

**L'approvisionnement plus sécuritaire 101 :
Une introduction, une orientation et une mise en contexte
Jeudi, le 14 octobre de 12 h à 13 h 30**

TRADUCTION SIMULTANÉE DE LA PRÉSENTATION

Rebecca : Cette présentation s'inscrit dans notre lancement, on fait du travail pour soutenir les organisations et organiser l'approvisionnement sécuritaire. Aujourd'hui Corey Ranger est avec nous.

On enregistre cet événement et on le partagera sur notre Site web. On partagera des ressources dans la boîte de clavardage et la transcription en français.

Si vous avez des problèmes techniques, on vous invite à vous déconnecter et à vous reconnecter.

On a les sous-titres en anglais aussi, puisque c'est impossible d'avoir les sous-titres dans les deux langues.

On apprécie le feedback à savoir comment ça fonctionne pour tout le monde.

Je voulais prendre un moment pour situer notre travail dans le contexte des dynamiques de pouvoir actuelle, je voulais souligner le colonialisme qui est une partie importante de notre histoire et de notre présent.

On se rassemble sur l'île de la tortue en tant que personnes vivant sur des terres non cédées. L'Histoire du colonialisme est importante à considérer dans nos pratiques actuelles et on doit travailler à réparer les méfaits, à prévenir les méfaits futurs et travailler vers un avenir plus juste.

Je voulais vous parler de la communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire. Certain·es d'entre vous étaient des nôtres la semaine dernière, et pour d'autres, c'est la première fois. On est financés par Santé Canada. L'objectif est de faciliter l'échange de connaissances
(texte sur la diapositive)

Je vais passer le micro à Corey Ranger, c'est un honneur de t'avoir parmi nous aujourd'hui et je vais te laisser te présenter. On pense longuement aux sujets et à nos invité·es pour notre lancement. Le déracinement de la violence médicale était une pièce importante et l'approvisionnement sécuritaire, c'est un autre élément super important qui situe notre communauté de pratique.

Corey : Merci beaucoup, j'espère que tout le monde peut m'entendre et me voir. Je parle souvent alors que je suis sur muet alors c'est un bon debout! Ça me fait plaisir d'être ici. Si vous n'avez pas eu la chance de voir la présentation de Nanky Rai je vous encourage à le faire.

Je vais commencer par souligner une citation ici. On travaille avec des personnes qui consomment et un de nos premiers apprentissages, c'est de se rappeler que les personnes qui consomment veulent éprouver du plaisir, et ne pas avoir accès à du plaisir pour sa consommation, c'est une barrière importante.

Je veux reconnaître que la colonisation a eu un impact sur les peuples autochtones, et les impacts sont immenses et touchent plusieurs générations. Il y a un lien entre la colonisation et les sujets qu'on abordera aujourd'hui : principalement la criminalisation et la surveillance des personnes qui consomment sur le territoire. Une reconnaissance territoriale, ce n'est pas assez pour éliminer les barrières coloniales, mais c'est un pas vers la reconnaissance et l'humilité. Je vous rejoins aujourd'hui de Victoria, qui fait partie du territoire traditionnel des peuples Salish du littoral et des détroits. Cette région est visée par les traités Douglas.

Je veux aussi souligner la valeur du travail des personnes qui consomment, qui sont au front de tous les risques et sont la raison de nos innovations et de notre capacité à prendre des risques. Ces personnes continuent à nous encourager et nous permettent de faire ce travail. C'est grâce à ces personnes que je suis en mesure de faire la présentation d'aujourd'hui.

Je vais parler de la réduction des méfaits, de l'approvisionnement sécuritaire et du Victoria Safer Initiative, une alternative aux approches médicales pour l'approvisionnement sécuritaire.

En explorant la réduction des méfaits, vous pouvez vous sentir inconfortable; il faut se rappeler que ce n'est pas à propos de vous, mais à propos des personnes affectées par les violences institutionnelles.

J'ai débuté ma carrière à Edmonton et plus tard j'ai eu un cours sur la réduction des méfaits et depuis j'ai travaillé à Calgary dans des cliniques de dépistages d'ITSS, et aussi au sud de l'Alberta, et à l'arrivée du nouveau gouvernement qui ont définancé notre SCS, je me suis déplacé en Colombie-Britannique et maintenant je suis le leader clinique pour le Safer Initiative à Victoria.

On ne peut pas parler d'approvisionnement sécuritaire sans parler des drogues empoisonnées, ça fait 5 ans d'urgence de santé publique ici en Colombie-Britannique. Au début de la pandémie, sur la première ligne, on a vu un changement et une augmentation dans la volatilité des drogues empoisonnées : les surdoses ont augmenté pour plusieurs raisons, mais entre autre les changements aux frontières, mais aussi la fermeture des SCS et SPS, et tout le monde devait se mettre en quarantaine et en isolement, ce qui augmente les risques de surdoses. Ce qu'on a appris, c'est qu'il y a eu un changement dans la concentration de fentanyl disponible dans les rues, et d'autres drogues ont été incorporés qui ont augmenté les risques. En juillet 2021, c'était presque le pire mois avec 1204 décès enregistrés. Il y a eu une augmentation

considérable de personnes qui meurent, notamment dehors et dans les ruelles. On perd 5.9 personnes dans la province à chaque jour.

Pendant ce temps, la province a annoncé son premier essai d'approvisionnement sécuritaire. Moi-même et d'autres infirmier·es étaient content·es de voir ça, nous pensions que c'était la solution, mais le premier tour d'approvisionnement sécuritaire était plein de barrières.

Moi et l'infirmier·e travaillons à contacter des médecins et des consommateur·rices, il y avait beaucoup de gate-keeping, si les personnes avaient un·e médecin de famille on ne pouvait pas travailler à l'extérieur de ces structures. On était coincés. Il y avait une pénurie de médecin et de prescripteur·rices. Ça a pris des semaines avant de pouvoir connecter cette personne à de l'approvisionnement sécuritaire.

Alors on vous invite à réfléchir aux conséquences de mesures avec des failles. Je vous invite à réfléchir à ces questions : comment prendre des pas vers un approvisionnement sécuritaire qui fonctionne?

C'est avec la collaboration de personnes qui consomment qu'on peut trouver des solutions.

On doit nous situer dans une approche de réduction des méfaits, qui comprend une courbe d'apprentissage. Pour les personnes qui connaissent l'approche depuis peu, ces facettes sont peut-être familières. La vie comprend des risques et des activités comprennent des risques : on peut rendre ces activités plus sécuritaires. La réduction des méfaits, c'est bien plus. C, est plus qu'une série de services et d'interventions, C'est une philosophie qui touche à tous les aspects de la santé.

C'est la redistribution radicale du pouvoir aux personnes marginalisées. Il y a une vidéo excellente : « Take Care of Each Other », qui présente une citation excellente : les services de réduction des méfaits sauvent des vies, mais n'adressent pas les enjeux systémiques qui sous-tendent ces méfaits. La réduction des méfaits autochtone, c'est une façon de vivre qui comprend que tout est interrelié. Les politiques et les programmes qui émergent de la colonisation ne considèrent pas ces interrelations.

En tant que personnes qui font du travail de réduction de méfaits, il faut comprendre que la guerre contre les drogues, contre les consommateur·rices, ça enlève des vies.

Toutes sortes de raisons motivent la consommation : le plaisir, la spiritualité, etc. On criminalise certaines drogues, et d'autres non. C'est dangereux pour les consommateur·rices. Le plus que la surveillance est accrue, le plus que le danger est grand pour les consommateur·rices.

L'alcool a été introduit par des colons blanc·hes aux personnes autochtones. La prohibition a été imposée aux personnes autochtones pour les contrôler pendant plus

d'une décennie. Je vous invite à lire la « War on Drugs Reading List », et l'histoire de la prohibition.

La réduction des méfaits existait dans les années 1960. Par exemple, en 1984, L'ouverture d'un programme d'échange d'aiguilles à Amsterdam. Les consommateurs ont créé des programmes pour la gestion d'aiguilles.

Je vais vous poser des questions pour vous inviter à réfléchir. Quels sont les obstacles à la pratique de la réduction des méfaits dans votre travail?

Les personnes qui travaillent en réduction des méfaits le font parce que les principes et valeurs leur parlent. Les valeurs peuvent nous unir en solidarité, et c'est la clé du mouvement et de la pratique, enraciné dans nos cœurs. Trop souvent on déracine la réduction des méfaits de son cœur. On va parler des principes et des valeurs de la réduction des méfaits pour nous ancrer dans ces principes et valeurs.

La réduction des méfaits est ancrée dans des principes.

1. Le premier principe est : la consommation de drogue est un phénomène humain et certaines personnes ne veulent pas ou sont incapables d'arrêter.
2. Les personnes ne perdent pas leurs droits humains à cause de leur consommation.
3. Les gens consomment pour toutes sortes de raisons, c'est important de comprendre que les gens utilisent de toutes sortes de façons, et pour toutes sortes de raisons qu'on doit respecter.
4. La réduction des méfaits est basée sur des données probantes.
5. La réduction des méfaits s'engage à rejoindre les gens là où ils se trouvent sans jugement.
6. Les options pour la prévention, le soin et le traitement doivent être basées sur des données probantes, de haute qualité, et non coercitives.
7. Les personnes qui consomment doivent participer au développement et à l'évaluation des programmes et politiques qui les servent.
« Rien à propos de nous sans notre participation »
8. La réduction des méfaits est enracinée dans un engagement envers la justice sociale.
9. La réduction des méfaits remet en question les politiques et pratiques qui causent des méfaits.

Il s'agit d'un mouvement de libération. C'est un mouvement de services sans jugement. Les lois qui interdisent les drogues sont des facteurs de risque.

Comment prendre ces principes et les intégrer à l'approvisionnement plus sécuritaire?

Maintenant qu'on comprend la réduction des méfaits comme philosophie, on peut parler de l'approvisionnement sécuritaire.

C'est la liberté de choisir. L'approvisionnement sécuritaire comprend 3 modèles : le traditionnel, le bonifié et le flexible. Mais le modèle le plus efficace est prohibé par la loi. L'approvisionnement sécuritaire a le potentiel de réduire les décès et les surdoses. Moins d'intervention policière, moins de criminalisation injuste. Plus de balance dans

leur vie, moins de chaos, plus de priorisation. Moins de risque en matière de la COVID-19, parce que moins d'interactions. On a une grosse augmentation dans la population itinérante à Victoria. C'est aussi avantageux en termes de coûts, c'est aussi un chemin vers d'autres formes de soin. Ça crée des relations positives avec les prestataires de services, ça diminue le stigma. Ça veut aussi dire moins de sevrages. Et c'est une avenue vers le changement systémique, vers la décriminalisation, qui est vitale en ce moment.

Il y a différents modèles dans le construit médical et catégories pour l'approvisionnement sécuritaire. Le projet dans lequel je travaille est un modèle flexible, mais on voit souvent les modèles traditionnels et bonifiés. Le modèle traditionnel comprend le TAO et le TAOiT. Le modèle flexible est censé comprendre moins de barrières et centré sur l'individu.

Il y a quelques mois, j'ai essayé de travailler avec des organisations pour créer un guide pour aider les gens à accéder à de l'approvisionnement sécuritaire. Mais les programmes ont des capacités limitées alors on voulait créer une cartographie pour aider les gens à trouver l'accès à de l'approvisionnement sécuritaire. Ça peut être vraiment compliqué d'y accéder. Certains guident encourage les gens à contacter leur prestataire de service, mais ça peut être vraiment aliénant parce qu'ils doivent avouer qu'ils consomment et parfois ces personnes sont punies par leur prestataire de services. Donc pour aller de l'avant, on veut s'assurer que les gens sont accompagnés pour ces appels et qu'on éduque les gens pour qu'ils puissent lutter contre le paternalisme.

Ces documents sont disponibles à de nombreux endroits.

On est à cette intersection inconfortable. Le paternalisme est l'une des raisons principales pourquoi l'approvisionnement n'est pas disponible pour de nombreuses personnes. Ça ne s'aligne sur les valeurs de la réduction des méfaits. C'est souligné par le fait qu'il existe peu d'options pour les gens qui fument leurs drogues, qui sont les personnes qui décèdent le plus de surdoses en ce moment. Ce qu'on a remarqué dans l'année dernière, c'est qu'il y a un usage défaillant de mesures pour évaluer le succès. Les prescripteur·rices ne considèrent pas le feedback des consommateur·rices comment mesures pour évaluer le succès du programme. Ce qui est utilisé, c'est les analyses d'urine et les rendez-vous qui sont des facteurs superficiels. Aussi les client·es perdent souvent contact. Ça attache les gens à leur prescripteur·rice.

Pourquoi ça ne fonctionne pas? Ce ne sont pas les bonnes drogues qui sont offertes. Beaucoup de personnes bénéficient de la Dilaudid, mais pas tout le monde, les quantités ne sont pas les mêmes du tout. Il continue d'avoir des problèmes sur le plan des consultations avec les personnes qui consomment. Beaucoup de personnes doivent passer par le TAO pour accéder à de l'approvisionnement sécuritaire et nombreuses personnes ont eu des mauvaises expériences avec le TAO. Et c'est aussi problématique quand on pense aux communautés rurales.

Ce sera toujours lié au contrôle et à la surveillance tant qu'on reste dans le modèle médical. Des personnes sont d'accord avec l'approvisionnement sécuritaire, mais pensent que ça ne devrait pas être entre leurs mains. On doit continuer à travailler pour permettre aux gens d'accéder à de l'approvisionnement sécuritaire, mais pour l'instant on a besoin de prescripteur·rices qui prennent des risques et qui s'impliquent. On doit passer par là avant de nous rendre à un dispensaire régulé. On ne peut pas attendre des études, on ne peut pas continuer à étudier ces cas à mort. On doit se baser sur le feedback de personnes qui consomment.

Ce que vous voyez ici, c'est le cycle d'inaction.

On en est au début de la prestation clinique, et on approche de la réduction des méfaits. On doit remettre en questions les politiques et les procédures pour aller vers la décriminalisation, la décolonisation et la libération des consommateur·rices. Toutes ces options sont disponibles parce qu'il y aura toujours un besoin pour le modèle médical pour certaines personnes, mais on doit aussi avoir des clubs de compassion et toutes ces options méritent notre investissement pour palier à la crise des surdoses.

La mise en pratique du « Victoria Safer Initiative (VSI) »

On fait de notre mieux pour être flexibles et collecter du feedback de personnes qui consomment pour nous adapter alors qu'on avance. À l'époque on pouvait seulement le faire en travail de rue. Ça a commencé avec moi, et quelques autres personnes à contacter les personnes dans les parcs et à faire des appels à des médecins. Maintenant on a 5 médecins, on a travaillé à diminuer les barrières d'accès, on a ajouté l'oxycodone pour la prescription, donc ça donne une option pour les personnes qui fument. On répond aux changements, on a notre propre guide pour les prescripteur·rices. On a fait un programme de livraison pour les personnes qui ont des enjeux d'accessibilité. On continue à nous adapter et à évoluer. Notre modèle de personnel priorise les personnes qui consomment pour faire le pont entre les prestataires de services et les personnes dans la communauté. On a des personnes qui travaillent sur tous les enjeux d'accès, de déplacement, de coûts, etc.

Nous travaillons aussi à développer un modèle de design de service, et de récolter des données pour nous adapter. On leur pose une question centrale, qui est : j'accèderais à l'approvisionnement sécuritaire si.....?

Certaines personnes voulaient les bonnes doses, un environnement sécuritaire, avoir accès à du soutien, etc. Ça devient beaucoup plus qu'une prescription. Ils voulaient du respect et un accès facile à leur approvisionnement sécuritaire. Que les objectifs soient centrés.

On continue à développer et à changer notre programmation à partir du feedback. On a aussi un document de pratique pour la protection de nos prescripteur·rices. On essaie de diminuer l'approche médicale, mais ça reste médical alors on veut protéger nos prescripteur·rices. On compile toutes nos données et une analyse de l'éthique, qui nous

a appris qu'il y avait un besoin que les prescripteur·rices fassent ce travail. Plus de personnes le font, moins les consommateur·rices doivent se tourner vers des drogues empoisonnées.

L'analyse de l'éthique et le document de pratique sont disponibles. Quand on a passé les 10 mois, on a reçu plus de financement, et on savait qu'on devait offrir d'autres options, pas seulement les tablettes, donc pour continuer à offrir des services on a ouvert une clinique, qui était anciennement une pizzeria, et on y offre trois produits basés sur la fentanyl. C'est avantageux d'avoir plusieurs options qui peuvent s'adapter aux besoins spécifiques des personnes. On a plus de 150 connections à de l'approvisionnement sécuritaire.

Finalement, on a appris beaucoup pendant ce temps. Notre personnel et nos participant·es ont créé le top 10 des apprentissages :

1. Les drogues doivent correspondre aux besoins. Les tolérances ne correspondent pas aux options pharmaceutiques.
2. L'évaluation du succès doit tenir compte des bienfait auto-rapportés. Il faut tenir comptes des témoignages et du feedback des personnes qui consomment
3. Les personnes qui consomment sont les expert·es de leurs propres expériences et relations aux drogues.
4. Les modèles de services flexibles qui tiennent compte des personnes qui consomment sont intégraux au maintien d'une relation de confiance
5. (?)
6. Les personnes qui consomment prennent soin les un·es des autres.
7. L'approvisionnement sécuritaire, c'est une partie de l'accès équitable à la santé et au bien-être
8. Les participant·es de programmes d'approvisionnement sécuritaire ont des meilleurs relations aux services lorsque le personnel comprend des personnes avec de l'expérience vécue.

On a besoin de plus de prescripteur·rices qui prennent des risques pour avoir du progrès.

Des questions?

Alexandra : Merci pour ta présentation incroyable. Je vais inviter les gens à écrire leurs questions dans la boîte aux questions.

Corey : L'approvisionnement sécuritaire de benzo est sous-considéré. Les prescripteur·rices ont été blâmé d'avoir sur-prescrit. On a créé un protocole de sevrage de benzo et prescrire benzodiazépines pour répondre à cet enjeu. Il y a une drogue qui peut renverser la surdose de benzodiazépines, mais ce n'est pas comme le naloxone. Ça peut être beaucoup plus dangereux donc c'est pourquoi il n'y a pas de kit en circulation comme pour le naloxone.

Alexandra : En tant que personne qui consomme qui est sur l'approvisionnement sécuritaire, sans Nanky, je serais une statistique. J'espère qu'un jour on pourra aller à une pharmacie et récupérer ce dont on a besoin : quand cela sera-t-il une réalité?

Corey : Il faut soutenir CAPUD qui travaille avec le gouvernement, on doit voir la fin de criminalisation. Ce n'est pas aussi inimaginable qu'on peut le penser Cannabis à passer par un stade étrange où les médecins en faisait la prescription. Et maintenant il y a des dispensaires régulés et la même chose est possible pour les opioïdes. C'est imaginable, on doit voir plus de courage politique et plus de travail de nos gouvernements.

Alexandra : Prochaine question - un raisonnement contre l'approvisionnement sécuritaire, c'est qu'on doit faire plus de recherches, N'y a-t-il pas des exemples d'autres pays?

Corey : Absolument, en Europe il y a des modèles. Et on veut aller encore plus loin. Je suis ne faveur du TAOi mais c'est très contraignant sur la vie des gens, l'horaire est fixe. Il y aura toujours un besoin pour ces programmes, mais on a besoin de donner le droit de choisir et faire confiance aux personnes qui consomment, ce qui est un modèle qui n'existe pas encore.

Alexandra : Comment as-tu recruté tes médecins?

Corey : Toutes mes diapositives sont publiques. On a de la chance de travailler avec un super groupe de médecins. On parle de tensions inconfortables à tous les jours. Ce sont les mêmes médecins avec qui je travaille depuis avril 2020, donc iels font confiance en les infirmier-es. Parce que tout est sous protocole, il y a de la confiance, On a de la chance et on fait tout ce qu'on peut pour soutenir les médecins, qui sont surveillé-es par leurs collègues. En plus de développer la pratique et d'évaluer, on fait aussi des documents de préparation pour leur évaluation, on crée une pratique de solidarité.

Corey : On a souvent des dialogues avec les ministres et tous les produits liés au fentanyl doivent être acquis à partir d'autorités spéciales, on doit avoir l'approbation des ministres. On a assez d'inventaire pour pouvoir offrir les produits pendant qu'on prépare le processus officiel. C'est un défi, c'est difficile, on regarde aussi la diacétylmorphine, et d'autres substances qui ne sont pas traditionnellement couvertes. Les gouvernements n'ont pas été des obstacles, ils veulent nous voir réussir.

Corey : « Down » c'est le jargon pour les opioïdes. Notre clinique est accessible donc on ne veut pas surmédicaliser les termes.

Alexandra : Combien de personnes sont servies par VSI ?

Corey : Notre mandat est de développer de la capacité pour que de futures initiatives puissent continuer notre travail. On se rencontre avec des autorités de la santé et des

municipalités qui veulent entreprendre ce genre de prescription, alors notre objectif est que ce soit impossible que ce soit une étude pilote. Il y a trop de précarité alors on parle beaucoup de ce qu'on fera si on n'a pas le financement. On doit nous assurer de faire ce qu'on fait sécuritairement.

Corey : Il faut remettre en questions les structures et organisations chaque jour. On a des moments où c'est moi qui fais de la défense des droits et qui frappe un mur. Mais on comprend tous-tes pourquoi on a ces conversations et on essaie de traverser tout ça ensemble. Les infirmier-es et médecins et travailleur-ses sociaux peuvent être inconfortables quand on parle de l'histoire de violence de ces institutions, mais il faut en parler et le garder en tête tout le temps. Ce n'est pas la destination finale, il y a trop de listes d'attente, alors on parle de développer nos capacités avec d'autres prestataires de services. On doit mieux collaborer pour nous assurer qu'on aille plus loin qu'une étude pilote.

Alexandra : Je vous invite aussi à revoir la présentation de Nanky Rai. Y a-t-il des ressources pour trouver le bon langage à utiliser?

Corey : on se concentre souvent sur des pratiques informées par les données probantes, mais il faut surtout apprendre des communautés qui consomment. Tous les contextes locaux sont uniques, mais on doit écouter directement de la source et compenser financièrement de manière adéquate.

Alexandra : Dans les options de fentanyl, les options répondent-elles aux tolérances de personnes qui consomment du fentanyl de façon plus considérable?

Corey : C'est fort, mais la durée est courte. On fait des tests de tolérance pour nous assurer de ne pas en donner trop. Et on a eu de l'excellent feedback. Certaines personnes suivent le TAOi et nous consultent aussi en même temps. C, est comparable à ce qui trouve dans les rue avec certaines des doses plus intense qu'on a. On offre des options pour fumer aussi. Ça va jusqu'à 2000 microgrammes de fentanyl par jour, on a aussi 12 x 100 microgrammes de fentanyl par jour, c'est assez fort. Il y a eu de la réduction, les personnes peuvent travailler sans avoir à reprendre une autre dose. On a vraiment une grande variété de doses. Des fois on ne peut pas répondre à la tolérance de certaines personnes, et d'autres fois ça fonctionne à merveille. Ça dépend des personnes, des rituels, des préférences. C'est possible de combiner des trucs aussi. On a essayé toutes sortes de combinaisons, selon l'autonomie et les préférences de personnes.

Alexandra : Y a-t-il des mélanges d'options possibles?

Corey : C'est possible de combiner parmi plusieurs options. Avant l'arrivée du fentanyl dans les rues, des personnes parlaient de fumer l'oxycodone, quand on a développé le programme, il y a eu la décision logique que l'oxycodone serait une bonne option à fumer. C'est pratique parce que c'est couvert en Colombie-Britannique, alors c'était facile de l'intégrer. 50% des personnes qui le reçoivent rapportent de bienfaits.

Alexandra : Les infirmier·es praticien·nes peuvent-iels prescrire aussi?

Corey : Oui. Il n'y en a pas beaucoup à Victoire, mais il y en a dans le Downtown East Side qui prescrivent l'approvisionnement sécuritaire. C'est encore plus hostile comme territoire pour un·e infirmier·e, j'ai parlé à beaucoup de personnes qui voulaient le faire, mais ne savaient pas comment.

Alexandra : Merci beaucoup! On a sauvegardé des questions et on espère pouvoir vous fournir des ressources. On va partager le PowerPoint, et toutes sortes de ressources.

Rebecca : On a notre site Web, vous pouvez rejoindre nos événements pour nos membres, on vous invite à vous inscrire. Les événements publics à venir, Corey revient le 8 novembre, avec Akia Munga pour parler de la réduction des méfaits émotionnels.

Gillian Kolla parlera aussi de l'évaluation des programmes

On a aussi un groupe d'expert·es de prescripteur·rices qui s'en vient pour nos membres.

On a des groupes de travail sur des sujets pour l'accès aux drogues pharmaceutiques et l'une des activités inclut une ligne de consultation pour les prescripteur·rices qui débutera le 25 octobre.

Visitez notre site web et écrivez-nous. Merci à Corey d'avoir été avec nous, c'était très important pour nous de t'entendre sur les tensions et les possibilités. Merci à toute l'équipe.