



RÉDUCTION DES MÉFAITS ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida (ACIIS) et Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits (AIIRM)

POSITION DE L'AIIC, DE L'ACIIS ET DE L'AIIRM

- ▶ La réduction des méfaits est une démarche essentielle fondée sur des données probantes visant à réduire les répercussions sur la santé, la condition sociale et l'économie de la consommation de substances sans exiger l'abstinence.
- ▶ Bon nombre des méfaits qui semblent découler de la consommation de substances peuvent être causés par d'autres facteurs (normes, politiques et lois visant les consommateurs de substances) qui peuvent limiter la capacité des gens d'adhérer vraiment à des pratiques de réduction des méfaits.
- ▶ Les principes de réduction des méfaits s'alignent avec les valeurs primaires énoncées dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* de l'AIIC, surtout la responsabilité du personnel infirmier de prodiguer des soins sécuritaires et éthiques avec compétence et compassion.
- ▶ Les infirmières et infirmiers devraient contribuer à faire progresser les politiques de réduction des méfaits aux échelons organisationnel et gouvernemental.

CONVICTIONS DE L'AIIC, DE L'ACIIS ET DE L'AIIRM

L'AIIC, l'ACIIS et l'AIIRM reconnaissent que la réduction des méfaits est une démarche de santé publique pragmatique visant à réduire les répercussions sur la santé, la condition sociale et l'économie de la consommation de substances. Les substances dans ce contexte ne se limitent pas aux drogues illicites, elles peuvent comprendre l'alcool, le cannabis et les médicaments d'ordonnance, mais ne s'y limitent pas.

Nous croyons que les personnes consommant des substances doivent prendre part aux décisions concernant les soins ainsi qu'aux discussions liées au programme de réduction des méfaits et aux décisions stratégiques en général.

Nous croyons que la réduction des méfaits met l'accent de façon appropriée sur les droits de la personne et sur l'importance de traiter les gens avec respect, dignité et compassion sans égard à leur consommation de substances. C'est une approche sans jugement qui accepte les gens tels qu'ils sont et leur droit de prendre des décisions concernant leur santé et leur vie. La réduction des méfaits ne nécessite pas l'abandon d'activités risquées, mais s'attarde à la promotion de la sécurité, à la prévention des décès et de l'invalidité et à une consommation plus sécuritaire et sanitaire pour les personnes, les familles et les communautés.

Nous reconnaissons que la réduction des méfaits mise aussi sur l'importance de prodiguer des soins sécuritaires et avec compétence qui sont fondés sur des données probantes plutôt que sur les croyances personnelles, l'idéologie ou les fausses conceptions. Pour pratiquer conformément aux principes de réduction des méfaits, le personnel infirmier doit démontrer les aptitudes nécessaires pour fournir des soins sécuritaires aux consommateurs de substances, y compris les aptitudes liées à la compétence culturelle, aux soins tenant compte des traumatismes subis et à la santé mentale. Par ailleurs, le personnel infirmier doit faire preuve de compétence pour ce qui est d'évaluer et de prendre en charge des conditions psychosociales et sanitaires complexes, ainsi que des conditions structurelles qui contribuent à la consommation de substances. Finalement, les infirmières et infirmiers doivent être en mesure de puiser dans les données probantes et d'intervenir selon les pratiques exemplaires dans le domaine.

Nous reconnaissons que les inégalités dans l'accès aux soins de santé sont prévalentes pour les personnes consommant des substances et que ces disparités sont exacerbées davantage par les déterminants sociaux et structurels de la santé, dont le colonialisme, le racisme systémique, la criminalisation, le logement inadéquat, la pauvreté, le chômage et le manque de soutien social.

L'AIC, l'ACIS et l'AIRM croient que la réduction des méfaits est une composante importante d'une vaste intervention en soins de santé pour contrer les méfaits sanitaires et sociaux subis par les consommateurs de substances et qu'elle est un complément aux stratégies d'abstinence, de prévention et de traitement de consommation de substances.

Nous reconnaissons que les stratégies de réduction des méfaits ont des bienfaits pour plusieurs groupes de personnes¹, soit les consommateurs de substances et leur famille, les personnes qui ont besoin du soutien des services en soins de santé et des services sociaux, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé qui offrent la réduction des méfaits comme une option à leurs clients, et la population par l'entremise de communautés plus sécuritaires et par une réduction du fardeau sur le système de soins de santé.

Nous croyons que les politiques et les programmes doivent être abordables et fondés sur les meilleures données probantes et sur les besoins locaux, tout en faisant participer les personnes qui consomment des substances au processus décisionnel qui les affecte (Réseau juridique canadien

¹ La section Références renferme d'autres ressources sur des stratégies particulières de réduction des méfaits, y compris *Réduction des méfaits et consommation de substances illicites : Implications pour les soins infirmiers* (AIC, 2017).

VIH/sida, 2005). En appuyant une démarche de réduction des méfaits, les infirmières et infirmiers devraient plaider en faveur de changements aux politiques défavorables, y compris celles qui sont néfastes pour la santé et le bien-être, qui réduisent l'accès aux soins de santé et sociaux, qui violent les droits de la personne ou qui mettent en péril la santé de la population générale.

L'AIIIC, l'ACIIS et l'AIIIRM croient que les infirmières et infirmiers ont la responsabilité de prodiguer des soins de façon impartiale aux personnes affectées par l'usage de substances ainsi qu'à leur famille, sans égard au contexte, au revenu, à l'âge, à l'identité sexuelle, à l'origine ethnique ou à d'autres facteurs sociodémographiques. Nous croyons aussi que les infirmières et infirmiers peuvent influencer sur l'élaboration de politiques organisationnelles et gouvernementales de réduction des méfaits associés à la consommation de substances.

CONTEXTE

La réduction des méfaits est couramment utilisée en lien avec la programmation en santé publique auprès des consommateurs de substances, mais elle peut aussi servir aux programmes abordant les pratiques sexuelles, le tabagisme, le cyclisme, la conduite automobile, les problèmes de jeu et autres. Parmi les exemples de stratégies de réduction des méfaits visant les personnes et les groupes, notons entre autres :

- ▶ l'offre d'un service d'échange de seringues, l'accès rapide aux soins liés à la consommation de substances et des espaces sécuritaires pour la consommation de substances;
- ▶ la promotion de la consommation à faible risque d'alcool ou de cannabis;
- ▶ la réduction de l'exposition à la fumée secondaire;
- ▶ l'usage de la ceinture de sécurité, de casques protecteurs ou de condoms.

Les valeurs de la réduction des méfaits s'alignent aux valeurs primaires du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* de l'AIIIC (2017), qui oriente la pratique infirmière éthique. Ces valeurs primaires comprennent la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compassion et compétence; la promotion de la santé et du bien-être; la promotion et le respect de la prise de décisions éclairées; le respect de la dignité; le maintien de la vie privée et de la confidentialité; la promotion de la justice et la responsabilisation.

La réduction des méfaits est une démarche pragmatique puisqu'elle reconnaît que la consommation de substances est un phénomène persistant de la condition humaine. La réduction des méfaits vise à réduire les répercussions négatives de l'usage de substances et à établir des relations de soutien sans jugement (Cook, Phelan, Sander, Stone et Murphy, 2016; Pauly, 2008). Même si l'abstinence constitue une option dans l'éventualité et au moment où la personne est prête, la réduction des méfaits reconnaît que l'abstinence ne correspond pas toujours aux buts et objectifs d'une personne. On devrait plutôt s'attarder sur la reconnaissance et le respect de l'étape où se trouve la personne en ce qui concerne ses buts et objectifs et de travailler vers les résultats auxquels elle aspire (Hyshka et coll., 2017).

De nombreux méfaits sanitaires et sociaux sont associés à la consommation de substances. Dans le cadre de l'épidémie actuelle des opioïdes au Canada, les décès par surdose

contribuent à la hausse des taux de mortalité parmi les gens qui ont recours aux substances psychoactives. Les surdoses liées aux opioïdes augmentant exponentiellement, le pays a recensé plus de 2 800 décès en 2016, soit un taux de 7,8 décès pour une population de 100 000 habitants (Gouvernement du Canada, 2017). Au cours des dix premiers mois de 2017, la Colombie-Britannique a recensé un nombre alarmant de 1 208 décès par surdose de drogues illicites, soit environ 121 décès par mois, et près du double de décès pour la même période en 2016 (British Columbia Coroners Service, 2017).²

La propagation des maladies transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C est un autre méfait de la consommation de substances, surtout les drogues injectables. L'Agence de la santé publique du Canada déclare que l'usage des drogues injectables est responsable de 15,1 % des nouveaux cas d'infection au VIH chez les adultes au Canada, un chiffre qui atteint 59,6 % parmi les populations autochtones (Bourgeois, Edmunds, Awan, Jonah, Varsaneux et Siu, 2017).

Les infections des tissus mous comme les abcès et la cellulite sont souvent associées à la consommation de drogues injectables (Ontario HIV Treatment Network, 2014; Potier, Laprèvote, Dubois-Arber, Cottencin et Rolland, 2014). En outre, les approches axées sur l'application de la loi en ce qui concerne l'usage de drogues illicites ont contribué à ses méfaits en faisant augmenter les populations carcérales (Friedman et coll., 2006; Human Rights Watch et American Civil Liberties Union, 2016; Commission mondiale pour la politique des drogues des Nations Unies, 2016; Wood, McKinnon, Strang et Kendall, 2012). Les populations carcérales du Canada et de partout dans le monde présentent des taux de VIH et d'hépatite C beaucoup plus élevés que la population générale.

L'infirmière ou l'infirmier qui prodigue des soins aux diverses étapes de la vie et dans tous les milieux, peut se trouver face à des situations où l'usage de substances a des effets directs et indirects sur la santé de la personne. L'infirmière ou l'infirmier peut être le premier point de contact dans des situations de ce genre, qui peuvent survenir dans une gamme de milieux comme les centres de santé communautaires, les hôpitaux, les prisons et dans le cadre de programmes d'intervention dans les rues. Peu importe son milieu de travail, l'infirmière ou l'infirmier a la responsabilité professionnelle et éthique d'offrir un environnement de soins sécuritaire et impartial et d'incorporer la réduction des méfaits dans la pratique.

Depuis ses origines aux Pays-Bas et au Royaume-Uni dans les années 1980, où elle a pris forme par le plaidoyer au nom des personnes atteintes par le VIH/sida, la réduction des méfaits comme démarche a été adoptée par de nombreuses organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, le Fonds des Nations unies pour l'enfance, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2010) et la Banque mondiale (Dutta et coll., 2013; Wodak, 2009).

² En 2016, la Colombie-Britannique a recensé 683 décès des suites de surdoses de drogues illicites entre janvier et octobre et 985 décès pour l'année entière.

RÉFÉRENCES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-edition-2017-secure-interactive.pdf?la=fr>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Réduction des méfaits et consommation de substances illicites : Implications pour les soins infirmiers*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/reduction-des-mefaits-et-consommation-de-substances-illicites-implications-pour-les-soins-infirmiers>

Bourgeois AC, Edmunds M, Awan A., Jonah L, Varsaneux O et Siu, W. (2017). Le VIH au Canada — Rapport de surveillance, 2016. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 43(12), 282-91. Tiré de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2017-43/ccdr-volume-43-12-december-7-2017/rmtc-43-12-ar01-fra.pdf>

British Columbia Coroners Service (2017). *Illicit drug overdose deaths in B.C. — January 1, 2007-October 31, 2017*. Tiré de <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf>

Commission mondiale pour la politique des drogues des Nations Unies. (2016). *Advancing drug policy reform: A new approach to decriminalization*. Tiré de <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/11/GCDP-Report-2016-ENGLISH.pdf>

Cook, C., Phelan, M., Sander, G., Stone, K. et Murphy, F. (2016). *The case for a harm reduction decade: Progress, potential and paradigm shifts*. Tiré du site Web de Harm Reduction International : https://www.hri.global/files/2016/03/10/Report_The_Case_for_a_Harm_Reduction_Decade.pdf

Dutta, A., Wirtz, A., Stanciole, A., Oelrichs, R., Semini, I., Baral, S., . . . Cleghorn, F. (2013). *The global HIV epidemics among people who inject drugs*. Tiré de <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12215>

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. (2010). *À l'abri du danger : Consommateurs de drogues injectables et réduction des risques*. Tiré de <http://www.ifrc.org/PageFiles/90247/Harm%20reduction%20report-FR-LR.pdf>

Friedman, S. R., Cooper, H. L. F., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., Flom, P. L. et Jarlais, D. C. (2006). « Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas ». *AIDS*, 20, 93-99.

Gouvernement du Canada. (2017). *Décès apparemment liés aux opioïdes au Canada en 2016* [fiche infographique]. Tiré de <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/deces-apparemment-lies-opioides-affiche.pdf>

Human Rights Watch et American Civil Liberties Union. (2016). *Every 25 seconds: The human toll of criminalizing drug use in the United States*. Tiré de <https://www.hrw.org/report/2016/10/12/every-25-seconds/human-toll-criminalizing-drug-use-united-states>

Hyshka, E., Anderson-Baron, J., Karekezi, K., Belle-Isle, L., Elliott, L., Pauly, B., . . . Wild, T. C. (2017). « Harm reduction in name, but not substance: A comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks ». *Harm Reduction Journal*, 14(50). doi: 10.1186/s12954-017-0177-7

Ontario HIV Treatment Network. (2014). *What is the effectiveness of supervised injection services?* (Rapid Review #83). Tiré de <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR83-Supervised-Injection-Effectiveness.pdf>

Pauly, B. (2008). « Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice ». *International Journal of Drug Policy*, 19, 195-204. doi:10.1016/j.drugpo.2008.02.009

Potier, C., Laprèvote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. et Rolland, B. (2014). « Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review ». *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012

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* (2^e éd.). Tiré de <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>

Wodak, A. (2009). « Harm reduction is now the mainstream global drug policy ». *Addiction*, 104, 343-345. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02440.x

Wood, E., McKinnon, M., Strang, R. et Kendall, P. R. (2012). « Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs ». *Open Medicine*, 6(1), e35-40. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329118/>