

# Programme sur l'usage et les dépendances aux substances : Trousse d'outils pour les demandeurs

Volet 2 – Des initiatives favorisant un meilleur accès à des médicaments de qualité pharmaceutique

**AOÛT 2019**



**Programme sur l'usage et les dépendances aux substances :  
Trousse d'outils pour les demandeurs**

*Volet 2 – Des initiatives favorisant un meilleur accès à des médicaments  
de qualité pharmaceutique*

L'utilisation de médicaments de qualité pharmaceutique pour traiter les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes est étayée par de nombreuses données probantes au Canada et partout dans le monde. Bien que les médicaments administrés par voie orale (p. ex., la méthadone et la buprénorphine-naloxone) constituent la forme prédominante du traitement par agonistes opioïdes (TAO), des études internationales et nationales appuient également l'utilisation supervisée de médicaments injectables (TAOi) (p. ex., la diacéylmorphine; l'hydromorphone) pour certaines personnes aux prises avec un trouble grave, chronique et lié à l'utilisation d'opioïdes.

Plus récemment, des programmes canadiens offrent des services qui s'appuient sur les modèles établis de TAO et de TAOi. Ces projets novateurs fournissent des opioïdes d'ordonnance pour traiter les troubles liés à l'utilisation de substances, avec une surveillance appropriée des prescripteurs, au moyen de modèles qui offrent davantage de souplesse aux patients (p. ex., exigences d'admissibilité moins restrictives; plus d'options de médicaments).

Reconnaissant l'ampleur de la crise actuelle des surdoses d'opioïdes et la nécessité d'appuyer l'élaboration de nouvelles approches fondées sur des données probantes, Santé Canada a lancé un appel de propositions anticipatoire de projets pilotes. Ainsi que le mentionne les Lignes directrices à l'intention des demandeurs, les demandes présentées dans ce cadre doivent démontrer : des liens avec les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux, une surveillance d'un professionnel de la santé, une planification d'évaluation éthique, la participation de personnes ayant une expérience directe, passée ou actuelle, de consommation de substance, et l'engagement de participer et de contribuer à une évaluation indépendante effectuée par un tiers et coordonnée par Santé Canada, qui comprendra des mesures communes d'indicateur de résultat et de rendement pour l'ensemble des projets. Cette évaluation rigoureuse aidera à déterminer si les nouveaux modèles produisent les résultats escomptés pour les personnes aux prises avec un trouble de consommation d'opioïdes.

Pour vous aider à présenter une demande de financement de projet pilote, Santé Canada a demandé à un groupe d'experts de rassembler des recherches, des pratiques exemplaires, ainsi que des considérations réglementaires et de santé publique, et d'élaborer un ensemble de ressources de référence qui représentent l'opinion actuelle d'experts dans ce domaine en évolution. Ce Groupe de travail était composé de professionnels de la santé publique, de chercheurs, de personnes ayant une expérience directe passée ou actuelle, de pharmaciens et de personnes qui travaillent dans des organismes de réduction des méfaits et de santé communautaire de partout au pays :

- Julia Bareham, pharmacienne de soutien à l'information, RxFiles Academic Detail
- Mark Barnes, directeur des Services de pharmacie, propriétaire de RespectRx, Pharmasave
- Dr Brian Emerson, administrateur provincial adjoint de la santé (par intérim), ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Catherine Hacksel, gestionnaire de programme, Ottawa Inner City Health
- Carol Hopkins, O.C., M.S.S., LL.D. (spécialisé), directrice générale, Thunderbird Partnership Foundation
- Dre Elaine Hyshka, professeure adjointe, École de santé publique, Université de l'Alberta
- Cheyenne Johnson, inf., MSP, codirectrice exécutive par intérim, BC Centre on Substance Use
- Cindy MacIsaac, directrice générale, Direction 180
- Dre Karen Mazurek, MD CCMF, registraire adjointe, College of Physicians and Surgeons of Alberta
- Dre Carole Morissette, MD FRCPC, médecin conseil, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Wendy Muckle, directrice générale, Ottawa Inner City Health, Inc.
- Jordan Westfall, cofondateur de la Canadian Association for Safe Supply, contributeur important à *Safe Supply : A Concept Paper*
- *Trousse d'outils rédigé par Rebecca Penn au nom du Groupe de travail*

Ils ont rassemblé les ressources ci-jointes que vous voudrez peut-être examiner lorsque vous remplirez les demandes pour ce volet de financement. Nous avons également inclus un exemplaire du document intitulé « Guidance for injectable Opioid agonist Treatment for Opioid Use Disorder », publié récemment par le Centre de la Colombie-Britannique sur l'usage de substances, ainsi qu'une sélection de références qui vous permettront d'obtenir de plus amples renseignements.

## Table des matières

<b>1. UN APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE : UN CONTINUUM DE SOINS POUR LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES .....</b>	<b>6</b>
<b>2. EXAMEN DES DONNÉES PROBANTES .....</b>	<b>13</b>
<b>3. ÉTABLISSEMENT DE PROGRAMMES D'APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE .....</b>	<b>21</b>
3.1 CONCEPTION DU MODÈLE DU SERVICE.....	22
3.1.1 <i>Modèles de programmes flexibles et améliorés d'approvisionnement plus sécuritaire .....</i>	<i>23</i>
3.1.2 <i>Considérations réglementaires s'appliquant aux doses observées et non observées.....</i>	<i>32</i>
3.1.3 <i>Considérations relatives à la conception du modèle de service dans les régions rurales et éloignées</i>	<i>38</i>
3.1.4 <i>Étude de cas sur un projet pilote d'approvisionnement plus sécuritaire en cours .....</i>	<i>40</i>
3.2 SÉLECTION, OBTENTION ET EXÉCUTION DES ORDONNANCES DES MÉDICAMENTS RÉGLEMENTÉES POUR DES PROGRAMMES D'APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE .....	41
3.2.1 <i>Opioides pharmaceutiques réglementés utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire .....</i>	<i>42</i>
3.2.2 <i>Stimulants pharmaceutiques réglementés utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire .....</i>	<i>49</i>
3.2.3 <i>Carte du paysage réglementaire pour l'acquisition de substances désignées.....</i>	<i>50</i>
3.3 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX PROTOCOLES ET AUX POLITIQUES OPÉRATIONNELS ET CLINIQUES.....	51
3.3.1 <i>Politiques opérationnelles.....</i>	<i>51</i>
3.3.2 <i>Protocoles cliniques .....</i>	<i>53</i>
3.4 EXIGENCES LIÉES AU SITE ET CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA DOTATION .....	56
<b>4. RÉPONDRE AUX DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.....</b>	<b>61</b>
4.1 LA CONCEPTION DE PROGRAMMES D'APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE À FAIBLE SEUIL .....	62
4.2 PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES .....	64
4.3 CONTINUITÉ DES SOINS ET SOINS COMPLETS.....	66
4.3.1 <i>Continuité des soins .....</i>	<i>66</i>
4.3.2 <i>Soins complets, chemins vers les soins et accès à des services supplémentaires.....</i>	<i>66</i>
4.4 CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU TRAVAIL AVEC DES POPULATIONS PARTICULIÈRES.....	69
4.5 MOBILISER ET EMPLOYER LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES .....	74
<b>5. APPROCHES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION .....</b>	<b>80</b>
<b>6. MOBILISER UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE.....</b>	<b>86</b>
<b>7. RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES.....</b>	<b>89</b>

# Section 1

## Un approvisionnement plus sécuritaire : un continuum de soins pour les personnes qui consomment des drogues

## **1. Un approvisionnement plus sécuritaire : un continuum de soins pour les personnes qui consomment des drogues**

Il existe un continuum de soins pour répondre aux préoccupations sociales et de santé liées à la consommation de substances qui va des approches de réduction des méfaits aux approches de traitement des dépendances, et des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire existent le long de ce continuum. De même, les modèles d'approvisionnement plus sécuritaire se classent le long d'un continuum, l'une des extrémités se caractérisant par des programmes conçus avec le moins d'obstacles possible (p. ex., critères d'admissibilité souples, dose prise sans surveillance) et des modèles très cliniques de traitement par agonistes opioïdes (TAO) pour l'autre extrémité (p. ex., doses quotidiennes multiples devant témoin, abstinence de drogues illégales). Les options pour un approvisionnement plus sécuritaire qui sont explorées dans le présent document sont celles qui pourraient être mises en œuvre rapidement, conformément aux lois et règlements actuels.

L'opérationnalisation de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire à ce stade-ci s'appuiera sur des modèles médicalisés qui exigent des ordonnances et un certain degré de surveillance et de soins de la part de professionnels de la santé autorisés et qui fonctionnent selon les paramètres établis par les lois et règlements actuels. Les modèles médicalisés examinés représentent une gamme variée de solutions de rechange pharmaceutiques et encadrées par des programmes pour les personnes qui consomment des drogues et qui dépendent du marché imprévisible des drogues illégales contaminées. Les modèles « flexibles » seront particulièrement détaillés, car ils présentent des pratiques émergentes pour un approvisionnement plus sécuritaire.

## Un continuum de soins pour les modèles d'approvisionnement plus sécuritaire

Les modèles permettent de catégoriser les approches et de décrire les caractéristiques et les objectifs des programmes. Dans les faits, les programmes peuvent s'inspirer d'aspects de différents modèles pour répondre aux besoins, aux cultures et aux contextes d'approvisionnement en drogues de leur collectivité. Les modèles suggérés ici sont des « idéaux ». Nous donnons des exemples de programmes qui correspondent le mieux à un modèle, mais nous reconnaissons qu'ils peuvent aussi comprendre des caractéristiques d'autres modèles. Les modèles ne s'excluent pas mutuellement; ensemble, ils offrent un continuum d'approches pour offrir des solutions de rechange réglementées aux drogues illégales. Idéalement, les personnes qui consomment des drogues auront accès à des services provenant de différents modèles et pourront passer d'un modèle à l'autre en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs, sur demande. Les modèles offrent un continuum qui reconnaît que tout le monde, des personnes atteintes d'un trouble lié à la consommation de substances à la personne qui consomme occasionnellement, est à risque de surdose lorsque des substances qui peuvent être contaminées par du fentanyl ou des substances toxiques semblables sont consommées.

Une diversité de modèles dans de nombreux contextes différents est essentielle pour répondre aux divers besoins de la population générale. L'adéquation des modèles dépend de facteurs tels que le contexte communautaire, les besoins, les règlements propres aux administrations, les services existants, les ressources disponibles et le milieu de la drogue. Les modèles doivent être adaptés à ces facteurs et tenir compte de l'engagement à l'égard d'une approche de santé publique et de réduction des méfaits ainsi que de la prestation de services accessibles à faible seuil.

Le **tableau 1-1** donne un aperçu de trois grandes approches pour offrir des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire :

Les approches *traditionnelles*, comme l'offre de traitements par agonistes opioïdes (TAO), sont intégrées au système de traitement et visent en grande partie à traiter les troubles liés à la consommation d'opioïdes plutôt qu'à assurer un approvisionnement plus sécuritaire. Cependant, au besoin, un programme de TAO peut mettre l'accent sur un approvisionnement plus sécuritaire, plutôt que sur le traitement, en réduisant les exigences en matière d'admissibilité, en mettant l'accent sur des objectifs centrés sur le patient, en mettant l'accent sur la réduction de la consommation des drogues illégales (et des méfaits connexes) et en utilisant une approche à faible seuil ou de réduction des méfaits pour donner accès à des opioïdes réglementées au lieu des opioïdes provenant du marché illégal. Les approches traditionnelles offrent une gamme de plus en plus large de modèles de services, ainsi que des options pharmaceutiques qui peuvent être utilisées en même temps que des ordonnances pour les opioïdes plus sécuritaires. Par exemple, les prescripteurs d'opioïdes pharmaceutiques plus sécuritaires (dans tous les modèles) peuvent choisir de prescrire de la morphine orale à

libération lente (Kadian®) comme « traitement central »<sup>1</sup>, aux côtés de comprimés de Dilaudid® ou de l'hydromorphone injectable<sup>2</sup>.

Les *modèles améliorés* élargissent la portée du TAO pour offrir un accès plus facile au traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes et à un approvisionnement plus sécuritaire, c.-à-d., des solutions de rechange pharmaceutiques aux opioïdes illégaux. Les programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) trouvent des moyens de réduire les obstacles à l'accès et à la rétention pour les personnes qui consomment des opioïdes en élargissant les critères d'admissibilité à la consommation d'opioïdes (plutôt que les critères appliqués aux troubles de consommation d'opioïdes) et en offrant une approche de réduction des méfaits de la consommation de drogues. Les modèles améliorés prévoient une consommation observée, comme les modèles traditionnels de TAO. Il existe une solide base de données probantes sur le TAOi qui continue d'être élaborée. Il y a des exemples de modèles améliorés actuellement mis à l'essai dans des contextes comme les centres de prévention des surdoses et les logements avec services de soutien.

Enfin, les *modèles flexibles* font référence au nombre croissant d'initiatives communautaires qui cherchent à offrir des solutions de rechange pharmaceutiques à l'approvisionnement de drogues illégales, avec le moins d'obstacles possible et sans attente de transition vers le traitement. Les modèles flexibles visent à fournir une approche souple, réactive et moins exigeante en matière de traitement et moins médicalisée pour offrir des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire. En général, ces modèles distribuent des médicaments d'ordonnance quotidiennement, prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne, qui peuvent être consommés sans ou avec observation, au besoin, si cela est jugé approprié. Toutefois, les modèles flexibles peuvent prendre diverses formes, y compris les modèles de club d'acheteurs, pourvu qu'il y ait une surveillance appropriée des prescripteurs et que les activités respectent les paramètres établis par la loi et la réglementation actuelles. Bien que la conception de ces modèles flexibles soit fondée sur des données probantes, il existe actuellement des directives limitées pour les prescripteurs et, par conséquent, ceux-ci peuvent devoir extrapoler à partir des données probantes et des lignes directrices relatives à l'établissement d'ordonnances de TAOi et d'autres ordonnances, et consulter leurs pairs cliniques pour fournir des soins. Les modèles *flexibles* présentent un fort potentiel d'application à plus grande échelle et sont présentés ici comme un modèle prometteur pour les projets pilotes et l'évaluation.

Toutes les approches, des modèles *traditionnels* aux modèles *flexibles*, peuvent offrir une solution de rechange réglementée à l'approvisionnement en drogues illégales pour les personnes qui consomment des drogues, et elles sont nécessaires pour faire face à la crise actuelle des opioïdes. Bien que le groupe de travail reconnaisse l'importance des approches *traditionnelles* qui sont fondées sur des modèles de TAO bien établis (p. ex., buprénorphine/naloxone, morphine à libération lente et méthadone), ces approches ne seront

pas examinées en détail ici. Une analyse détaillée des modèles *améliorés* et *flexibles* est présentée à **la section 3.1**.

---

<sup>1</sup> La morphine orale à libération lente (SROM, marque Kadian®) est considérée comme un « traitement de base » approprié en raison de ses propriétés pharmacologiques à action prolongée.

<sup>2</sup> L'hydromorphone (nom de marque Dilaudid®) est de courte durée.

Table 1-1 – Approches visant à offrir l’approvisionnement plus sécuritaire

	Modèles qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre législatif existant			Autres modèles (hors portée)
	Traditionnel	Amélioré	Flexible	Sans surveillance des prescripteurs
<b>Population cible</b>	Les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances qui cherchent à obtenir un traitement.	Les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances pour lesquelles le traitement traditionnel a échoué.	Les personnes qui consomment des substances illégales et dont les besoins ne sont pas comblés par des modèles très structurés.	Personnes qui consomment des opioïdes ou des stimulants.
<b>Modèles</b>	TAO; TAOi Plusieurs modèles.	TAOi adapté/TAO par injection de comprimés pour un approvisionnement plus sécuritaire. Plusieurs options: 1. Complet/spécialisé (Crosstown); 2. Intégré (SSP, POG); 3. Modèle de pharmacie; Consommation observée. Seuil d’entrée inférieur au modèle de TAOi d’approvisionnement plus sécuritaire. Il peut aussi s’agir de la prescription de stimulants réglementés.	Distribution quotidienne des médicaments d’ordonnance; seuil faible; auto-titrage; consommation observée et non observée; réseau en étoile (régions rurales). Cela se fait déjà de façon informelle dans les pratiques de soins privés et de soins primaires.  Tout projet de validation de principe qui répond aux exigences en matière de participation appropriée des prescripteurs (p. ex., un modèle médical) et qui est permis dans les cadres réglementaires et législatifs actuels.	Clubs d’acheteurs non médicalisés/clubs de compassion.
<b>Données probantes</b>	Se conforme aux lignes directrices cliniques actuelles.	Le TAOi en tant que traitement est fondé sur de solides données probantes; le TAO par injection de comprimés en tant que traitement à seuil inférieur fait l’objet d’un projet pilote. Les modèles de TAOi et de TAO par injection de comprimés en tant que modèles d’approvisionnement plus sécuritaire nécessitent une évaluation plus poussée.	Nécessite des essais pilotes et une évaluation pour élaborer une base de données probantes.	
<b>Caractéristiques</b>	Médicalisé; intégré dans les systèmes de traitement de la consommation problématique de	Médicalisé; intégré dans les systèmes de traitement de la consommation problématique de substances et de soins primaires; peuvent nécessiter de multiples visites par jour dans le cas	Faible seuil, réduction des méfaits et approche éclairée en matière de santé publique. Intégré aux soins primaires, à un SCS/CPS/SCT, ou à	Non médicalisé; approche de santé publique.

**Table 1-1 – Approches visant à offrir l’approvisionnement plus sécuritaire**

	Modèles qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre législatif existant			Autres modèles (hors portée)
	Traditionnel	Amélioré	Flexible	Sans surveillance des prescripteurs
	substances et de soins primaires; utilise la gestion des urgences.	des doses observées; gestion des urgences; soins complets.	un logement offrant des voies d’accès aux services de santé, sociaux et de traitement des dépendances.	
<b>Objectifs</b>	Objectifs dirigés par les patients : p. ex., réduire/stabiliser la consommation de drogues, travailler à l’abstinence.	Objectifs dirigés par les patients concernant la réduction de la consommation de drogues illégales ou la stabilisation de la consommation, si désiré.	Réduire la consommation de drogues illégales et les risques connexes.	Offrir un approvisionnement plus sécuritaire de drogues réglementées. Réduire la dépendance au marché illégal.
	Réduire les risques de surdose et de préjudices; accroître la participation aux services de santé et aux services sociaux; fournir des soins primaires; réduire la petite criminalité et le travail du sexe; réduire la dépendance au marché illégal. Mobiliser les personnes très marginalisées ou à risque qui n’ont généralement pas accès aux services de santé et aux services sociaux.			

# Section 2

# Examen des données probantes

## 2. Examen des données probantes

Étant donné que les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire ne font que commencer, des données probantes sur ces interventions n’ont pas encore été établies. Cependant, les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire se fondent sur de solides données probantes qui ont été publiées au sujet de l’efficacité de la réduction des méfaits par la distribution d’opioïdes de qualité pharmaceutique et réglementés sous la supervision de professionnels de la santé (ces interventions sont appelées des programmes d’opioïdes gérés, des thérapies d’entretien, des traitements par agonistes opioïdes [TAO] ou des traitements par agonistes opioïdes injectables [TAOi]). Ces données probantes sont examinées ici.

### *Traitement par agonistes opioïdes*

Un bref examen des données probantes à l’appui du TAO par voie orale est fourni ici parce qu’il s’agit d’une approche fondée sur des données probantes pour le traitement des troubles liés à la consommation d’opioïdes (TCO)<sup>1</sup> et d’un outil essentiel pour adresser à la crise des surdoses d’opioïdes<sup>2</sup>. En plus des objectifs de traitement du TAO (c.-à-d. la réduction et/ou la stabilisation de la consommation de drogues), le TAO peut être utilisé pour atteindre des objectifs d’approvisionnement plus sécuritaire, c.-à-d., la réduction de la consommation de drogues illégales. Le TAO peut être offert par voie orale (p. ex., méthadone, buprénorphine-naloxone) ou par voie injectable (p. ex., diacétylmorphine, hydromorphone). Des études examinent également la réduction des méfaits et les effets protecteurs potentiels du TAO, par exemple, l’amélioration de l’intégration sociale, l’augmentation de l’observance du traitement contre le VIH et peut-être la réduction de l’infection par l’hépatite C<sup>3 4</sup>, et la réduction de l’initiation à la consommation de drogues injectables<sup>5</sup>.

Des études<sup>6</sup> donnent à penser que divers traitements par agonistes opioïdes sont nécessaires pour les personnes qui ont un trouble de consommation d’opioïdes. Les traitements par agonistes opioïdes ont évolué pour inclure des options pharmaceutiques au-delà de la méthadone, comme la buprénorphine-naloxone (nom de marque : Suboxone®) et la morphine orale à libération lente (SROM, nom de marque : Kadian®). Une étude menée en Suisse a constaté qu’avec l’ajout de nouvelles solutions de rechange au TAO, la demande de méthadone avait diminué, mais que la méthadone demeurait le TAO<sup>4</sup> le plus couramment utilisé et était considérée comme un traitement de deuxième intention pour les TCO<sup>1</sup>. Les lignes directrices canadiennes actuelles<sup>1</sup> recommandent la buprénorphine-naloxone comme traitement de première ligne en raison de son profil d’innocuité supérieur (six fois plus sûr que la méthadone en ce qui a trait au risque de surdose), de sa possibilité de dosage à la maison flexible et du moindre nombre de rendez-vous médicaux requis.

Bien que la méthadone et la buprénorphine aient été les principales utilisations chez les personnes ayant un trouble plus stable lié à la consommation d’opioïdes, la morphine orale à libération lente peut être prometteuse pour les personnes ayant un TCO moins stable<sup>7</sup>. Il y a de plus en plus de données probantes sur la morphine à libération lente qui laissent entendre que

celle-ci a des taux d'efficacité semblables à ceux de la méthadone, mais avec un meilleur profil d'innocuité, y compris moins d'interactions médicamenteuses, et de plus grandes améliorations des résultats déclarés par les patients, comme la tolérance, l'atténuation des besoins et des symptômes de sevrage, et la satisfaction à l'égard du traitement. Les lignes directrices canadiennes recommandent que la morphine à libération lente soit prescrite par des spécialistes et sous forme de doses quotidiennes observées en raison des risques potentiels pour le patient et la sécurité publique<sup>1</sup>.

En plus d'une expansion des options pharmaceutiques pour le TAO, le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) offre une approche pour ceux qui préfèrent s'injecter. La diacétylmorphine (héroïne) et l'hydromorphone (nom de marque : Dilaudid®) sont prescrites dans les programmes de TAOi.

### *Traitement assisté à l'héroïne*

Depuis plus d'un siècle, la diacétylmorphine injectable d'ordonnance est offerte sans supervision au Royaume-Uni<sup>8 9 10</sup>, et la Suisse fournit de la diacétylmorphine d'ordonnance supervisée comme traitement médicamenteux standard pour le trouble de consommation d'opioïdes depuis 1999<sup>11</sup>. La diacétylmorphine d'ordonnance supervisée est maintenant offerte en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas<sup>10</sup> et, de plus en plus, au Canada, surtout pour ceux qui ne sont pas aidés par le traitement à la méthadone. Il a été démontré que la prescription de diacétylmorphine, aussi appelée traitement assisté par l'héroïne (TAH), est efficace et rentable en Europe et au Canada<sup>12 13 14</sup>. Une étude menée au Canada (NAOMI) portait sur des participants de Montréal et de Vancouver qui avaient échoué à un traitement à la méthadone. Ils ont reçu de façon aléatoire soit un traitement à l'héroïne, soit un traitement d'entretien à la méthadone. Correspondant aux résultats d'études menées en Angleterre, en Espagne, en Allemagne, en Suisse et aux Pays-Bas<sup>10 12 13 14 15</sup>, cette étude canadienne<sup>16</sup> a constaté que, dans l'ensemble, le TAH est plus efficace que la méthadone. Plus précisément, les constatations suivantes ont été faites :

- Ceux qui ont reçu le TAH ont réduit leur consommation de drogues illégales de façon plus importante que ceux qui recevaient de la méthadone;
- Le groupe du TAH a montré des améliorations considérables de son état médical et psychiatrique, de sa situation économique, de sa situation d'emploi et de ses relations familiales et sociales, par rapport au groupe recevant de la méthadone;
- D'autres avantages positifs du TAH, comme la réduction de la mortalité, la réduction du partage des seringues, l'adhérence accrue aux traitements, la réduction du risque de contracter le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C, l'amélioration du logement et de la stabilité de l'emploi, et la réduction spectaculaire de l'activité criminelle.

### *Hydromorphone : une solution de rechange efficace et acceptable à la diacétylmorphine*

Une étude menée à Vancouver<sup>17</sup> a examiné si l'hydromorphone injectable était une solution de rechange efficace et acceptable à la prescription de diacétylmorphine pour les programmes de TAOi. On a constaté que l'hydromorphone injectable n'était pas inférieure à la diacétylmorphine. De plus, l'adhérence au traitement était élevée (plus de 80 %) et il y avait moins d'effets secondaires chez les personnes recevant de l'hydromorphone. Les auteurs de l'étude concluent que l'hydromorphone est une solution de rechange appropriée à la prescription de diacétylmorphine, particulièrement dans les régions où la diacétylmorphine n'est pas facilement accessible. Des lignes directrices sont maintenant disponibles en Colombie-Britannique<sup>18 19</sup> et à l'échelle nationale<sup>20</sup> pour les deux formes de programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables.

### *Problèmes et pratiques recommandées pour l'injection d'opioïdes oraux*

Récemment, les prescripteurs ont commencé à prescrire des comprimés d'hydromorphone comme un opioïde réglementé de rechange. Il y a des groupes de personnes qui consomment des drogues et qui ont exprimé une forte préférence pour les comprimés par rapport aux formulations injectables. Par exemple, au Québec, le broyage et l'injection de comprimés est une pratique courante et un premier choix pour au moins 40 p. 100 des gens qui s'injectent des drogues<sup>21</sup>. De plus, l'accès à l'hydromorphone injectable à haute puissance est entravé par les plafonds ou les exclusions des formulaires provinciaux, ce qui rend les comprimés plus abordables et plus accessibles. Toutefois, les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir des préoccupations pour leurs patients au sujet des risques potentiels pour la santé associés à l'injection de comprimés broyés et dissous, ainsi que des préoccupations en matière de responsabilité civile concernant la prescription et la distribution d'un médicament d'ordonnance qui n'a pas été approuvé pour l'injection.

La documentation traitant de l'injection d'opioïdes fabriqués pour la consommation orale met en évidence les problèmes de santé particuliers qui peuvent survenir, notamment<sup>22 23</sup> :

1. lésions de la peau et des tissus mous (p. ex., ulcères de la peau et cellulite);
2. affections touchant les poumons ou le cœur et autres affections liées aux vaisseaux sanguins (p. ex., caillots sanguins, endocardite);
3. infections locales et généralisées (p. ex., abcès autour des sites d'injection et infections sanguines généralisées).

Ces problèmes de santé peuvent être causés par des virus, des bactéries ou d'autres matières introduites par l'injection dans des conditions non stériles. Ils peuvent aussi être causés par la drogue elle-même, mais le plus souvent, ils sont causés par des ingrédients ajoutés à la drogue (comme des agents gonflants, des enrobages, des cires ou des gels) pour que la formulation orale fonctionne comme prévu, par exemple pour maintenir sa stabilité ou contrôler la libération de la drogue une fois qu'elle est avalée, ainsi que pour prévenir l'altération. Ces

ingrédients peuvent avoir des effets indésirables sur le corps qu'ils sont dissous en solution et injectés. Ils peuvent boucher des seringues ou des filtres, se loger dans la peau ou d'autres vaisseaux sanguins et causer des complications médicales<sup>24 25</sup>.

Les recherches publiées sur les effets bénéfiques du filtrage des opioïdes fabriqués pour usage oral avant l'injection fournissent un certain nombre de pratiques de réduction des méfaits qui visent à atténuer les effets néfastes des conditions non stériles ainsi que des excipients, notamment<sup>21 22</sup> :

- lavage des mains avant l'injection et tamponnage d'alcool au point d'injection;
- utilisation d'eau stérile pour préparer la solution à injecter;
- utilisation de matériel d'injection stérile;
- filtrage de la solution à l'aide d'un filtre de marque Sterifilt combiné à un filtre de coton.

Avec une filtration adéquate, la plupart des excipients sont exclus, laissant principalement la composante active de la drogue<sup>22 24</sup>. Une étude<sup>26</sup> menée au Québec a constaté que la combinaison d'un filtre de marque Sterifilt et d'un filtre de coton permet d'optimiser la capacité de filtrage du filtre Sterifilt® tout en conservant une bonne quantité d'ingrédients actifs dans les solutions filtrées. D'après cette recherche, les comprimés oraux injectés en observant de pratiques de réduction des méfaits pourraient constituer une meilleure solution de rechange aux drogues illégales obtenues sur le marché illégal<sup>22 23 24</sup>. Une autre recommandation issue de cette recherche pourrait être qu'il vaut mieux de prescrire des comprimés d'hydromorphone contenant la plus petite quantité possible d'excipients, ou la plus petite quantité d'excipients qui peuvent être dommageables s'ils sont injectés, dans le cas où des comprimés d'hydromorphone par voie orale sont fournis à des personnes qui pourraient se les injecter (ou les consommer par voie intranasale ou les fumer)<sup>22</sup>. Par exemple, les comprimés à libération immédiate sont susceptibles de contenir moins d'excipients (ou des excipients moins nocifs) que les comprimés à libération prolongée. Cette recommandation coïncide également avec la préférence déclarée des personnes qui consomment des drogues pour le Dilaudid® par rapport aux formulations génériques d'hydromorphone.

### *Programme de substitution des stimulants*

Jusqu'à maintenant, on a mis l'accent sur un approvisionnement en opioïdes plus sûr en raison de l'approvisionnement imprévisible et des opioïdes toxique sur le marché illégal. Selon certains rapports, les stimulants illégaux pourraient également être vulnérables à la contamination, et la polyconsommation de substances est courante. C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir un approvisionnement plus sécuritaire en stimulants. Les données de recherche sur les traitements de substitution des stimulants ne sont pas aussi solides à l'heure actuelle que celles sur le traitement de substitution des opioïdes, et il faut poursuivre la recherche<sup>27 28</sup>.

Les options de traitement actuelles pour les stimulants sont presque exclusivement axées sur des approches fondées sur l'abstinence et fonctionnent selon des horaires fondés sur les rendez-vous qui peuvent être difficiles à respecter pour les gens. De plus, beaucoup n'offrent peut-être pas de conseils et de soutien social adaptés à la situation des personnes qui consomment des stimulants<sup>28 29</sup>. L'intégration d'une approche de réduction des méfaits dans des programmes de stimulants gérés en fait une solution de rechange attrayante à de nombreuses options de traitement existantes pour l'utilisation de stimulants.

---

## SOURCES CITÉES

- <sup>1</sup> British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2017). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Publié le 5 juin 2017. Extrait de <http://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/>
- <sup>2</sup> Wood, E. (2018). « Strategies for reducing opioid-overdose deaths – Lessons from Canada ». *The New England Journal of Medicine*, 378, 1565-1567. DOI : 10.1056/NEJMp1800216
- <sup>3</sup> Geddes, L., Iversen, J., Wand, H., Esmaili, A., Tsui, J., Hellard, M., Dore, G., Grebely, J., Dietze, P., Bruneau, J., Prins, M., Morris, M.D., Shoukry, N.H., Lloyd, A.R., Kim, A.Y., Lauer, G., Cox, A.L., Page, K., et L. Maher (2019). « Sex discrepancies in the protective effect of opioid agonist therapy on incident Hepatitis C infection ». *Clinical Infectious Diseases*. DOI : 10.1093/cid/ciz162
- <sup>4</sup> Andreea, A.A., Minoyan, N., Jacka, B., Høj, S., Jutras-Aswad, D., Roy, É., Gauvin, L., Zang, G., et J. Bruneau. (2019). « Opioid agonist treatment dosage and patient-perceived dosage adequacy, and risk of hepatitis C infection among people who inject drugs ». *CMAJ*, 17, E462-E468. doi.org/10.1503/cmaj.181506
- <sup>5</sup> Mittal, M.L., Jain, S., Sun, S., DeBeck, K., Milloy, M.J., Hayashi, K., Hadland, S.E. et D. Werb. (2019). « Opioid agonist treatment and the process of injection drug use initiation ». *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 354-360. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.018
- <sup>6</sup> Nordt, C., Vogel, M., Dey, M., Moldovanyi, A., Beck, T., Walter, M., Seifritz, E., Dürsteler, K.M., et M. Herdener. (2018). « One size does not fit all – evolution of opioid agonist treatments in a naturalistic setting over 23 years ». *Addiction*. DOI : 10.1111/add.14442
- <sup>7</sup> Socias, M.E., et E. Wood. (2018). « Evaluating slow-release oral morphine to narrow the treatment gap for opioid use disorders ». *Annals of Internal Medicine*, 168(2), 141-142. DOI : [10.7326/M17-2373](https://doi.org/10.7326/M17-2373)
- <sup>8</sup> Hartnoll, R.L., Mitcheson, M.C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P., et N. Hedley. (1980). « Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial ». *Archives of General Psychiatry*, 37, 877-844.
- <sup>9</sup> Bansback, N., Guh, D., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Harrison, S., Janmoohamed, A., Krausz, M., MacDonald, S., Marsh, D.C., Schechter, M.T., et A.H. Anis. (2018). « Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: findings from the SALOME randomized clinical trial ». *Addiction*, 113(7), 1264-1273.
- <sup>10</sup> Strang, J., Groshkova, T., Metrevian, N. (2012). « New Heroin-Assisted Treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond ». *Addiction*, OEDT (éd.), Luxembourg : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

- 
- <sup>11</sup> Hallam, C. (2010). « Heroin Assisted Treatment: The state of play ». *International Drug Policy Consortium Briefing Paper*. 14. Extrait de [https://idhdp.com/mediainport/8758/heroin\\_assisted\\_treatment.pdf](https://idhdp.com/mediainport/8758/heroin_assisted_treatment.pdf)
- <sup>12</sup> Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., Zador, D., Evers, R., Groshkova, T., Charles, V., Martin, A., et L. Forzisi. (2010). « Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial ». *Lancet*, 375(9729), 1885–1895.
- <sup>13</sup> Blanken, P., Hendriks, V.M., Van Ree, J.M., et W. Van Den Brink. (2010). « Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands ». *Addiction*, 105(2), 300–308.
- <sup>14</sup> Oviedo-Joekes, E., March, J.C., Romero, M., et E. Perea-Milla. (2010). « The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: a 2 year follow-up ». *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 75–80.
- <sup>15</sup> Verthein, U., Bonorden-Kleij, K., Degkwitz, P., Dilg, C., Köhler, W.K., Passie, T., et coll. (2008). « Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany ». *Addiction*, 103(6), 960–966.
- <sup>16</sup> Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D.C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., et M.T. Schechter. (2009). « Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction ». *New England Journal of Medicine*, 361(8), 777–786.
- <sup>17</sup> Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., Macdonald, S., Lock, K., Harrison, S., Janmohamed, A., Anis, A.H., Krausz, M., Marsh, D.C., et M.T. Schechter. (2016). « Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence ». *JAMA Psychiatry*, 73(5), 447–449.
- <sup>18</sup> BC Centre on Substance Use. (2017). *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Extrait de <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>
- <sup>19</sup> BC Centre for Substance Use. (2017). *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder*. Ministère de la Santé de Colombie-Britannique et British Columbia Centre on Substance Use, Vancouver. Extrait de [www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf](http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf)
- <sup>20</sup> Initiative canadienne de recherche sur l’abus de substances (ICRAS). (Pas encore publié). *National Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder Operational Guidance*. Extrait de <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>
- <sup>21</sup> Alary, M., Morissette, C., Roy, É., Leclerc, P., Blouin, K., et le groupe d’étude SurvUDI. (2019). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection (SurvUDI)*. Présentation. Institut national de santé publique Québec. Juin 2019. [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
- <sup>22</sup> Greenspan, N. (2019). *Injection of Opioid Tablets: Risks and Harm Reduction. Information Summary*. Toronto Public Health.
- <sup>23</sup> McLean, S., Patel, R., et R. Bruno. (2016). « Injection of Pharmaceuticals Designed for Oral Use: Harms Experienced and Effective Harm Reduction Through Filtration. Non-medical and illicit use of psychoactive drugs ». Springer. 34. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Extrait de [https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854\\_2016\\_470](https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2016_470).
- <sup>24</sup> Strike, C., Watson, T.M., Gohil, H., Miskovic, M., Robinson, S., Arkell, C., Challacombe, L., Amlani, A., Buxton, J., Demel, G., Gutiérrez, N., Heywood, D., Hopkins, S., Lampkin, H., Leonard, L., Lockie, L., Millson, P., Nielsen, D.,

---

Petersen, D., Young, S., et N. Zurba. (2015). *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : partie 2*. Toronto (Ontario) : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Extrait de <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2-fre.pdf>

<sup>25</sup> McLean, S., Bruno, R., Brandon, S., et B. de Graaff. (2009). « Effect of filtration on morphine and particle content of injections prepared from slow-release oral morphine tablets ». *Harm Reduction Journal*, 6(1), 37. doi:10.1186/1477-7517-6-37.

<sup>26</sup> Noël, L., Dubé, P.-A., Tremblay, P.-Y., et Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI. (2015) *Matériel d'injection : réduire les risques chez les injecteurs de médicaments opioïdes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 79 p. Extrait de <https://www.inspq.qc.ca/publications/2045>

<sup>27</sup> Castells, X., Casas, M., Perez-Mana, C., Vidal, X., et D. Capellà. (2016). « Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 104(9). Publié le 21 septembre 2016. Extrait de [http://www.cochrane.org/CD007380/ADDICTN\\_efficacy-psychostimulant-drugs-cocaine-dependence](http://www.cochrane.org/CD007380/ADDICTN_efficacy-psychostimulant-drugs-cocaine-dependence)

<sup>28</sup> Erickson, P., et Y. Cheung. (1999). « Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital ». *International Journal of Drug Policy*, 10, 235–246.

<sup>29</sup> Butters, J., et P.G. Erickson. (2003). « Meeting the Health Care Needs of Female Crack Users: A Canadian Example ». *Women & Health*, 37(3), 1–17.

# Section 3

## Établissement de programmes d’approvisionnement plus sécuritaire

### **3. Établissement de programmes d’approvisionnement plus sécuritaire**

Les sections qui suivent visent à appuyer la prise de décisions relatives à la conception des programmes, notamment :

- 3.1** Conception du modèle de service
  - 3.1.1** Comparaison de modèles flexibles et améliorés d’approvisionnement plus sécuritaire
  - 3.1.2** Considérations relatives aux modèles de doses observées et non observées
  - 3.1.3** Considérations pour les régions rurales et éloignées
  - 3.1.4** Études de cas des programmes actuels
  
- 3.2** Sélection et obtention de médicaments pharmaceutiques réglementés pour ces modèles
  - 3.2.1** Opioides réglementés de qualité pharmaceutique utilisés dans les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire
  - 3.2.2** Stimulants réglementés de qualité pharmaceutique utilisés dans les programmes d’approvisionnement plus sécuritaire
  - 3.2.3** Carte : Processus d’acquisition de substances contrôlées sous le régime des règlements courants
  
- 3.3** Considérations relatives à la création de protocoles opérationnels et cliniques
  
- 3.4** Exigences liées au site et considérations en matière de dotation

### 3.1 Conception du modèle du service

Un élément essentiel de la conception du modèle de prestation de services consiste à mobiliser les personnes qui utiliseront le programme, c'est-à-dire les personnes qui consomment des drogues. Si les personnes qui consomment des drogues sont consultées et incluses dans la conception, les services sont plus susceptibles de répondre aux besoins de la population cible.

Il existe différents modèles de prestation de services qui peuvent être adaptés pour répondre aux besoins et aux cultures du contexte local dans lequel le programme fonctionnera. Il y a aussi des considérations législatives et réglementaires qui s'appliquent à la conception du modèle de service.

Cette section vise à aider une équipe de conception de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire à examiner les modèles de prestation de services en présentant les éléments suivants :

- 3.1.1** Comparaison des modèles améliorés et flexibles
- 3.1.2** Considérations réglementaires s'appliquant aux modèles de doses observées et non observées
- 3.1.3** Considérations relatives à la conception du modèle de service dans les régions rurales et éloignées
- 3.1.4** Études de cas des programmes actuellement mis à l'essai

### 3.1.1 Modèles de programmes flexibles et améliorés d’approvisionnement plus sécuritaire

À la **section 1**, on présente un continuum de soins pour des programmes d’approvisionnement plus sécuritaire destinés aux personnes qui consomment des drogues. Ce continuum de soins va des approches traditionnelles (p. ex., TAO) aux modèles *améliorés* et *flexibles* (voir le **tableau 1-1** à la **section 1**). Une analyse détaillée des modèles *améliorés* et *flexibles* est présentée ci-dessous, y compris les caractéristiques clés, les contextes, les avantages, les limites, les bienfaits prévus, les problèmes potentiels et les stratégies d’atténuation des réfaits.

#### Modèles améliorés

Les modèles améliorés offrent la consommation observée et la gestion des urgences, comme les modèles de TAO traditionnels, mais ils sont adaptés selon une approche à faible seuil pour offrir des solutions de rechange réglementées aux drogues illégales, c.-à-d. un approvisionnement plus sécuritaire. Le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi et TAO par injection de comprimés) peut être utilisé soit comme traitement pour les troubles liés à la consommation d’opioïdes, soit pour fournir un approvisionnement plus sécuritaire de solutions de rechange réglementées aux opioïdes achetés sur le marché illégal. Les modèles améliorés sont axés sur ce dernier objectif : *le TAOi et le TAO par injection de comprimés comme approches pour fournir un approvisionnement réglementé d’opioïdes et/ou de stimulants*. Les programmes de TAOi et de TAO par injection de comprimés existants trouvent des façons de réduire les seuils pour l’accès et à la rétention des personnes qui consomment des opioïdes, notamment en offrant des programmes dans des sites de consommation supervisée, des sites de prévention des surdoses et des logements avec services de soutien; en modifiant les critères d’admissibilité à la consommation d’opioïdes (plutôt que les critères s’appliquant aux troubles liés à la consommation d’opioïdes); et en adoptant une approche de réduction des méfaits à l’égard de la consommation de drogues.

Le British Columbia Centre for Substance Use (BCCSU) a défini trois modèles de soins dans son document d’orientation sur le TAOi (BCCSU, 2017), qui pourraient être adaptés pour offrir un approvisionnement plus sécuritaire axé sur la réduction de la consommation de drogues *illégales* et des méfaits connexes, plutôt que sur un traitement axé sur la réduction de la consommation de drogues :

#### **A. Programme de traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi) supervisé, complet et spécialisé** – adapté pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire

*Exemple : Clinique Crosstown à Vancouver (Colombie-Britannique)*

- Offre un modèle de soins complet en plus du TAOi supervisé;
- Souvent situé dans des hôpitaux ou des cliniques, ou comme établissement autonome;

- Les services sont situés au même endroit que la clinique (p. ex., pharmacie, fournisseurs de soins de santé primaires, travailleurs sociaux) ou les usagers sont dirigés vers des services communautaires; et
- Les services comprennent les soins de la consommation problématique de substances, les soins primaires, les soins de santé mentale, la gestion de la douleur chronique et les services psychosociaux comme le logement, l'emploi, la thérapie traumatologique et les services spécialisés pour les femmes, les jeunes et les peuples Autochtones.

**Avantages :** Offre la continuité des soins, « guichet unique »; option préférée pour les personnes qui manquent de stabilité clinique et sociale; peu ou pas d'obstacles à l'accès aux services complets; solide ensemble de données probantes à l'appui du TAOi. Il est possible de mettre à l'essai des approches à faible seuil, comme les doses non observées et le titrage non observé, l'autorisation de la polyconsommation de substances et l'offre d'un traitement de substitution des stimulants.

**Limites :** Exige des ressources considérables; exige une pharmacie sur place qui se conforme aux règlements sur la préparation; ne convient pas à une collectivité où la demande ou la capacité de TAOi est faible; il peut être difficile de réduire l'intensité du traitement.

**Avantages prévus :** Réduit la consommation de drogues illégales par les clients et leur dépendance à l'égard du marché illégal, accroît leur participation aux soins de santé primaires et aux services sociaux, réduit la mortalité liée aux surdoses et à d'autres méfaits connexes; réduction de la participation à la criminalité et au travail du sexe.

**Problèmes possibles :** Maintient l'utilisation de l'injection par les clients si d'autres modes de consommation ne sont pas permis (p. ex., de nombreux sites n'ont pas d'installations d'inhalation); maintient sa dépendance au marché illégal si la dose optimale ou la drogue optimale n'est pas fournie.

**Stratégies d'atténuation des méfaits potentiels :** Fournit une gamme de drogues et de formulations (p. ex., stimulants, opioïdes, pilules, produits injectables); travaille de près avec les clients pour déterminer leur dose optimale et offrir des solutions de rechange comme la morphine par voie orale à libération lente, p. ex. Kadian®, en tant que « traitement de base » en plus des opioïdes réglementés; se dote de fumeurs; permet la polyconsommation de substances et plusieurs modes de consommation (p. ex., voie intranasale, ingestion orale, injection, inhalation).

## **B. Programme intégré de traitement supervisé par agonistes opioïdes injectables – adapté pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire**

*Exemples :*

- *Le programme d'opioïdes gérés d'Ottawa Inner City Health se trouve dans des logements supervisés et un site d'injection supervisée.*

- *La Portland Hotel Community Services Society a déjà un programme de TAOi et met à l'essai un programme d'injection de comprimés (TAO par injection de comprimés) à son centre de prévention des surdoses Molson à Vancouver, en Colombie-Britannique.*
  - Un programme de TAOi, adapté pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire, est intégré aux services existants dans les centres de santé communautaires (CSC), aux programmes de réduction des méfaits (y compris les centres de consommation supervisée et les centres de prévention des surdoses) ou aux logements supervisés;
  - Élargit la gamme de services offerts aux clients existants et pourrait attirer de nouveaux clients qui pourraient également profiter de la gamme élargie de services de santé, de services sociaux et de services de traitement de la consommation problématique de substances offerts sur place, ou par des voies de recommandation vers des fournisseurs dans la collectivité; et
  - Offre à la fois des opioïdes et/ou des stimulants pharmaceutiques comme solutions de rechange réglementées au marché illégal contaminé.

**Avantages :** Nécessite moins de ressources que les modèles de TAOi complets/spécialisés ou traditionnels; assure la continuité des soins; peu d'obstacles à l'obtention de services supplémentaires; convient aux endroits où la demande de TAOi est faible, p. ex., les régions rurales; corpus croissant de données probantes à l'appui du TAOi intégré. Il est possible de mettre à l'essai des approches à faible seuil, comme les doses non observées et le titrage non observé, l'autorisation de la polyconsommation de substances, l'offre d'un continuum complet de soins de TAO et la recommandation vers des services de rétablissement, et l'offre d'un traitement de substitution des stimulants.

**Limites :** Exige une pharmacie sur place ou la prestation de services de pharmacie (conformément aux règlements de l'Ordre sur la préparation); nécessite du personnel supplémentaire et des locaux réservés.

**Avantages prévus :** Réduit la consommation de drogues illégales par les clients et leur dépendance à l'égard du marché illégal, accroît leur participation aux soins de santé primaires et aux services sociaux, réduit la mortalité liée aux surdoses et à d'autres méfaits connexes; réduit la criminalité et le travail du sexe.

**Problèmes possibles :** Peut maintenir l'utilisation de l'injection par les clients s'il est interdit de fumer ou de consommer par voie intranasale; maintient la dépendance envers le marché illégal si la dose optimale ou la drogue optimale n'est pas fournie.

**Stratégies d'atténuation des méfaits potentiels :** Fournit une gamme de drogues et de formulations (p. ex., stimulants, opioïdes, pilules, produits injectables); travaille de près avec les clients pour déterminer leur dose optimale et offrir des solutions de rechange comme la morphine par voie orale à libération lente (Kadian®) en tant que « traitement de base », en plus

des opioïdes réglementés; se dote de fumeurs; permet la polyconsommation de substances ainsi que la prise de doses observées; et permet plusieurs modes de consommation.

**C. Programme de traitement par agonistes opioïdes injectables supervisé en pharmacie – adapté pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire**

*Exemple : La PHS Community Services Society de Vancouver a mis ce modèle à l'essai.*

- Ce modèle pourrait convenir davantage aux milieux où les deux premiers modèles ne sont pas réalisables (p. ex., en milieu rural);
- Des services de soins primaires et de la consommation problématique de substances sont offerts dans les cliniques existantes, et des pharmaciens formés dans certaines pharmacies communautaires assurent l'observation des doses; et
- Des renvois sont faits à des organismes communautaires pour des services comme les soins de santé mentale, la gestion de la douleur chronique et les services psychosociaux (p. ex., counseling, emploi, logement) et des services spécialisés pour les femmes, les jeunes et les peuples Autochtones.

**Avantages :** Approprié pour les collectivités où la demande de TAOi est faible; approprié pour les clients qui reçoivent une dose stable; nécessite moins de ressources.

**Limites :** Exige une pharmacie communautaire dotée d'un personnel dûment formé pour l'exécution des ordonnances, superviser et intervenir en cas d'événements indésirables, avec un espace réservé à la consommation supervisée et des installations conformes aux règlements de l'Ordre en matière de préparation. Il pourrait y avoir des obstacles plus importants à l'obtention de services supplémentaires. Bien que les obstacles au traitement soient réduits, l'intensité du traitement demeure élevée, en ce sens que les clients doivent se rendre à la pharmacie plusieurs fois par jour pour prendre leur dose.

**Avantages prévus :** Réduit la consommation de drogues illégales par les clients et leur dépendance à l'égard du marché illégal; réduit la mortalité liée aux surdoses et à d'autres méfaits connexes; réduit la petite criminalité et le travail du sexe; l'intensité des traitements réduit laisse plus de temps pour participer à d'autres activités (soins aux enfants, travail); accroît l'accès dans les collectivités qui offrent peu de services sociaux à l'échelle locale.

**Problèmes possibles :** Maintient l'utilisation de l'injection par les clients en l'absence d'installations d'inhalation; maintient la dépendance envers le marché illégal si la dose optimale ou la drogue optimale n'est pas fournie; complique les liens avec les services sociaux et de santé parce qu'ils ne sont pas sur place.

**Stratégies d'atténuation des méfaits potentiels :** Fournit une gamme de drogues et de formulations (p. ex., stimulants, opioïdes, pilules, produits injectables); travaille de près avec les

clients pour déterminer leur dose optimale et offrir des solutions de rechange au TAO comme la morphine par voie orale à libération lente, p. ex. Kadian<sup>®</sup>, en tant que « traitement de base » en plus des opioïdes réglementés; se dote de fumoirs; permet la polyconsommation de substances ainsi que la prise de doses observées; demande à des travailleurs d'approche de se rendre à des pharmacies communautaires pour offrir du soutien et des services de recommandation; assurer la collaboration des prescripteurs, des travailleurs de soutien et des pharmaciens dans l'offre de soins.

### **Modèles flexibles**

*Exemples :*

- *Le modèle de Liverpool (années 1980, Royaume-Uni)*
- *Modèle du London Intercommunity Health Centre (Ontario)*
- *Modèle d'une machine qui distribue des médicaments d'ordonnance (à mettre à l'essai)*
- *Projet pilote de faisabilité de l'accès facilité à l'hydromorphone par voie orale du BCCDC (à venir)*

Les modèles flexibles font référence au nombre croissant d'initiatives communautaires qui cherchent à offrir des solutions de rechange réglementées aux drogues illégales toxiques avec le moins d'obstacles possible, d'une manière souple et adaptée. En général, ces modèles offrent des drogues dispensés quotidiennement, prescrites par un médecin ou une infirmière praticienne, qui sont consommées sans surveillance, au besoin, ou qui sont fréquemment distribuées pour la prise de doses observées. Les modèles flexibles peuvent comporter un mélange de titrage et de dosage observés et non observés, selon les besoins de leurs clients. Les modèles flexibles présentent un fort potentiel d'expansion et sont présentés ici comme un modèle émergent pour les projets pilotes et l'évaluation.

- Les fournisseurs de soins primaires des centres de santé communautaires ou des cliniques communautaires prescrivent de l'hydromorphone pour sélectionnés comme était les clients à haut risque de surdose ou de méfaits;
- Le prescripteur voit les clients tous les jours au début, puis toutes les semaines, puis tous les mois ou au besoin pour surveiller leur santé et leur bien-être, et les clients prennent des médicaments d'ordonnance distribués quotidiennement dans une pharmacie communautaire, une clinique ou, peut-être, une machine qui distribue des médicaments d'ordonnance. La consommation n'est pas observée, sauf pour ceux pour lesquels il y a des préoccupations en matière de santé et de sécurité (p. ex., ceux qui consomment de l'alcool ou des benzodiazépines); et
- D'autres services (soins complets) peuvent être fournis sur place avec peu ou pas d'obstacles, ou les usagers peuvent être dirigés vers des fournisseurs de services communautaires par des voies de recommandation.

**Avantages :** Nécessite moins de ressources; tire parti des relations existantes entre les prescripteurs/équipes de soins de santé primaires et les clients. Traitement moins intensif (c.-à-d. que des doses observées ne sont pas requises, à moins qu'elles ne soient indiquées pour des clients particuliers) et donc moins exigeant pour les clients (p. ex., ne pas avoir à se rendre à la clinique ou à la pharmacie plusieurs fois par jour). Offre des soins souples et adaptés aux personnes qui consomment des drogues (pas nécessairement celles qui ont un trouble de consommation d'opioïdes), y compris celles qui consomment des stimulants; peut être appliqué à plus grande échelle et atteindre un plus grand nombre de personnes qui consomment des drogues.

**Limites :** Informé par des données probantes – nécessite un projet pilote de validation de principe. La pratique actuelle suggère une amélioration des bienfaits pour la santé et une plus grande stabilité, mais on ne sait pas si ces résultats positifs sont attribuables à un approvisionnement plus sécuritaire parce que la consommation n'est pas observée. La pratique actuelle exige que les prescripteurs documentent soigneusement leur justification, y compris la façon dont leur prise de décisions est éclairée par des données probantes et se conforme aux pratiques de leurs pairs. Cette approche pourrait alourdir le fardeau des organisations déjà surchargées et des équipes de soins de santé primaires.

**Avantages prévus :** Réduit la consommation de drogues illégales par les clients et leur dépendance à l'égard du marché illégal; diminue la mortalité liée aux surdoses et à d'autres méfaits connexes; réduit la participation à des crimes mineurs et au travail du sexe; une approche à faible intensité donne plus de temps pour participer à d'autres activités (soins des enfants, travail); accroît les liens avec les services de santé et les services sociaux.

**Problèmes possibles :** Les plus grandes préoccupations sont la possibilité de détournement et la responsabilité des prescripteurs en cas de surdose ou de préjudice. Le détournement est une préoccupation dans les régions où l'approvisionnement en drogues est contaminé par le carfentanil, qui augmente la tolérance des personnes; le volume de la dose prescrite qui serait nécessaire pour correspondre à une tolérance très élevée peut ne pas être approprié ou souhaitable. Cela pourrait encourager les gens à échanger ou à vendre leurs médicaments d'ordonnance pour du fentanyl, du carfentanil ou d'autres drogues illégales. En ajoutant des demandes de services supplémentaires à des organisations qui manquent déjà de ressources, cela pourrait limiter l'accès aux services dans l'ensemble de l'organisation, c.-à-d. que les ressources existantes sont déployées pour de nouveaux programmes d'approvisionnement plus souples et plus sécuritaires au détriment d'autres programmes.

**Stratégies d'atténuation des méfaits potentiels :** Fournit une gamme de drogues et de formulations (p. ex., stimulants, opioïdes, pilules, produits injectables); travaille de près avec les clients pour déterminer leur dose optimale et offrir des solutions de rechange au TAO comme la morphine par voie orale à libération lente, p. ex. Kadian<sup>®</sup>, en tant que « traitement de base » en plus des opioïdes réglementés; permet la polyconsommation de substances; assurer la collaboration des prescripteurs, des travailleurs de soutien/d'approche/pairs et des

pharmaciens dans l'offre de soins. Les organisations ont besoin d'un financement durable et adéquat pour fournir efficacement une gamme complète de services.

**Table 3-1 – Résumé des considérations relatives aux modèles flexibles et améliorés pour un approvisionnement plus sécuritaire**

	Flexibles		Améliorés	
	Incorporés et intégrés Ordonnance d'hydromorphe (HDM) distribuée quotidiennement	Pharmacie – TAOi/TAO par injection de comprimés	TAOi/TAO par injection de comprimés Incorporés ou intégrés	TAOi complet et spécialisé
<b>Exemples</b>	London InterCommunity Health Centre (Ontario); Modèle de Liverpool (Royaume-Uni, années 1980).	La Portland Hotel Society (PHS) de Vancouver mettait à l'essai ce modèle .	PHS, Vancouver (TAO par injection de comprimés); Programme d'opioïdes gérés (POG), Ottawa (TAOi).	Clinique Providence HC Crosstown, Vancouver; Centre de santé Sheldon M. Chumir, Calgary .
<b>Milieu</b>	CSC / Logement	Pharmacie communautaire	SCS/CPS/SCT; logements avec services de soutien	Hôpital/clinique
<b>Exigences relatives aux doses observées</b>	Non observées ou observées. À paliers multiples.	Observées. À paliers multiples.	Observées. À paliers multiples.	Observées. À paliers multiples.
<b>Modèle de prescription</b>	Relation prescripteur-patient individuelle. Distribution de médicaments d'ordonnance quotidienne.	Relation prescripteur-patient individuelle. Distribution de médicaments d'ordonnance fréquente, avec une durée minimale établie entre les doses.	Relation prescripteur-patient individuelle. Distribution des médicaments d'ordonnance fréquente, avec une durée minimale établie entre les doses.	Relation prescripteur-patient individuelle. Distribution de médicaments d'ordonnance fréquente, avec une durée minimale établie entre les doses .
<b>Type de drogue et mode de consommation</b>	Hydromorphe injectable/comprimés; Dexedrine, Adderall, Vyvanse. Injection, par voie orale et par voie intranasale.	Hydromorphe injectable/comprimés. Injection, par voie orale et par voie intranasale.	Hydromorphe injectable/comprimés (exploration du fentanyl). Injection, par voie orale et par voie intranasale.	Diacétylmorphine (seulement Crosstown), hydromorphe injectable. Injection, par voie orale et par voie intranasale.
<b>Soutien de la pharmacie</b>	Pharmacie communautaire, avec préparation pour les flacons à doses multiples.	Pharmacie communautaire, avec préparation pour les flacons à doses multiples.	Pharmacie communautaire de préparation; une infirmière autorisée prépare les flacons à doses multiples, au besoin, selon les autorisations des ordres de réglementation.	Pharmacie de préparation sur place.
<b>Soins complets</b>	Offerts avec peu de barrières. Intégré aux soins primaires, avec d'autres services de santé et services sociaux offerts, mais non requis. Peu de barrières à l'obtention de services supplémentaires.	Offerts. Lien avec les soins primaires et recommandations pour d'autres services de santé et services sociaux, au besoin.	Offerts avec peu de barrières. Lien avec les soins de santé primaires, voies directes vers les services de santé et les services sociaux, mais non requis.	Offerts avec peu de barrières. Voies directes vers les services de santé et les services sociaux primaires; « guichet unique ».
<b>Données probantes</b>	Les approches d'approvisionnement plus sécuritaire sont extrapolées à partir des données probantes sur le TAOi. Pas de lignes directrices actuelles. Nécessite des projets pilotes de validation de principe.	Les approches d'approvisionnement plus sécuritaire sont extrapolées à partir des données probantes sur le TAOi. Pas de lignes directrices actuelles. Nécessite d'autres mises à l'essai.	Les approches d'approvisionnement plus sécuritaire sont extrapolées à partir des données probantes sur le TAOi. Pas de lignes directrices actuelles. Nécessite d'autres mises à l'essai.	Données probantes solides. Des lignes directrices sur le TAOi ont été établies. Nécessite une évaluation continue comme approche d'approvisionnement plus sécuritaire.
<b>Ressources nécessaires</b>	La prise de doses observées nécessite de l'espace et du personnel. Les doses non observées nécessitent moins de	Besoin d'infrastructure pour la prise de doses observées (p. ex., salle, personnel) et besoin de l'adhésion de la pharmacie.	Élargir l'infrastructure existante pour la prise de doses observée (salle, personnel).	Nécessite beaucoup de ressources; nécessite un approvisionnement durable en diacétylmorphine (ou

**Table 3-1 – Résumé des considérations relatives aux modèles flexibles et améliorés pour un approvisionnement plus sécuritaire**

	Flexibles	Améliorés		
	Incorporés et intégrés Ordonnance d'hydromorphone (HDM) distribuée quotidiennement	Pharmacie – TAOi/TAO par injection de comprimés	TAOi/TAO par injection de comprimés Incorporés ou intégrés	TAOi complet et spécialisé
	ressources.			hydromorphone).
<b>Considérations relatives à la mise en œuvre</b>	Coût : Il faut inscrire l'hydromorphone dans les formulaires à des concentrations appropriées; nécessite la disponibilité de fioles à usage unique ou de pharmacies de préparation de flacons à doses multiples.  Problèmes de réglementation avec les ordres professionnels (p. ex., utilisation non indiquée sur l'étiquette de médicaments administrés par voie orale; mélange, prescription et fréquence d'évaluation).			1. Considérations pour assurer l'approvisionnement en diacétylmorphine. 2. Coût de l'infrastructure. 3. Besoins de la collectivité.
<b>Commentaires</b>	Exigences moins coûteuses, en particulier pour les modèles de doses non observées ou les modèles de doses observées hors site (c.-à-d. modèle de pharmacie).	Option possible pour des milieux comme les collectivités rurales, éloignées et autochtones. Extensibilité fondée sur le soutien et la capacité de la pharmacie. Approprié pour les patients qui reçoivent une dose stable. Besoins moins intensifs en matière de traitement. Coûts moindres que ceux des modèles améliorés.	Réduire les obstacles à l'accès au TAOi. Coûts moindres que ceux des modèles complets. <b>Vision</b> : Les modèles des SCS/CPS/SCT fournissent de l'hydromorphone (avec des limites de dose et de fréquence) aux clients, après une évaluation médicale.	Réduire les obstacles à l'accès au TAO.

## 3.1.2 Considérations réglementaires s'appliquant aux doses observées et non observées

Table 3-2 – Considérations réglementaires s'appliquant aux doses observées et non observées			
Question	Doses observées	Doses non observées	Législation/ réglementation et surveillance
<b>Que disent les lignes directrices?</b>	À l'heure actuelle, il n'existe pas de lignes directrices pour prescrire des stimulants ou des opioïdes comme solution de rechange pharmaceutique à l'approvisionnement en drogues illégales. L'absence de lignes directrices crée une zone grise. En prescrivant des usages non-indiqués sur l'étiquette et en dehors des lignes directrices existantes, certains prescripteurs craignent d'être tenus responsables d'actes criminels, professionnels et médico-légaux en cas de méfaits à leur patient ou à la collectivité. Les intervenants clés qui prescrivent un approvisionnement plus sécuritaire ont déclaré qu'ils se sentaient tenus sur le plan éthique de réagir aux préjudices qu'ils constatent chez les patients qui ont un trouble de consommation de substances ou qui subissent des méfaits (p. ex., surdose) liés à l'approvisionnement en drogues illégales toxiques.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> <li>• Lignes directrices actuelles qui peuvent éclairer une pratique d'approvisionnement plus sécuritaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices sur le TAOi;</li> <li>• Lignes directrices sur les TCO;</li> <li>• Directives de prescription de stimulants pour le TDAH.</li> </ul> </li> <li>• Besoin : lignes directrices pour prescrire des substances désignées comme approvisionnement plus sécuritaire.</li> </ul>
	Les lignes directrices sur le TAO et le TAOi fournissent une orientation pour la prescription d'un approvisionnement plus sécuritaire observé, y compris la gestion des urgences.	En l'absence de lignes directrices sur la prescription de substances désignées pour un approvisionnement plus sécuritaire, les prescripteurs documentent la façon dont ils : <ul style="list-style-type: none"> <li>• respectent les normes de soins;</li> <li>• utilisent les données probantes;</li> <li>• suivent les protocoles de recherche approuvés par un comité d'éthique; et/ou</li> <li>• consultent leurs pairs et suivent les pratiques de ces derniers.</li> </ul>	
<b>Considérations liées à l'infrastructure :</b>			
<b>(1) Quelles sont les exigences en matière de sécurité et</b>	La prise de doses observées exige la présence de drogues contrôlées sur place. Les règles de la LRCDAS et du RS établissent des exigences minimales en	Non applicable aux programmes où les ordonnances sont distribuées dans une pharmacie communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) – Règlement sur les</i></li> </ul>

Table 3-2 – Considérations réglementaires s’appliquant aux doses observées et non observées

Question	Doses observées	Doses non observées	Législation/ réglementation et surveillance
<b>d’entreposage?</b>	<p>matière de sécurité<sup>1</sup> pour les distributeurs autorisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zone sécurisée pour l’entreposage et la préparation des médicaments qui ne sont pas accessibles aux patients ou aux personnes de l’extérieur, y compris des coffres-forts boulonnés, des armoires à stupéfiants verrouillées).</li> <li>• Systèmes de gestion de la documentation et des stocks.</li> </ul> <p>De plus, Santé Canada a développé des lignes directrices pour à l’intention des pharmaciens communautaires pour minimiser la possibilité de détournement de substances contrôlées de leurs établissements<sup>2</sup>, notamment: mesures de sécurité, procédures de destruction, inventaire et rapprochement, et les pratiques de tenue des dossiers.</p>	<p>Pour ceux qui effectuent la distribution de médicaments d’ordonnance sur place, mais qui n’observent pas la consommation, voir la colonne <i>Doses observées</i>.</p>	<p><i>stupéfiants (RS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle</li> <li>• Règlements provinciaux et territoriaux sur la santé et la sécurité</li> <li>• Lignes directrices sur le TAOi<sup>3</sup>.</li> </ul>
<b>(2) Quelles sont les autres considérations en matière d’espace?</b>	<p>Zones de consommation et de relaxation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salle réservée avec entrée contrôlée qui offre de l’espace pour l’injection supervisée;</li> <li>• Table/banc avec surface facile à nettoyer (c.-à-d. pas de bois);</li> <li>• Sièges faciles à déplacer et à nettoyer;</li> <li>• Aire d’entreposage des effets personnels des clients pour prévenir le détournement;</li> <li>• Zone confortable pour la surveillance après la consommation.</li> </ul> <p>Aire d’entreposage du matériel d’injection.</p>	<p>Aire d’entreposage des garrots, des stériles, des filtres, des seringues de diverses jauges et d’autres dispositifs d’injection plus sûrs.</p> <p>Référer les clients aux services de consommation supervisée ou de prévention des surdoses, leur fournir de l’information sur les pratiques de consommation plus sanitaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règlements provinciaux et territoriaux sur la santé et la sécurité.</li> <li>• Lignes directrices sur le TAOi.</li> <li>• Pratiques exemplaires en matière de réduction des méfaits<sup>4</sup>.</li> </ul>
<b>(3) Comment les doses</b>	<p>Pour les produits injectables, une pharmacie doit être sur place ou dans la collectivité et doit répondre aux</p>	<p>Les doses de produits injectables sont préparées dans une pharmacie qui respecte la réglementation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRC DAS-RS-<i>Règlement sur les</i></li> </ul>

**Table 3-2 – Considérations réglementaires s’appliquant aux doses observées et non observées**

Question	Doses observées	Doses non observées	Législation/ réglementation et surveillance
<b>sont-elles préparées?</b>	<p>exigences professionnelles et provinciales ou territoriales en matière de préparation.</p> <p>La préparation sur place exige l’intervention de professionnels de la santé autorisés.</p> <p>La question de savoir qui écrase et prépare les comprimés pour l’injection doit être abordée. À l’heure actuelle, les infirmières ne sont autorisées à le faire qu’en suivant un protocole de recherche approuvé.</p> <p>Système de surveillance nécessaire pour assurer un temps minimal entre les doses.</p>	<p>Les comprimés peuvent être distribués dans une pharmacie communautaire qui ne fait pas de préparation.</p> <p>Les clients préparent leur dose de comprimés pour la consommation (p. ex., pour l’injection, l’inhalation, l’utilisation intranasale).</p>	<p><i>nouvelles catégories de praticiens (RNCP).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>
<b>(4) Qui administre les doses?</b>	<p>Les clients s’administrent leurs propres doses.</p> <p>Dans les cas où un client ne peut pas s’injecter, les infirmières peuvent être autorisées à administrer des injections intramusculaires ou sous-cutanées – <i>vérifier auprès des ordres de réglementation des provinces et des territoires.</i></p>	<p>Les clients s’administrent leurs propres doses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS-RS-RNCP.</li> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>

**Table 3-2 – Considérations réglementaires s’appliquant aux doses observées et non observées**

Question	Doses observées	Doses non observées	Législation/ réglementation et surveillance
<b>(5) Quelles sont les exigences en matière de dotation?</b>	<p>Professionnels de la santé qualifiés ou personnel formé et supervisé pour l’évaluation préalable et postérieure, l’administration de la bonne dose et la supervision des injections autoadministrées.</p> <p>Accès à des professionnels de la santé qualifiés et à du personnel formé 7 jours par semaine, 365 jours par année.</p> <p>Travailleurs de soutien, comme les travailleurs pairs, les travailleurs de réduction des méfaits, les intervenants communautaires et les chargés de cas.</p>	<p>Accès à un prescripteur d’approvisionnement plus sécuritaire, y compris un remplaçant pour assurer la continuité des soins en cas d’absence du prescripteur principal.</p> <p>Les programmes n’ont pas à fonctionner sept jours par semaine, 365 jours par année. Il faut s’assurer que la pharmacie a une ordonnance pour les jours où le programme est fermé.</p> <p>Travailleurs de soutien, comme les travailleurs pairs, les travailleurs de réduction des méfaits, les intervenants communautaires et les chargés de cas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS-RS-RNCP.</li> <li>• Lignes directrices sur le TAOi (peuvent être adaptées pour des objectifs d’approvisionnement plus sécuritaire).</li> <li>• Pratiques exemplaires en matière de services de réduction des méfaits<sup>5</sup>.</li> </ul>
<b>Autres considérations :</b>			
<b>(1) Titrage</b>	Le titrage observé est conforme aux programmes de doses observées. Cependant, ce n’est pas tout le monde qui a besoin d’un programme de titrage complet.	Certains modèles flexibles permettent l’auto-titrage, et d’autres suivent un protocole de titrage non observé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> <li>• Les lignes directrices sur le TAOi peuvent être adaptées pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire.</li> </ul>
<b>(2) Horaire de dosage</b>	Peut offrir un horaire de dosage fixe ou flexible avec une durée minimale définie entre les doses (p. ex., jusqu’à 5 fois par jour, au moins 1 heure entre les doses).	La prise de doses non observées offre aux clients un horaire de dosage flexible, avec des périodes d’attente recommandées entre les doses. Les clients prennent leur approvisionnement quotidien et l’utilisent au	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>

**Table 3-2 – Considérations réglementaires s’appliquant aux doses observées et non observées**

Question	Doses observées	Doses non observées	Législation/ réglementation et surveillance
	Les horaires de dosage sont liés aux heures d’ouverture du programme.	besoin. Les doses ne sont pas liées aux heures de fonctionnement du programme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lignes directrices sur le TAOi peuvent être adaptées pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire.</li> </ul>
<b>(3) Détournement</b>	<p>On croit que les doses observées réduisent le détournement, en conjonction avec les procédures de sécurité (p. ex., entreposage sécuritaire, aire séparée où les clients peuvent entreposer leurs effets personnels).</p> <p>Voir ci-dessus : <i>Considérations liées à l’infrastructure, n° 1 : Exigences en matière de sécurité et d’entreposage</i></p>	Les préoccupations liées au détournement sont plus grandes dans le cas des programmes offrant des doses non observées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS et RS</li> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> <li>• Règlements provinciaux et territoriaux sur la santé et la sécurité</li> <li>• Les lignes directrices sur le TAOi peuvent être adaptées pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire.</li> </ul>
<b>(4) Besoins individuels des clients</b>	Il faut faire preuve de jugement clinique pour déterminer si des doses observées sont nécessaires, par exemple, pour les clients qui consomment aussi de l’alcool ou des benzodiazépines, qui ont des problèmes de santé complexes ou qui ont de la difficulté avec la stabilité.	<p>Il faut faire preuve de jugement clinique pour déterminer si des doses non observées conviennent aux clients.</p> <p>La prise de doses non observées peut favoriser l’engagement des clients envers l’emploi, les études et les soins aux enfants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> <li>• Les lignes directrices sur le TAOi peuvent être adaptées pour assurer un approvisionnement plus sécuritaire.</li> </ul>

---

<sup>1</sup> Santé Canada. *Directive sur les exigences en matière de sécurité physique pour les substances désignées (Exigences en matière de sécurité physique des substances désignées entreposées chez les distributeurs autorisés)*. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/substances-controlees-precurseurs-chimiques/directive-exigences-matiere-securite-physique-substances-designees-exigences-matiere-securite-physique.html>

<sup>2</sup> Santé Canada (2019) Lignes directrices recommandées dans les domaines de la sécurité, du rapprochement des stocks et de la tenue de dossiers à l'intention des pharmaciens communautaires. Extrait de [https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires\\_FR.pdf](https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires_FR.pdf)

<sup>3</sup> British Columbia Centre on Substance Use (2017). *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder*. Extrait de <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf>

<sup>4</sup> Strike, C., Hopkins, S., Watson, T.M., Gohil, H., Leece, P., Young, S., Buxton, J., Challacombe, L., Demel, G., Heywood, D., Lampkin, H., Leonard, L., Lebounga Vouma, J., Lockie, L., Millson, P., Morissette, C., Nielsen, D., Petersen, D., Tzemis, D., et N. Zurba (2013). *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : partie 1*. Toronto (Ontario) : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Extrait de : <https://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits#partie1>

<sup>5</sup> Strike, C., Watson, T.M., Gohil, H., Miskovic, M., Robinson, S., Arkell, C., Challacombe, L., Amlani, A., Buxton, J., Demel, G., Gutiérrez, N., Heywood, D., Hopkins, S., Lampkin, H., Leonard, L., Lockie, L., Millson, P., Nielsen, D., Petersen, D., Young, S., et N. Zurba. (2015). *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : partie 2*. Toronto (Ontario) : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Extrait de <https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2-fre.pdf>

### 3.1.3 *Considérations relatives à la conception du modèle de service dans les régions rurales et éloignées*

Les habitudes en matière de consommation de substances, le marché des drogues illégales, la disponibilité des services et des ressources et les réactions socioculturelles à la consommation de substances peuvent être très différents dans les régions éloignées et rurales. Certaines collectivités et leurs dirigeants pourraient être sensibilisés au rôle des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire pour la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues illégales. Un élément essentiel à la réussite d'un programme dans certaines collectivités rurales et éloignées consiste à obtenir l'approbation et le soutien des dirigeants et à s'occuper des déterminants culturels et sociaux de la santé.

L'accès aux services de réduction des méfaits et de soins primaires peut être plus difficile dans les régions rurales et éloignées. De nombreuses régions rurales signalent des pénuries de services qui se traduisent par des obstacles importants à l'accès aux soins. Dans les zones où les ressources sont rares, le modèle de pharmacie du TAOi (consommation supervisée en pharmacie, semblable à l'accès au TAO par voie orale en pharmacie communautaire) et les modèles flexibles (consommation non observée) peuvent se révéler les plus efficaces.

Voici d'autres modèles à prendre en considération, souvent en conjonction avec le modèle de pharmacie ou les modèles flexibles :

**Modèle en étoile :** Le modèle de service en étoile organise les actifs de prestation de services en un réseau constitué d'un établissement d'ancrage (carrefour) qui offre une gamme complète de services, complétée par des établissements secondaires (rayons ou satellites) qui offrent des services plus limités<sup>1</sup>. Les personnes qui ont besoin de services plus intensifs fréquentent le carrefour (p. ex., pour l'évaluation initiale et le titrage) et reçoivent un soutien et des services continus (comme la consommation observée) dans les sites secondaires. Les sites secondaires peuvent offrir des rendez-vous de groupe, ainsi qu'un suivi individuel. Ce modèle fonctionne de la même façon que le modèle de pharmacie, mais les satellites peuvent offrir un soutien et des services plus larges que ceux offerts par une pharmacie seule. Ce modèle peut également adopter une composante mobile, où les « rayons » sont des satellites mobiles.

**Télésanté :** La télésanté est un outil prometteur pour la prestation de services dans les régions rurales où il manque de fournisseurs et de services spécialisés. La télésanté mise sur la technologie pour donner accès aux services à distance en mettant les clients en contact avec des fournisseurs de services de dépistage, de counseling et d'autres services. De multiples plateformes technologiques sont utilisées : téléphones, applications pour téléphones intelligents et vidéoconférences, par exemple. Cette approche est utile non seulement pour les obstacles liés à l'éloignement des fournisseurs, mais aussi pour les préoccupations liées à la protection de la vie privée, au manque d'accès au transport et aux préoccupations relatives aux absences du travail et à la garde d'enfants. Une étude<sup>2</sup> menée auprès de personnes participant à un traitement par agonistes opioïdes dans 48 cliniques en Ontario a permis de constater que

les patients traités au moyen de services de télésanté étaient plus susceptibles de poursuivre leur thérapie que les patients traités en personne, et que le groupe qui avait utilisé à la fois les services de télésanté et les services de traitement en personne avaient des taux de maintien plus élevés que ceux qui recevaient seulement des soins en personne. Ce modèle peut être utilisé parallèlement au modèle de pharmacie.

**Services mobiles :** Les services mobiles offrent la possibilité d'amener des services, des médicaments et des professionnels de la santé dans des localités où un site fixe ne pourrait pas être soutenu de façon durable. Des recherches<sup>3</sup> suggèrent que les services mobiles atténuent les obstacles comme la distance, l'isolement social, le manque de temps et les problèmes de garde d'enfants, et sont des moyens rentables d'améliorer les résultats en matière de santé dans les collectivités mal desservies. Les services mobiles peuvent être utilisés parallèlement aux modèles de télésanté et de pharmacie.

**Services de soutien par les pairs :** Des agents de soutien pairs, formés et employés, peuvent maintenir leur présence, leur soutien et la prestation de services dans les régions qui manquent de services de santé et de services sociaux locaux. En plus de combler les lacunes en matière de services, ils peuvent aussi améliorer la légitimité et l'acceptabilité du programme. L'emploi de pairs contribue aux déterminants sociaux de la santé de ceux-ci (voir la **section 4.5**) en leur fournissant un revenu et un emploi, et il peut étendre la portée des services aux membres de la collectivité qui n'avaient pas de contacts avec les services auparavant. Les travailleurs pairs de la collectivité locale comprendront et partageront les similitudes culturelles qui peuvent contribuer à accroître la confiance et la volonté de participer aux services.

---

<sup>1</sup> Elrod, J.K. et J.L. Fortenberry Jr. (2017). « The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well ». *BMC Health Services Research*, 17(Suppl 1):457. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2341-x>

<sup>2</sup> Eibl, J.K., Gauthier, G., Pellegrini, D., Daiter, J., Varenbut, M., Hogenbirk, J.C., et D.C. Marsh. (2017). « The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting ». *Drug and Alcohol Dependence*, 176, 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.048>

<sup>3</sup> Stephanie W.Y. Yu, Caterina Hill, Mariesa L. Ricks, Jennifer Bennet et Nancy E. Oriol. (2017). « The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review ». *International Journal for Equity in Health*, 16, 178. [10.1186/s12939-017-0671-2](https://doi.org/10.1186/s12939-017-0671-2)

### 3.1.4 Étude de cas sur un projet pilote d'approvisionnement plus sécuritaire en cours

#### **Programme du site de prévention des surdoses de la Portland Hotel Society (PHS) – un exemple de modèle de TAOi amélioré**

**Programme de traitement par agonistes opioïdes (TAO) par injection de comprimés** – un programme de traitement qui comprend des objectifs d'approvisionnement plus sécuritaire, c.-à-d., la fourniture d'un opioïde pharmaceutique pour réduire la consommation de drogues illégales.

La PHS a lancé un programme pour les personnes qui ont une dépendance aux opioïdes et qui n'ont pas bien réagi aux traitements par agonistes opioïdes à prise orale comme la méthadone, le Suboxone® ou le Kadian®. Le programme se trouve au Centre de prévention des surdoses (CPS) Molson. Les heures d'ouverture sont de 13 h à 22 h.

**Le programme :** Les participants reçoivent 2 comprimés d'hydromorphone broyés de 8 mg à injecter ou à prendre par voie orale au CPS Molson jusqu'à 5 fois par jour au besoin, avec une heure minimum entre les doses. Il n'y a pas de dose à emporter à la maison. Il s'agit d'un programme pilote qui est en cours d'évaluation.

#### **Pour être admissibles, les personnes doivent :**

- Avoir reçu un diagnostic de trouble de consommation d'opioïdes;
- Avoir déjà essayé sans succès des formules de méthadone, du Kadian® ou du Suboxone®;
- Être disposées à faire un suivi auprès du médecin et de l'équipe clinique;
- Être disposées à signer des formulaires de consentement.

#### **Règles du programme :**

- Il faut s'injecter ou prendre sa dose au CPS Molson;
- Aucun mélange avec d'autres drogues de rue (les doses doivent être séparées);
- Pas d'injection dans l'aîne ou la veine jugulaire;
- Pas d'injection assistée;
- Être respectueux des clients et du personnel;
- Effectuer régulièrement des analyses de drogues dans l'urine.

#### **Pour s'inscrire, les personnes doivent :**

1. Remplir des documents au CPS Molson et fournir un échantillon d'urine;
2. Se faire examiner par un médecin au CPS Molson pour évaluer l'admissibilité médicale;
3. Obtenir une approbation et commencer (si l'espace le permet).

## **3.2 Sélection, obtention et exécution des ordonnances des médicaments réglementés pour des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire**

La présente section fournit des renseignements sur la sélection et l'obtention d'opioïdes et de stimulants de qualité pharmaceutique réglementés comme solutions de rechange à l'approvisionnement en drogues illégales toxiques. Bien que la décision concernant le médicament qui convient le mieux à une personne soit prise entre un prescripteur et le client, des questions telles que l'accessibilité, les formulations, le coût, la préparation, la dispense et les préférences influencent les drogues qui peuvent être utilisées. Cette section offre ce qui suit :

- 3.2.1** Comparaison des opioïdes réglementés de qualité pharmaceutique utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, y compris la façon de les obtenir
- 3.2.2** Renseignements sur les stimulants réglementés de qualité pharmaceutique utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire
- 3.2.3** Carte du paysage réglementaire pour l'acquisition de substances désignées via la réglementation existante

### 3.2.1 *Opiïdes pharmaceutiques réglementés utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire*

Un éventail d'opioïdes réglementés de qualité pharmaceutique sont actuellement utilisés dans l'ensemble des modèles *améliorés* et *flexibles* d'approvisionnement plus sécuritaire. Dans les programmes qui utilisent des opioïdes injectables, la diacétylmorphine et l'hydromorphone sont deux choix médicamenteux fondés sur des données probantes (fondés sur le choix du patient et le jugement du prescripteur); toutefois, l'hydromorphone est plus souvent prescrit en raison des difficultés importantes d'accès à un approvisionnement durable de diacétylmorphine (BCCSU, 2017). Les considérations liées à ces deux médicaments sont examinées ci-dessous, et une comparaison sommaire des différentes options et de leurs considérations réglementaires respectives est présentée au **tableau 3-3**.

#### **Accès**

---

- La diacétylmorphine n'est pas fabriquée au pays et peut être difficile à obtenir en raison des défis liés à l'importation et d'un approvisionnement insuffisant; cependant, Santé Canada a récemment ajouté la diacétylmorphine (nom de marque : Diaphin i.v.) à la *Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique* pour les troubles graves liés à la consommation d'opioïdes (à compter du 25 avril 2019), ce qui permet à les praticiens autorisés de prescrire la diacétylmorphine, dont la vente est autorisée dans un juridiction étrangère, mais qui n'est pas disponible au Canada.
- Santé Canada a approuvé récemment (1<sup>er</sup> mai 2019) un traitement par agonistes opioïdes injectables sous surveillance comme indication pour une marque d'hydromorphone injectable (10 mg/ml, 20 mg/ml, 50 mg/ml et 100 mg/ml); toutefois, la plupart des formulaires provinciaux ne mentionnent que l'hydromorphone à faible dose (p. ex., 10 mg/ml) et les comprimés d'hydromorphone, ce qui fait du coût un obstacle pour certains.
- Les comprimés d'hydromorphone sont offerts sous forme de médicaments de marque (Dilaudid®) et de médicaments génériques. La plupart des gens qui consomment des médicaments préfèrent le Dilaudid® parce qu'il est plus facile de l'écraser et de le préparer que les médicaments génériques.

#### **Formulation**

---

- L'hydromorphone injectable à haute puissance (p. ex., 50 mg/ml, 100 mg/ml) a été indiquée pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes et il s'agit de l'option privilégiée par les intervenants.
- Sur le plan médical, des doses plus fortes sont préférables, car il est toujours plus sécuritaire d'injecter des volumes plus faibles par voie intraveineuse.

- La prescription non indiquée sur l'étiquette de comprimés d'hydromorphone pour injection fait l'objet d'un projet pilote et d'une évaluation.

### **Préparation et l'exécution des ordonnances**

---

- L'hydromorphone injectable est distribuée soit sous forme d'ampoules à usage unique obtenues dans une pharmacie locale, soit sous forme d'un composé avancé préparé par un pharmacien formé qui se conforme aux exigences des ordres professionnels de la province ou du territoire.
- Les infirmières peuvent prélever des doses à partir d'ampoules à usage unique.
- Les ampoules à usage unique offrent une plage limitée de concentrations, ce qui fait qu'il est difficile de fournir des doses exactes sans gaspillage.
- La préparation de composés avancés, qui utilise des flacons à usages multiples, réduit le gaspillage et le risque de détournement. Toutefois, les exigences relatives aux infrastructures de préparation pourraient ne pas rendre cette option faisable pour les organisations qui n'ont pas de pharmacies intégrées ou pour les pharmacies communautaires qui ne respectent pas les exigences professionnels des provinces et des territoires.
- Les comprimés doivent être écrasés et, s'ils doivent être injectés, doivent être préparés selon les pratiques exemplaires recommandées, c.-à-d. à l'aide d'un concasseur de comprimés de haute qualité (p. ex., Silent Knight<sup>1</sup>) et d'une filtration à l'aide d'une combinaison d'un filtre à stérilisation et de coton<sup>2</sup>.
- Les projets pilotes actuels fournissent un protocole de recherche qui permet aux infirmières de préparer des comprimés pour l'injection. La question de savoir qui prépare les comprimés pour les injections devra être clarifiée avec les ordres professionnels ou par l'établissement de lignes directrices sur l'approvisionnement plus sécuritaire.

### **Coûts**

---

- La plupart des formulaires provinciaux ne mentionnent que l'hydromorphone à faible puissance (p. ex., 10 mg/ml), et les programmes ont constaté que les clients ont besoin de très grands volumes pour respecter leur dose optimale ou ils doivent utiliser des comprimés.
- Il y a des différences considérables dans les coûts des médicaments d'ordonnance selon la personne qui les achète. Les hôpitaux sont en mesure de négocier des ententes d'achat et peuvent donc acheter à des prix beaucoup plus bas que les pharmaciens communautaires.
- Les flacons à doses multiples nécessitant une préparation avancée sont souvent moins chers et réduisent le gaspillage et le risque de détournement; toutefois, cette option n'est pas offerte aux établissements qui n'ont pas de pharmacie sur place, à moins qu'ils n'aient sur place des professionnels de la santé qui sont autorisés par la réglementation provinciale à préparer des composés.

### Risques pour la santé

---

- Les comprimés d'hydromorphone par voie orale (qui sont broyés, préparés, puis injectés) sont considérablement moins chers que l'hydromorphone injectable; cependant, les ordres professionnels ont exprimé des préoccupations au sujet de l'injection d'une drogue qui est conçue pour la prise orale seulement, en raison des risques non définis pour la santé, même si des études<sup>9</sup> laissent maintenant entendre que la filtration combinée à l'aide d'un filtre Sterifilt et d'un filtre en coton est une pratique efficace de réduction des méfaits (voir la **section 2** : Examen des données probantes).
- Les personnes qui s'injectent des comprimés d'hydromorphone disent préférer le Dilaudid® (nom de marque) aux comprimés génériques, affirmant que le Dilaudid® est plus facile à écraser et à préparer. Les comprimés à libération immédiate sont préférables aux comprimés à libération prolongée. Les comprimés à libération prolongée ont un revêtement cireux et produisent souvent une gelée, ce qui peut accroître les risques pour la santé de l'injection de ces comprimés par rapport au Dilaudid®.
- Il existe des types d'équipement privilégiés pour préparer les comprimés pour l'injection : un concasseur de comprimés et des filtres sont mis à l'essai pour voir si, dans des environnements contrôlés, l'injection de comprimés n'est pas aussi risquée qu'on le pensait (p. ex., risques d'endocardite, d'abcès, de lésions veineuses).

### Détournement

---

- On craint que les comprimés à prise orale soient plus facilement détournés. Dans le cadre d'une étude pilote menée actuellement à Vancouver sur un programme d'injection de comprimés observée, les infirmières doivent écraser et préparer les comprimés pour l'injection et ajouter de 8 à 10 gouttes d'eau stérile pour humecter la poudre (pour prévenir le détournement), conformément au protocole de recherche. Comme il a été mentionné précédemment, la question de savoir qui prépare les comprimés pour l'injection doit être abordée par l'établissement de lignes directrices ou par les ordres de réglementation professionnelle.

### **Obtention d'hydromorphone** (les renseignements suivants sont adaptés des lignes directrices sur le TAOi de 2017 de la Colombie-Britannique)

Il y a deux façons d'obtenir de l'hydromorphone, soit par la préparation de composés avancés et de doses dans une pharmacie conforme aux exigences professionnelles de la province ou du territoire, soit par la distribution de flacons à usage unique par une pharmacie locale. Les doses préparées à l'aide de composés avancés permettent une date de péremption allant jusqu'à neuf jours si les seringues sont réfrigérées, et jusqu'à 30 heures si elles sont à la température de la pièce. Des doses de 50 mg/ml

d'hydromorphone sont offertes en flacons à usage unique. Les pratiques exemplaires et les normes établies pour la préparation et la manipulation des injections doivent être suivies. Pour obtenir des renseignements sur la préparation des injections et la prescription d'hydromorphone injectable, veuillez consulter :

British Columbia Centre on Substance Use (2017) ***Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder***. Accessible à l'adresse :  
<http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf>

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). *National Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder Clinical Guideline*.  
Publié le [pas encore publié].

---

<sup>1</sup> Broyeur de pilules Silent Knight : [http://shop.gohcl.com/Customer/hecalo/specpages/7423-01\\_Instructions.pdf](http://shop.gohcl.com/Customer/hecalo/specpages/7423-01_Instructions.pdf)

<sup>2</sup> Noël, L., Dubé, P.-A., Tremblay, P.-Y., et Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI. (2015). *Matériel d'injection: réduire les risques chez les injecteurs de médicaments opioïdes*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

**Table 3-3 – Obtention d’opioïdes – naviguer dans le paysage réglementaire**

Question	Diacétylmorphine (DAM)	Hydromorphone (HDM injectable)	Comprimés d’hydromorphone (HDM)	Législation/ réglementation et surveillance
<b>Est-ce légal au Canada et indiqué pour les troubles liés à la consommation d’opioïdes (TCO)?</b>	Oui. Elle figure actuellement sur la <i>Liste des drogues utilisées pour des besoins urgents en matière de santé publique</i> pour les TCO dans toutes les administrations du Canada.	Oui. L’hydromorphone injectable à faible et à haute puissance est indiquée pour les TCO.	Non. Les comprimés d’hydromorphone ne sont pas indiqués pour les TCO. Ils sont utilisés à des fins non indiquées sur l’étiquette.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> (LRCDAS) et <i>Règlement sur les stupéfiants</i> (RS).</li> <li>• <i>La Loi sur les aliments et drogues</i> (LAD) et le <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> (RAD).</li> </ul>
<b>Est-ce produit au Canada?</b>	Non	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS-RS</li> <li>• LAD et RAD</li> </ul>
<b>Est-ce couvert par la plupart des formulaires provinciaux ?</b>	Non. Les personnes peuvent demander une couverture dans le cadre des programmes provinciaux de couverture des coûts.	<p>Non. L’hydromorphone à haute puissance n’est pas couverte par la plupart des formulaires provinciaux. Les personnes peuvent présenter une demande dans le cadre des programmes provinciaux de couverture des coûts.</p> <p>Oui. La plus faible puissance (p. ex., 10 mg/ml) est couverte.</p>	<p>Oui. Il peut y avoir des plafonds ou des limites sur les quantités couvertes.</p> <p>Non indiqué pour l’injection ou pour les TCO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Législation provinciale.</li> </ul>
<b>Qui peut en prescrire?</b>	Les médecins et le personnel infirmier praticien ayant reçu une formation sur les ordonnances pour les TCO.		Médecins et infirmières praticiennes. (Les exigences en matière de formation sur la prescription pour les TCO peuvent varier selon la province ou le territoire.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS-RS.</li> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>
<b>Exigences relatives aux ordonnances</b>	Exige une ordonnance écrite signée et datée par un praticien et la signature du praticien, s’il n’est pas connu par le pharmacien, doit être vérifié par le pharmacien.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• LRCDAS-RS.</li> </ul>

**Table 3-3 – Obtention d’opioïdes – naviguer dans le paysage réglementaire**

Question	Diacétylmorphine (DAM)	Hydromorphone (HDM injectable)	Comprimés d’hydromorphone (HDM)	Législation/ réglementation et surveillance
<b>Transport et entreposage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon la province ou le territoire, une infirmière praticienne ou une infirmière peut transporter des substances désignées.</li> <li>• Les exigences en matière d’entreposage pour les distributeurs autorisés sont les mêmes pour tous les stupéfiants, telles qu’elles sont énoncées dans les <i>Exigences en matière de sécurité des substances désignées entreposées chez les distributeurs autorisés</i> (y compris : coffre-fort boulonné, gestion des stocks, etc.).</li> <li>• Voir : <a href="https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/substances-controlees-precurseurs-chimiques/directive-exigences-matiere-securite-physique-substances-designees-exigences-matiere-securite-physique.html">https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/substances-controlees-precurseurs-chimiques/directive-exigences-matiere-securite-physique-substances-designees-exigences-matiere-securite-physique.html</a></li> <li>• Santé Canada a développé des lignes directrices pour à l’intention des pharmaciens communautaires pour minimiser la possibilité de détournement de substances contrôlées de leurs établissements, notamment: mesures de Sécurité, procédures de destruction, inventaire et rapprochement, et les pratiques de tenue des dossiers.<sup>1</sup></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> <li>• LRCDas, RS, RNCP.</li> </ul>
<b>Exigences relatives à la préparation</b>	Oui. Exige une pharmacie de préparation conforme aux exigences professionnelles de la province ou du territoire.	Oui. Pour la préparation de composés avancés, la pharmacie doit se conformer aux règlements professionnels de la province ou du territoire en matière de préparation. Vérifier auprès de l’ordre de la province ou du territoire si les infirmières peuvent préparer des composés sur place.	s.o.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle (soins infirmiers, pharmacie).</li> </ul> <p>Remarque : L’Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) fournit des normes modèles pour la préparation de composés, mais les exigences sont établis et appliqués par les ordres provinciaux. Les exigences peuvent être fondés sur les normes modèles de l’ANORP.</p>
<b>Qui peut préparer les doses?</b>	Les pharmaciens formés qui travaillent dans les pharmacies qui se conforment aux exigences professionnels de la province ou du territoire en matière de préparation. Les infirmières peuvent préparer des doses à partir d’ampoules à usage unique conformément aux règlements des ordres.		C’est compliqué. Les normes de pratique actuelles n’appuient pas la prescription de comprimés pour injection. Les protocoles de recherche peuvent permettre aux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>

<sup>1</sup> Santé Canada (2019) Lignes directrices recommandées dans les domaines de la sécurité, du rapprochement des stocks et de la tenue de dossiers à l’intention des pharmaciens communautaires. Extrait de [https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires\\_FR.pdf](https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires_FR.pdf)

**Table 3-3 – Obtention d’opioïdes – naviguer dans le paysage réglementaire**

Question	Diacétylmorphine (DAM)	Hydromorphone (HDM injectable)	Comprimés d’hydromorphone (HDM)	Législation/ réglementation et surveillance
			infirmières de préparer des pilules pour l’injection en les écrasant et en fournissant des filtres à stérilisation et à coton.	
<b>Qui peut administrer les doses?</b>	Professionnels de la santé. Varie selon la province ou le territoire. Peut seulement permettre l’injection intramusculaire ou sous-cutanée, ou pas du tout.	Professionnels de la santé. Varie selon la province ou le territoire. Peut seulement permettre aux infirmières d’injecter par voie intramusculaire ou sous-cutanée, ou pas du tout.	<i>Voir ci-dessus.</i> À l’heure actuelle, les ordres professionnels n’appuient pas l’utilisation de comprimés pour l’injection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordres de réglementation professionnelle.</li> </ul>
<b>Points de vue des intervenants</b>	<p><b>Fournisseurs de services :</b> Très intéressés parce qu’elle a été jugée supérieure à la méthadone<sup>2</sup>, mais il y a trop de préoccupations en matière de réglementation et d’approvisionnement.</p> <p><b>Personnes qui consomment des drogues :</b> Très intéressés.</p>	<p><b>Fournisseurs de services :</b> L’hydromorphone est perçue comme n’étant pas inférieure à la diacétylmorphine<sup>3</sup>. Plus grande confiance que les comprimés; préoccupation au sujet du volume nécessaire lorsque seulement 10 mg/ml sont inscrits sur les formulaires.</p> <p><b>Personnes qui consomment des drogues:</b> Très intéressés.</p>	<p><b>Fournisseurs de services :</b> Les ordres professionnels ont des préoccupations en matière de réglementation (écrasement des comprimés pour injection); préoccupation concernant le nombre de comprimés requis pour correspondre aux doses requises; préoccupations relatives au détournement.</p> <p><b>Personnes qui consomment des drogues :</b> Déclarent une préférence pour la marque Dilaudid® parce qu’ils disent que la forme générique ne cuit pas de la même façon et qu’elle donne un high différent.</p>	

<sup>2</sup> Voir la section 2 : *Examen des données probantes.*

<sup>3</sup> Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marchand, K., Macdonald, S., Lock, K., et coll. (2016). « Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence ». *JAMA Psychiatry*, 73(5), 447–9.

### **3.2.2 Stimulants pharmaceutiques réglementés utilisés dans les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire**

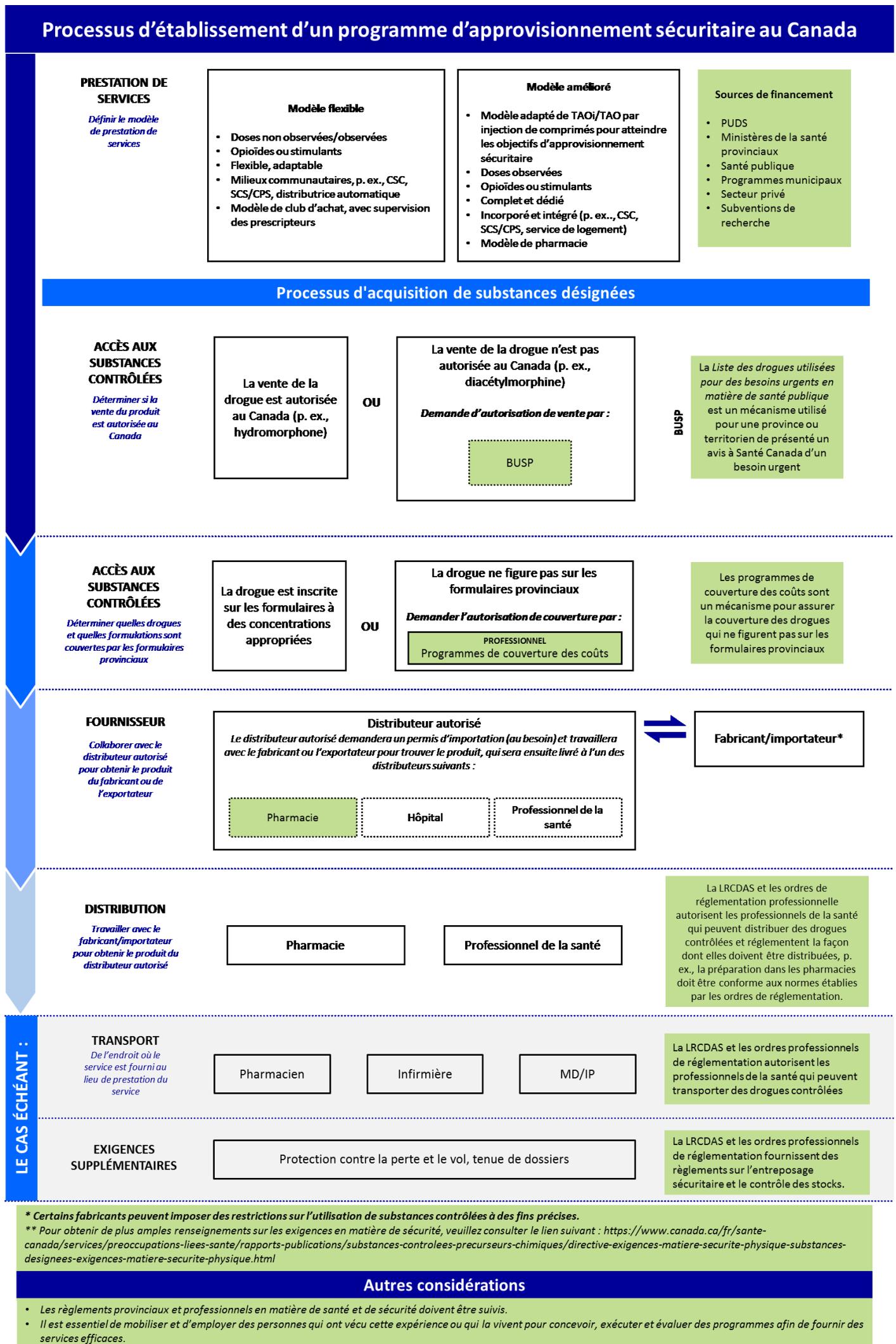
Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'approvisionnement plus sécuritaire a également discuté de la nécessité des solutions de rechange réglementaires pour les personnes qui consomment des stimulants comme la cocaïne, le crack et la méthamphétamine en cristaux. Bien que les recherches sur les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire en stimulants ne soient pas aussi robustes que les recherches sur les traitements par agonistes opioïdes oraux ou injectables, on s'intéresse de plus en plus à l'utilisation de stimulants pharmaceutiques comme thérapie de substitution.

Les gens peuvent utiliser des stimulants seuls ou avec des opioïdes. La culture de l'utilisation de stimulants, dans laquelle les stimulants sont fumés ou injectés, et dans laquelle la consommation est souvent concentrée durant des périodes de consommation excessive, n'est pas aussi facile à reproduire dans des programmes de stimulants plus sûrs.

La polyconsommation de substances est également répandue : les opioïdes peuvent aider une personne qui a consommé des stimulants à se calmer plus doucement, et les stimulants peuvent aider les personnes qui consomment des opioïdes à rester éveillées et à profiter de leur effet euphorisant. Il faut tenir compte de ces habitudes de consommation et de la dépendance à l'égard de l'approvisionnement en drogues illégales lorsqu'on conçoit des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire. La consultation des personnes qui consomment des drogues aidera à déterminer quels médicaments sont utilisés et de quelle façon, et cette consultation peut éclairer les décisions sur la prescription de stimulants, y compris les formulations.

Parmi les médicaments pharmaceutiques qui sont actuellement prescrits comme traitement de remplacement des stimulants, mentionnons le Vyvanse (dimésylate de lisdexamfétamine), l'Adderall, la dexadrine, le méthylphénidate et le modafinil. Ils sont couverts par la plupart des formulaires.

### 3.2.3 Carte du paysage réglementaire pour l'acquisition de substances désignées



### 3.3 Considérations relatives aux protocoles et aux politiques opérationnels et cliniques

Il existe maintenant plusieurs documents d'orientation qui peuvent servir de modèles pour les protocoles et les politiques, y compris les considérations opérationnelles et l'orientation clinique. Les lignes directrices suivantes sur le TAOi peuvent être adaptées aux programmes d'approvisionnement plus sécuritaire :

British Columbia Centre on Substance Use (2017) ***Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder***. Accessible à l'adresse : <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf> (en anglais seulement)

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). *National Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder Clinical Guideline*. [pas encore publié]. Accessible à l'adresse : <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/> (en anglais seulement)

#### 3.3.1 Politiques opérationnelles

La liste suivante vise à déterminer les différentes facettes des opérations des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire qui nécessitent l'élaboration de politiques et de protocoles.

##### A. Admissibilité

- a. Critères d'admissibilité
- b. Évaluation de l'admissibilité

Les programmes devraient définir la population cible et les critères d'admissibilité, y compris des facteurs comme le niveau de risque, la stabilité, l'âge, la consommation de substances et le lien avec les programmes et les services. En plus de définir les critères d'admissibilité, il faudrait élaborer des politiques sur la façon dont les critères seront évalués.

##### B. Évaluations médicales

- a. Évaluation par un prescripteur (c.-à-d. infirmier praticien ou médecin)
- b. Évaluation par un infirmier

En plus d'évaluer l'admissibilité au programme, les clients éventuels devraient être évalués sur le plan médical à l'aide d'outils d'évaluation clinique.

##### C. Droits et responsabilités des clients et ententes de services

Les droits et responsabilités des clients et les règles générales d'accès aux services doivent être clairement définis. Les ententes de service peuvent contenir des droits et des responsabilités

standards qui s'appliquent à tous les clients en tout temps, y compris les attentes en matière de protection des renseignements personnels conformément aux lois provinciales sur la protection des renseignements personnels sur la santé, la confidentialité et le droit d'être traité avec respect et dignité. Les ententes de service peuvent également être des plans de soins personnalisés, y compris des ententes négociées entre les fournisseurs de services et les clients pour des situations particulières, comme les privilèges de « transport ».

#### **D. Responsabilités générales et règles pour tout le personnel**

Les politiques et les procédures, les attentes et les responsabilités doivent être clairement définies pour tout le personnel, y compris un calendrier défini pour l'examen régulier et la révision des politiques.

- a. Protocoles de collecte et de documentation des données
- b. Maintien de protocoles en matière d'espace propre et sécuritaire
- c. Politiques d'accès et de sécurité
- d. Protocoles d'évaluation des personnes intoxiquées
- e. Politiques sur les conditions de refus de service
- f. Politiques sur les recommandations vers des services supplémentaires
- g. Politiques d'intervention en cas de crise et de conflit
- h. Protocoles et procédures de sécurité
- i. Protocoles de santé et sécurité au travail

#### **E. Les modèles de distribution des médicaments d'ordonnance et de consommation sur place doivent comprendre des politiques visant à répondre aux exigences réglementaires, notamment :**

- a. Protocoles d'entreposage des médicaments
- b. Protocoles de préparation et d'administration des médicaments
- c. Politique et procédure de surveillance des injections et des doses prises devant témoin
- d. Politiques relatives à l'aide désignée pour l'injection, y compris les formulaires de consentement à signer par le client et l'assistant désigné
- e. Disposition de déchets de l'équipement d'injection
- f. Politiques de lutte contre les infections
- g. Évaluation et procédure en cas d'intoxication aux opioïdes
- h. Protocoles pour les surdoses et les urgences médicales
- i. Politiques visant à réduire le risque de détournement
  - Nombre de médicaments et d'injections, politiques de contrôle des stupéfiants (réception, retour, préparation, la distribution des médicaments d'ordonnance, déchets)
  - Doses prises devant témoin (en personne ou par caméra)
  - Pour les comprimés à injecter, humecter les comprimés broyés/en poudre en ajoutant 8 à 10 gouttes d'eau stérile aux comprimés broyés/en poudre
  - Pour les comprimés à ingérer, ajouter des comprimés broyés/en poudre à de la sauce aux pommes ou du pouding

- Pour fournir de la morphine orale à libération lente (Kadian®), ouvrir les capsules et mettre les billes dans du pouding ou de l'eau
- Aucun effet personnel dans l'espace de consommation
- Surveillance générale de tous les clients

## F. Sécurité générale

Des protocoles, des politiques et des procédures sont nécessaires pour les éléments suivants :

- Sécurité des biens
- Santé et sécurité des clients et du personnel
- Gestion des comportements difficiles
- Interventions en cas d'urgence

### 3.3.2 Protocoles cliniques

Des protocoles cliniques sont requis et doivent être élaborés conformément aux lignes directrices et aux exigences réglementaires, aux normes professionnelles de soins, aux pratiques exemplaires, aux protocoles de recherche approuvés par les comités d'éthique et aux pratiques fondées sur des données probantes émergentes.

Il existe deux documents d'orientation pour les protocoles cliniques de traitement par agonistes opioïdes par injection supervisée (TAOi), soit :

British Columbia Centre on Substance Use (2017) **Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder**. Accessible à l'adresse : <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/10/BC-iOAT-Guidelines-10.2017.pdf> (en anglais seulement)

Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). *National Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder Clinical Guideline*. [pas encore publié]. Accessible à l'adresse : <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/> (en anglais seulement)

Les protocoles cliniques comprennent généralement les éléments suivants, sans s'y limiter :

1. Obtention, entreposage et disposition de déchets des médicaments<sup>1</sup>
2. Évaluation de l'admissibilité médicale
3. Évaluations de la santé et soins infirmiers
4. Choix de la dose
5. Protocoles d'initiation et de réinitialisation, y compris les protocoles de titrage et les calendriers de dosage
6. Co-ordonnance de TAO par voie orale
7. Équivalents posologiques avec la méthadone orale et la morphine orale à libération lente (SROM – Kadian®)
8. Protocoles cliniques pour les femmes enceintes ou qui pourraient le devenir

9. Protocoles de dépistage des drogues dans l'urine (au besoin)
10. Protocoles pour les « doses transportées », les absences et les doses manquées
11. Directives médicales sur la prévention des surdoses
12. Directives médicales sur les autres aspects du soin
13. Gestion des crises d'épilepsie
14. Gestion des douleurs thoraciques
15. Gestion de l'anaphylaxie
16. Protocole pour les soins des tissus mous
17. Offre de services de santé supplémentaires
18. Désintensification, transition au TAO par voie orale et protocoles d'abandon
19. Transitions : hospitalisation, autre
20. Lettre à l'hôpital expliquant l'engagement des clients dans un programme d'approvisionnement plus sécuritaire
21. Continuité des soins

**En plus de ce qui précède, les modèles de distribution des médicaments d'ordonnance et de consommation sur place exigent des protocoles cliniques supplémentaires :**

1. Achat et transport d'hydromorphone ou de diacétylmorphine, y compris les politiques de livraison et de contrôle des stocks;
2. Préparation de l'hydromorphone ou de la diacétylmorphine (doit être conforme aux exigences de l'ordre professionnel);
3. Évaluations avant et après l'injection
  - L'échelle de sédation (modifiée) induite par les opioïdes de Pasero (POSS) est un outil d'évaluation de l'intoxication clinique
4. Administration de l'injection par un fournisseur de soins de santé (doit être conforme aux exigences de l'ordre professionnel);
5. Supervision des injections; et
6. Les protocoles de recherche doivent prévoir une certaine souplesse ou un protocole d'essai permettant de rajuster les doses afin de déterminer les doses optimales.

La *clinique de soins de santé Providence Crosstown* offre les ensembles de modèles d'ordonnances suivants :

1. Ordonnances
2. Ordonnances de titrage pour l'hydromorphone à dose élevée
3. Ordonnances de titrage accéléré pour l'hydromorphone à dose élevée
4. Protocole des jours manqués pour la dose d'hydromorphone à dose élevée après initiation
5. Ordonnances de titrage pour la diacétylmorphine
6. Ordonnances de jours manqués pour la dose de diacétylmorphine après initiation

---

<sup>1</sup> Nous suggérons les pharmaciens communautaires de consulter : Santé Canada (2019) Lignes directrices recommandées dans les domaines de la sécurité, du rapprochement des stocks et de la tenue de dossiers à l'intention des pharmaciens communautaires. Extrait de [https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires\\_FR.pdf](https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommand%C3%A9es%20des%20pharmaciens%20communautaires_FR.pdf)

### 3.4 Exigences liées au site et considérations relatives à la dotation

Tous les modèles nécessitent les éléments suivants :

- Une salle d'évaluation et de traitement qui sera utilisée par les médecins, les infirmières praticiennes et les infirmières pour l'évaluation et l'inscription, et par le personnel du programme pour les entrevues et le soutien;
- Une aire d'attente confortable et accueillante pour les clients;
- Espace pour entreposer une vaste gamme de fournitures, d'équipement et de troussees stériles;
- Éducation, information, ressources documentaires;
- Contenants sécuritaires pour l'élimination des objets pointus et tranchants;
- Équipement d'évaluation et de gestion des surdoses : naloxone et fournitures connexes; ivressomètre, oxymètre de pouls, moniteur de tension artérielle, oxygène et masque de soupape; et
- Infrastructure pour les dossiers médicaux et les dossiers des clients (électroniques ou autres).

Les modèles qui offrent des services de distribution des médicaments d'ordonnance et de prise de doses observées nécessitent les considérations supplémentaires suivantes :

- Entrée contrôlée dans la salle de consommation supervisée (y compris l'accompagnement du personnel);
- Espace permettant aux clients de ranger leurs effets à l'extérieur de la zone de consommation;
- Une salle de consommation/d'observation : confortable, propre, sécuritaire; pour la consommation supervisée; équipée d'une table en acier inoxydable, d'une chaise, d'un contenant pour objets pointus et tranchants, d'un désinfectant pour les mains, de lingettes antiseptiques, d'un distributeur de serviettes en papier et d'équipement d'injection stérile; et
- Une salle de « relaxation » après la consommation pour surveiller les clients.

*En conformité avec les normes de la LRCDAS et les exigences des organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux, il faut prévoir un entreposage approprié (c.-à-d. un coffre-fort boulonné [TRTL15 ou TRTL30]), les fournitures, la documentation et la gestion des stocks pour l'entreposage, la préparation et disposition de déchets des drogues. Pour de plus amples renseignements sur la sécurité de l'entreposage, veuillez consulter : Directive sur les exigences en matière de sécurité physique pour les substances désignées (Exigences en matière de sécurité physique des substances désignées entreposées chez les distributeurs autorisés), accessible à l'adresse :*

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/substances-controlees-precursseurs-chimiques/directive-exigences-matiere-securite-physique-substances-designees-exigences-matiere-securite-physique.html>

### **Considérations relatives à la dotation**

Les modèles de dotation, y compris les rôles et le nombre d'employés requis pendant les heures d'ouverture du programme, dépendront du modèle de programme d'approvisionnement plus sécuritaire et du nombre de clients inscrits. Toutefois, il y a plusieurs activités et responsabilités clés qui doivent être prises en compte, planifiées et confiées à un personnel qualifié et bien formé, notamment :

- Intégration, orientation et éducation des clients;
- Soutien continu et navigation des services (y compris la prestation de soins de santé et de services sociaux supplémentaires ou la recommandation vers de tels services); et
- Évaluations médicales et soins infirmiers.

En plus des professionnels de la santé qui ont reçu une formation professionnelle, des personnes qui consomment des drogues devraient également participer à la prestation des services et y travailler, dans la mesure du possible (voir la **section 4.5**).

Tous les membres du personnel doivent avoir reçu la formation appropriée en fonction de leur rôle et de leurs responsabilités, y compris les politiques, les protocoles et les procédures de l'organisation et du programme, et une formation sur les pratiques anti-oppression, la pratique adaptée aux traumatismes, la réduction des méfaits, la résolution non violente des conflits et les stratégies pour créer un environnement accueillant et exempt de jugement.

**Table 3-4 – Exigences opérationnelles (adapté des lignes directrices sur le TAOi de 2017 de la Colombie Britannique)**

Modèles flexibles (doses non observées)	Modèle de TAOi complet et dédié	Modèle de TAOi intégré (CSC, SCS, Logement)	Modèle de pharmacie	Exigences
				<b>Zone d'injection</b>
s.o.	X	X	X	Salle privée avec espace pour l'injection supervisée
	X	X	X	Table/banc avec une surface facile à nettoyer (c.-à-d. pas de bois)
	X	X	X	Sièges faciles à déplacer et à nettoyer
	X	X		Aire d'entreposage des effets personnels des clients pour prévenir le détournement
				<b>Entreposage et préparation</b>
X	X	X	X	Aire d'entreposage des garrots, des lingettes stériles et des seringues de diverses jauges
	X	X	X	Zone sécurisée pour l'entreposage et la préparation des médicaments qui n'est pas accessible aux patients ou aux personnes de l'extérieur
	X	X	X	Registre de suivi des flacons entrants et sortants, numéros de lot, dose utilisée et élimination de tout médicament inutilisé
				<b>Sécurité</b>
Récipients pour l'élimination des seringues	X	X	X	Élimination des seringues qui permet d'examiner et de compter les seringues avant de les placer dans un contenant de destruction
	X	X	X	Accès à la méthode de tenue de documents électronique pour consigner chaque ordonnance, les doses, les heures et les variations
	X	X	X	Système de surveillance pour assurer un minimum de 3 heures entre les doses
X	X	X	X	Équipement de réanimation
X	X	X	X	Naloxone à apporter à la maison
				<b>Exigences relatives aux pharmacies de préparation</b>
X	X	X	X	Pour la préparation de l'hydromorphone, les pharmacies doivent se conformer aux normes de pratique établies par l'ordre de réglementation. Celles-ci sont souvent fondées sur le <i>Modèle de normes relatives à la préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie</i> de l'ANORP.
				<b>Modèle de dotation</b>
	X	X	X	Professionnels de la santé qualifiés ou personnel formé et supervisé pour l'évaluation préalable et postérieure, l'administration de la bonne dose et la supervision des injections autoadministrées
			X	Tout le personnel de la pharmacie doit être formé pour suivre les politiques et les procédures en place, y compris les procédures cliniques si la pharmacie agit comme clinique
			X	Un minimum de deux employés de pharmacie doivent être disponibles en tout temps pour assurer une intervention adéquate en cas de surdose
	X	X	X	Accès à des professionnels de la santé qualifiés et à du personnel formé 7 jours par semaine, 365 jours par année

**Table 3-4 – Exigences opérationnelles (adapté des lignes directrices sur le TAOi de 2017 de la Colombie Britannique)**

Modèles flexibles (doses non observées)	Modèle de TAOi complet et dédié	Modèle de TAOi intégré (CSC, SCS, Logement)	Modèle de pharmacie	Exigences
X	X	X	X	Accès à la continuité des soins par le remplacement du prescripteur principal lorsque celui-ci est absent ou n'est pas disponible
	X	X	X	Les heures d'ouverture doivent permettre un minimum de 3 heures entre les doses (c.-à-d. jusqu'à un quart de 12 heures)
X	X	X		Travailleurs pairs ou travailleurs paramédicaux pour obtenir du soutien et établir des liens avec des organismes et des services communautaires
<b>Considérations relatives à la sécurité</b>				
	X	X	X	Supervision des injections autoadministrées pour observer pour le détournement
	X	X	X	Sécurité des stupéfiants adaptée à l'environnement et à la capacité (p. ex., coffre fort pour l'entreposage dans la collectivité, armoire verrouillée pour les stupéfiants)
			X	Coffres-forts verrouillés qui ouvrent à des heures précises
			X	Tenue à jour de l'inventaire quotidien permanent pour chaque milligramme produit, gaspillé, perdu en production, des ordonnances distribuées, pré-gaspillé, inutilisé, en attente de destruction et détruit
			X	Rapports mensuels tenant compte du nombre quotidien de ce qui précède pour assurer un rapprochement de stocks approprié
	X	X	X	Entrée contrôlée dans la salle d'injection (y compris le simple accompagnement d'un membre du personnel)
	X	X	X	Il faut faire le décompte des seringues après l'injection et avant que le client ne quitte l'installation
	X	X	X	Les exigences en matière d'étiquetage des seringues des organismes de réglementation pertinents doivent être respectées

# Section 4

## Répondre aux déterminants sociaux de la santé

## 4. Répondre aux déterminants sociaux de la santé

De nombreux facteurs complexes influent sur le début et la poursuite de la consommation de substances, notamment les contextes individuels, sociaux, culturels, économiques, politiques et sociostructurels. Ces facteurs sont souvent appelés les déterminants sociaux de la santé, et ils tiennent compte de la façon dont certaines personnes qui consomment des substances vivent une marginalisation extrême, à la fois en raison de leur consommation problématique de substances et de son interaction avec de nombreux autres facteurs, notamment la pauvreté, la criminalisation, l'instabilité du logement ou l'itinérance, l'insécurité alimentaire, le sexe, la race et les expériences de colonialisme<sup>1</sup>.

Les programmes destinés aux personnes qui consomment des drogues doivent considérer comment ils peuvent répondre aux déterminants sociaux plus généraux de la santé, comme l'alimentation, le revenu, l'inclusion sociale, le logement et le soutien social. Dans cette partie, nous suggérons des façons dont des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire peuvent répondre aux déterminants sociaux de la santé, notamment :

- 4.1 La conception de programmes à faible seuil
- 4.2 Fournir des soins tenant compte des traumatismes
- 4.3 Considérations relatives au travail avec des populations particulières
- 4.4 Assurer la continuité des soins et fournir des soins complets
- 4.5 Mobiliser et employer des personnes qui consomment des drogues

---

<sup>1</sup> Galea S., Nandi A., Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic Reviews*, 26(1): 36-52. doi.org/10.1093/epirev/mxh007

## 4.1 La conception de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire à faible seuil

L'offre de services à faible seuil est une caractéristique essentielle des programmes de réduction des méfaits et est également importante pour les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire. Pour Islam et coll.<sup>1</sup>, trois critères permettent d'évaluer que les services sont offerts à faible seuil : les personnes qui consomment des drogues sont la population cible principale, l'abstinence n'est pas obligatoire et les obstacles à l'accès aux services doivent être réduits au maximum. Des obstacles surviennent lorsque les services ne sont pas adaptés aux besoins de la population desservie. Ils peuvent survenir en raison des éléments suivants :

- Utilisation de limitations ou de restrictions de service et d'autres mesures punitives pour réagir à des comportements problématiques;
- Offre des services seulement au moyen de rendez-vous établis;
- Offre de service dans des périodes limitées et fonctionnement selon des heures restreintes; et
- Coûts associés aux services, p. ex., coûts des médicaments d'ordonnance.

### Moyens pour fournir des services à faible seuil

- Consulter les clients et établir avec eux les règles du programme, les responsabilités et les attentes, notamment les heures d'ouverture du programme. Cela peut accroître l'adhésion et établir des attentes compréhensibles et acceptables pour les clients, tout en veillant à ce que l'organisme fournisse des services qui répondent aux besoins des clients.
- Veiller à ce que les politiques, notamment les responsabilités, les attentes et les règles, soient bien communiquées et comprises. Envisager de rédiger en collaboration avec chaque client ses propres « ententes de service » (aussi appelées « ententes comportementales » ou « plans de soins ») pour renforcer les attentes et assurer sa compréhension des attentes.
- Fournir gratuitement des drogues réglementées.
- Offrir le plus grand nombre possible de programmes de halte-accueil et de rendez-vous de groupe de halte-accueil.
- Mettre l'accent sur l'engagement entre les clients et le personnel. Accorder la priorité à l'établissement de relations et au maintien d'un lieu sécuritaire, accueillant et sans jugement.

- Encourager les personnes à revenir et s'assurer de trouver des moyens de garder la porte grande ouverte pour elles.
- Chercher des façons de concevoir des espaces et de travailler avec les gens qui ressemblent moins à l'environnement clinique.
- Aider les clients à présenter des demandes de prestations de revenu pour lesquelles ils peuvent être admissibles, p. ex., prestations pharmaceutiques, indemnité de déplacement pour assister à des rendez-vous médicaux ou à des programmes.
- Utiliser des compétences comme les entrevues de motivation, la souplesse et l'adaptabilité, et dialoguer avec les clients sans attentes ni obligation de changements. L'objectif est toujours de rencontrer le client là où il se trouve.
- Réagir aux conflits et aux comportements problématiques au moyen d'interventions de crise non violentes et d'approches de justice réparatrice.
- Pour les modèles qui disposent d'espaces de consommation sur place (CCS, CPS, SCT) et de salles d'observation, réfléchir à la possibilité de permettre aux clients de consommer plus d'une substance. De nombreuses personnes qui consomment des drogues en consomment plus d'une à la fois, par exemple un stimulant et un opioïde. Discuter, lorsque cela est approprié ou nécessaire, avec le client des risques potentiels de la consommation de plusieurs substances, offrir des bandelettes d'analyse pour qu'il puisse tester une drogue illégale et l'aider à la consommer de la façon la plus sécuritaire possible.
- Le personnel devrait recevoir la formation, la supervision et le soutien appropriés pour prévenir l'épuisement professionnel qui peut entraîner des interventions réactives.

---

<sup>1</sup>Islam, M. M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A., Haber, P. S. et Day, C. A. (2013). Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for? A case study from Sydney, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 326–332. doi:10.1016/j.drugpo.2012.06.002

## 4.2 Pratique tenant compte des traumatismes

Les expériences passées, continues et actuelles de traumatisme sont fréquentes chez les personnes aux prises avec des problèmes de consommation problématique de substances. Des études suggèrent que les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances présentent des taux plus élevés de traumatismes passés et de comorbidité de trouble de stress post-traumatique que la population générale<sup>1</sup>. La pratique qui tient compte des traumatismes reconnaît l'incidence du traumatisme dans la vie des clients et cherche à éviter de traumatiser de nouveau les personnes. Elle s'appuie sur la sécurité, le choix et le contrôle pour favoriser la guérison<sup>2</sup>. La pratique qui tient compte des traumatismes est centrée sur six principes fondamentaux<sup>3</sup> :

- Sécurité
- Fiabilité et transparence
- Collaboration
- Autonomisation
- Choix
- Intersectionnalité

Les politiques et procédures de l'organisme et du programme peuvent être conçues en tenant compte de ces principes. Les ressources suivantes, recommandées dans les Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur le TAOi (2019), donnent des conseils sur la façon de travailler en utilisant une approche qui tient compte des traumatismes :

Nathoo, T., Poole, N. et Schmidt, R. (2018). *Trauma-Informed Practice and the Opioid Crisis: A Discussion Guide for Health Care and Social Service Providers*. Vancouver, Colombie-Britannique: Centre of Excellence for Women's Health. Extrait de [http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide\\_May-2018.pdf](http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide_May-2018.pdf)

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2012). *Les principes de base de... Les soins sensibles au traumatisme*.

Extrait de :

<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf>

Centre de santé communautaire Klinic. (2013). *Trauma-Informed : the Trauma Toolkit, deuxième édition*. Extrait de [https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed\\_Toolkit.pdf](https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf)

---

<sup>1</sup>Grant B.F., Saha T.D., Ruan W.J. et coll. (2016). Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 39–47. 10.1001/jamapsychiatry.2015.2132

---

<sup>2</sup> Nathoo, T., Poole, N. et Schmidt, R. (2018). Trauma-Informed Practice and the Opioid Crisis: A Discussion Guide for Health Care and Social Service Providers. Vancouver, Colombie-Britannique: Centre of Excellence for Women's Health. Extrait de [http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide\\_May-2018.pdf](http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Opioid-TIP-Guide_May-2018.pdf)

<sup>3</sup>Bowen, Elizabeth A. et Shaanta Murshid, Nadine. (2016). Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. *American Journal of Public Health, 106*(2), 223–229. Extrait de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815621/>

## 4.3 Continuité des soins et soins complets

### 4.3.1 Continuité des soins

Les besoins et les objectifs des clients des programmes d’approvisionnement plus sécuritaire peuvent changer avec le temps, et les programmes et services doivent pouvoir répondre en conséquence. Les changements peuvent nécessiter l’intensification des soins (p. ex., passage à la prise de dose sous surveillance) ou la désintensification des soins (p. ex., passage à la prise de dose sans surveillance), ou encore la reprise des soins depuis le début, au besoin, selon le jugement clinique et dans le cadre de discussions en collaboration avec des clients concernés.

Des politiques devraient garantir que l’accès des clients à des solutions de rechange réglementées sur prescription ne soit pas interrompu ou stoppé sans leur consentement. Cela comprend les politiques pour la transition des clients vers d’autres prescripteurs ainsi que celles pour les périodes de voyage, d’hospitalisation ou d’incarcération.

Dans la mesure du possible, explorer des moyens pour signaler les gens comme étant des clients de programmes d’approvisionnement plus sécuritaire. Dans certaines régions, cela pourrait être effectué au moyen de bases de données sur les soins de santé qui préviendraient automatiquement les hôpitaux et les établissements d’incarcération que les clients reçoivent des soins continus de la part de certains organismes qui offrent des substances réglementées comme solutions de rechange au marché illégal. Certains programmes délivrent aux clients des cartes d’identité avec photo qui indiquent qu’ils sont des clients de programmes d’approvisionnement plus sécuritaire. Elles peuvent être présentées à la police, au personnel des salles d’urgence ou à d’autres personnes pour assurer un accès continu à leurs substituts pharmaceutiques prescrits et à tout autre médicament (notamment le traitement par agonistes opioïdes par voie orale).

En plus de ce qui précède, les organismes qui offrent des programmes d’approvisionnement plus sécuritaire devraient sensibiliser les membres de la collectivité, comme la police, les prisons et les hôpitaux, et les informer au sujet du programme, de ce qu’il comporte, de la façon de soutenir les clients du programme et de celle de communiquer avec le personnel du programme d’approvisionnement plus sécuritaire pour discuter de la continuité des soins. Les organismes qui offrent des services d’approvisionnement plus sécuritaire devraient tenir la police informée de tout ce qui a trait au programme, notamment de tout changement apporté aux services.

### 4.3.2 Soins complets, chemins vers les soins et accès à des services supplémentaires

Les soins complets désignent la gestion intensive des cas utilisée pour fournir des soins coordonnés et complets. La littérature sur la prestation de services de gestion de cas aux personnes qui consomment des drogues, en particulier aux personnes qui consomment des drogues et/ou qui ont des problèmes de santé mentale et sont itinérantes, montre

généralement certains effets positifs sur la qualité de vie et l'accès à des services de santé particuliers<sup>1</sup>. Un examen systématique plus récent appuie également l'hypothèse que la gestion de cas améliore les résultats en matière de santé pour divers groupes de personnes, notamment les personnes qui consomment des drogues et les personnes ayant des problèmes de santé mentale<sup>2</sup>. Les études sur la gestion de cas dans les logements avec services de soutien, notamment les modèles de Logement d'abord où la personne qui occupe le logement reçoit un soutien en gestion de cas, ont également révélé qu'elle est généralement efficace pour les personnes qui consomment des drogues<sup>3,4</sup>. Toutes ces données probantes appuient la prestation d'une gestion de cas complète, quelle que soit la nature précise de la population ou quel que soit le contexte dans lequel elle est offerte.

Un très bon modèle de prestation de soins complets a été mis au point à Toronto<sup>5</sup>. Dans ce modèle, qui cible les personnes atteintes d'hépatite C, des équipes de fournisseurs de soins de santé primaires, des spécialistes du traitement de l'hépatite C, des gestionnaires de cas et des travailleurs ayant une expérience directe offrent des soins holistiques et complets à une population de personnes qui consomment encore souvent des drogues. Le programme affiche des résultats positifs en ce qui concerne l'observance et l'achèvement du traitement de l'hépatite C, ainsi qu'un engagement et une inclusion sociale accrus, auxquels s'ajoute la prise en compte d'autres déterminants sociaux de la santé<sup>6</sup>. Ce modèle est particulièrement attrayant, car il offre des services complets directement au sein des organismes qui offrent déjà des programmes de réduction des méfaits, ce qui permet de nouer rapidement une relation de confiance avec les personnes qui consomment des drogues. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire pourraient adopter ce modèle pour étendre la prestation de services aux personnes qui consomment des drogues et qui ont des besoins complexes en matière de soins.

Les chemins vers les soins renvoient à la prestation collaborative de services complets établis dans le cadre de partenariats avec divers organismes communautaires. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire devraient investir dans l'élaboration de chemins vers les soins avec les organismes communautaires afin de simplifier les processus de recommandation vers les services auxiliaires dans la collectivité, comme les soins de santé mentale, le soutien au logement, les soins primaires et le traitement de la consommation problématique de substances. C'est particulièrement important pour les programmes qui ne sont pas intégrés à des organismes offrant des services auxiliaires plus complets.

Parmi les autres services offerts aux clients des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, mentionnons :

- La gestion de cas complète/les soins complets;
- Les services de soins primaires;
- La prise en charge de la douleur chronique;
- Les soins et le soutien en matière de VIH/hépatite C;
- Les services de santé mentale;
- La podologie;

- Le soutien au logement;
- Le soutien aux soins à domicile (aide pour les activités de la vie quotidienne);
- Le soutien du revenu;
- Les programmes de halte-accueil;
- L'emploi et la formation professionnelle;
- Les services de traitement et de rétablissement de la consommation problématique de substances;
- Les soins dentaires;
- Les soins nutritionnels;
- Les programmes de loisirs sociaux;
- Les rendez-vous de groupe.

---

<sup>1</sup>Hwang S.W., Tolomiczenko G., Kouyoumdjian F.G., Garner R.E. (2005). Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311–9.

<sup>2</sup>Hwang, S. et coll. (2014). Homelessness 2 Health interventions for people who are homeless. *Lancet*, 384(9953), 1541–7.

<sup>3</sup>Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P., Daniels, A.S., Ghose, S.S. et coll. (2014). Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 287–94.

<sup>4</sup>Urbanoski, K., S. Veldhuizen, M. Krausz, C. Schutz, J.M. Somers, M. Kirst et coll. (2017). Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a Housing First intervention for homeless people with mental illness. *Addiction*, 113(1), 137–45

<sup>5</sup>Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P., et coll. (2015). Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *International Journal of Drug Policy*, 26(10), 1007-13.

<sup>6</sup>Sockalingam, S., Blank, D., Banga, C.A., Mason, K., Dodd, Z., Powis, J. (2013). A novel program for treating patients with trimorbidity: hepatitis C, serious mental illness, and active substance use. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 25(12), 1377–84.

## 4.4 Considérations relatives au travail avec des populations particulières

### Marginalisation et déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé expliquent la façon dont certaines personnes qui consomment des substances vivent une marginalisation extrême, à la fois en raison de leur consommation problématique de substances et de son interaction avec de nombreux autres facteurs, notamment la pauvreté, l'instabilité du logement ou l'itinérance, l'insécurité alimentaire, le sexe, la race, les expériences de colonialisme et la criminalisation<sup>1</sup>. Ces facteurs peuvent fortement influencer sur la santé, et leur interaction peut avoir une grande incidence sur la disponibilité des ressources et l'accès aux services sociaux et de santé pour les personnes qui consomment des drogues, ce qui crée un important problème d'équité en santé<sup>2</sup>.

Il faut porter attention aux déterminants sociaux de la santé, ainsi qu'aux déséquilibres de pouvoir qui existent entre les fournisseurs et les utilisateurs de services. De nombreuses personnes qui ont vécu de façon marginale ont été victimes de discrimination, de violence et ont fait face à certains obstacles à l'accès aux services. Par conséquent, la garantie de la sécurité est un élément essentiel pour travailler avec des personnes qui ont vécu la marginalisation. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire doivent être des espaces accueillants, sans jugement, et où la sécurité physique, émotionnelle et culturelle est favorisée. Il existe de nombreuses façons de travailler à la prestation d'un tel espace, notamment la formation appropriée de tout le personnel (ce qui inclut le personnel de soutien), l'adaptation du programme à des populations particulières, dans la mesure du possible, et l'assurance que toutes les recommandations sont effectuées vers les services appropriés. Voici quelques éléments à prendre en considération pour travailler avec des populations particulières, notamment les femmes, les jeunes, les peuples des Premières Nations et les peuples autochtones, et les personnes de la communauté LGBT2Q+.

### Femmes

Les femmes, en particulier celles qui vivent dans la rue, courent un risque élevé de surdose et sont particulièrement touchées par l'intersection des formes de marginalisation, ce qui accroît les risques de méfait et leur vulnérabilité. Des études montrent que comparativement aux hommes, les femmes qui commencent le TAOi présentent des taux plus élevés d'infections au VIH et à l'hépatite C, de consommation de cocaïne, d'expériences de violence physique et sexuelle, de tentatives de suicide, de participation au travail du sexe et de taux d'emploi plus faibles<sup>3 4</sup>. Une étude récente<sup>5</sup> portant sur un site de prévention des surdoses à Vancouver en Colombie-Britannique a révélé que les services désignés comme étant « de genre neutre » étaient souvent perçus comme des services « masculins » par les femmes, et qu'il s'agissait d'un lieu où elles étaient confrontées à du harcèlement de la part d'hommes. Pour ces raisons, des services, des espaces ou des heures réservés aux femmes devraient être offerts, dans la

mesure du possible, et l'idéal serait des recommandations les femmes vers des services auxiliaires spécialisés pour elles.

## **Jeunes**

Il est bien établi que les jeunes et les jeunes adultes sont parmi les personnes à risque de surdose et d'autres méfaits liés à la consommation de drogues illégales toxiques, et que les jeunes font face à d'importants obstacles pour accéder aux services de traitement de la consommation problématique de substances. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire doivent tenir compte du moment et de la façon dont ils interagiront avec les jeunes à risque élevé. Les jeunes sont plus susceptibles de participer à des services si ceux-ci sont adaptés spécifiquement aux jeunes. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire qui travaillent avec les jeunes devraient faire des recommandations vers les services auxiliaires axés sur les jeunes. Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux peuvent exiger une entente de pratique de collaboration et une exemption afin d'assurer la couverture de l'hydromorphone pour les jeunes.

Certains craignent que les jeunes ne soient induits en erreur par l'expression « approvisionnement plus sécuritaire ». Des études suggèrent que les jeunes perçoivent les drogues de qualité pharmaceutique comme inoffensives et qu'ils peuvent sous-estimer le risque de méfait inhérent à la consommation d'opioïdes<sup>6 7</sup>. Par conséquent, une éducation sur l'approvisionnement plus sécuritaire ciblant les jeunes est une composante importante des interventions sur l'approvisionnement plus sécuritaire.

## Communautés de Premières Nations et autochtones

Dans le cadre des activités de notre Groupe de travail, nous avons consulté des personnes qui travaillent avec les communautés de Premières Nations et les autochtones. Elles nous ont indiqué que les approches de réduction des méfaits de la consommation de substances ne sont pas toujours bien comprises ou bien accueillies dans les collectivités des Premières Nations et autochtones. Avec l'appui des aînés et des chefs, il est possible de mettre sur pied des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, si l'on se fonde sur la réussite des programmes communautaires de TAO. Les collectivités des Premières Nations ont besoin de ressources et de capacités appropriées. Dans bien des régions, il existe très peu de services de traitement de la consommation problématique de substances ou de réduction des méfaits. Par conséquent, il est important de fournir de l'information et de l'éducation sur les services de réduction des méfaits et d'approvisionnement plus sécuritaire, ainsi que de les offrir d'une manière qui tient compte des différences culturelles. Les principes et les pratiques autochtones en matière de réduction des méfaits intègrent les connaissances et les valeurs culturelles dans les stratégies et les services de réduction des méfaits. Les modèles pour les collectivités des Premières Nations et autochtones doivent aborder des questions comme les traumatismes intergénérationnels, la pauvreté et la rareté des ressources. Ils doivent tenir compte du fait que de nombreuses personnes peuvent déjà être encadrées par des systèmes qui imposent l'abstinence et les surveillent de près (p. ex., protection de l'enfance, probation). Les protocoles d'approvisionnement plus sécuritaire devraient également comprendre des protocoles spirituels créés par les aînés.

Dans la mesure du possible, les interventions visant un approvisionnement plus sécuritaire devraient être conçues, mises en œuvre et évaluées par les membres des Premières Nations ou de la communauté autochtone desservie, ou en partenariat avec eux. Les prescripteurs, les professionnels de la santé ou le personnel du programme non autochtones doivent recevoir une formation sur la sécurité et l'humilité culturelles. Diverses ressources de formation sont disponibles, en voici une liste.

### **Ressources :**

- **Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada.** Thunderbird Partnership Foundation. Accessible à l'adresse : <https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2014/02/honorer-nos-forces.pdf>
- L'instrument **Évaluation du mieux-être des Autochtones (ÉMA)** mesure le mieux-être d'un point de vue culturel et fondé sur les forces. Il démontre l'efficacité de la culture des Premières Nations en tant qu'intervention en santé dans la lutte contre la consommation problématique de substances et les problèmes de santé mentale. Accessible à l'adresse : <https://thunderbirdpf.org/about-tpf/scope-of-work/native-wellness-assessment/?lang=fr>

- **Indigenous Harm Reduction Principles and Practices: Fact Sheet** (en anglais seulement). Régie de la santé des Premières Nations. Accessible à l'adresse : <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf>

**Ressources de formation en sécurité culturelle** (recommandations fournies par l'ICRAS 2019) :

- Série nationale de formation sur la sécurité culturelle des Autochtones (en anglais seulement) : <http://www.icscollaborative.com/>
- Programme sur la sécurité culturelle des Autochtones de l'Ontario (Centre autochtone d'accès aux soins de santé de l'Ontario Sud-Ouest; en anglais seulement) <http://soahac.on.ca/ics-training/>
- Modules sur la compétence culturelle de Programme Nunavut : <https://www.cheo.on.ca/fr/clinics-services-programs/nunavut-program.aspx>
- Boîte à outils sur la compétence et la sécurité culturelles pour la région sanitaire de Saskatoon (en anglais seulement) : [https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations\\_services/Services/fnmh/Pages/Cultural-Competency-Safety-Resource-Centre.aspx](https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/fnmh/Pages/Cultural-Competency-Safety-Resource-Centre.aspx)
- Formation sur la sécurité culturelle des Autochtones au Manitoba (en anglais seulement) : <http://www.wrha.mb.ca/aboriginalhealth/education/MICST.php>
- Webinaire sur la sécurité culturelle du College and Association of Registered Nurses of Alberta (en anglais seulement) : <https://www.nurses.ab.ca/practice-and-learning/learning-opportunities/webinars/webinar/cultural-safety>
- Formation sur la sécurité culturelle des Autochtones San'Yas (Programme de santé autochtone de la Régie des services de santé provinciaux de la Colombie-Britannique) : <http://www.sanyas.ca/>
- Série de webinaires sur la sécurité et l'humilité culturelles (Régie de la santé des Premières Nations et le BC Patient Safety and Quality Council) : <http://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility/webinars>

Pour obtenir des renseignements sur les modèles de prestation de services qui peuvent être adaptés pour les Premières Nations et les collectivités autochtones dans les régions éloignées ou rurales, veuillez consulter la **section 3.1.3**.

### **Communauté LGBT2Q+**

Le terme communauté LGBT2Q+ désigne les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, bispirituelles, queers et d'autres personnes de genre et de sexualité divers. Les personnes LGBT2Q+ font souvent face à des obstacles à l'accès aux services, notamment la stigmatisation, la discrimination et le harcèlement. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire doivent être des espaces sécuritaires et sans jugement qui accueillent les personnes LGBT2Q+ et qui font preuve de sensibilité et de sensibilisation. Voici des exemples de stratégies<sup>8</sup> :

- Utiliser un langage inclusif de la part de tout le personnel et dans toute la documentation et le matériel;
- Fournir des brochures et du matériel trans et de genre non conformiste;
- Poser des questions sur l'identité de genre dans les formulaires d'admission;
- Fournir des salles de bains de genre neutre;
- Veiller à ce que tout le personnel reçoive la formation appropriée; et
- Veiller à ce que les recommandations vers les services communautaires soient inclusives et appropriés.

---

<sup>1</sup>Galea S. The Social Epidemiology of Substance Use. (2004). *Epidemiologic Reviews*, 26(1):36–52.

<sup>2</sup>Galea, S., Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public health reports* (Washington, DC: 1974). Sage Publications, 117(Suppl 1), S135–45.

<sup>3</sup>Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). [Pas encore publié]. *National injectable Opioid agonist Treatment for Opioid Use Disorder Clinical Guideline*. Extrait de <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>

<sup>4</sup>Oviedo-Joekes E., Guh D., Brissette S. et coll. (2010). Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence in women. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1–2), 50–57. doi 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.016

<sup>5</sup>Boyd, J., Collins, A.B., Mayer, S., Maher, L., Kerr, T., McNeil, R. (2018). Gendered violence and overdose prevention sites: a rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addiction*, 113(12), 2261–2270. doi: 10.1111/add.14417

<sup>6</sup>Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M.W., Montaner, J., Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, 82(2), 267–75.

<sup>7</sup>Daniulailtyte R., Falck R., Carlson R.G. (2012). "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed": perception of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. *International Journal of Drug Policy*, 23(5), 374–84.

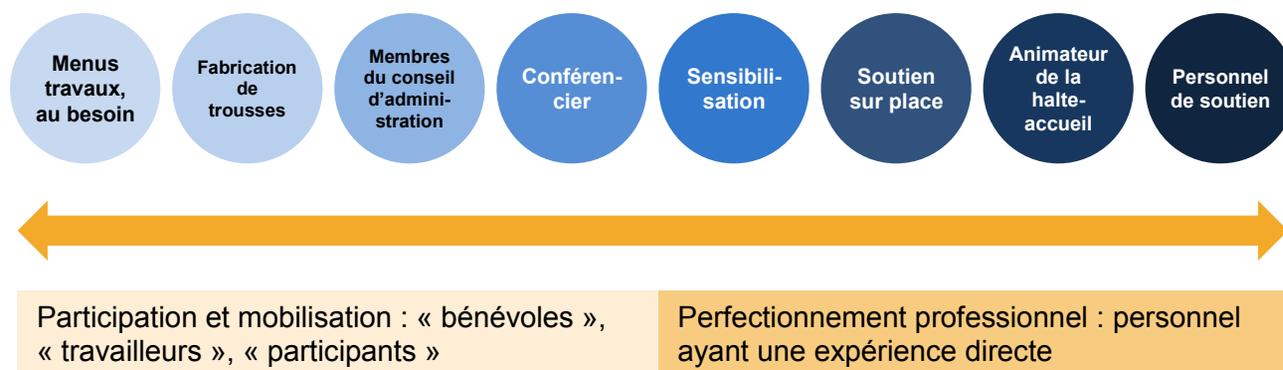
<sup>8</sup>Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). [Pas encore publié]. *National injectable Opioid agonist Treatment for Opioid Use Disorder Operational Guidance*. Extrait de <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>

## 4.5 Mobiliser et employer les personnes qui consomment des drogues

La participation des personnes ayant une expérience directe de la consommation de drogues à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services est un principe fondamental de la réduction des méfaits et une pratique exemplaire pour les programmes de réduction des méfaits<sup>1</sup>. Des études démontrent l'efficacité des services offerts par les personnes qui consomment des drogues pour atteindre un large éventail de personnes qui consomment des drogues et promouvoir un comportement plus sécuritaire à l'égard de la consommation de drogues<sup>26 23</sup>. Pour ceux qui participent à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes, les études démontrent des résultats positifs comme l'amélioration de la santé, la stabilisation de la consommation de substances et la réduction de l'isolement social<sup>26 27 4</sup>. Offrir des possibilités d'engagement et d'emploi aux personnes qui consomment des drogues est un moyen pour les organismes qui fournissent des services à cette collectivité d'adresser directement les déterminants sociaux de la santé (p. ex., l'inclusion sociale, le revenu, l'emploi).

Il est possible d'inclure les personnes qui consomment des drogues à toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire de multiples façons : des « menus travaux » à très faible seuil à la consultation, en passant par les emplois officiels occasionnels ou permanents. La figure 4-1<sup>32</sup> illustre le continuum du travail entre pairs :

**Figure 4-1** : Un continuum de la mobilisation et de l'emploi des personnes qui consomment des drogues



Dans ce continuum, le modèle de participation et de mobilisation répond à des idéaux d'autonomisation et comprend des objectifs inclusifs (c.-à-d., ouvert à tous, quel que soit leur niveau de stabilité, leurs compétences ou leur expérience). Il met l'accent sur l'établissement de relations et affirme une volonté à travailler avec les personnes qui consomment des drogues de façon non coercitive et à faible seuil. Seule une formation de base est requise pour effectuer des tâches instrumentales supervisées, comme l'assemblage de trousses d'injection plus sécuritaire ou l'accueil de personnes dans le programme. Il semble que grâce à ces possibilités de participation, les participants puissent accroître le contrôle de leur santé, car ils ont accès à

un environnement favorable, à de l'éducation en matière de santé et à du matériel de réduction des méfaits. De plus, la capacité de la collectivité de partager l'information dans ses réseaux sociaux en est renforcée. Les participants devraient recevoir une rémunération pour leur travail, par exemple sous forme d'honoraires.

Le *modèle de participation et de mobilisation* offre un point d'entrée crucial à l'emploi en offrant aux personnes qui consomment des drogues des occasions de développer des compétences et de la confiance en soi et, peut-être, de stimuler leur intérêt et leur capacité de s'engager dans une formation et des possibilités d'emploi plus avancées, notamment un emploi officiel avec un poste occasionnel, à temps partiel ou à temps plein. Les modèles de perfectionnement professionnel offrent un équilibre entre un emploi à faible seuil et un emploi plus structuré, offrant un environnement favorable qui reconnaît les défis que doivent relever les personnes qui consomment des drogues pour conserver leur emploi, notamment ceux qui découlent de la criminalisation, de l'itinérance ou du logement précaire, et des problèmes de santé mentale et physique.

Il existe de plus en plus d'exemples de programmes au Canada qui emploient officiellement des personnes qui consomment des drogues comme membres du personnel, dont beaucoup ont commencé leur chemin vers l'emploi par des postes de bénévoles. De nombreux bailleurs de fonds exigent maintenant que les personnes qui consomment des drogues participent aux services qui leur sont destinés. Cependant, il est important que les organismes réfléchissent bien à la façon de mobiliser et d'employer des personnes qui consomment des drogues, et qu'ils effectuent le travail organisationnel nécessaire pour s'assurer que les employés ayant une expérience directe sont mobilisés de façon concrète et équitable. Cela comprend que les bailleurs de fonds ou les organismes définissent clairement des termes comme « mobilisation », « participation », « représentation » et « consultation » (entre autres), en utilisant des critères pour s'assurer que ces termes sont utilisés dans le but d'offrir des possibilités concrètes et équitables aux personnes qui consomment des drogues.

De nombreuses ressources sont disponibles pour appuyer la mobilisation et l'emploi des personnes qui consomment des drogues. Elles sont énumérées à la fin de la présente section. Voici quelques considérations pour appuyer la sécurité, l'équité, l'égalité, ainsi que la mobilisation et l'emploi concrets des personnes qui consomment des drogues dans la conception, la prestation et l'évaluation de projets d'approvisionnement plus sécuritaire.

### **Consultation et conception du programme**

La consultation des personnes qui consomment des drogues contribuera à trouver des façons de rendre les programmes accessibles, accueillants et efficaces, et à faire en sorte que la vision et la mission du projet reflètent les besoins et les désirs des personnes qui consomment des drogues dans la collectivité. Des efforts doivent être déployés pour consulter les personnes de diverses façons, notamment de multiples réunions de consultation, des entrevues et des sondages. Le temps consacré à la consultation devrait être reconnu comme un travail et être

rémunéré au moyen d'une rétribution suffisante pour couvrir également les dépenses engagées (p. ex., frais de déplacement).

En plus des consultations, les personnes qui consomment des drogues devraient être représentés au sein d'un comité consultatif du programme, aux côtés d'autres intervenants, comme les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les travailleurs en réduction des méfaits. Encore une fois, cette participation devrait être reconnue comme un travail et être rémunérée en conséquence. Les comités consultatifs devraient se munir d'un cadre de référence qui garantit que tous les membres doivent être traités avec respect, dignité et d'égal à égal.

Consulter la **section 6** : *Mobiliser une communauté de pratique* pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont les organismes de personnes qui consomment des drogues peuvent être mobilisés pour appuyer l'élaboration de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire.

### **Prestation du programme**

Les personnes qui consomment des drogues jouent un rôle précieux dans la prestation des programmes. L'emploi de personnes qui consomment des drogues pour fournir des services procure des avantages aux clients comme aux personnes employées. Les clients affirment se sentir plus à l'aise et avoir davantage confiance dans les services où les personnes qui consomment des drogues sont employées. Les personnes qui consomment des drogues se heurtent souvent à des obstacles considérables à l'emploi et au revenu. Les emplois à faible seuil donnent l'occasion d'acquérir des compétences et de gagner un revenu supplémentaire, tout en améliorant l'estime de soi, le sentiment d'inclusion et le sentiment d'utilité. Pour certains, cela mène à une stabilité accrue dans d'autres domaines de leur vie (logement, consommation problématique de substances).

Les titres varient pour désigner les postes occupés par des personnes qui consomment des drogues; certains les identifient comme des personnes ayant une expérience directe, p. ex., les « pairs travailleurs », et d'autres titres varient selon le travail ou le programme, mais ils sont réservés aux personnes ayant une expérience directe, p. ex., travailleur de proximité, travailleur en réduction des méfaits, travailleur à l'admission. Les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire nécessitent plusieurs professionnels, notamment des infirmières et un prescripteur, mais il y a de nombreux postes que les gens qui n'ont pas cette formation, mais qui ont une expérience directe, pourraient occuper. Accueillir des clients, les diriger vers le programme et les services, fournir de l'information sur la réduction des méfaits et la prévention des surdoses, maintenir des stocks d'équipement et de fournitures pour la consommation de drogues, accompagner les clients à des rendez-vous, aiguiller les personnes, animer des groupes de soutien, et plus encore en sont des exemples.

Les organismes qui emploient des personnes qui consomment de la drogue, surtout dans des emplois à faible seuil, doivent veiller à ce que les politiques organisationnelles ne créent pas de

conflits ou d'obstacles et favorisent l'équité et l'égalité en milieu de travail. Les milieux de travail doivent s'assurer que les personnes sont rémunérées équitablement et qu'elles sont incluses dans les possibilités d'avancement et les fonctions organisationnelles (p. ex., formation, réunions, soutien). Les personnes qui consomment de la drogue et qui occupent un emploi à faible seuil devraient être bien formées et bénéficier d'une supervision régulière. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'offrir des possibilités d'emploi positives et à faible seuil aux personnes ayant une expérience directe, veuillez consulter les ressources ci-dessous.

### Évaluation

Les personnes qui consomment des drogues devraient participer à la conception, à la collecte de données, à l'analyse et à la diffusion des résultats de l'évaluation. La participation des personnes qui consomment des drogues et qui ont une expérience directe, actuelle ou passée, devrait être reconnue comme un travail et être rémunérée équitablement. La recherche communautaire et la recherche-action participative sont deux approches qui accordent la priorité à la participation des membres de la communauté, en l'occurrence les personnes qui consomment des drogues. Ces approches devraient éclairer les évaluations et d'autres recherches sur les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire.

### **Ressources pour mobiliser et employer les personnes qui consomment des drogues :**

Balian, R. et White, C. (2010). *Harm Reduction at Work: A guide for organizations employing people who use drugs*. Open Society Foundations. Extrait de <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/work-harmreduction-20110314.pdf>

Becu, A. et Allan, L. (2017). *Peer Payment Standards for Short-Term Engagement*. Vancouver, Colombie-Britannique: Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique Extrait de [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer\\_payment\\_guide\\_2018.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/peer_payment_guide_2018.pdf)

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2005). « Rien à notre sujet sans nous » — *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : Un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Toronto (Ontario). Extrait de <http://www.aidslaw.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-public-health-ethical-and-human-rights-imperative-canadian-edition/?lang=fr>

Greer, A.M., Amlani, A.A., Buxton, J.A. et l'équipe PEEP. (2017). *Peer Engagement Best Practices: A Guide for Health Authorities and other providers*. Vancouver, Colombie-Britannique: Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique Extrait de <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/PEEP%20Best%20Practice%20Guidelines.pdf>

---

---

<sup>1</sup>Marshall, Z., Dechman, M.K., Minichiello, A., Alcock, L. et Harris, G.E. (2015). Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives, in *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 1–14.

<sup>2</sup>Mason, K. (2006). *Best practices in peer harm reduction projects*, Street Health, Toronto. Extrait de <http://www.streethhealth.ca/downloads/best-practices-in-harm-reduction-peer-projects-spring-2007.pdf>.

<sup>3</sup>Janssen, P.A.; Gibson, K.; Bowen, R.; Spittal, P.M. et Petersen, K.L. (2009). “Peer support using a mobile access van promotes safety and harm reduction strategies among sex trade workers in Vancouver’s Downtown Eastside”, *Journal of Urban Health*, 85(5), 804–809.

<sup>4</sup>Penn, R.A., Strike, C. et Mukkath, S. (2016). Building recovery capital through peer harm reduction work. *Drugs and Alcohol Today*, 16(1), 84–94.

# Section 5

# Approches en matière d'évaluation

## 5. Approches en matière d'évaluation

L'évaluation est une composante essentielle des projets pilotes d'approvisionnement plus sécuritaire. Plusieurs approches peuvent être utilisées pour l'évaluation. Voici des considérations pour examiner l'évaluation de l'approvisionnement plus sécuritaire dans de multiples sites, ainsi que dans des sites uniques.

### Principales considérations :

- Les activités de recherche pour des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire devraient être considérées comme une **science de la mise en œuvre**, plutôt que comme des essais cliniques. Les études cliniques et d'évaluation peuvent être séparées, ce qui simplifie les processus d'examen. Il existe suffisamment de données probantes à l'appui de l'utilisation du TAOi pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes; toutefois, les évaluations de l'efficacité des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire pour réduire la consommation de drogues illégales et les méfaits en sont encore aux premières étapes, en raison de l'émergence récente de ces services.
- La création d'un **comité d'examen par les pairs** pour examiner les protocoles de recherche simplifierait les processus d'examen tant pour le financement que pour l'évaluation éthique de la recherche. Ce comité pourrait être une division d'une communauté de pratique en matière d'approvisionnement plus sécuritaire.
- Des **outils d'évaluation éthique** sont disponibles pour aider les organismes à prendre en compte les considérations liées à l'établissement de projets pilotes de recherche et d'évaluations sur l'approvisionnement plus sécuritaire. En voici deux exemples :

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2017). *Responding to British Columbia's Overdose Public Health Emergency — An Ethics Framework*  
Extrait de <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/overdose-public-health-emergency-ethics-framework-march-2017.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Cadre pour la réflexion et la prise de décisions fondées sur l'éthique en santé publique : un outil pour les praticiens de la santé publique, les responsables de l'élaboration de politique et les décideurs.*

Extrait de :

[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2017/aspc-phac/HP5-119-2017-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/aspc-phac/HP5-119-2017-fra.pdf)

- **La recherche et l'évaluation de nouveaux modèles** de programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, c.-à-d. des modèles flexibles, sont nécessaires pour vérifier l'efficacité de ces approches d'approvisionnement plus sécuritaire, ainsi que pour connaître les risques ou les méfaits potentiels. Il existe actuellement une base de données probantes de plus

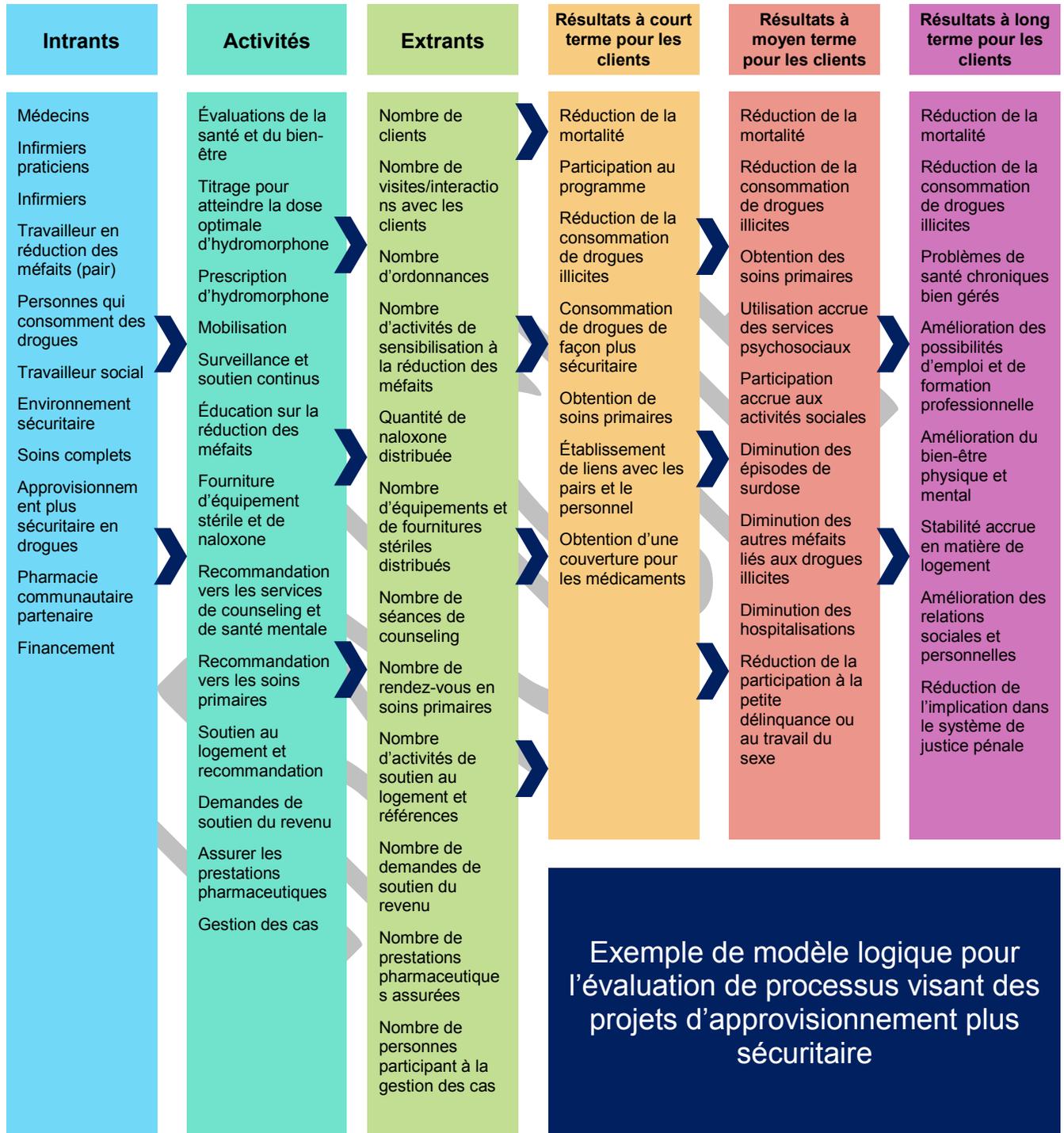
en plus importante sur le TAOi. En outre, des projets pilotes de recherche financés sont en cours et à venir sur les programmes communautaires de TAOi et de TAOiT à faible seuil (p. ex., CPS à Molson de PHS, programme de prise en charge des opioïdes à l'Ottawa Inner City Health, étude de faisabilité sur l'hydromorphe par voie orale du BCCDC).

- Certains appuient une **évaluation pancanadienne coordonnée et multisite** de projets d'approvisionnement plus sécuritaire qui utilisent un protocole unique et des données recueillies par des chercheurs locaux (notamment des chercheurs pairs). Cela fournirait une mine de données à partir d'un échantillon plus élevé, ce qui permettrait une plus grande fiabilité des résultats. Toutefois, une telle étude serait coûteuse et prendrait beaucoup de temps à démarrer. Il peut également être difficile de distinguer les interventions en matière d'approvisionnement plus sécuritaire, si elles sont intégrées aux interventions de traitement.
- D'autres soutiennent que les évaluations devraient être réalisées à **plus petite échelle et être menées à l'échelle locale**, afin de refléter les besoins et les objectifs de la collectivité locale, et qu'elles devraient être menées par des membres de la collectivité (p. ex., des chercheurs locaux, choisis par l'organisme, utilisant des approches de recherche participatives et communautaires, notamment l'emploi de personnes ayant une expérience directe).
- Dans la mesure du possible, les **activités et l'évaluation devraient être séparées**. Cela peut être difficile dans un contexte de restrictions en matière de ressources.
- Des **approches novatrices** d'évaluation de programme peuvent être élaborées pour combiner des évaluations de processus à petite échelle et des études multisites à plus grande échelle. Ces approches peuvent comprendre :
  - L'obligation pour tous les projets financés par le PUDS de recueillir des types précis de données en utilisant des définitions normalisées des résultats d'intérêt et des méthodes de mesure;
  - L'utilisation d'un modèle de données ouvertes à faible coût pour permettre aux chercheurs d'avoir accès aux données à utiliser, avec le consentement des communautés concernées (voir ci-dessous);
  - La mise sur pied d'un comité national d'évaluation composé de représentants locaux de projets d'approvisionnement plus sécuritaire qui supervise l'élaboration d'un protocole normalisé, lequel comprend des résultats d'intérêt, des outils de collecte de données et un dictionnaire de données pour assurer une compréhension et une interprétation communes.
- Tant une étude multisite que la recherche et les évaluations locales doivent s'appuyer sur **des approches de recherche participatives et communautaires**, dans lesquelles les membres de la communauté (les personnes qui consomment des drogues et qui utilisent

les services d'approvisionnement plus sécuritaire) participent à la conception de l'évaluation, à la collecte des données, à l'analyse et à la diffusion des résultats.

- La recherche et l'évaluation de projets pilotes d'approvisionnement plus sécuritaire dans les régions rurales et éloignées ou impliquant les peuples Premières Nations et autochtones devraient utiliser des méthodes de recherche et d'évaluation communautaires qui comprennent le **renforcement des capacités communautaires**. Par exemple, si l'on s'appuie sur des chercheurs externes à la collectivité, il faut développer la capacité de recherche et d'évaluation de celle-ci et entreprendre l'analyse en partenariat avec les membres de la collectivité.
- **Principaux résultats d'intérêt** : Les principaux résultats d'intérêt doivent être liés aux objectifs d'approvisionnement plus sécuritaire : ***réduire la consommation de drogues illégales et les événements indésirables liés à la consommation de drogues illégales*** (notamment les décès, les surdoses et d'autres méfaits pour la santé, ainsi que la criminalisation, la participation à la petite délinquance et le travail du sexe). D'autres résultats d'intérêt peuvent également être visés, comme : *l'attachement aux soins primaires, des recommandations vers d'autres services sociaux et de santé, la participation aux programmes, la réduction des hospitalisations, la réduction des interactions avec le système de justice pénale.*
- **Les évaluations de processus** (aussi appelées évaluations formatives ou d'implantation) sont utiles pour évaluer les activités du projet et vérifier si le projet fonctionne comme prévu. Elles sont essentielles pour des projets d'approvisionnement plus sécuritaire, où des données probantes sont nécessaires pour contribuer à ce que les avantages l'emportent sur les méfaits potentiels ou réels. C'est particulièrement le cas pour les pratiques de prescription qui extrapolent à partir des données probantes et qui ne sont pas bien appuyées par des lignes directrices cliniques. Les évaluations de processus permettent de déterminer où et comment les composantes du projet peuvent nécessiter un ajustement pour améliorer la prestation des services.
- Les **résultats de l'évaluation de processus peuvent être communiqués par des communautés de pratique** et contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires et d'un cadre pour des interventions en matière d'approvisionnement plus sécuritaire.

Le modèle logique suivant donne un exemple de fonctionnement d'une évaluation de processus.



## Modèles de données ouvertes

Les modèles de données ouvertes désignent les mécanismes qui rendent les données recueillies à des fins de suivi ou d'évaluation aussi accessibles que possible aux personnes qui souhaitent réaliser des évaluations. Par exemple, les programmes sont souvent tenus de communiquer leurs données régulièrement à leurs bailleurs de fonds comme condition de financement. Pour les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire intégrés dans les centres de consommation supervisée, les logements avec services de soutien ou les centres de santé communautaire, cette production de données est déjà en vigueur. Les organismes qui reçoivent du financement du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) peuvent être tenus de produire des rapports pour les résultats d'intérêt. En mettant sur pied un modèle de données ouvertes, les chercheurs pourraient avoir accès à ces données, sans avoir à présenter une demande de données ou même une demande d'accès à ces données. Il serait possible d'aller encore plus loin en rendant disponibles des données individuelles dénominalisées, par exemple sous la forme d'un registre dans lequel toutes les personnes qui s'inscrivent à un programme de Santé Canada (idéalement) ou à un programme financé par les provinces pour avoir accès à un approvisionnement plus sécuritaire seraient inscrites et qui saisiserait un ensemble de données de base.

Les modèles de données ouvertes sont une pratique de plus en plus courante aux États-Unis et commencent à être utilisés au Canada. Pour des exemples de partage de données ouvertes, consulter :

- Études financées par le National Institute on Drug Abuse : <https://datashare.nida.nih.gov>;
- Enquête nationale sur la consommation de drogues et les données sur la santé : <https://www.samhsa.gov/data/> et <https://pdas.samhsa.gov>.

## Dictionnaires de données

Il est important de prendre note que le partage de données ouvertes pourrait ne pas être accepté dans certaines communautés, notamment les communautés autochtones et des Premières Nations. Les communautés peuvent être réfractaires aux modèles de données ouvertes et préférer avoir le contrôle sur l'utilisation de leurs données. Il est important d'**explorer d'autres approches pour promouvoir la comparabilité** sans partager des données particulières, par exemple en utilisant des dictionnaires de données pour définir les résultats.

# Section 6

# Mobiliser une communauté de pratique

## 6. Mobiliser une communauté de pratique

Intervenir dans le contexte de la crise actuelle des surdoses exige de multiples approches audacieuses et novatrices pour réduire la consommation de drogues illégales et renforcer les services existants de réduction des méfaits et de traitement. Une façon d'encourager l'innovation et d'améliorer la capacité des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux est de créer une communauté de pratique. Partout au Canada, de nombreux fournisseurs de soins de santé et de soins sociaux, des organismes de politiques sur les drogues et des organismes de personnes qui consomment des drogues participent à des discussions générales sur un approvisionnement plus sécuritaire, et plus particulièrement sur des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire. Certains regroupements sont des groupes informels qui communiquent par courriel, tandis que d'autres sont des groupes régionaux plus officiels. Les conversations sont variées et reflètent la complexité de la question, ainsi que les différentes façons de conceptualiser et d'opérationnaliser un approvisionnement plus sécuritaire.

Une communauté de pratique est particulièrement importante pour les professionnels de la santé qui extrapolent à partir des données probantes et essaient de nouvelles approches, et qui pratiquent sans le filet de sécurité des lignes directrices professionnelles établies et des ensembles de données probantes. La consultation de pairs (notamment les intervenants cliniques, sociaux et ceux ayant une expérience directe) offre un moyen de travailler tout en étant guidé par des questions éthiques et des normes professionnelles de soins, ainsi que d'obtenir des commentaires sur les pratiques, les réussites et les échecs.

Une communauté de pratique sur l'approvisionnement plus sécuritaire devrait comprendre des participants de plusieurs disciplines, notamment des professionnels de la santé, des intervenants en réduction des méfaits et en matière de dépendances, ainsi que des membres de la communauté (c.-à-d. des personnes qui utilisent des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire et des personnes ayant une expérience directe).

Des sous-groupes pourraient être mis sur pied à partir d'une communauté de pratique, notamment :

- Un comité d'examen par les pairs composé d'experts pour examiner les protocoles de recherche et les demandes de financement;
- Un comité d'évaluation pour élaborer des protocoles d'évaluation (notamment des dictionnaires de données) et diffuser les résultats;
- Un comité des pratiques émergentes pour élaborer collectivement des lignes directrices sur les pratiques d'approvisionnement plus sécuritaire.

### **Renforcement des capacités des organismes de personnes qui consomment des drogues et des réseaux de réduction des méfaits**

Si les ressources sont suffisantes, des organismes nouveaux et existants de personnes qui consomment des drogues et des réseaux de réduction des méfaits pourraient être déployés pour fournir de l'éducation et du soutien sur l'approvisionnement plus sécuritaire. En outre, ces organismes et ces réseaux pourraient aider les organisations à acquérir la capacité de mobiliser et d'employer de façon concrète et efficace des personnes ayant une expérience directe. Cela peut comprendre un réseau interorganisationnel de personnes ayant une expérience directe qui travaillent avec des organismes pour créer des politiques visant des milieux de travail équitables. La création d'un *Conseil pour un accès à l'approvisionnement plus sécuritaire*, dirigé par des personnes qui consomment des drogues, des fournisseurs de services et des praticiens, pourrait appuyer les efforts locaux en matière d'approvisionnement plus sécuritaire, ainsi que fournir de la formation et de l'information aux fournisseurs de services et aux organismes de réglementation.

---

# Section 7

# Ressources supplémentaires

## 7. Ressources supplémentaires

1. Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD). (2019). *Safe Supply: a Concept Document*. Extrait de <http://capud.ca/sites/default/files/2019-02/CAPUD%20safe%20supply%20feb%2020%202019.pdf>
2. BCCSU (2019). *Drug Checking in British Columbia*. Extrait de [http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2019/07/Drug\\_Checking\\_BC\\_Jun\\_19.pdf](http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2019/07/Drug_Checking_BC_Jun_19.pdf)
3. Blanken P., Hendriks V.M., Van Ree J.M., Van Den Brink W. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300–8.
4. British Columbia Centre for Disease Control. (2019). *Overdose Deaths Would Be At Least Twice As High Without Emergency Harm Reduction And Treatment Response*. Le 5 juin 2019 Extrait de <http://www.bccdc.ca/overdose-deaths-would-be-at-least-twice-as-high>
5. British Columbia Centre for Substance Use. (2019). *Heroin compassion clubs: a cooperative model to reduce opioid overdose deaths and disrupt organized crime's role in fentanyl, money laundering, and house unaffordability*. Extrait de <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2019/02/Report-Heroin-Compassion-Clubs.pdf>
6. Comité de révision des lignes directrices nationales de l'ICRAS. Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Extrait de [https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM\\_NationalGuideline\\_OUD-FRENCH.pdf](https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf)
7. Daly P, médecin hygiéniste en chef. *Opioid Overdose Crisis Update [présentation]*. Publié le 30 janvier 2019. Extrait de <http://www.vch.ca/Documents/Open-Board-2019-Medical-Health-Officer.pdf>
8. Daniulailyte R., Falck R., Carlson R.G. (2012) "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed": perception of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. *International Journal of Drug Policy*, 23(5), 374-84.
9. Gouvernement du Canada. (2019). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (juin 2019)*. Extrait de <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>
10. Grove D. (1996). Real Harm Reduction: Underground Survival Strategies. *Harm Reduction Coalition*. 2, 1–3. Extrait de <https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2011/12/Communication2.pdf>
11. INPUD. (2011). *Statement and Position Paper on Language, Identity, Inclusivity and Discrimination*. International Network of People Who Use Drugs. Extrait de [http://www.inpud.net/INPUD\\_Statement\\_Position\\_Paper\\_on\\_Language\\_Identity\\_Inclusivity\\_Discrimination\\_Nov2011.pdf](http://www.inpud.net/INPUD_Statement_Position_Paper_on_Language_Identity_Inclusivity_Discrimination_Nov2011.pdf)

12. Irvine, M.A., Kuo, M., Buxton, J., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M.J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D. et Gilbert, M. (2019). Modeling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*. doi: 10.1111/add.14664
13. Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M.W., Montaner, J., Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health*, 82(2), 267–75.
14. Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., Wilson, D., Schechter, M. T. et Tyndall, M. W. (2003). Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities? *Journal of Drug Issues*, 33(3), 579–608.
15. Loi réglementant certaines drogues et autres substances 1996, ch.19. Extrait de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/page-1.html>
16. Noël L., Dubé P.-A., Tremblay, P.-Y., et Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection aux personnes UDI. (2015). *Matériel d'injection : réduire les risques chez les injecteurs de médicaments opioïdes*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
17. Organisation mondiale de la Santé. (2001). Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale : Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 79(4):373-374. Extrait de <https://www.who.int/bulletin/archives/79%284%29373.pdf>
18. Oviedo-Joekes E., March J.C., Romero M., Perea-Milla E. (2010). The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: a 2 year follow-up. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 75–80.
19. Règlement sur les stupéfiants, C.R.C., ch. 1041. Extrait de [https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.,\\_ch.\\_1041/](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.,_ch._1041/)
20. Rhodes T. (2002). The “risk environment”: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85–94.
21. Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., et coll. (2006). Public injecting and the need for “safer environment interventions” in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101(10), 1384-93.
22. Service des coroners de la Colombie-Britannique. (2018). *Findings of Coroners' Investigations. 27 septembre 2018*. Ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général. 2018. Illicit Drug Overdose Deaths in BC. Extrait de <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicitdrugoverdosedeadsinbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf>
23. Strang J., Groshkova, T., Metrevian, N. (2012). New Heroin-Assisted Treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. *Addiction* EMCfDaD, éd. Luxembourg: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

24. Strang J., Metrebian N., Lintzeris N., Potts L., Carnwath T., Mayet S., et coll. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet*, 375(9729), 1885–95.
25. Strike C, Watson, T. (2019). Losing the uphill battle? Emergent harm reduction interventions and barriers during the opioid overdose crisis in Canada. *International Journal of Drug Policy*. [doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.005](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.005)
26. The Works. (2019). 29 janvier 2019 : Follow up to January 14<sup>th</sup> Alert re: fentanyl heroin reactions. Service de santé publique de Toronto. Ville de Toronto.
27. Verthein U., Bonorden-Kleij K., Degkwitz P., Dilg C., Köhler W.K., Passie T., et coll. (2008). Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, 103(6), 960-6.