

**L'approvisionnement plus sécuritaire et la décriminalisation:**  
**Les résultats de la recherche et des pratiques courantes**  
**avec Nancy Henderson**

**Jeudi 26 mai 2022 de 12h à 13h30**

**Rebecca** : Bienvenue à tout le monde! On va commencer dans une minute.

Bienvenue! Je suis gérante de projet de la communauté de pratique sur l'approvisionnement plus sécuritaire, aujourd'hui c'est notre événement public mensuel qui est ouvert à tous·tes nos membres et on invite les gens à inviter des gens qui peuvent être curieux d'entendre de l'information sur le bien-être des personnes qui consomment des drogues.

Aujourd'hui, ça nous fait plaisir d'avoir Nancy Henderson qui se joint à nous.

(texte en français à l'écran)

Je vous invite à partager votre nom et le territoire duquel vous vous joignez à nous aujourd'hui dans la boîte de clavardage.

On a un certificat de participation, suffit de cliquer sur le lien dans le clavardage pour en avoir un. Il suffit de remplir le formulaire.

Nous sommes un projet de partage de connaissance et de circulation du savoir financé par le PUDS. Notre objectif est de soutenir le développement des programmes d'approvisionnement à moindres risques. Nous nous penchons sur le modèle médical en raison du contexte juridique, mais encourageons d'autres modèles alternatifs et pour la décriminalisation. On a beaucoup d'activités en cours et prévues, vous pouvez consulter notre site Web pour connaître nos activités Nous avons aussi une bibliothèque de ressources : des outils, des rapports, des études, etc. Nos webinaires passés se trouvent aussi sur notre site Web. Voici notre site Web! Vous pouvez rejoindre la communauté de pratique sur le site Web et accéder à des ressources et événements et forums et notre infolettre qui sont seulement pour les membres. Voici une liste des webinaires enregistrés.

Nancy nous rejoint de Tkaronto - Toronto. Toronto - les terres font partie du territoire traditionnel des Haudenosaunees et des Anishinabes.

Ce territoire est visé par les traités du Haut-Canada et fait partie des terres protégées par l'accord de la ceinture de wampum dit du « bol à une seule cuillère ».

Nancy participe à de nombreux groupes de travail, avec son expérience personnelle de consommation et de situation d'itinérance. Il soutient la décriminalisation et la régulation des drogues.

**Nancy** : Merci Rebecca.

Je vais parler du besoin de la décriminalisation et d'approvisionnement à moindres risques, des preuves des études et pratiques récentes.

L'opinion partagée ici ne représente pas l'opinion de Santé Canada.

Nous allons nous pencher sur la crise de toxicité des drogues, explorer les obstacles et les catalyseurs de la thérapie par agonistes opioïdes, et le besoin de développer les programmes d'approvisionnement à moindres risques

Ces méfaits sont enracinés dans l'histoire du colonialisme. Les institutions d'aujourd'hui ont été fondées sur la suprématie blanche et le racisme anti-noir. Tous ces systèmes doivent être détruits et reconstruits par la communauté.

Je vous rejoins aujourd'hui de Victoria - Victoria fait partie du territoire traditionnel des peuples Salish du littoral et des détroits. Cette région est visée par les traités Douglas.

De Janvier 2016 à septembre 2021, 26 690 personnes sont décédées de la crise de toxicité des opioïdes. 20 personnes par jour entre janvier et septembre 2021. C'est une crise d'empoisonnement des personnes qui consomment l'approvisionnement des rues. L'approvisionnement des rues est du fentanyl et des dérivés.

Les idées de la drogue, de l'addiction, de la déviance et de la maladie sont des construits sociaux.

Pendant les années 1900, le trouble de consommation de drogues était perçu comme un problème personnel : les personnes qui consommaient étaient perçues comme étant faibles. Le stigma s'est enraciné avec des concepts comme l'addiction. Ça a changé les croyances culturelles où l'on se penche plus sur la personne que sur la drogue. Ce qui aboutit à la croyance selon laquelle une personne qui consomme a besoin d'un professionnel pour régler son problème.

Dans les années 1960, un groupe de psychologues ont expérimenté avec le boîtier Skinner pour tester avec un rat. Il y avait aussi des expérimentations de punition. Pour

faire cette expérimentation, une aiguille était insérée dans la jugulaire du rat. Différentes drogues ont été utilisées. Dans l'expérimentation, les rats consommaient de si grandes doses que les rats meurent presque tout le temps. La conclusion : les drogues sont irrésistibles. Les gens deviennent accro et le problème réside en eux.

Le langage de Nixon à entrer au Canada dans les années 1980. Les gens utilisent le terme « la guerre contre les drogues » depuis 50 ans. L'expérimentation Rat Park a été changée par la suite : pour souligner le fait que les rats n'avaient pas d'autre choix que la drogue. Dans Rat Park, les rats avaient accès à deux bouteilles d'eau, et à de l'interaction sociale. Il n'y a pas eu de surdoses. Dans la boîte Skinner, les rats étaient isolés, contrairement à Rat Park.

Dans les années 1990, Carl Hart a voulu tester cette étude mais avec des humains. En se basant sur la donnée que ce n'est pas toutes les personnes qui consomment qui deviennent accro, Carl Hart a recruté des gens. Il fallait rester à l'hôpital pendant plusieurs mois. Les participant·es ne savaient pas quelle quantité de crack leur était donnée. Plus tard, les gens pouvaient choisir, plus tard, de consommer la même dose, et les gens pouvaient choisir 5\$ ou un coupon rabais. la division des choix et de 50% pour chaque option. Avec 20\$, tout le monde choisissait l'argent. Cela a démontré qu'une personne a le choix de ne pas consommer, et peut délayer la gratification. Une alternative, qui paraît mieux pour le futur, influence la décision. Les gens ont besoin d'alternatives pour que la drogue ne soit pas la seule option. Même avec ces résultats, c'est plus facile de se concentrer sur l'individu, et d'éviter de régler les problèmes sociaux qui affectent la personne.

Le crack est associé aux communautés racisées et engendre des conséquences et des pénalités beaucoup plus sévères que la cocaïne, qui est considérée comme étant une drogue récréationnelle pour les hommes blancs. Ça perpétue le racisme et la discrimination. En 2010, une loi a résorbé le différentiel mais celui-ci demeure.

Dans les médias, un portrait bien différent des consommateur·rices d'opioïdes noir·es et blanc·hes a été créé. Le problème c'est que quand on voit des personnes noir·es et latinx dans les médias, celles-ci sont déshumanisées et criminalisées, et des politiques suivent ce portrait. La criminalisation des personnes noires et la décriminalisation des personnes blanches est directement liée à la guerre contre les drogues. Même si l'importance de la crise actuelle dépasse celle du crack, on voit quand même un impact important de l'image qui est créée dans les médias. Les personnes racisées n'ont pas accès aux mêmes ressources et programmes, comme l'approvisionnement à moindres risques.

64% des adultes canadien·nes croient à la réduction des méfaits, ce qui n'est pas reflété dans les politiques fédérales. La guerre contre les drogues est enracinée dans le colonialisme et le racisme, et cela est reflété dans la guerre contre les drogues qu'on observe aujourd'hui. Il s'agit d'une crise de politiques et de santé publique.

Pourquoi la crise continue-t-elle? On a vu, avec la COVID-19, qu'on peut faire des changements rapides aux niveaux gouvernementaux. Mais le stigma empêche de changer les choses, il faut prendre une approche de santé publique enracinée dans les droits humains et l'approvisionnement sécuritaire.

Le traitement présentement en place est le traitement par agonistes opioïdes, enraciné dans une approche d'abstinence où des alternatives aux opioïdes sont prescrites.

On a besoin d'une variété de services. Des sites de consommation supervisée, la distribution de matériel, etc. Les personnes qui consomment risquent de faire face à de la discrimination, et de la stigmatisation, etc.

Il y a plusieurs années, j'ai fait face à des traumatismes qui ont rendu ma vie difficile. J'ai passé beaucoup de temps à l'hôpital, j'ai été placé dans un refuge, ensuite à l'hôpital. J'étais seul·e, sans ami·e, sans famille. J'étais un·e enfant de la campagne placé·e dans une grande ville. Quand j'ai quitté l'hôpital j'ai été placé dans un foyer, où j'ai trouvé ce que je recherchait : une porte de sortie que j'ai trouvée dans la drogue. On m'a demandé de quitter, alors j'étais dans la rue. Je consommais des stimulants, qui me donnaient un sentiment de sécurité. j'ai passé aux refuges pour adultes, qui me convenaient mieux. Cette situation de précarité, de criminalisation pour le travail du sexe, les drogues me permettaient de survivre. J'utilisais beaucoup un programme d'échange d'aiguilles. Il n'y avait pas assez d'aiguilles pour suivre mon rythme. J'avais toujours peur de si une personne allait me suivre. Les gens étaient super, mais L, expérience horrible, à cause de la stigmatisation et de la criminalisation. Les années suivantes furent marquées par la précarité, l'insécurité alimentaire, etc. J'ai été un·e des chanceux·se, les règles ont été enfreintes pour moi. j'ai essayé d'avoir de l'aide mais les centres de traitement pour les drogues me refusaient en raison de mon trouble alimentaire et les centres pour les troubles alimentaires me refusaient en raison de ma consommation.

Je me suis concentré sur l'école, je n'avais pas de plan long terme mais j'ai réussi à graduer. J'ai passé par beaucoup de traitements physiques, en raison des interactions entre mes médicaments et des drogues que je consommais, il y a eu des problèmes et j'ai perdu mes prescriptions. À une visite à l'urgence, j'ai demandé des opioïdes et on m'a écouté. Le reste de mon histoire est privilégié parce que j'avais accès à des

opioïdes, jusqu'à ce qu'on refuse de m'en donner plus et qu'on m'envoie à un centre de TAO. Mon expérience a été considérée comme un succès, mais le programme punitif a été une expérience horrible. Je me sentais comme si j'étais étiquetée et que les gens n'avaient pas confiance en moi. C'était une peur de mon enfance qui se matérialise. Personne n'avait confiance en moi. Le problème est dans la conception du programme. Il faut changer le programme et offrir des recours aux personnes qui ont eu des expériences horribles.

Je suis retourné à l'école. j'ai suivi un cours de soutien personnel. Je n'ai jamais voulu être infirmière, mais je n'avais pas d'autre option. 4 ans plus tard, j'ai gradué. Dans les sciences infirmières, j'ai trouvé des façons de redonner à la communauté que j'ai laissée derrière moi. Je réalise tous les jours que j'ai eu de la chance. Je n'ai pas été avalé par une crise qui tue ma famille et mes ami-es. C'est inacceptable et il faut écouter les personnes qui consomment des drogues. Toutes ces expériences m'ont ouvert l'esprit et démontré qu'elles étaient les options, comme l'approvisionnement à moindres risques et la décriminalisation. La consommation de drogues est une activité criminelle donc toutes les activités qui y sont liées le sont aussi. Avec la décriminalisation, on peut donner accès à des ressources, remédier aux enjeux de santé et aux enjeux sociaux comme la pauvreté. On ouvre la porte à des relations de confiance. Les politiques sur les drogues sont un enjeu de santé publique, et non un enjeu juridique. Les personnes qui consomment des drogues doivent se sentir en sécurité pour accéder à des ressources.

Les personnes qui consomment des drogues doivent être centrales à toutes les étapes du processus de décriminalisation. On doit écouter les voix des personnes racisées et des femmes et personnes aux genres non conformes. Il s'agit d'un enjeu de réconciliation et on doit remédier aux méfaits.

La décriminalisation n'est qu'un seul élément : on a besoin de réduction des méfaits, d'approvisionnement à moindres risques et d'options de traitements. On a besoin de modèles centrés sur la communauté, de rencontrer les gens là où ils se trouvent. On a besoin de donner les médicaments et les drogues dont les gens ont besoin, on a besoin de répondre aux besoins primaires. C'est une question de protection de la santé et de la dignité des personnes qui consomment des drogues.

Comme nous le savons, aujourd'hui, les personnes qui ont accès à l'approvisionnement sécuritaire ont des services et des soins holistiques. Ce n'est pas un traitement mais un outil pour combattre la crise des surdoses. On a besoin de développer l'approvisionnement à moindres risques. On a besoin de solutions ancrées dans la communauté de façon urgente.

En avril 2021, j'ai commencé à travailler sur un projet de recherche à Peterborough grâce au financement du PUDS. On a un comité de consultation de 12 personnes, et un comité de conseiller·es avec de l'expérience vécue. J'ai aussi embauché une personne avec de l'expérience récente vécue. Je vais me pencher sur les groupes de discussions.

4 des personnes auxquelles j'ai parlé étaient hébergées. La majorité étaient en situation d'itinérance depuis 3 à 11 ans. La majorité des personnes qui consomment le fentanyl de la rue le fument et n'ont pas d'endroit où aller pour consommer de façon sécuritaire.

Les personnes consomment plusieurs drogues en même temps, notamment des stimulants avec du fentanyl. La moitié des participant·es ont affirmé avoir fait des traitements, et 9 personnes avaient essayé le TAO.

Plus de la moitié des personnes se sont vues offrir le TAO. Les personnes qui consomment des drogues veulent une variété d'options pour choisir l'option qui répond à leurs besoins. 16 personnes ont affirmé être intéressées par l'approvisionnement à moindres risques.

Les obstacles et catalyseurs liés au TAO

Les personnes ont besoin d'être servies par des personnes avec de l'expérience vécue.

Manque de choix de médications et de doses

manque d'accès à de l'hébergement

manque d'accès à du soutien

c'est une option qui les intéresse, les personnes veulent sentir que les personnes qui les servent ont confiance en elle·eux

iels veulent des options de counseling

iels veulent des ressources culturellement adaptées

La majorité des personnes auxquelles j'ai parlé était de Peterborough

(statistiques)

La plupart des participant·es ont des client·es qui suivent le TAO.

Manque de communication

des catalyseurs :

plus flexible, plus de soin

obstacles :

les gens veulent plus de données

accessibilité

stigmatisation, criminalisation

catalyseurs à l'approvisionnement à moindres risques :

soins holistiques

plus de choix

plus de communication et de confiance

accès aux besoins primaires

L'accès aux besoins primaires, notamment à l'hébergement, est un fil conducteur dans toutes ces situations.

On a maintenant environ 1 million de dollars de PUDS, notre équipe offre des services de santé, sociaux et de réduction des méfaits et la majorité de l'équipe a de l'expérience vécue.

La planification, mise en œuvre et évaluation sera guidée par une équipe de personnes avec de l'expérience vécue.

On fait aussi de la recherche, on a un partenariat avec Apothicom. Les filtres stérifiltres retirent les particules non désirées, qui causent de l'irritation dans les veines. Le filtre retire aussi des bactéries. Donc des risques sont enlevés. 50 personnes dans un programme ce n'est pas assez pour étudier l'efficacité, mais c'est assez pour évaluer l'expérience. On va poser des questions sur les pratiques d'usage. Je suis aussi conscient-e qu'on ne peut pas suivre un chemin médical pour régler le problème. On demande la définancement de la police et des prisons et la décriminalisation des drogues.

La décriminalisation et l'approvisionnement à moindre risque n'est pas suffisant pour arrêter la crise, et trop de gens meurent chaque jour. On a besoin de décriminalisation, de légalisation et de régulation. L'approvisionnement de la rue est toxique, tue des gens. Peu importe les préférences, les changements sont là pour rester tant que les drogues ne sont pas régulées. Ça affecte tout le monde.

La loi C-216 a été présentée à la Chambre des communes. Pour que le projet passe, il y a beaucoup d'étapes. Le projet de loi a été présenté et débattu. Le vote est plus tard. Mais les choses avancent.

Le projet de loi vise à décriminaliser la possession simple, offre un chemin pour la suppression des dossiers criminels pour les personnes ayant eu de simple possession.

Les drogues ne s'en vont pas : comment changer l'environnement pour que les personnes qui consomment puissent rester en vie.

On a besoin d'un approvisionnement à moindre risque, le marché de la drogue doit être régulé. Le rôle de la production et de la distribution des drogues doit être repris aux mains des personnes qui les consomment.

**Rebecca** : Merci !

Avant de passer aux questions, on va vous envoyer un court sondage sur votre expérience en lien avec cette présentation. Je vous invite aussi à écrire vos questions dans la boîte de questions.

Une personne demande les résultats de ta recherche : sont-ils publiés et publics?

**Nancy** : les résultats sont préliminaires, on les partagera lorsque ce sera publié.

**Rebecca** : pour du soutien pour la rédaction de proposition, des ressources existent, il y a des évaluations qui sont disponibles sur notre site web. Une autre question de Richard sur les coûts des Sterifilts.

**Nancy** : Ça coûte cher!

**Rebecca** : \$50 pour 100 sterifilts. Des gens travaillent à trouver du financement pour ce genre d'outils.

Beaucoup de remerciements pour ta présentation aussi.

Il y a une revue de l'approvisionnement public de drogues, qui a reçu des réponses de divers universitaires.

**Nancy** : je n'y ai pas encore jeté un coup d'œil. J'en ai entendu parlé mais je ne suis pas encore assez informé·e.



**Rebecca** : Un panel le 7 juin organisé par l'école de santé publique de l'université de Waterloo. Je vous encourage à vous inscrire à ce panel. C'est un panel de gens qui ne sont pas en soutien de l'approvisionnement à moindre risques.

**Nancy** : C'est vrai que le coût vaut la peine pour les Sterifilts, s'ils sont vraiment efficaces.

**Rebecca** : Pourquoi les gens n'arrivent pas à voir que l'approche juridique et l'approche santé/maladie est la même?

**Nancy** : Malheureusement la réduction des méfaits n'est pas enseignée dans les sciences infirmières. C'est un jour de cours communautaire et une autre journée dans le cours sur la santé mentale. Une personne que je connais qui a gradué il y a quelques années, j'étais TA dans un des cours et apparemment c'est le seul moment où les élèves ont appris sur la réduction des méfaits.

Ça dépend de l'école et de la personne qui enseigne le cours.

**Rebecca** : On est toujours en train de pousser pour des approches innovantes, ce qui rend difficile l'enseignement de ces pratiques. Il y a beaucoup d'universités qui vont inviter des personnes d'organismes pour venir parler au sujet de la prestation de soins, ce qui est très important.

Beaucoup de professionnel·les de la santé suivent seulement le modèle d'abstinence. On a tant d'articles et de matériel qui peut aider dans le travail de réduction des méfaits. Les données ne sont pas toujours ce qui aide. Et les pratiques cliniques évoluent avec les données produites. Avec la décriminalisation, il se passe tellement de choses dans les médias. C'est frustrant de voir l'excitation, parce qu'à moins que ce soit accompagné de soins et d'une tentative de remédier aux enjeux sociaux et de santé, la décriminalisation n'est pas une solution magique. Ça aide à beaucoup d'aspects, mais ça ne remédie pas à l'approvisionnement empoisonné.

D'autres questions?

J'ai une question personnelle. Tu as parlé d'avoir navigué toutes sortes de systèmes. Ta capacité de faire appel à différentes sources de connaissances et d'expertise, est-ce que ça t'a aidé à faire de la défense de droits?

**Nancy** : Oui, toutes ces choses combinées m'ont aidé mais seulement dans les dernières années. Avant je ne faisais pas appel à mon expérience vécue parce que

j'avais de la honte, je ne sentais pas que c'était valorisé, mais j'ai réalisé que ça perpétue le stigma. Donc Ça a été un changement à travers l'écoute de d'autres personnes. Ce n'est pas tout le monde qui est entendu, mais il y a du changement avec les années, où maintenant l'expérience vécue est plus valorisée, mais il reste beaucoup à faire.

**Rebecca** : j'ai partagé des ressources dans la boîte de clavardage. On arrive à la fin.  
Merci à Nancy

**Alex** : Le prochain Hot Topic est le 30 juin, la première moitié est une présentation d'une membre de la communauté de pratique qui est chimiste, qui parlera des analyses d'urine en lien avec les drogues. On parlera aussi de l'implication des analyses d'urine sur les vies des personnes qui consomment. La liste des personnes qui présenteront est approximative mais ça me fait plaisir de partager un lien. On espère vous y voir!

**Rebecca** : pour les membres, on a des réunions régionales intéressantes, on vous invite à vous inscrire à la liste d'attente. On a aussi une rencontre à Halifax, et tous les jeudis on a notre drop-in pour les membres. Merci à tout le monde!