https://lifeguarddh.com/>
 135. Kolla G, Kenny KS, Bannerman M, Boyce N, Chapman L, Dodd Z, et al. Help me fix: The provision of injection assistance at an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Canada. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;76:102617. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31838246/>
 136. Bourque S, Pijl EM, Mason E, Manning J, Motz T. Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. *Can J Public Health* [Internet]. 2019;110(2):210–5. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725386/>
 137. Gagnon M. It’s time to allow assisted injection in supervised injection sites. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2017;189(34):E1083–4. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573542/>
 138. Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A, et al. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addict Abingdon Engl* [Internet]. 2009;104(4):614–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19215603/>

139. Miller CL, Kerr T, Strathdee SA, Li K, Wood E. Factors associated with premature mortality among young injection drug users in Vancouver. *Harm Reduct J* [Internet]. 2007;4(1):1. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769365/>
140. Spittal PM, Hogg RS, Li K, Craib KJ, Recsky M, Johnston C, et al. Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care* [Internet]. 2006;18(2):101–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16338767/>
141. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women, American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;119(5):1070–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22525931/>
142. Bourgois P, Prince B, Moss A. The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco. *Hum Organ* [Internet]. 2004;63(3):253–64. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1458969/>
143. Pauly B. Harm reduction through a social justice lens. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2008;19(1):4–10. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18226520/>
144. O’Connell JM, Kerr T, Li K, Tyndall MW, Hogg RS, Montaner JS, et al. Requiring help injecting independently predicts incident HIV infection among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr 1999* [Internet]. 2005;40(1):83–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16123687/>
145. Wood E, Spittal PM, Kerr T, Small W, Tyndall MW, O’Shaughnessy MV, et al. Requiring help injecting as a risk factor for HIV infection in the Vancouver epidemic: implications for HIV prevention. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique* [Internet]. 2003;94(5):355–9. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6979944/>
146. Meyer JP, Springer SA, Altice FL. Substance abuse, violence, and HIV in women: a literature review of the syndemic. *J Womens Health 2002* [Internet]. 2011;20(7):991–1006. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130513/>
147. MacRae R, Aalto E. Gendered power dynamics and HIV risk in drug-using sexual relationships. *AIDS Care* [Internet]. 2000;12(4):505–16. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11091783/>
148. Shannon K, Rusch M, Morgan R, Oleson M, Kerr T, Tyndall MW. HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs. *Subst*

Use Misuse [Internet]. 2008;43(3–4):521–34. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18365948/>

149. Fairbairn N, Small W, Shannon K, Wood E, Kerr T. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women’s experiences in North America’s first supervised injection facility. *Soc Sci Med* 1982 [Internet]. 2008;67(5):817–23. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18562065/>
150. Boyd J, Collins AB, Mayer S, Maher L, Kerr T, McNeil R. Gendered violence & overdose prevention sites: A rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addict Abingdon Engl* [Internet]. 2018;113(12):2261–70. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30211453/>
151. Krans EE, Cochran G, Bogen DL. Caring for opioid-dependent pregnant women: Prenatal and postpartum care considerations. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;58(2):370–9. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607033/>
152. Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances. Girls, women and substance use [Internet]. Ottawa (ON) : Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances; 2005. p. 16. Accessible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-011142-2005.pdf>
153. Gopman S. Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2014;41(2):213–28. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24845486/>
154. Poole N, Urquhart C, Talbot C. Women-centred harm reduction, gendering the national framework series (Vol. 4) [Internet]. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Centre of Excellence for Women’s Health; 2010. Accessible à : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2010_GenderingNatFrameworkWomencentredHarmReduction.pdf
155. Stone R. Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health Justice* [Internet]. 2015;3(1):2. Accessible à :
<https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-015-0015-5>
156. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2010;33(2):339–55. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20385341/>
157. Thulien M, Nathoo T, Worrall J. SisterSpace, shared using rooms women-only overdose prevention site: Three-month developmental evaluation August 2017 [Internet]. C.-B. (CA) :

- Atira Women's Resource Society; 2017. Accessible à :
https://www.atira.bc.ca/sites/default/files/SisterSpace_Report_May2017.pdf
158. Boyd J, Lavalley J, Czechaczek S, Mayer S, Kerr T, Maher L, et al. "Bed Bugs and Beyond": An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;78:102733. Accessible à :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395920300748>
159. Kennedy MC, Hayashi K, Milloy MJ, Boyd J, Wood E, Kerr T. Supervised injection facility use and exposure to violence among a cohort of people who inject drugs: A gender-based analysis. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;78:102692. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200269/>
160. Xavier J, Lowe L, Rodrigues S. Access to and Safety for Women at Supervised Consumption Services [Internet]. Toronto (ON) : Association canadienne pour la santé mentale; 2021. Accessible à : https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/04/Women-and-SCS-Report_FINAL-April-2021.pdf
161. Atira Women's Housing Society. Sisterspace [Internet]. C.-B. (CA); Atira Women's Housing Society; 2019. Accessible à : <https://atira.bc.ca/what-we-do/program/sisterspace/>
162. Toronto Central Local Health Integration Network. Consumption treatment service [Internet]. Toronto (ON) : Toronto Central Local Health Integration Network; 2019. Accessible à :
<https://www.torontocentralhealthline.ca/displayservice.aspx?id=186647>
163. Gutman A. What to expect when your city is expecting a supervised injection site: Lessons from around the globe | Perspective [Internet]. 2019. Accessible à :
<https://www.inquirer.com/opinion/commentary/safe-injection-sites-philadelphia-dublin-ottawa-toronto-mexicali-20190629.html>
164. Mereish EH, Bradford JB. Intersecting identities and substance use problems: sexual orientation, gender, race, and lifetime substance use problems. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2014;75(1):179–88. Accessible à :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893631/>
165. Kann L, Olsen EO, McManus T, Kinchen S, Chyen D, Harris WA, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12--youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002* [Internet]. 2011;60(7):1–133. Accessible à :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21659985/>

166. Mistry R, Heinze JE, Cordova D, Heish HF, Goldstick JE, Ayer SM, et al. Transitions in current substance use from adolescence to early-adulthood. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2015;44(10):1871–83. Accessible à : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-015-0309-x>
167. Le Centre de recherche communautaire (CBRC). Sommaire de données probantes : Consommation de substances et services de consommation supervisée [Internet]. Vancouver (C.-B.) : CBRC; 2021. Accessible à : https://fr.cbrc.net/sommaire_de_donnees_probantes_consommation_de_substances_et_services_de_consommation_supervisee
168. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-Binary, and gender diverse youth and young adults. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2020;49(2):645–59. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485801/>
169. Brennan J, Kuhns LM, Johnson AK, Belzer M, Wilson EC, Garofalo R, et al. Syndemic theory and HIV-related risk among young transgender women: the role of multiple, co-occurring health problems and social marginalization. *Am J Public Health* [Internet]. 2012;102(9):1751–7. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22873480/>
170. Statistique Canada. Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d’une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018 [Internet]. 2020. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-fra.htm>
171. Green KE, Feinstein BA. Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2012;26(2):265–78. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288601/>
172. Goodyear T, Mniszak C, Jenkins E, Fast D, Knight R. “Am I gonna get in trouble for acknowledging my will to be safe?”: Identifying the experiences of young sexual minority men and substance use in the context of an opioid overdose crisis. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020;17(1):23. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00365-4>
173. Robbins T, Wejnert C, Balaji AB, Hoots B, Paz-Bailey G, Bradley H. Binge drinking, non-injection drug use, and sexual risk behaviors among adolescent sexual minority males, 3 US

- cities, 2015. *J Urban Health Bull N Y Acad Med* [Internet]. 2020;97(5):739–48. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7560636/>
174. Heinsbroek E, Glass R, Edmundson C, Hope V, Desai M. Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013–2016. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;55:215–21. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29523484/>
175. Société canadienne de pédiatrie. La prise de décision médicale en pédiatrie : de la naissance à l'adolescence [Internet]. Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2018. Accessible à : <https://cps.ca/fr/documents/position/la-prise-de-decision-medicale-en-pediatrie-de-la-naissance-a-ladolescence>
176. Flethcher A, Krug A. Excluding Youth? A global review of harm reduction services for young people [Internet]. *Harm Reduction International*; 2012. Accessible à : https://www.hri.global/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf
177. Representative for Children and Youth. Time to listen: Youth voices on substance use [Internet]. 2018. Accessible à : <https://youthrex.com/wp-content/uploads/2019/11/Time-to-Listen-Youth-Voices-on-Substance-Use-2018.pdf>
178. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. A guideline for the clinical management of opioid use disorder - Youth Supplement [Internet]. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Centre on Substance Use; 2018. Accessible à : <http://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/>
179. Office of the Child and Youth Advocate Alberta. Into focus: Calling attention to youth opioid use in Alberta [Internet]. Alberta (CA) : Office of the Child and Youth Advocate Alberta; 2018. Accessible à : <https://open.alberta.ca/publications/9781460141397>
180. Organisation mondiale de la Santé. Technical brief, HIV and young people who inject drugs [Internet]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2015. Accessible à : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_drugs_en.pdf
181. Canêdo J, Sedgemore Ko, Ebbert K, Anderson H, Dykeman R, Kincaid K, et al. Harm reduction calls to action from young people who use drugs on the streets of Vancouver and Lisbon. *Harm Reduct J* [Internet]. 2022;19(1):43. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-022-00607-7>

182. Agence de santé publique du Canada. Les jeunes de la rue au Canada : constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003 [Internet]. 2006. Accessible à : https://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf
183. Bozinoff N, Wood E, Dong H, Richardson L, Kerr T, DeBeck K. Syringe sharing among a prospective cohort of street-involved youth: Implications for needle distribution programs. *AIDS Behav* [Internet]. 2017;21(9):2717–25. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409267/>
184. Marshall BDL, Green TC, Yedinak JL, Hadland SE. Harm reduction for young people who use prescription opioids extra-medically: Obstacles and opportunities. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2016;31:25–31. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26919826/>
185. Gleghorn AA, Marx R, Vittinghoff E, Katz MH. Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway, and street youth in northern California. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1998;51(3):219–27. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9787995/>
186. Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, LaLiberte N, Schechter MT. HIV incidence and associated risk factors among young injection drug users. *AIDS Lond Engl* [Internet]. 2002;16(3):491–3. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11834965/>
187. Miller CL, Johnston C, Spittal PM, Li K, Laliberté N, Montaner JSG, et al. Opportunities for prevention: Hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users. *Hepatology Baltim Md* [Internet]. 2002;36(3):737–42. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12198668/>
188. Nyamathi AM, Christiani A, Windokun F, Jones T, Strehlow A, Shoptaw S. Hepatitis C virus infection, substance use and mental illness among homeless youth: A review. *AIDS Lond Engl* [Internet]. 2005;19 Suppl 3:S34-40. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16251826/>
189. Werb D, Kerr T, Lai C, Montaner J, Wood E. Nonfatal overdose among a cohort of street-involved youth. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* [Internet]. 2008;42(3):303–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295139/>
190. Roy E, Haley N, Leclerc P, Lemire N, Boivin JF, Frappier JY, et al. Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2000;11(4):241–7. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10772087/>

191. Cedarbaum ER, Banta-Green CJ. Health behaviors of young adult heroin injectors in the Seattle area. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2016;158(ebs, 7513587):102–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26651427/>
192. Frank D, Mateu-Gelabert P, Guarino H, Bennett A, Wendel T, Jessell L, et al. High risk and little knowledge: overdose experiences and knowledge among young adult nonmedical prescription opioid users. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2015;26(1):84–91. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277710/>
193. Mateu-Gelabert P, Guarino H, Jessell L, Teper A. Injection and sexual HIV/HCV risk behaviors associated with nonmedical use of prescription opioids among young adults in New York City. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2015;48(1):13–20. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25124258/>
194. Kral AH, Lorvick J, Edlin BR. Sex- and drug-related risk among populations of younger and older injection drug users in adjacent neighborhoods in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr 1999* [Internet]. 2000;24(2):162–7. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10935692/>
195. Krug A, Hildebrand M, Sun N. “We don’t need services. We have no problems”: exploring the experiences of young people who inject drugs in accessing harm reduction services. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015;18(2 Suppl 1):19442. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344543/>
196. Cheng T, Kerr T, Small W, Dong H, Montaner J, Wood E, et al. High prevalence of assisted injection among street-involved youth in a Canadian setting. *AIDS Behav* [Internet]. 2016;20(2):377–84. Accessible à : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1101-3>
197. Broz D, Zibbell J, Foote C, Roseberry JC, Patel MR, Conrad C, et al. Multiple injections per injection episode: High-risk injection practice among people who injected pills during the 2015 HIV outbreak in Indiana. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;52:97–101. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29278838/>
198. Fennema JS, Van Ameijden EJ, Van Den Hoek A, Coutinho RA. Young and recent-onset injecting drug users are at higher risk for HIV. *Addict Abingdon Engl* [Internet]. 1997;92(11):1457–65. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9519489/>
199. Holtzman D, Barry V, Ouellet LJ, Des Jarlais DC, Vlahov D, Golub ET, et al. The influence of needle exchange programs on injection risk behaviors and infection with hepatitis C virus

- among young injection drug users in select cities in the United States, 1994-2004. *Prev Med* [Internet]. 2009;49(1):68–73. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19410600/>
200. Hudson AL, Nyamathi A, Greengold B, Slagle A, Koniak-Griffin D, Khalilifard F, et al. Health-seeking challenges among homeless youth. *Nurs Res* [Internet]. 2010;59(3):212–8. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949422/>
201. Slesnick N, Glassman M, Garren R, Tovissimi P, Bantchevska D, Dashora P. How to open and sustain a drop-in center for homeless youth. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2008;30(7):727–34. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440711/>
202. Krüsi A, Fast D, Small W, Wood E, Kerr T. Social and structural barriers to housing among street-involved youth who use illicit drugs. *Health Soc Care Community* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2010. Accessible à : <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2524.2009.00901.x>
203. Barker B, Kerr T, Alfred GT, Fortin M, Nguyen P, Wood E, et al. High prevalence of exposure to the child welfare system among street-involved youth in a Canadian setting: implications for policy and practice. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):194. Accessible à : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-197>
204. Omura JD, Wood E, Nguyen P, Kerr T, DeBeck K. Incarceration among street-involved youth in a Canadian study: Implications for health and policy interventions. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2014;25(2):291–6. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24405564/>
205. Feldmann J, Middleman AB. Homeless adolescents: Common clinical concerns. *Semin Pediatr Infect Dis* [Internet]. 2003;14(1):6–11. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1045187003700041>
206. Haley N, Roy É. Canadian street youth: Who are they? What are their needs? *Paediatr Child Health* [Internet]. 1999;4(6):381–3. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827735/>
207. Reid P, Klee H. Young homeless people and service provision. *Health Soc Care Community* [Internet]. 1999;7(1):17–24. Accessible à : https://www.researchgate.net/publication/11786612_Young_homeless_people_and_service_provision

208. Hadland SE, DeBeck K, Kerr T, Nguyen P, Simo A, Montaner JS, et al. Use of a medically supervised injection facility among street youth. *J Adolesc Health* [Internet]. 2014;55(5):684–9. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24925493/>
209. Kimmel SD, Gaeta JM, Hadland SE, Hallett E, Marshall BDL. Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics* [Internet]. 2021;147(Suppl 2):S240–8. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33386326/>
210. Barker B, Kerr T, Nguyen P, Wood E, DeBeck K. Barriers to health and social services for street-involved youth in a Canadian setting. *J Public Health Policy* [Internet]. 2015;36(3):350–63. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25811385/>
211. Ensign J, Gittelsohn J. Health and access to care: Perspectives of homeless youth in Baltimore City, U.S.A. *Soc Sci Med* [Internet]. 1998;47(12):2087–99. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10075249/>
212. Gouvernement du Canada. Lois et politiques provinciales et territoriales sur la protection des enfants – 2018 [Internet]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; 2018. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/lois-politiques-provinciales-territoriales-sur-protection-des-enfants-2018.html>
213. Watson TM, Strike C, Kolla G, Penn R, Bayoumi AM. “Drugs don’t have age limits”: The challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2015;22(4):370–9. Accessible à : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2015.1034239>
214. McKenzie HA, Dell CA, Fornssler B. Understanding addictions among Indigenous People through social determinants of health frameworks and strength-based approaches: A review of the research literature from 2013 to 2016. *Curr Addict Rep* [Internet]. 2016;3(4):378–86. Accessible à : https://www.researchgate.net/publication/308741781_Understanding_Addictions_among_Indigenous_People_through_Social_Determinants_of_Health_Frameworks_and_Strength-Based_Approaches_a_Review_of_the_Research_Literature_from_2013_to_2016
215. Frohlich KL, Ross N, Richmond C. Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy* [Internet]. 2006;79(2–3):132–43. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16519957/>

216. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir [Internet]. 2015. Accessible à : https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf
217. Firestone M, Tyndall M, Fischer B. Substance use and related harms among Aboriginal People in Canada: A comprehensive review. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2015;26(4):1110–31. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26548667/>
218. First Nations Health Authority, province de Colombie-Britannique, gouvernement du Canada. A path forward: BC's First Nations and Aboriginal People's mental wellness and substance use – 10 year plan [Internet]. British Columbia (CA) : First Nations Health Authority; 2013. Accessible à : https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_MWSU.pdf
219. Réseau juridique canadien VIH/sida. Services de réduction des méfaits pour les personnes autochtones qui consomment des drogues [Internet]. 2017. Accessible à : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/harm-reduction-services-for-indigenous-people-who-use-drugs-questions-and-answers/?lang=fr#>
220. Coalition interagence sida et développement. La réduction autochtone des méfaits = réduire les méfaits du colonialisme [Internet]. 2019. Accessible à : <http://www.icad-cisd.com/wp-content/uploads/FR-IHR-Policy-Brief.pdf>
221. Lavallee LF, Poole JM. Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous People in Canada. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2010;8(2):271–81. Accessible à : <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1190&context=aprci>
222. First Nations Health Authority. Fact Sheet: Indigenous Harm Reduction Principles and Practices [Internet]. West Vancouver (C.-B.) : First Nations Health Authority; aucune date. Accessible à : <https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf>
223. DeVerteuil G, Wilson K. Reconciling Indigenous need with the urban welfare state? Evidence of culturally-appropriate services and spaces for Aboriginals in Winnipeg, Canada [Internet]. *Geoforum*. 2010;41(3):498–507. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016718510000060>
224. Allen L, Hatala A, Ijaz S, Courchene ED, Bushie EB. Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2020;192(9):E208–16. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/192/9/E208>

225. Speed KA, Gehring ND, Launier K, O'Brien D, Campbell S, Hyska E. To what extent do supervised drug consumption services incorporate non-injection routes of administration? A systematic scoping review documenting existing facilities. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020 Dec;17(1):72. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00414-y>
226. Lieberman, C. Toronto hospital becomes first in Ontario to provide supervised consumption services [Internet]. Global News; 2022. Accessible à : <https://globalnews.ca/news/8738023/toronto-hospital-first-provide-supervised-consumption-services/>
227. Alberta Health. Opioid-related deaths in Alberta in 2017: review of medical examiner data [Internet]. Edmonton (AB) : Alberta Health; 2019. Accessible à : <https://open.alberta.ca/dataset/f9912915-bd4f-4b57-93bf-2a963cb99038/resource/a2857fb6-6663-491c-b9df-686e348bb456/download/070519-me-chart-review-final.pdf>
228. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, et al. Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic [Internet]. Ontario (CA) : Public Health Ontario; 2022. Accessible à : <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2021/05/Changing-Circumstances-Surrounding-Opioid-Related-Deaths.pdf>
229. Kerr T, Fairbairn N, Hayashi K, Suwannawong P, Kaplan K, Zhang R, et al. Difficulty accessing syringes and syringe borrowing among injection drug users in Bangkok, Thailand. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2010;29(2):157–61. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20447223/>
230. Fischer B, Powis J, Cruz MF, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2008;20(1):29–32. Accessible à : https://www.researchgate.net/publication/5757901_Hepatic_C_Virus_Transmission_among_Oral_Crack_Users_Viral_Detection_on_Crack_Paraphernalia
231. Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for Hepatitis C. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2004;39(2):211–24. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15061559>
232. DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2009;181(9):585–9. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2764753/>

233. Handlovsky IE, Bungay V, Johnson J, Phillips JC. The process of safer crack use among women in Vancouver's Downtown Eastside. *Qual Health Res* [Internet]. 2013;23(4):450–62. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23258112/>
234. Joseph Rowntree Foundation. The report of the independent working group on drug consumption rooms. [Internet]. York (R.-U.) : Joseph Rowntree Foundation; 2006. Accessible à : <http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/9781859354711.pdf>
235. Millar S. Glasgow City integration joint board: Safer drug consumption facility and heroin assisted treatment [Internet]. Glasgow (R.-U.) : Glasgow City HSCP; 2018. p. 5. Report No.: 14. Accessible à : <https://www.glasgow.gov.uk/CHttpHandler.ashx?id=38604&p=0>
236. Reynolds A, Leonard L, Germain A. What women and men who smoke crack have to say about HIV and Hepatitis C prevention: Implications for policy and program development [Internet]. Ottawa (ON) : HIV & Hepatitis C Prevention Research Team; 2011. Accessible à : <https://pqwchc.org/wp-content/uploads/What-Women-and-Men-who-Smoke-Crack-Have-to-Say-about-HIV-and-HCV-Prevention.pdf>
237. Gehring ND, Speed KA, Launier K, O'Brien D, Campbell S, Hyshka E. The state of science on including inhalation within supervised consumption services: A scoping review of academic and grey literature. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2022;102:103589. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35101668/>
238. McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. "We need somewhere to smoke crack": An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2015;26(7):645–52. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25683138/>
239. Jozaghi E, Lampkin H, Andresen MA. Peer-engagement and its role in reducing the risky behavior among crack and methamphetamine smokers of the Downtown Eastside community of Vancouver, Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2016;13(1):19. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-016-0108-z>
240. Stöver H, Schäffer D. SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern – from injecting to inhaling. *Harm Reduct J* [Internet]. 2014;11(1):18. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-11-18>
241. Voon P, Ti L, Dong H, Milloy MJ, Wood E, Kerr T, et al. Risky and rushed public crack cocaine smoking: the potential for supervised inhalation facilities. *BMC Public Health* [Internet].

- 2016;16(1). Accessible à :
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3137-3>
242. Cortina S, Kennedy MC, Dong H, Fairbairn N, Hayashi K, Milloy MJ, et al. Willingness to use an in-hospital supervised inhalation room among people who smoke crack cocaine in Vancouver, Canada: Willingness to use an in-hospital SIR. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2018;37(5):645–52. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6094948/>
243. Patterson T, Bharmal A, Padhi S, Buchner C, Gibson E, Lee V. Opening Canada’s first Health Canada-approved supervised consumption sites. *Can J Public Health* [Internet]. Août 2018;109(4):581–4. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30039262/>
244. Gouvernement de l’Alberta. 2018 municipal affairs population list [Internet]. Edmonton (AB) : gouvernement de l’Alberta; 2018. Accessible à : http://www.municipalaffairs.gov.ab.ca/documents/2018_MAPL_web.pdf
245. ARCHES Lethbridge. Contact [Internet]. ARCHES Lethbridge. Accessible à : <https://lethbridgearches.com/contact/>
246. ARCHES Lethbridge. Get help: Supervised consumption services [Internet]. Lethbridge (AB) : ARCHES Lethbridge; 2022. Accessible à : <https://lethbridgearches.com/get-help-scs/>
247. Alberta Health. Alberta opioid response surveillance report, Q1 2020 [Internet]. Edmonton (AB) : gouvernement de l’Alberta; 2020. Accessible à : <https://open.alberta.ca/dataset/f4b74c38-88cb-41ed-aa6f-32db93c7c391/resource/45e03e51-0fa8-49f8-97aa-06b527f7f42c/download/health-alberta-opioid-response-surveillance-report-2020-q1.pdf>
248. Labby B. Lethbridge braces for closure of Canada’s busiest supervised consumption site [Internet]. Calgary (AB) : CBC News; 2020. Accessible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/lethbridge-arches-supervised-consumption-site-closure-1.4434070>
249. Graveland B. No charges laid following financial investigation into Lethbridge supervised consumption site [Internet]. 2020. Accessible à : <https://globalnews.ca/news/7537637/lethbridge-supervised-consumption-site-investigation-dec-2020/>

250. Lem M, Maynard R, McEwen S, Leyland H. Inhalation room prototype design [Internet]. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Community Action Initiative; 2019. Accessible à : <https://static1.squarespace.com/static/60a1571731caf1612c315fdc/t/61804faec1dc746d9a710199/1635798970799/Inhalation+Room-November2021.pdf>
251. ACToronto. Booty bumping [Internet]. Toronto (ON) : ACT; 2021. Accessible à : <https://www.actoronto.org/bootybumps>
252. MAX Ottawa. Le « Booty Bumping » ou l'insertion anale [Internet]. Ottawa (ON) : MAX; 2021. Accessible à : <https://maxottawa.ca/le-booty-bumping-ou-linsertion-anale/?lang=fr>
253. Pijl EM, Oosterbroek T, Motz T, Mason E, Hamilton K, Bourque S, et al. Peer-assisted injection as a harm reduction measure in a supervised consumption service: A qualitative study of client experiences. *Harm Reduct J* [Internet]. 2021;18(5). Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00455-3#citeas>
254. Glauser W. The case for assisted drug injection [Internet]. The Walrus. 2018. Accessible à : <https://thewalrus.ca/the-case-for-assisted-drug-injection/>
255. Fairbairn N, Small W, Van Borek N, Wood E, Kerr T. Social structural factors that shape assisted injecting practices among injection drug users in Vancouver, Canada: A qualitative study. *Harm Reduct J* [Internet]. 2010;7(1):20. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-7-20>
256. Wright NMJ, Tompkins CNE, Sheard L. Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users: Peer injecting and intimate partner abuse. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2007;15(5):417–25. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17685987/>
257. Small W, Shoveller J, Moore D, Tyndall M, Wood E, Kerr T. Injection drug users' access to a supervised injection facility in Vancouver, Canada: The influence of operating policies and local drug culture. *Qual Health Res* [Internet]. 2011;21(6):743–56. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21378259/>
258. Glauser W. New hope for unsanctioned safe injection site. *Can Med Assoc J*. 2018;190(3):E90–1. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5780274/>
259. Kennedy MC, Milloy M. J, Hayashi K, Holliday E, Wood E, Kerr T. Assisted injection within supervised injection services: Uptake and client characteristics among people who require

help injecting in a Canadian setting. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;86:102967. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33039705/>

260. Pearshouse R, Elliott R. Une main secourable : questions juridiques entourant l'assistance à l'injection dans les lieux supervisés pour l'injection [Internet]. Toronto (ON) : Réseau juridique canadien VIH/sida; 2007. Accessible à : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/a-helping-hand-legal-issues-related-to-assisted-injection-at-supervised-injection-facilities-3/?lang=fr#>
261. Bonn M, Pinch S, Swann S. Further loosen restrictions around the splitting and sharing of drugs [Internet]. Montréal (QC) : *Policy Options*; 2022. Accessible à : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/april-2022/plitting-sharing-drugs/>
262. Wallace B, Pagan F, Pauly B (Bernie). The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;66:64–72. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30708237/>
263. Kimber JO, Dolan K, Wodak A. International survey of supervised injecting centres (1999-2000) [Internet]. South Wales (AU) : University of New South Wales – NDARC; 2001. Accessible à : <https://ndarc.med.unsw.edu.au/resource/international-survey-supervised-injecting-centres-1999-2000>
264. Touesnard N, Kolla G. How splitting and sharing got the OK at Canada's Overdose Prevention and Supervised Consumption Sites [Internet]. New York City (NY) : FilterMag; 2021. Accessible à : <https://filtermag.org/splitting-and-sharing-canada-scs/>
265. Ranger C. Splitting & sharing in overdose prevention and supervised consumption sites: Survey results (Version 2). Westside Harm Reduction; 2021. Accessible à : <https://static1.squarespace.com/static/5ef3cdaf47af2060a1cc594e/t/609da162138f5016e52ea899/1620943205717/Splitting+%26+Sharing+Final+Report+V4.0.pdf>
266. Ranger C, Touesnard N, Bonn M, Brière-Charest K, Wertheimer S, Kolla G, et al. Modél de protocole pour la séparation et le partage dans les SPS/SCS [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Vancouver Coastal Health; 2021; Accessible à : <https://static1.squarespace.com/static/60a1571731caf1612c315fdc/t/6509c0eb0e91f402485ce818/1695138027374/Splitting+%26+Sharing+Protocol+v5.0+2021-07-17+FR.pdf>
267. Vancouver Coastal Health. Chief medical health officer report: Responding to the opioid overdose crisis in Vancouver Coastal Health [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Vancouver Coastal Health; 2018. Accessible à : <http://www.vch.ca/Documents/CMHO-report.pdf>

268. Karamouzian M, Dohoo C, Forsting S, McNeil R, Kerr T, Lysyshyn M. Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. *Harm Reduct J* [Internet]. 2018;15(1):1–8. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0252-8>
269. Bardwell G, Boyd J, Tupper KW, Kerr T. “We don’t got that kind of time, man. We’re trying to get high!”: Exploring potential use of drug checking technologies among structurally vulnerable people who use drugs. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;71:125–32. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31336258/>
270. Peiper NC, Clarke SD, Vincent LB, Ciccarone D, Kral AH, Zibbell JE. Fentanyl test strips as an opioid overdose prevention strategy: Findings from a syringe services program in the Southeastern United States. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;63:122–8. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395918302135>
271. Laing MK, Tupper KW, Fairbairn N. Drug checking as a potential strategic overdose response in the fentanyl era. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;62:59–66. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30359874/>
272. Wallace B, van Roode T, Pagan F, Phillips P, Wagner H, Calder S, et al. What is needed for implementing drug checking services in the context of the overdose crisis? A qualitative study to explore perspectives of potential service users. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020;17(1):29. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00373-4>
273. Initiative canadienne de recherche sur l’abus de substances. Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l’usage d’opioïdes [Internet]. 2018. Accessible à : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf
274. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, Poulin G, Selby P, Fischer B, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2018;190(9):E247–57. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/190/9/E247>
275. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. Cochrane Drugs and Alcohol Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016; Accessible à : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011117.pub2>

276. Nielsen S, Larance B, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for patients with dependence on prescription opioids. *JAMA* [Internet]. 2017;317(9):967. Accessible à : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2608202>
277. Buresh M, Nahvi S, Steiger S, Weinstein ZM. Adapting methadone inductions to the fentanyl era. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2022;141:108832. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740547222001143>
278. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. Lignes directrices cliniques nationales pour le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes [Internet]. 2019. Accessible à : https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Clinical_Guideline-French-FINAL.pdf
279. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Lauzon P, Guh D, Anis A, et al. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med* [Internet]. 2009;361(8):777–86. Accessible à : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0810635>
280. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marchand K, MacDonald S, Lock K, et al. Hydromorphone compared with diacetylmorphine for long-term opioid dependence: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016;73(5):447–55. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27049826/>
281. Strang J, Metrebian N, Lintzeris N, Potts L, Carnwath T, Mayet S, et al. 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. *The Lancet* [Internet]. 2010;375(9729):1885–95. Accessible à : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/fulltext)
282. Young S, Fairbairn N. Expanding supervised injection facilities across Canada: lessons from the Vancouver experience. *Can J Public Health* [Internet]. 2018;109(2):227–30. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29981039/>
283. Scheim A, Werb D. Integrating supervised consumption into a continuum of care for people who use drugs. *CMAJ* [Internet]. 2018;190(31):E921–2. Accessible à : <https://www.cmaj.ca/content/190/31/E921>
284. Penn R, Bareham J, Barnes M, Emerson B, Hackel C, Hopkins C, et al. Toolkit for substance use and addictions program applicants. Stream 2 - Increasing access to pharmaceutical-grade medications [Internet]. Rapport préparé pour Santé Canada; 2019. Accessible à :

https://www.dropbox.com/sh/x622qndzvmysvm/AABi888G_Ase6T0-N1Pd3uboa?dl=0&preview=SUAP+Safer+Supply+Tool+Kit+2019.pdf

285. Baltzer Turje R, Morgan N, Hassan D, McDougall P, Sagmoen O, Bonneau M, et al. Lessons learned from implementing injectable opioid agonist treatment in an innovative community based model [Internet]. 2020. Accessible à : <https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2020/04/SS1.05-Lessons-Learned-from-Implementing-Injectable-Opioid-Agonist-Treatment-in-an-Innovative-Community-Based-Model.pdf>
286. Omstead J. Alberta government to end funding for intensive opioid therapy program [Internet]. Edmonton (AB) : CBC News; 2020. Accessible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/injectable-opioid-treatment-alberta-1.5490566>
287. Cour du banc de la Reine de l'Alberta. TAM v Alberta, 2021 ABQB 156 [Internet]. Accessible à : https://albertacourts.ca/docs/default-source/qb/judgments/tam-v-alberta-2021-abqb-156---reasons-for-decision.pdf?sfvrsn=b4cd7e83_4
288. Omstead J. Alberta to continue iOAT program for existing clients under \$6M grant. [Internet]. Edmonton (AB) : CBC News; 2021. Accessible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-to-continue-ioat-program-for-existing-clients-under-6m-grant-1.5934368>
289. Ivsins A, Boyd J, Mayer S, Collins A, Sutherland C, Kerr T, et al. Barriers and facilitators to a novel low-barrier hydromorphone distribution program in Vancouver, Canada: a qualitative study. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2020;108202. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7490624/>
290. Ivsins A, Boyd J, Beletsky L, McNeil R. Tackling the overdose crisis: The role of safe supply. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;80:102769. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32446183/>
291. Ivsins A, Boyd J, Mayer S, Collins A, Sutherland C, Kerr T, et al. "It's helped me a lot, just like to stay alive": A qualitative analysis of outcomes of a novel hydromorphone tablet distribution program in Vancouver, Canada. *J Urban Health* [Internet]. 2020; 59-69 (2021). Accessible à : <http://link.springer.com/10.1007/s11524-020-00489-9>
292. Gomes T, Kitchen SA, Tailor L, Men S, Murray R, Bayoumi AM, et al. Trends in hospitalizations for serious infections among people with opioid use disorder in Ontario, Canada. *J Addict Med* [Internet]. 2021, 16(4):433-439; Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9365258/>

293. Csete J, Elliott R. Consumer protection in drug policy: The human rights case for safe supply as an element of harm reduction. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2021;91:102976. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33041183/>
294. British Columbia Centre on Substance Use. Heroin compassion clubs [Internet]. Février 2019. Accessible à : <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2019/02/Report-Heroin-Compassion-Clubs.pdf>
295. BC Centre on Substance Use. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Centre on Substance Use; 2020. Accessible à : https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/risk-mitigation-context-dual-public-health-emergencies-bccsu_en
296. Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues. Document conceptuel sur la « source sûre » [Internet]. 2019. Accessible à : <https://www.capud.ca/capud-resources/safe-supply-projects>
297. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. Orientation opérationnelle de traitement par agonistes opioïdes injectables à l'échelle nationale pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes [Internet]. 2019. Accessible à : https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/09/CRISM_National_IOAT_Operational_Guideline-French-FINAL.pdf
298. Brar R, Bruneau J, Butt P, Goyer M, Lim R, Poulin G, et al. Médication et autres approches pour soutenir la distanciation physique des personnes utilisatrices de substances durant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national rapide. Version 1 [Internet]. 2020; p. 57. Accessible à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Médication-et-autres-approches-pour-soutenir-la-distanciation-physique-des-personnes-utilisatrices-de-substances-31072020.pdf>
299. Hales J, Kolla G, Man T, O'Reilly E, Rai N, Sereda A. Safer opioid supply programs (SOS): A harm reduction informed guiding document for primary care teams [Internet]. 2020. Accessible à : <https://bit.ly/3dR3b8m>
300. Young S, Kolla G, McCormack D, Campbell T, Leece P, Strike C, et al. Characterizing safer supply prescribing of immediate release hydromorphone for individuals with opioid use disorder across Ontario, Canada. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2022;102:103601. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395922000214>

301. Olding M, Ivsins A, Mayer S, Betsos A, Boyd J, Sutherland C, et al. A low-barrier and comprehensive community-based harm-reduction site in Vancouver, Canada. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 Apr 16;110(6):833–5. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32298171/>
302. Fischer B, O’Keefe-Markman C, Lee A, Daldegan-Bueno D. ‘Resurgent’, ‘twin’ or ‘silent’ epidemic? A select data overview and observations on increasing psycho-stimulant use and harms in North America. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2021;16(1):17. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33588896/>
303. Ronsley C, Nolan S, Knight R, Hayashi K, Klimas J, Walley A, et al. Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. Hashimoto K, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2020;15(6):e0234809. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302911/>
304. Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D. Psychostimulant drugs for cocaine dependence. Cochrane Drugs and Alcohol Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016. Accessible à : <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007380.pub4>
305. Fleming T, Barker A, Ivsins A, Vakharia S, McNeil R. Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic. *Harm Reduct J* [Internet]. 2020;17(1):6. Accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0351-1>
306. Palis H, Harrison S, MacDonald S, Marsh DC, Schechter MT, Oviedo-Joekes E. Self-managing illicit stimulant use: A qualitative study with patients receiving injectable opioid agonist treatment. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2020. Accessible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13117>
307. British Columbia Coroners Service. Illicit drug toxicity deaths in BC knowledge update: Mode of consumption [Internet]. C.-B. (CA) : British Columbia Coroners Service; 2020. Sur Internet : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/mode-of-consumption.pdf><https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/mode-of-consumption.pdf>
308. Darke S, Ross J, Kaye S. Physical injecting sites among injecting drug users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2001;62(1):77–82. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871600001617>

309. Miller PG, Lintzeris N, Forzisi L. Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? *Int J Drug Policy* [Internet]. 2008;19(6):486–91. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18024001/>
310. Rhodes T, Stoneman A, Hope V, Hunt N, Martin A, Judd A. Groin injecting in the context of crack cocaine and homelessness: From ‘risk boundary’ to ‘acceptable risk’? *Int J Drug Policy* [Internet]. 2006;17(3):164–70. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539590600082X>
311. Butler G, Chapman D, Terry P. Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2018;25(1):31–7. Accessible à : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687637.2016.1252316>
312. Xavier J, Rudzinski K, Guta A, Carusone SC, Strike C. Rules and eligibility criteria for supervised consumption services feasibility studies – A scoping review. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2021;88:103040. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220597/>
313. Santé Canada. Présenter une demande pour exploiter un site de consommation supervisée : Ce qu’il vous faut avant de commencer [Internet]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; 2019. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/demande/avant-de-commencer.html>
314. Migliardi P. Safer washroom evaluation: Healthy sexuality & harm reduction, WRHA [Internet]. 2019. Accessible à : https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/publichealth/files/HSHRSaferWashroomEvaluation_2019.pdf
315. Vancouver Coastal Health. Prévention et réponse aux surdoses dans les toilettes : Recommandations pour les fournisseurs de services [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Vancouver Coastal Health; 2019. Accessible à : <https://static1.squarespace.com/static/60a1571731caf1612c315fdc/t/6509c0a4445f3e0731d9502e/1695137956183/Washroom-Checklist-Service-Settings+FR.pdf>
316. Fozouni L, Buchheit B, Walley A, Testa M, Chatterjee, A. Public restrooms and the opioid epidemic [Internet]. 2019;41(2020):432-436. Accessible à : <http://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/08897077.2019.1640834?needAccess=true>
317. Buchheit BM, Crable EL, Lipson SK, Drainoni ML, Walley AY. “Opening the door to somebody who has a chance.” – The experiences and perceptions of public safety personnel towards a public restroom overdose prevention alarm system. *Int J Drug Pol* [Internet].

- 2021;88(2021):103038. Accessible à :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395920303765>
318. University of Victoria. The safer bathroom toolkit [Internet]. 2022. Accessible à :
<https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/active/projects/safer-bathrooms.php>
319. Kerr T, Wood E, Palepu A, Wilson D, Schechter MT, Tyndall MW. Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities? *J Drug Issues* [Internet]. 2003;33(3):579–608. Accessible à :
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204260303300303?journalCode=joda>
320. DeBeck K, Kerr T, Lai C, Buxton J, Montaner J, Wood E. The validity of reporting willingness to use a supervised injecting facility on subsequent program use among people who use injection drugs. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2012;38(1):55–62. Accessible à :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730831/>
321. Lange BCL, Bach-Mortensen AM. A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2019;197:299–314. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875651/>
322. Cour fédérale du Canada. Chinatown Area Business Association vs. Access to Medically Supervised Injection Services Edmonton [Internet]. 2019. Rapport n° : 2019;FC 236. Accessible à :
https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/pivotlegal/pages/3318/attachments/original/1542942860/Final_Memorandum_of_Argument_CDPC_2_Oct_2018.pdf?1542942860
323. Dr. Peter AIDS Foundation. Guide des thèmes clés issus des téléconférences des fournisseurs de services des SCS/SPS [Internet]. 2019. Accessible à :
<https://www.drpeter.org/media/Key%20Themes%20SCS-OPS%20Service%20Providers%20Teleconference%20EN-Fr%20-%20August%202019.pdf>
324. Institut canadien d’information sur la santé. Directives sur l’utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l’identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : Institut canadien d’information sur la santé; 2022. Accessible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>
325. French J. Alberta court says supervised consumption sites can ask for health ID numbers. [Internet]. Edmonton (AB) : CBC News; 2022. Accessible à :

<https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-court-says-supervised-consumption-sites-can-ask-for-health-id-numbers-1.6311502>

326. Wagner KD, Harding RW, Kelley R, Labus B, Verdugo SR, Copulsky E, et al. Post-overdose interventions triggered by calling 911: Centering the perspectives of people who use drugs (PWUDs). Brown TG, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2019;14(10):e0223823. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31622401/>
327. Karamouzian M, Kuo M, Crabtree A, Buxton JA. Correlates of seeking emergency medical help in the event of an overdose in British Columbia, Canada: Findings from the Take Home Naloxone program. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;71:157–63. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395919300143>
328. Wood E, Kerr T, Lloyd-Smith E, Buchner C, Marsh DC, Montaner JS, et al. Methodology for evaluating Insite: Canada’s first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduct J* [Internet]. 2004;1:9. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC535533/>
329. Urbanik MM, Greene C. Operational and contextual barriers to accessing supervised consumption services in two Canadian cities. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2021;88:102991. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33166847/>
330. Kosteniuk B, Salvalaggio G, McNeil R, Brooks HL, Dong K, Twan S, et al. “You don’t have to squirrel away in a staircase”: Patient motivations for attending a novel supervised drug consumption service in acute care. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2021;103275. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395921001791>
331. Collins AB, Boyd J, Mayer S, Fowler A, Kennedy MC, Bluthenthal RN, et al. Policing space in the overdose crisis: A rapid ethnographic study of the impact of law enforcement practices on the effectiveness of overdose prevention sites. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019; Accessible à : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395919302361>
332. Watson TM, Barnaby L, Bayoumi AM, Challacombe L, Wright A, Strike C. ‘This is a health service. Leave it alone’: Service user and staff views on policing boundaries involving supervised consumption services. *Addict Res Theory* [Internet]. 2020; Accessible à : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16066359.2020.1730821>
333. Junker A. Requirement for supervised consumption sites to ask for personal health numbers delayed. *Edmonton Journal* [Internet]. 2022; Accessible à :

<https://edmontonjournal.com/news/local-news/requirement-for-supervised-consumption-sites-to-ask-for-personal-health-numbers-delayed>

334. Cour du banc de la Reine de l'Alberta. *Moms Stop the Harm Society v Alberta*, 2022 ABQB 24 [Internet]. 2022. Accessible à : https://www.albertacourts.ca/docs/default-source/qb/judgments/moms-stop-the-harm-society-v-alberta-2022-abqb-24---reasons-for-decision.pdf?sfvrsn=45d03d83_5
335. Kaufmann B. Court rejects bid to halt province's demand for health numbers at supervised consumption sites. *Calgary Herald* [Internet]. 2022; Accessible à : <https://calgaryherald.com/news/local-news/court-rejects-bid-to-halt-provinces-demand-for-health-numbers-at-supervised-consumption-sites>
336. Société canadienne d'évaluation. *Société canadienne d'évaluation* [Internet]. Renfrew (ON); 2014. Accessible à : <https://evaluationcanada.ca/fr/index.html>
337. Belackova V, Salmon AM, Day CA, Ritter A, Shanahan M, Hedrich D, et al. Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2019;38(4):406-422. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30938025/>
338. Ontario HIV Treatment Network. A review of structural, process, and outcome measures for supervised consumption services [Internet]. 2019. Accessible à : <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-a-review-of-structural-process-and-outcome-measures-for-supervised-consumption-services/>
339. Réseau juridique canadien VIH/sida. « 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 [Internet]. 2006. Accessible à : <http://www.hivlegalnetwork.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>
340. Santé Canada. Questions and answers – Provincial/Territorial class exemptions: For supervised consumption site operators [Internet]. Ottawa (ON) : Santé Canada. 2020. Accessible à : <https://www.drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/04/Qs-and-As-Class-Exemption-April-20-2020-SCS-FINAL.pdf>
341. Santé Canada. Exemption de catégorie en vertu du paragraphe 56(1) visant les sites de besoins urgents en santé publique aux provinces et territoires [Internet]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada. 2022. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs->

chimiques/politique-reglementation/documents-politique/exemption-categorie-paragraphe-56-1-sites-besoin-urgents-sante-publique-provinces-territoires.html

342. Communauté de pratique des SBUSP. Page d'accueil [Internet]. 2019. Accessible à : <https://uphns-hub.ca/fr/>
343. Wallace B, Pagan F, Pauly B (Bernie). The implementation of overdose prevention sites as a novel and nimble response during an illegal drug overdose public health emergency. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;66:64–72. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30708237/>
344. Pauly B, Wallace B, Pagan F, Phillips J, Wilson M, Hobbs H, et al. Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada. *PLOS ONE* [Internet]. 2020;15(5):e0229208. Accessible à : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0229208>
345. Foreman-Mackey A, Bayoumi AM, Miskovic M, Kolla G, Strike C. 'It's our safe sanctuary': Experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;73:135–40. Accessible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395919302622>
346. Réseau juridique canadien VIH/sida. Services de consommation supervisée au Canada : des changements qui tardent à venir [Internet]. Toronto (ON) : Réseau juridique canadien VIH/sida; 2018. Accessible à : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/overdue-for-a-change-scaling-up-supervised-consumption-services-in-canada/?lang=fr>
347. Irvine MA, Kuo M, Buxton JA, Balshaw R, Otterstatter M, Macdougall L, et al. Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a syntheticopioid overdose epidemic. *Addiction* [Internet]. 2019;114(9):1602–13. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166621/>
348. Pivot Legal Society. SCS and OPS Map [Internet]. Vancouver (C.-B.) : PIVOT; 2019. Accessible à : http://www.pivotlegal.org/scs_ops_map
349. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Centres de consommation supervisée – usage de drogues injectables : une bibliographie [Internet]. Ottawa (ON) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2017. Accessible à : <https://www.ccsa.ca/fr/centres-de-consommation-supervisee-usage-de-drogues-injectables>

350. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Harm reduction and illicit substance use implications for nursing [Internet]. Ottawa (ON) : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2017. Accessible à : <https://ohrn.org/wp-content/uploads/2021/07/Harm-Reduction-and-Illicit-Substance-Use-Implications-for-Nursing.pdf>
351. Dr. Peter AIDS Foundation. Community of practice programs [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Dr. Peter Centre; 2021. Accessible à : <https://www.drpeter.org/community-of-practice-programs/>
352. Gagnon M, Gauthier T, Adán E, Bänninger A, Cormier L, Gregg JK, et al. International consensus statement on the role of nurses in supervised consumption sites. *J Ment Health Addict Nurs* [Internet]. 2019;3(1):e22–31. Accessible à : <https://jmhan.org/index.php/JMHAN/article/view/35>
353. Giacomazzo A, McDougall P, Hopkins S, Barnaby L, Mercredi J, Kazatchkine C. Lessons learned from supervised consumption and overdose prevention sites in Canada [Internet]. Webinaire présenté au Dr. Peter Centre, Vancouver (C.-B.); 2019. Accessible à : <https://www.catie.ca/sites/default/files/catie-drpeter-ops-scs-11062019.pdf>
354. Hedrich D. European report on drug consumption rooms [Internet]. Lisbonne (PT) : EMCDDA; 2004;96. Accessible à : https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/european-report-drug-consumption-rooms-2004_en
355. Réseau juridique canadien VIH/sida. Le genre est à prendre en compte : les femmes, les personnes de genres divers et l'accès à la réduction des méfaits au Canada – rapport sommaire – Réseau juridique canadien VIH/sida [Internet]. Toronto (ON) : Réseau juridique canadien VIH/sida. 2020. Accessible à : <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/gendering-the-scene-women-gender-diverse-people-and-harm-reduction-in-canada-summary-report/?lang=fr>
356. Rudzinski K, Ceranto A, Strike C, Azmila A, Baltzer Turje R, Cardow A, Guta A, Hodge L, Hyshka E, Ibáñez-Carrasco F, Kucharski E, McDougall P, McKnight I, Medina C, Morley L, Murcia Monroy D, O'Leary W, Sipione J, Valentine D, Vose K et Chan Carusone S. Douze caractéristiques d'un service de consommation supervisée (SCS) centré sur les client-es : Une trousse d'outils pour la conception, la prestation et l'évaluation des services [Internet]. Toronto (ON) : CATIE. 2022. Accessible à : <https://www.catie.ca/fr/ressource/douze-caracteristiques-dun-service-de-consommation-supervisee-scs-centre-sur-les-client>
357. International Network of Drug Consumption Rooms. Map of locations [Internet]. INDCR; 2021. Accessible à : <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=17->

5DJHbW9HnUQyDYo5XQF7R8dPuyEN2A&hl=en_US&ll=43.828786303249636%2C-72.9533793141012&z=6

358. Schaffer D, Stover H, Weichert L. Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges [Internet]. Amsterdam (NL) : Regenboog Groep; 2014. Accessible à : <https://idhdp.com/media/399959/drug-consumption-in-europe-final-2014-1.pdf>
359. Toronto Drug Strategy's Supervised Injection Services Working Group. Supervised injection services toolkit [Internet]. Toronto (ON) : Toronto Drug Strategy Implementation Panel; 2013. Accessible à : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-59914.pdf>
360. Woods S. Drug consumption rooms in Europe: Organisational overview [Internet]. Amsterdam (NL) : European Harm Reduction Network; 2014. Accessible à : http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/pdf/dcr_in_europe.pdf