



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Rapport No. 8 | Mars 2016

Les mérites des installations supervisées pour les injections:

un plaidoyer pour Sudbury et le nord de l'Ontario

Qui nous sommes

Certains des acteurs clés dans ce modèle et leurs rôles se trouvent ci-dessous :

Conseil d'administration : Le conseil d'administration détermine l'orientation stratégique de l'Institut des politiques du Nord. Les administrateurs font partie de comités opérationnels s'occupant de finance, de collecte de fonds et de gouvernance; collectivement, le conseil demande au chef de la direction de rendre des comptes au regard des objectifs de nos objectifs du plan stratégique. La responsabilité principale du conseil est de protéger et de promouvoir les intérêts, la réputation et l'envergure de l'Institut des politiques du Nord.

Président et Chef de la direction : recommande des orientations stratégiques, élabore des plans et processus, assure et répartit les ressources aux fins déterminées.

Conseil consultatif : groupe de personnes engagées et qui s'intéressent à aider l'Institut des politiques du Nord mais non à le diriger. Chefs de files dans leurs domaines, ils guident l'orientation stratégique et y apportent une contribution; ils font de même en communication ainsi que pour les chercheurs ou personnes-ressources de la collectivité élargie. Ils sont pour de l'Institut des politiques du Nord une « source de plus mûre réflexion » sur l'orientation et les tactiques organisationnelles globales.

Conseil consultatif pour la recherche : groupe de chercheurs universitaires qui guide et apporte une contribution en matière d'orientations potentielles de la recherche, de rédacteurs possibles, d'ébauches d'études et de commentaires. C'est le « lien officiel » avec le monde universitaire.

Évaluateurs-homologues : personnes qui veillent à ce que les articles spécifiques soient factuels, pertinents et publiables.

Rédacteurs et chercheurs associés : personnes qui offrent, au besoin, une expertise indépendante dans des domaines spécifiques de la politique.

Tables rondes et outils permanents de consultation – (grand public, intervenants gouvernementaux et communautaires) : moyens qui assurent que l'Institut des politiques du Nord demeure sensible à la collectivité, puis reflète les priorités de CELLE-CI et ses préoccupations lors de la sélection des projets.

Président & CEO

Charles Cirtwill

Conseil d'administration

Martin Bayer (Chair)
Ron Arnold
Pierre Bélanger
Thérèse Bergeron-Hopson (Vice-Chair)
Terry Bursey
Dr. Harley d'Entremont
Alex Freedman

Jean Paul Gladu
Dr. George C. Macey (Vice-Chair & Secretary)
Hal J. McGonigal
Dawn Madahbee
Doug Murray (Treasurer)
Ray Riley
Dr. Brian Tucker

Conseil consultatif

Dr. Gayle Broad
Barbara Courte Elinesky
Brian Davey
Tony Dean
Don Drummond
Tannis Drysdale (Chair)
John Fior
Ronald Garbutt

Peter Goring
Frank Kallonen
Duke Peltier
Kathryn Poling
Peter Politis
Tina Sartoretto
Keith Saulnier

Conseil consultatif pour la recherche

Dr. John Allison
Hugo Asselin
Dr. Randy Battocchio (Chair)
Dr. Stephen Blank
George Burton
Dr. Robert Campbell
Dr. Iain Davidson-Hunt

Jonathan Dewar
Dr. Livio Di Matteo
Dr. Morley Gunderson
Dr. Anne-Marie Mawhiney
Leata Ann Rigg
S. Brenda Small
J.D. Snyder
Dr. Lindsay Tedds

Ce rapport a été possible grâce à l'appui de nos partenaires : l'Université Lakehead, l'Université Laurentienne et la Société de gestion du Fonds du patrimoine du Nord de l'Ontario. L'Institut des politiques du Nord exprime sa grande appréciation pour leur généreux soutien, mais insiste sur ce qui suit : Les points de vue de ces commentaires sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Institut, de son conseil d'administration ou de ceux qui le soutiennent. Des citations de ce texte, avec indication adéquate de la source, sont autorisées.

Les calculs de l'auteur sont basés sur les données disponibles au temps de publication et sont sujets aux changements.

Traduction par Gilles Dignard.

© 2016 Institut des politiques du Nord
Publication de l'Institut des politiques du Nord
874, rue Tungsten
Thunder Bay (Ontario) P7B 6T6

ISBN: 978-1-988472-27-0

Contenu

Qui nous sommes _____	2
À propos de l'auteur _____	3
Sommaire _____	4
Introduction _____	6
Définition du problème _____	7
Théorie _____	15
Analyse empirique et études de cas _____	18
Une ISI dans le Nord ontarien? _____	21
Cas de Sudbury _____	24
Conclusion: Est-ce qu'une ISI de Sudbury est viable? _____	27
Références _____	30
À propos de l'Institut des politiques du Nord _____	35
Recherche connexe _____	35

À propos de l'auteur **Alex Berryman**



Alex complète un bachelors en politiques publiques à l'Université Carlton. Depuis plusieurs années, il étudie et écrit sur les défis du nord de l'Ontario, une passion qu'il a amenée avec lui à l'Institut des Politiques du Nord lors d'un stage en politiques publiques. Pendant son stage et depuis, il a effectué des recherches sur le Cercle de Feu, et d'autres sujets ayant des conséquences importantes pour le nord de l'Ontario, en se concentrant largement sur la prospérité et le développement du nord.

Cette étude a été réalisée lors du stage que Mr Berryman a effectué durant l'été 2014. Nous sommes heureux d'offrir à notre nouvelle génération de jeunes intellectuels l'opportunité d'exprimer leurs vues et de les partager avec le public.



Sommaire

Comment pouvons-nous répondre aux besoins des plus vulnérables d'entre nous? Des personnes qui font face – soit à cause de la pauvreté, de la consommation de drogues, de maladie mentale ou de manque d'accès à des ressources dans les régions éloignées – à des difficultés importantes au moment de prendre des décisions pour leur vie. Par exemple, les collectivités du Nord ontarien affrontent des obstacles majeurs lorsqu'il s'agit d'aider les toxicomanes dépendant de drogues injectées. Alors, les approches prohibitionnisme pour ce problème augmentent souvent dans une collectivité les complications reliées à la santé au lieu de les diminuer. Une option de rechange à ces approches est la création d'installations supervisées pour les injections (ISI), et la présente étude a pour objet d'examiner la pertinence d'une ISI dans le Grand Sudbury. Bien que cette analyse cible la collectivité du Grand Sudbury, l'auteur croit que les conclusions pourraient facilement valoir pour beaucoup d'autres collectivités, nordiques ou non, qui se trouvent dans des circonstances similaires.

Le Grand Sudbury connaît un problème sérieux et en hausse de narcotiques depuis de nombreuses années. Dans une étude de 2007, il a été trouvé que la cocaïne et le crack étaient les deux drogues les plus fréquemment injectées à Sudbury, même si le crack était la drogue la plus utilisée chez les PID (personnes qui s'injectent des drogues), plus même que l'alcool et le cannabis. Jusqu'à 60 % de ces personnes recourent à la pratique du partage des seringues; près de 70 % des répondants ont soutenu avoir eu un résultat positif lors d'un test de dépistage de l'hépatite C. La réutilisation des seringues est un problème grave qui peut avoir des effets importants sur la propagation de maladies, surtout le VIH et le VCH.

Sudbury possède un programme d'échange de seringues qui apporte un soutien crucial aux PID qui s'inquiètent de la propagation de maladies ainsi que de leur propre santé. Même si ce programme aide à retirer de la rue les seringues qui ont été utilisées et à en offrir des propres, il n'atteint qu'un certain pourcentage des PID. Les preuves de l'utilisation de drogues au centre-ville de Sudbury – sous la forme de seringues qui ont été utilisées et d'accessoires connexes – sont un rappel omniprésent et solennel du fait que, même avec tous les services existants aux sans-abri et à ceux qui consomment des drogues à Sudbury, le problème persiste et l'accès aux options de rechange est retardé.

Du point de vue des maladies et des risques entourant celles-ci, peu de comportements généralisent autant

la propagation de maladies que l'utilisation de drogues injectables. Le taux des maladies chez ces utilisateurs et le fait qu'ils ne sachent pas s'ils sont infectés par une sont par conséquent des réalités très alarmantes. En gros, 13 % de ceux qui s'injectaient de la drogue à Sudbury ont eu un résultat positif lors d'un test de dépistage du VIH; de ce nombre, un tiers d'entre eux ignoraient qu'ils étaient infectés, ce qui signifie qu'un pourcentage important des PID pourraient, sans le savoir, avoir infecté d'autres personnes par le partage de seringues et des comportements sexuels risqués, les deux méthodes les plus répandues de la transmission du VIH. De plus, approximativement 69 % des PID de Sudbury eu un résultat positif lors d'un test de dépistage du VCH. Ces statistiques suggèrent qu'il y a un urgent besoin de tests chez les PID, et ce, pour leur propre santé et pour celle des membres de leur entourage. Compte tenu des énormes coûts associés au traitement à vie du VIH, puis de la capacité des PID d'accéder aux médicaments et aux soins de santé financés par les contribuables, ceux qui s'opposent à la création de centres de prévention et d'éducation pour les PID en rapport avec les tests de dépistage de maladies transmises par le sang devraient songer aux coûts de permettre à ces personnes de continuer à partager des seringues, sans savoir si elles sont séropositives.

Il faut prendre des mesures pour réduire les problèmes associés à l'injection de drogues à Sudbury. Les programmes d'échange de seringues atteignent presque les trois quarts des utilisateurs, mais pas régulièrement. Les cliniques médicales fournissent des services, de l'éducation et du matériel propre, mais seulement à un faible pourcentage des utilisateurs. Les organismes locaux se mobilisent pour de la sensibilisation et rencontrent des PID dans la rue, mais ces accès sont trop limités. Une solution générale pour ces problèmes serait de créer une installation supervisée pour les injections (ISI), à Sudbury. Les neuf avantages clés sont les suivants :





1. Les PID de Sudbury auraient accès à des ressources.
2. Une ISI abaisserait le nombre des maladies et des infections.
3. Les coûts des soins de santé liés au traitement du VIH à Sudbury diminueraient.
4. Une ISI réduirait les risques publics associés à la consommation de drogues.
5. Une ISI réduirait le nombre des cas de surdose.
6. Une ISI à Sudbury servirait de modèle pour des services semblables ailleurs dans le Nord ontarien, où les cas de toxicomanie et d'utilisation de drogues tendent à être plus nombreux.
7. Par la mise sur pied d'une ISI, Sudbury apporterait une contribution considérable en matière de données et de documentation sur les ISI dans le monde ainsi que sur le nombre des utilisateurs locaux de drogues et les populations vulnérables.
8. Une ISI pourrait bénéficier de découvertes opérationnelles d'autres installations à l'échelle mondiale, afin de servir plus efficacement sa clientèle.
9. Par-dessus tout, une ISI à Sudbury aiderait les PID, l'une des populations les plus instables de la ville.

À Sudbury, une installation supervisée pour les injections

serait efficace dans la poursuite d'un certain nombre d'objectifs clés en soins de santé, pour améliorer le bien-être communautaire et pour réduire les cas de maladies incurables. Toutefois, les étapes nécessaires pour parvenir à ce point sont nombreuses, et les écueils, considérables. Pour déterminer la viabilité d'une ISI, il faut d'abord considérer plusieurs facteurs importants, dont la probabilité que les PID utilisent l'installation, les spécifications gouvernementales, le niveau du soutien communautaire et le rapport coût-efficacité d'une ISI.

Introduction

Un élément important de la création de collectivités saines et durables dans le Nord ontarien est la gestion de la santé publique. Cette cible est manifestée de nombreuses façons et reflète diverses stratégies générales ou spécifiques pour améliorer la vie des membres de la collectivité. Un des nombreux défis que doivent relever les fournisseurs de service et les responsables des politiques est la façon de répondre aux besoins des groupes vulnérables et de ceux qui ont peu ou pas d'influence – que ce soit en raison de la pauvreté, de la consommation de drogues, d'une maladie mentale ou du manque d'accès à des ressources dans les régions éloignées – au moment de prendre des décisions pour leur vie.

Des problèmes importants en santé et auxquels se heurtent les collectivités du Nord ontarien sont les injections de drogues et leurs répercussions sur les approches de la santé publique en matière de réduction des préjudices et du prohibitionnisme connexes. Une option de rechange à ces approches est la création d'installations supervisées pour les injections (ISI), et la présente étude a pour objet d'examiner la pertinence d'une ISI à Sudbury. Spécifiquement, l'accent est mis sur les PID et le rôle que peut jouer la politique sur la santé publique dans l'amélioration des résultats individuels et communautaires pour la santé, en s'attaquant directement à la question. Les PID peuvent être affectés par un large éventail de facteurs – y compris la pauvreté, la honte, la toxicomanie, la discrimination, la maladie mentale et la criminalisation du comportement –, ce qui les rend particulièrement vulnérables s'ils manquent d'accès à des ressources et à de l'aide. Pour ces personnes et les collectivités dans lesquelles elles vivent, les conséquences sont la hausse des coûts en soins de santé, l'amplification des maladies et les effets disproportionnés que ces répercussions ont sur certains des segments les plus vulnérables de la population.

Pour traiter du recours à des approches efficaces pour la consommation de drogues par injection, il est important de connaître d'abord le sens du mot « efficace ». Aux fins de la présente étude, l'efficacité signifie les changements dans des variables de la santé, notamment le partage des seringues, le nombre des surdoses, l'accès à des conseils et à des traitements, la réadaptation des toxicomanes, ce qui représente un virage vers un résultat social optimal.

Il importe aussi de tenir compte du fait que, bien que les méthodes de réduction des préjudices puissent aider à diminuer les dommages des comportements des PID – soit les dommages individuels, les maladies et les décès associés aux comportements des consommateurs de drogues, l'ensemble des coûts

sociaux, puis l'amélioration des résultats pour les collectivités –, elles ne réduisent pas nécessairement la consommation de drogues. Les programmes de réduction des préjudices – en particulier, les programmes d'échange de seringues et les ISI – ont un grand rôle à jouer dans la programmation et l'information permettant d'aider l'accès des PID aux services de traitement des toxicomanes, puis dans les approches préventives axées sur l'arrêt de la consommation de drogues. Insite, par exemple – l'ISI de Vancouver – fournit des services d'orientation aux PID, lesquels ne pourraient bien accéder aux conseils, à l'information sur la réadaptation et aux services sociaux que par l'entremise de l'ISI (Small et coll. (2011, 561)

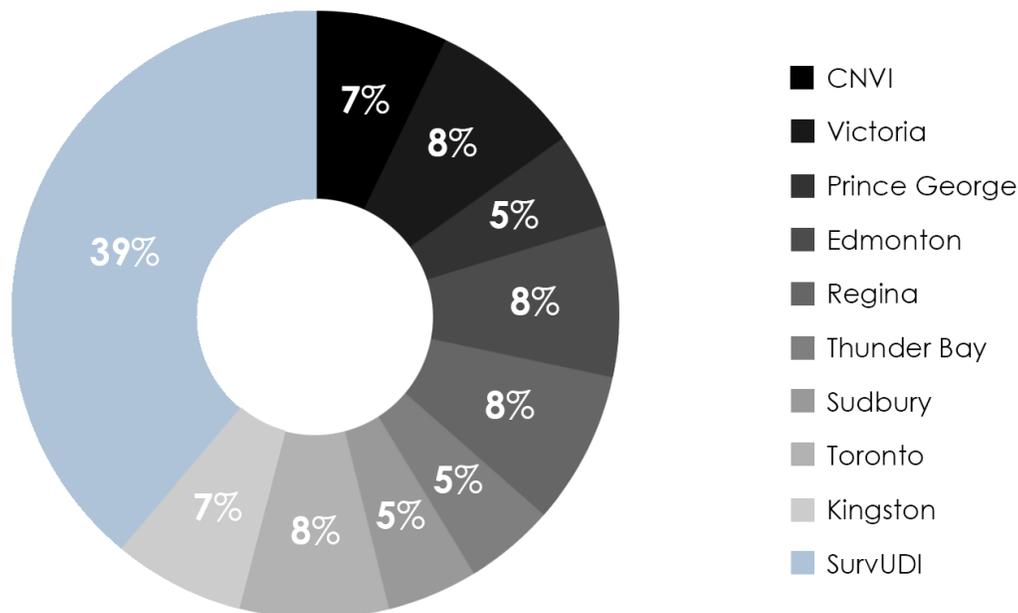
Méthodologie

Dans l'étude est examiné un large éventail de documentation théorique et pratique, et les constatations sont utilisées en vue d'une ISI à Sudbury. La documentation comprend des études relatives aux résultats de la santé communautaire en Ontario, des évaluations d'ISI dans d'autres pays, des données de l'ISI Insite de Vancouver, des enquêtes sur la santé, des articles d'universitaires, des revues, des évaluations de politiques dans le monde ainsi que d'autres rapports. L'analyse entreprise pour le cas de Sudbury représente une compilation de données et de statistiques provenant de diverses sources, afin d'évaluer la valeur et les limitations des politiques liées aux ISI et aux comportements des PID. Toutefois, dans le contexte de Sudbury, le corpus de recherche existant est limité dans le domaine public au sujet des PID, des résultats sur la santé des groupes vulnérables ainsi que des projets pour l'ensemble de la ville, et ce, en ce qui a trait à l'amélioration de la santé communautaire; c'est une question qui sera abordée à la conclusion. Néanmoins, une telle information est offerte pour aider à créer un tableau de la situation à Sudbury et pour éclairer certaines des conclusions sur les ISI et la santé des PID.

Définition du problème

L'injection de drogues est une pratique dangereuse et fondamentalement malsaine. Elle est associée à l'infection, au VIH, au virus de l'hépatite C (VHC), sans parler des effets des drogues elles-mêmes et des contaminants qui s'y trouvent. Un rapport de 2013 d'ONUSIDA suggère que les PID représentent entre 5 et 10 % des infections mondiales par le VIH, et jusqu'à 40 % des nouvelles infections dans certaines régions (ONUSIDA 2013b, 33). Cela est empiré parce que l'accès à suffisamment de matériel stérilisé pour les PID est possible presque uniquement dans les États industrialisés. Les statistiques historiques suggèrent que 45 % de la population mondiale des PID, quelque 12,7 millions, se trouve dans seulement quatre pays – Brésil, Chine, Russie, États-Unis –, même si le manque de données récentes découlant de déclarations volontaires des deux derniers pays rendent cette affirmation peu fiable dans le contexte actuel (ONUSIDA 2013, 30). Selon les estimations de l'ONU en 2012, dans la population mondiale des PID, 12 % de ceux-ci seraient affectés par le VIH (OMS 2014, 5). Dans une tentative pour schématiser la portée et l'envergure du problème de consommation de drogues, l'Agence de la santé publique du Canada a conçu une analyse multirégionale portant sur la population des consommateurs de drogues dans un certain nombre de villes canadiennes majeures, puis examiné une grande variété de variables connexes. L'étude comportait des entrevues avec plus de 3 000 PID entre juin 2005 et novembre 2008, au sujet de divers problèmes et pratiques de leur vie quotidienne (Agence de la santé publique du Canada 2013, 10; voir la Figure 1). (Il faudrait noter que les données de l'Agence de la santé publique du Canada auxquelles il est fait référence dans la présente étude proviennent de la Phase 2 de l'enquête; les données de la Phase 3 ne sont pas encore divulguées au moment de la rédaction.) Les PID s'injectent ordinairement une variété de drogues, mais, comme le montre la Figure 2, la sorte de drogue la plus utilisée varie en fonction des villes.

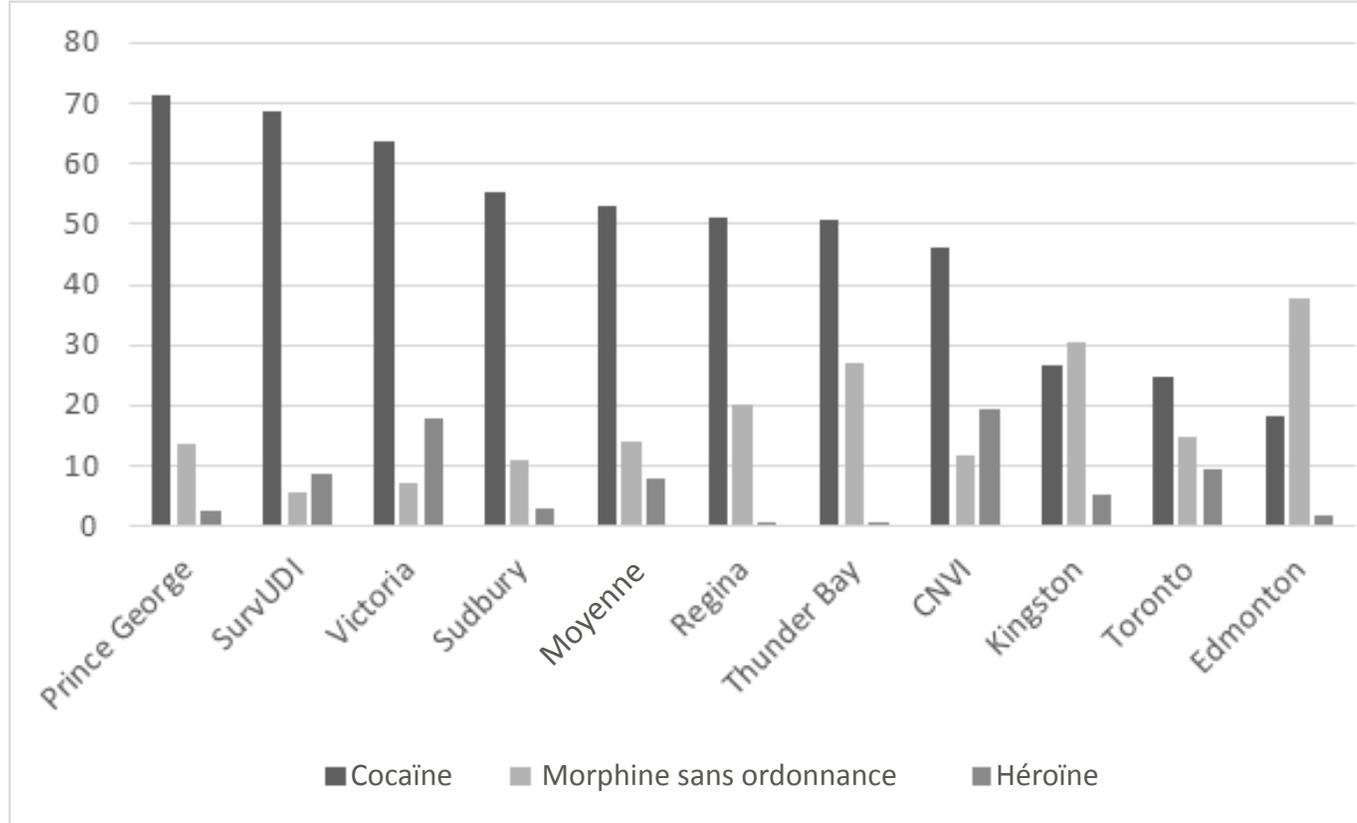
Figure 1 : Personnes qui s'injectent des drogues, nombre des personnes de l'enquête, par région, de 2005 à 2008 (Total 3 076, 100 %)



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 24).

Figure 2 : Drogues injectées le plus souvent au cours des six mois antérieurs, par région, enquête de 2005 à 2008



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 59).

Établissement des coûts et soins de santé

Une étude du Centre de référence SIDA de Tourcoing, en France, suggère que le coût à vie associé au VIH est de 534 800 € par personne (euros de 2010), avec pour hypothèse que la personne vit avec le VIH/SIDA pendant 27 ans (Sloan et coll. (2012, 50). Bien que cette constatation ne puisse se convertir directement pour le contexte canadien, le traitement du VIH est encore incroyablement coûteux dans ce pays. Une bonne partie de ce fardeau financier – une somme alarmante de 570 millions de dollars annuellement – est imposée aux contribuables (Small 2007, 24). En outre, l'injection de drogues illégales continue d'être en tête des causes de décès urbains et de mutilations dans le monde; le taux des surdoses fatales varie entre 1 et 3 % (Milloy et coll. 2008b, 2). En 2012, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ONUSIDA et la Banque mondiale, a estimé que le nombre des personnes qui récemment s'injectaient des drogues s'élevait à 12,7 millions dans le monde, puis que 13 % d'entre elles vivaient avec le VIH (OMS 2014, 5), représentant alors 5 % de la population totale vivant avec le VIH (ONUSIDA 2013a, 7).

La prévalence considérable de la maladie mentale chez les PID est un autre facteur des coûts en santé, découlant de la consommation de drogues. Chaque année, les coûts associés à la maladie mentale au Canada dépassent 6,3 milliards de dollars, et les coûts des pertes de productivité à cause des Canadiens souffrant de maladie mentale, depuis 2013, dépassent les 8 milliards de dollars. Les coûts pour les soins de santé reliés à la drogue et à l'alcool s'élèvent à des milliards de plus – plus de 8 milliards de dollars en 2002 seulement (Flynn et coll. (2013, 1)

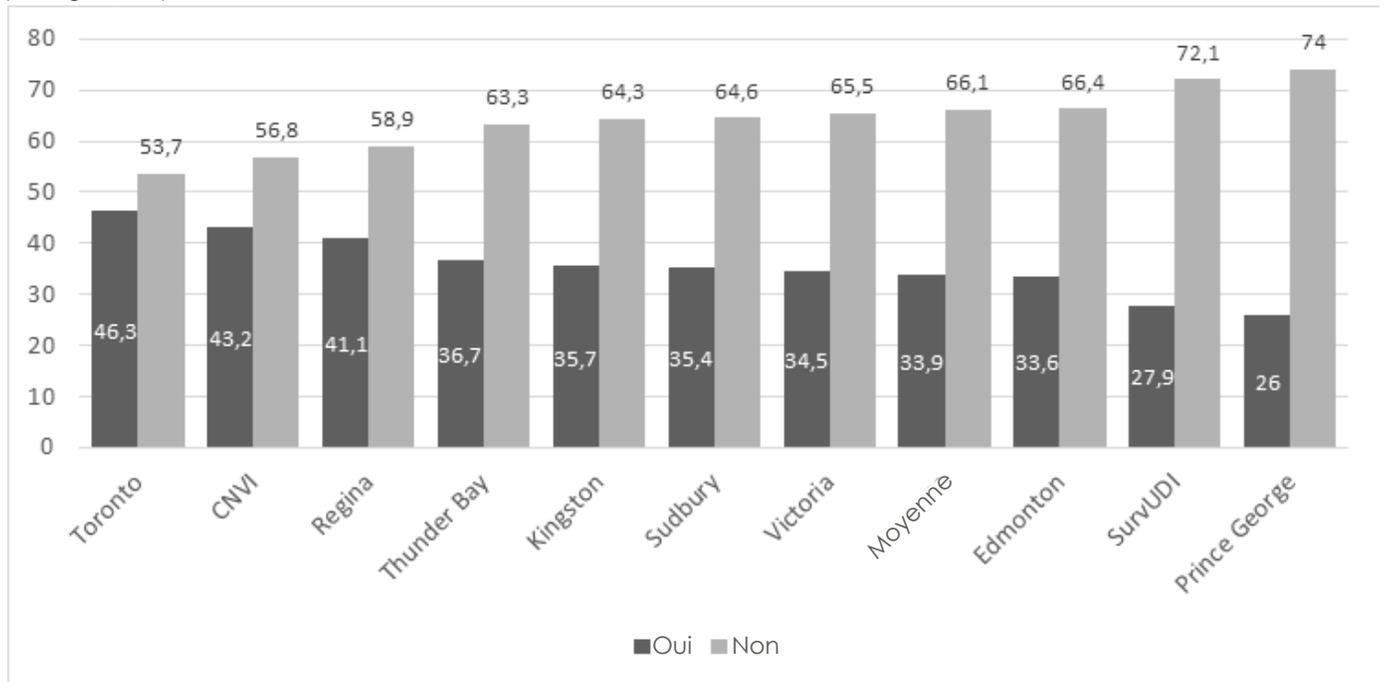
Un facteur négatif externe évident de la consommation de drogues est le traitement des surdoses dans les hôpitaux. Lorsqu'il y a une série de surdoses dans un court laps de temps, cela peut occuper davantage du temps des professionnels de la santé et des services d'urgence, en particulier parce que la plupart des surdoses peuvent être traitées à l'aide d'oxygène seulement (UHRI 2009, 31).

Maladie et infection

Les techniques d'injection non sécuritaires, le partage des seringues et l'utilisation de matériel non stérilisé peuvent être la source de nombre de maladies potentiellement fatales, d'infections et de virus. Parmi les problèmes de santé majeurs se trouvent l'endocardite infectieuse, le VCH et le VIH. Les ISI ont une forte tendance à attirer une population de consommateurs de drogues comportant des risques particulièrement élevés, ce qui signifie que la réduction du partage des seringues et de comportements potentiellement dangereux – y compris les injection récurrentes/quotidiennes et la consommation publique de drogues, les deux haussant considérablement le risque de maladie reliés aux injections et transmises par le sang – seraient surtout concentrés chez ceux qui d'abord se servent de tels emplacements (Wood et coll. 2005a, 128–9).

Une étude de l'Agence de la santé publique du Canada révèle que les taux d'échange de seringues dans les villes canadiennes majeures préoccupent sérieusement (Agence de la santé publique du Canada 2013, 91); voir la Figure 3. Ces facteurs se traduisent pas des plaies ouvertes, des pratiques sanitaires irrégulières, des installations bondées et malpropres et la réutilisation de seringues; les PID risquent beaucoup plus d'avoir des tests positifs pour une variété de maladies infectieuses (Lloyd-Smith et coll. (2010, 714). Wood et coll. (2005b, 52) trouvent que les injections à l'aide de seringues déjà utilisées par des PID qui sont séronégatifs est en rapport avec une probabilité plus élevée d'injections publiques. Il a été largement reconnu que les injections par des seringues qui ont déjà servi sont des pratiques non sécuritaires qui haussent la probabilité d'attraper diverses maladies; les injections publiques ont été identifiées comme pratiques à risque élevé et qui sont à la source de divers résultats négatifs pour la santé. Le partage des seringues est également une des pratiques le plus fréquentes des PID qui ont besoin d'aide lors de l'injection, ce qui augmente nettement leur chance d'avoir une infection au VIH (Wood et coll. 2005b, 53).

Figure 3 : Proportion des PID (personnes qui s'injectent des drogues) à l'aide de matériel d'occasion au cours des six mois antérieurs, par région, enquête de 2005 à 2008



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 113).

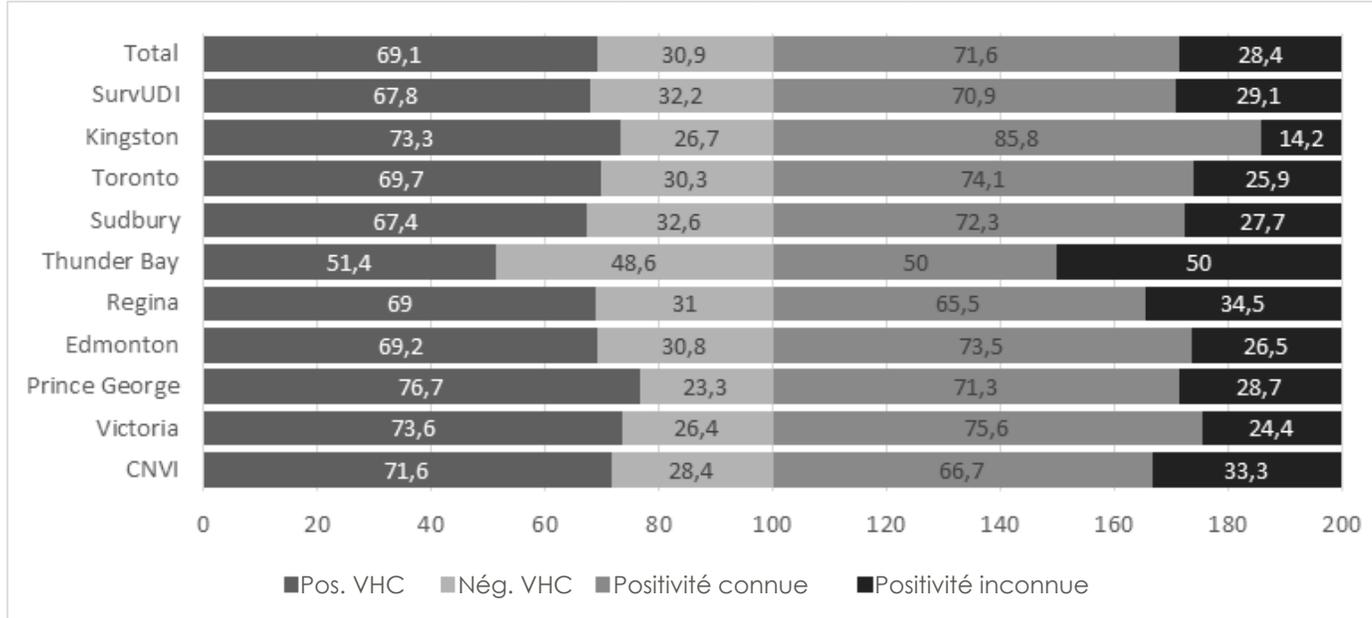
Un examen de coton-tiges cutanés d'une cohorte de la clientèle d'Insite de Vancouver a permis aux médecins et aux infirmières d'évaluer la prévalence globale d'infections de la peau et de suggérer des mesures de suivi pour des soins de santé ainsi que des recommandations de services (Lloyd-Smith et coll. (2010, 714). Ces services ne sont qu'un des avantages « découlant » de la mise sur pied de l'ISI de Vancouver comme lieu d'évaluation médicale et de la santé communautaire. Une étude d'ISI au Danemark a également révélé des retombées similaires (Axelsson et coll. (2014, 100). Il faut signaler le potentiel continu des ISI pour des enquêtes, des projets et des tests susceptibles de sauver des vies. Les résultats des tests d'Insite démontrent que plus d'un quart de la cohorte a eu des tests positifs pour plusieurs

infections de la peau, dont certaines potentiellement fatales (Lloyd-Smith et coll. (2010, 718). C'est un solide indice de la santé générale et des risques pour celle-ci, qui prévalent chez les PID, abstraction faite des facteurs extérieurs.

Un autre risque pour la santé et auquel font face les PID est l'endocardite infectieuse, une maladie qui affecte le tissu cardiaque et entraîne un nombre considérable d'hospitalisations de PID, selon une étude européenne (Axelsson et coll. (2014, 100). Chez les sujets sans signes ou symptômes, 7 % d'entre eux avaient déjà été des cas d'endocardite infectieuse, même si le nombre total des PID infectés était inconnu en raison de la capacité des victimes de demeurer asymptomatiques jusqu'à ce qu'un incident grave se produise (Axelsson et coll. (2014, 104).

Le VCH est une autre préoccupation relative à la santé des PID (voir la Figure 4); il est répandu en Ontario, où, selon les estimations, plus de 110 000 personnes vivaient avec le virus, dont la majorité d'entre elles sont ou ont été des PID. Certes, en Ontario, le taux d'infection par le VCH est 200 % plus élevé que par le VIH. Pour réduire les risques du partage des seringues et de la réutilisation de celles-ci, afin d'éviter la propagation de maladies transmises par le sang, dont le VCH, un seul PID exige environ 1 000 nouvelles seringues par année, ou 2,7 par jour (Groupe de travail de l'Ontario sur l'hépatite C 2009, 4, 7-8). Toutefois, en raison du coût relativement nominal des seringues à l'achat en vrac, ce chiffre représente une somme annuelle très raisonnable.

Figure 4 : État du VHC et sensibilisation au taux de positivité pour le VHC, par région, enquête de 2005 à 2008

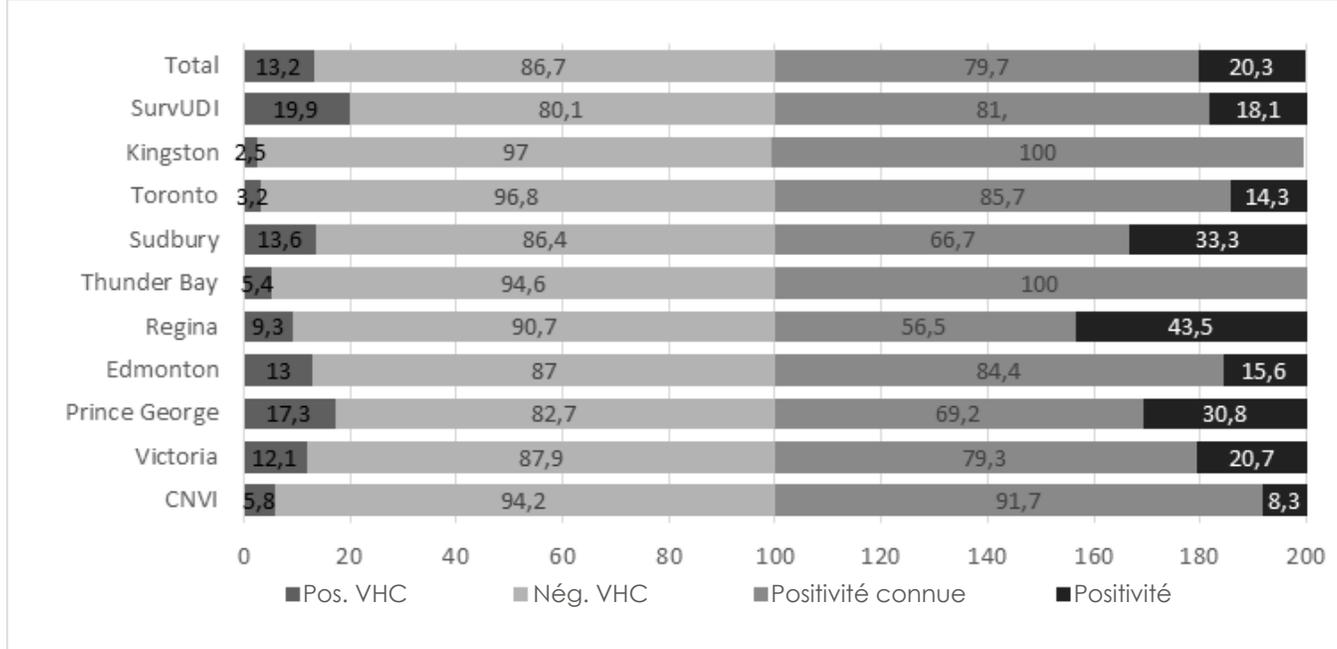


Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 165, 167).

Enfin, lors de la discussion sur les maladies transmises par le sang et reliées à l'injection de drogues, la plus tristement célèbre et probablement la plus dangereuse est le VIH. Une enquête de dix-huit mois portant sur des échantillons sanguins de plus de mille PID à Vancouver a permis de conclure que la prévalence du VIH était d'environ 17 % (Tyndall et coll. 2006b, 2). Avec son taux de mortalité élevé, en l'absence de traitement pour la guérison et avec l'accès limité aux soins médicaux pour beaucoup de PID affectés, le VIH demeure une des principales causes de décès. Au Canada, le VIH atteint très majoritairement les hommes (75 % des cas). Toutefois, les statistiques précises sont difficiles à obtenir à cause de la flétriature entourant la gestion du VIH et plus généralement le diagnostic; de plus, les victimes potentielles hésitent avant de demander un test (Morgan et coll. (2013, 237). À la Figure 5 sont montrées la prévalence du VIH et la connaissance de la positivité chez les personnes affectées.

Figure 5 : État du VIH et sensibilisation au taux de positivité pour le VIH, par région, enquête de 2005 à 2008



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 161, 163).

Qu'est-ce qu'une installation supervisée pour les injections?

Une installation supervisée pour les injections – également désignée par établissement d'injection sûr, site d'injection supervisé ou centre d'injection supervisé – est un service légal où les PID peuvent s'automédicamenter avec des drogues acquises avant leur arrivée dans l'établissement, tout en étant supervisés par du personnel médical formé (voir Hall et Kimber 2005, 271; Kerr et coll. Fraser (220); Murahwi et coll. (2014, 100). En général, ces installations sont très réglementées par le gouvernement et doivent répondre à certains critères, notamment que les utilisateurs soient toujours visibles pendant qu'ils sont sous l'emprise d'une substance intoxicante (p. ex., une drogue, de l'alcool), ne pas être en enceinte et respecter certains critères liés à l'âge (Hall et Kimber 2005, 272).

Aujourd'hui, plus de 92 ISI légales sont en activité dans plus de 60 villes et dans 10 pays – surtout en Europe, mais aussi en Australie et au Canada – et offrent à chaque année des services à des millions d'utilisateurs de drogues (Cité de Toronto 2013, 1; Strike et coll. 2014, p. 946-7). D'après une étude, plus de 16 ISI en Allemagne et de 20 aux Pays-Bas aident à réduire les hospitalisations liées aux surdoses – d'un facteur de dix (Wright et Tompkins 2004, 100). Il faudrait noter également qu'il n'y a jamais eu dans le monde de décès attribuable à une surdose d'héroïne dans une ISI légalement autorisée (Christie et coll. 2004, 66; Wright et Tompkins 2004, 101).

Les ISI peuvent prendre un certain nombre de formes, mais les trois plus répandues sont mobiles, autonomes et intégrées (Cité de Toronto 2013, 4). L'ISI de Vancouver, Insite, est un centre autonome, où les services sont fournis par une installation spécialisée. Par contre, le Dr. Peter Centre, également à Vancouver, est un exemple d'installation intégrée, où les services d'ISI font partie du mandat secondaire d'un centre qui a une autre mission principale, soit celle d'une résidence-services pour des patients victimes du VIH/SIDA et offrant divers services de santé (Krüsi et coll. (2009, 639). Les services mobiles sont les moins répandus des trois types d'ISI, mais leur valeur ne devrait pas être sous-estimée : en 2010, près de 12 000 PID ont bénéficié d'ISI mobiles à Berlin et à Barcelone seulement. Habituellement ces services prennent la forme d'une camionnette ou d'un grand camion contenant les cabines et le matériel nécessaires pour répondre aux besoins des PID; ces unités sont particulièrement efficaces aux endroits qui n'ont qu'un petit groupe de PID disséminés (Dietze, Winter et Pedrana 2012, 257–8), contrairement à Vancouver, où le secteur est du centre-ville compte un petit groupe de PID mais il y est concentré. Puisque la plupart des consommateurs de drogues ne se trouvent probablement pas loin du lieu d'acquisition des produits qu'ils s'injectent, en partie à cause de l'urgence et aussi pour des raisons de commodité (Elliott, Malkin et Gold 2002, 13), les unités mobiles pourraient servir conjointement avec les services autonomes ou intégrés. Des unités mobiles pourraient également servir de services fixes, à titre d'administration centrale. En outre, un service mobile pourrait être utilisé lorsque la prestation de services est

limitée à un endroit fixe (Lessard et Morissette 2011, 7). À Berlin comme à Barcelone, les unités mobiles sont exploitées par la municipalité, avec des services au niveau de la rue et du personnel offerts par des organismes non gouvernementaux (ONG) (Dietze, Winter et Pedrana 2012, 258).

Les ISI sont d'importants piliers de la santé publique et de la réduction des préjudices pour la plupart des nations industrielles, car les injections publiques de drogues peuvent favoriser divers problèmes de santé pour les collectivités et les personnes (voir Bastos et Strathdee 2000, 1772; DeBeck et coll. (2009, 81) DeBeck et coll. soutiennent qu'en raison de l'accès limité à du matériel stérilisé et à des endroits aseptisés, les pratiques d'injection publiques comportent davantage de risques pour les PID, y compris les infections découlant d'injections et des maladies transmises par le sang. De plus, il y a de fortes réactions négatives du public lorsque quelqu'un est vu dans une rue pendant son injection de drogue, sans parler des risques du « matériel » jeté (aiguilles, emballages, seringues, tourniquets, matériel de cuisson, etc.), surtout pour les enfants (DeBeck et coll. (2009, 81). Par conséquent, en proposant la création d'une ISI, beaucoup de facteurs doivent être considérés, entre autres, réduire les pratiques risquées de la consommation de drogues; abaisser le taux des surdoses fatales; élargir l'accès aux soins de santé pour les groupes marginalisés; maîtriser les problèmes qui accompagnent la consommation de drogues (Dolan et coll. (2000, 338).

Un avantage de la création d'une ISI dans un secteur comportant de nombreux PID est de permettre aux travailleurs de la santé au sein de l'installation d'offrir de la formation, des options de rechange pour les drogues, de l'information sur la réadaptation et des programmes pour les prochaines étapes. Un exemple de programme d'éducation qui a servi dans une ISI est la présentation, par les infirmières, d'information sur les pratiques relatives aux injections sécuritaires (Milloy et coll. 2008b, 2). En montrant aux PID un milieu dans lequel ils sont en sécurité et capables d'accéder à de la formation sur les pratiques exemplaires, il sera plus probable qu'ils utilisent davantage l'ISI, améliorant ainsi leur sécurité globale. En éloignant de la rue les consommateurs de drogues et en les formant, il est également possible de réduire les incidents liés aux accessoires de la consommation de drogues et aux déchets connexes. Compte tenu des données de l'emplacement de Vancouver, le taux des retours de seringues pourrait être aussi élevé que 95 % pour certains programmes d'échange, bien que d'autres déchets liés aux drogues demeurent un problème (Wood et coll. 2004a, 128732).

Opposition aux ISI et limites de celles-ci

Les ISI font souvent blâmées d'être responsable de promouvoir et d'aider la consommation de drogues, d'attirer les PID et les trafiquants de drogues (Dolan et coll. 2000, 338; Hall et Kimber 2005, 271). Toutefois, ces reproches sont dans une large mesure non fondés, comme le démontre une étude de l'Urban Health Research Initiative, du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; cette étude repose sur l'expérience de l'ISI Insite de Vancouver (UHRI 2009, 15).

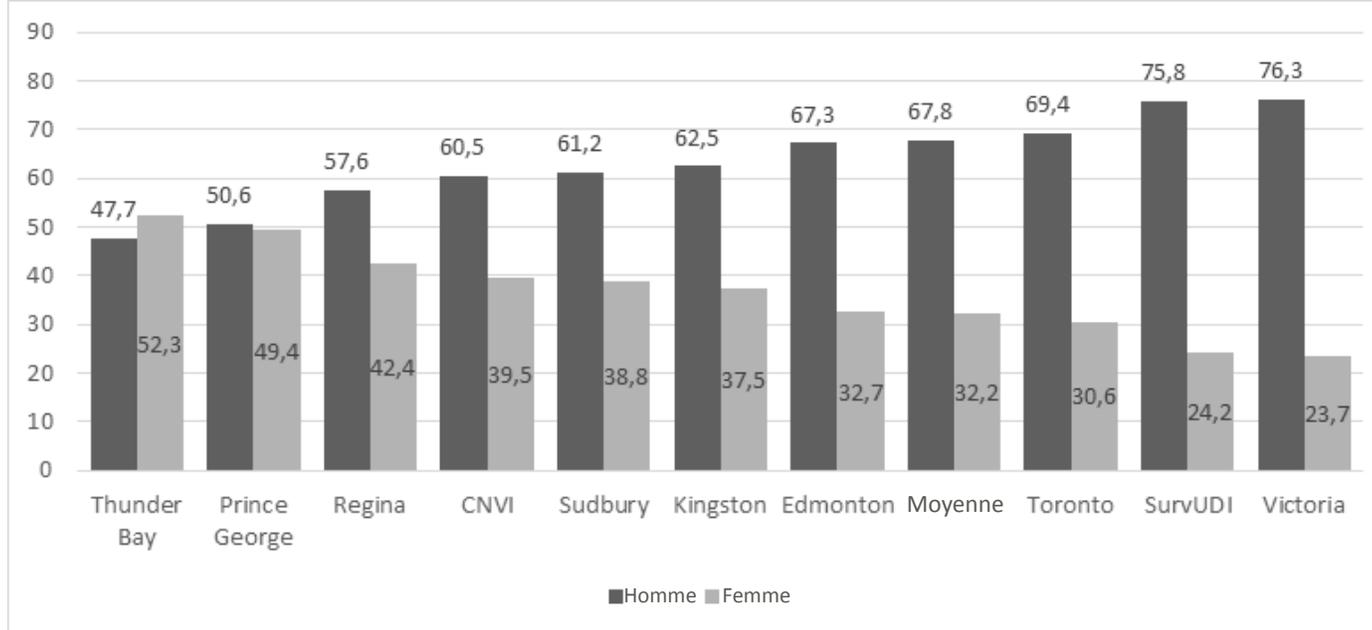
Une idée fautive face aux ISI est que, en offrant un milieu dans lequel les PID se sentiraient en sécurité, elles créent des conditions où il sera plus probable que de telles personnes se servent de techniques d'injection non sécuritaires, y compris davantage de drogues pendant une seule séance. Toutefois, Milloy et coll., après examen des taux de surdoses à Insite, n'ont pas trouvé de corrélation statistiquement significative (2008a, 504). En outre, une enquête en Allemagne a permis de constater des réductions appréciables des taux globaux de surdoses, après la mise sur pied d'ISI, là. Certes Insite de Vancouver et l'ISI de Sydney, en Australie, ont eu moins de surdoses et aucun décès (Milloy et coll. 2008a, 128732). Une autre étude démontre que, après la création d'Insite, le taux des surdoses fatales dans les 500 m de l'installation avait baissé de 35 % (Marshall et coll. (2011, 1433).

Certaines inquiétudes ont été soulevées au sein de la collectivité des PID de Vancouver au sujet de certaines des limites d'Insite comme installation. Parmi les raisons pour ne pas utiliser l'ISI de Vancouver, les PID participant à l'enquête ont signalé ses heures limitées d'ouverture, les temps d'attente pour les cabines, la présence de policiers travaillant trop près de l'installation (Petra et coll. (2007, 1091). Toutefois, ces points découlent dans une large mesure des restrictions sévères imposées à l'installation, afin qu'il lui soit permis de continuer à fonctionner. Les deux premières préoccupations sont de s'attaquer aux contraintes existantes de la réglementation et du financement qui limitent la capacité d'agrandir l'installation et d'ajouter du personnel. Les longues périodes d'attente tiennent au fait que l'installation ne puisse installer qu'un certain nombre de cabines; quant aux heures d'ouverture, elles reposent sur le besoin d'avoir des infirmières et du personnel assurant la sécurité et s'occupant des clients. La présence de policiers n'est pas un facteur qui dépend du contrôle de l'ISI, mais il convient de souligner qu'une étude à proximité d'Insite a déterminé qu'environ 17 % des participants recrutés avaient été recommandés à la clinique de Vancouver par des policiers; de plus, 2 % des PID ont dit que c'était par l'entremise de la police qu'ils avaient entendu parler de l'ISI la première fois (DeBeck et coll. 2008, p. 23).

Considérations sociales

Les PID, femmes, sont parmi les groupes les plus vulnérables; en fait, la probabilité qu'une femme de moins de 30 ans mourra est 54 fois plus élevée que la moyenne des femmes canadiennes (Fairbairn et coll. (2008, 818). Qui plus est, en raison de la position déjà dangereuse dans laquelle se trouvent ces femmes, la violence est une préoccupation continue, et les femmes sont souvent visées par une subordination intense (Fairbairn et coll. (2008, 820). L'exploitation routinière est une réalité des PID, femmes, en raison de la nature de la culture des drogues de la rue, centrée sur les hommes (Fairbairn et coll. (2008, 821). La proportion des femmes par rapport aux hommes dans la rue et parmi les PID varie grandement selon la ville, comme l'indique la Figure 6.

Figure 6 : Répartition des PID, par sexe et région, enquête de 2005 à 2008



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 25).

Dans un rapport de 1998, montrant une opinion qui avait été élaborée il y a presque deux décennies, Hambrick et Johnson ont suggéré que « l'itinérance n'est plus considérée une circonstance inhabituelle; elle est devenue une routine qui fait partie du paysage politique et des services sociaux ». (Hambrick et coll. (1998, 29). Kauppi et Lemieux signalent en plus que la transition vers l'itinérance de personnes à faible revenu est devenu plus facile, car les problèmes pour atteindre le seuil de pauvreté sont maintenant plus difficiles (2000, 41). Il importe de comprendre que l'itinérance et le logement instable sont deux problèmes répandus chez les PID au Canada, d'où des taux de mortalité élevés dans la collectivité de ceux-ci.

Il y a une forte corrélation entre l'itinérance et l'injection de drogues. Par exemple, selon les estimations, à Calgary 80 % de ceux qui sont des sans-abri chroniques – ce qui est défini par plus de trois mois continus sans-abri – sont toxicomanes et/ou alcooliques (Trypuc et Robinson 2009, 12). Il a été suggéré que le recours à des stratégies de logement abordable pouvait réduire la consommation de drogues, et ce,

en offrant aux personnes de la sécurité et de la sûreté quotidiennement (Patterson et coll. (2008, 13). C'est parce que lorsque les PID ont accès à un logement régulier, ils sont plus aptes à gérer leur utilisation de drogues et à trouver une façon de mener une vie durable. L'accès à diverses méthodes de traitement ainsi qu'à des emplois et des services sociaux est considérablement facilité lorsque les personnes ont leur maison ou leur appartement. En outre, le simple facteur de sécurité et de stabilité que représente un logement permet aux gens de commencer à organiser leur vie et la transition les éloignant de l'utilisation de drogues motivée par la peur.

En raison de pratiques d'utilisation non sécuritaires, de milieux de vie dangereux et du matériel contaminé, les PID font quotidiennement face à des risques élevés de transmission du VIH (Marwick et coll. (2014, 675). Pour remédier à ces problèmes, des consultations et tests volontaires (CTV) sont offerts dans de nombreuses villes, souvent par l'entremise d'organismes de la base et locaux. Les CTV peuvent aider les PID à accéder à des services de santé pertinents et essentiels, puis à offrir

des personnes pouvant orienter les PID vers l'aide dont ils ont besoin (Marwick et coll. (2014, 678). Compte tenu de la flétriure associée à la toxicomanie, les CTV peuvent aider les PID à surmonter leur maladie.

Il y a trois décennies, Goldstein proposait que la toxicomanie et les besoins financiers étaient les deux facteurs les plus importants pour rapprocher les drogues et le crime (Goldstein, 1985, 143). Il faisait valoir que le degré de participation aux activités criminelles par les utilisateurs de drogues était largement attribuable au manque de source légale de revenu, surtout à cause de la marginalisation de ces groupes. Le comportement criminel des PID ajoute de la pression sur le système de justice pénale et sur les citoyens affectés par les crimes des PID.



Théorie

Approches pour la réduction des préjudices liés à la consommation de drogues

En plus des ISI, un certain nombre de méthodes possibles de réductions des préjudices servent dans le monde – certes, dans de nombreux cas, ce ne sont que des options légales ou pratiques. Même si aucune n'offre de solution complète et générale au problème de consommation de drogues, chacune a ses mérites pour l'amélioration de la santé publique, d'une façon toutefois différente des ISI, et il faudrait les considérer lors des tentatives de gestion des drogues. Le besoin de travail permanent dans ce domaine est considérable, et des efforts continus pour élaborer de nouvelles méthodes de réduction des préjudices sont cruciaux dans la recherche de meilleurs résultats en santé publique ainsi que pour la sensibilisation de la collectivité en matière de consommation de drogues et de méthodes de prévention.

Le fonctionnement des ISI repose sur le principe de la « réduction des préjudices ». Celui-ci est issu d'un mouvement en santé public et en défense des droits, dans lequel il était compris qu'il pourrait ne pas être possible ou préférable de cesser de consommer des drogues, puis que concevoir des méthodes assurant des pratiques et comportements plus sécuritaires est la façon la plus efficace d'aborder la question. C'est un modèle de prestation de services en santé qui est moins « moraliste » que ce qui semble la mentalité prévalant en Amérique du Nord (Ben-Ishai 2012, 43), sous la forme de programmes de réinsertion, de traitement de la toxicomanie en prison et de « tribunaux de traitement de la toxicomanie » (voir Andresen et Boyd 2010, 74). En termes d'efficacité des dépenses publiques, ces solutions n'ont pas de meilleur rapport coût-efficacité, surtout en présence de récurrence élevée et de « régression » (Andresen et Boyd 2010, 75). Les coûts associés au maintien des comportements en matière d'injection peuvent être inférieurs à ceux liés aux tentatives pour forcer les PID à s'intégrer dans des systèmes qui les stigmatisent et ratent continuellement la cible, à savoir s'attaquer aux problèmes fondamentaux. Small, Palepu et Tyndall (2006, 79) suggèrent que l'approche par la réduction des préjudices, favorisée par les ISI « repose sur la croyance que la toxicomanie est un problème médical qui exige des soins et devrait être approché d'une façon humaine ».

Un élément clé de la réduction précoce des préjudices est de veiller à ce que moins de personnes soit initiées à l'injection de drogues. Afin que cela demeure une priorité, le gouvernement américain a ébauché une législation plutôt controversée, qui bannit le

financement gouvernemental des programmes d'échange de seringues ou des ISI (Kerr et coll. (2007, 1228). Le raisonnement sous-jacent de cette décision est que, en créant des endroits permettant aux personnes de s'injecter de la drogue de façon sécuritaire et d'obtenir du matériel connexe, il serait plus probable que les personnes commencent à se donner des injections. Cette théorie repose sur deux suppositions. La première est que l'accès au matériel est le principal facteur qui porte les PID à essayer des drogues, mais il est reconnu que c'est inexact, compte tenu des taux d'échange de seringues ainsi que de l'accès relativement libre aux drogues dans la rue. La deuxième est que les ISI et les programmes d'échange de seringues font augmenter considérablement le taux des initiations à la consommation de drogues, mais là aussi cette supposition a été neutralisée, et ce, par une enquête d'Insite de Vancouver, car, selon les estimations, seulement cinq personnes, depuis l'ouverture du service, étaient venues s'injecter de la drogue pour une première fois (Kerr et coll. (2007, 1228).

Programmes d'échange de seringues

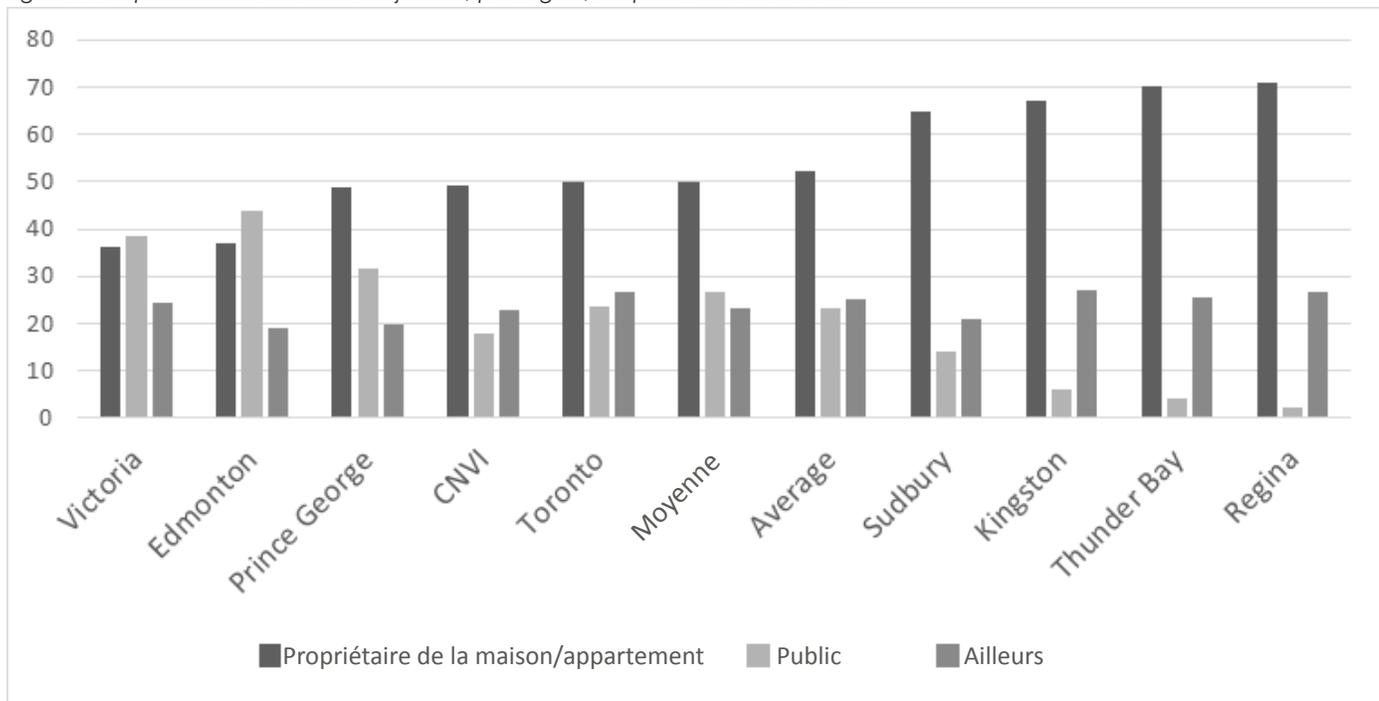
Lorsqu'il s'agit de s'attaquer à la consommation de drogues, les programmes d'échange de seringues sont un des outils les plus répandus pour la réduction des préjudices au niveau régional. Presque toutes les nations membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques – ainsi que de nombreux autres États dans le monde – ont un modèle quelconque pour offrir du matériel stérilisé, afin de maîtriser la propagation du VCH, du VIH et d'autres maladies transmises par le sang. L'OMS a indiqué dans un rapport de 2014 que des programmes d'échange de seringues étaient « essentiels » pour assurer la réduction des préjudices et des cas de VIH chez les PID (OMS 2014). L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime a aussi avalisé les programmes d'échange de seringues en prison, y voyant une stratégie de gestion clé cruciale du VIH/SIDA (voir Csete et Wolfe 2007, 14).

Wodak et Cooney rapportent que 28 études sur les programmes d'échange de seringues aux Pays-Bas ont démontré qu'une réduction de comportements risqués, tel le partage des seringues, permet d'abaisser les taux du VIH dans des zones ciblées (2005, 33, 34). Cela est très pertinent, car la plupart des ISI offrent aux clients des seringues propres à utiliser immédiatement, certaines en remettent pour plus tard. Une étude à New York a permis de constater que sept programmes d'échange de seringues évitent potentiellement 87 cas de VIH, à un coût de 2 200 \$ par prévention, considérablement moins que le coût annuel du traitement, 9 000 \$ (Small 2007, 24). Et lorsque le plus ancien programme d'échange de seringues du Canada a pris fin en 2008, Vancouver a constaté une hausse de comportements risqués chez les PID du secteur (MacNeil et Pauly 2010, 7).

Le premier programme d'échange de seringues au Canada, financé par le gouvernement, est apparu dans les années 1980; depuis, la pratique s'est répandue dans la plupart des villes majeures du pays, lesquelles ont au moins un tel programme (MacNeil et Pauly 2010, 1). Les installations mêmes, plus souvent qu'autrement, servent de lieux où les PID et les consommateurs de drogues cherchent du matériel ainsi que des services et de l'information relatifs aux pratiques exemplaires pour leur propre santé. Presque partout, des bénévoles travaillent, dont certains peuvent avoir été des utilisateurs de drogues par le passé; ils communiquent mieux avec les PID, connaissant déjà bien les problèmes particuliers des utilisateurs.

Les programmes d'échange de seringues ont également un rôle à jouer dans l'amélioration et le maintien de la sécurité publique en ce qui a trait aux seringues déjà utilisées. Comme le suggère leur nom, les programmes d'échange de seringue permettent aux consommateurs de drogues de retourner les seringues utilisées et d'en recevoir qui sont stérilisées, au lieu de laisser de vieilles seringues dans des endroits publics ou de les mettre à la poubelle ou à d'autres endroits non sécuritaires, ce qui constitue un risque pour le public et les employés municipaux qui vident les poubelles (voir Broadhead et coll. (2002, 341). Pour prouver l'ampleur de ce problème potentiel pour la santé publique, la Figure 7 contient les taux d'injections publiques dans un certain nombre de villes canadiennes.

Figure 7 : Emplacements des lieux d'injection, par région, enquête de 2005 à 2008



Note: CNVI refers to Central and Northern Vancouver Island; SurvUDI is a network of sites located in Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Montreal, Montréal, Québec City, Saguenay-Lac St-Jean, Mauricie-Central Québec, and the Eastern Townships.

Source: Public Health Agency of Canada (2013, 76).

Approches prohibitionnistes relatives à la consommation de drogues

L'approche prohibitionniste relative à la consommation de drogue comprend des techniques servant à faire cesser la consommation de drogues « à la source », en ciblant l'approvisionnement, les trafiquants et les utilisateurs. Parmi ces méthodes se trouvent l'incarcération de ceux qui participent au commerce de la drogue, plus de maintien de l'ordre au niveau de la rue ainsi que la mise en œuvre de programmes de traitement de la toxicomanie.

Au Canada, des milliards de dollars sont dépensés

chaque année afin de faire respecter les politiques de lutte antidrogue et d'assurer les services policiers au niveau de la rue, en vue de crimes liés aux drogues (CPHA 2014, 2). Des sommes sont prévues par tous les paliers gouvernementaux, afin de s'attaquer à la production, à la distribution, à la vente et à l'utilisation de drogues dans le pays et dans chacune des municipalités. Toutefois, en dépit de ces énormes dépenses, il est difficile de prouver que des avantages équivalents ont été obtenus. De 2002 à 2012, le coût social de la criminalité a baissé de 6 %, mais le coût des opérations d'application de la loi, de la gestion de la justice et de l'hébergement des criminels a augmenté de 35 %, portant le coût estimatif total de la criminalité en 2012 à 81,5 milliards de dollars (Easton, Furness et Brantingham 2014, 96). Cette disparité importante entre

le coût de la criminalité et celui des mesures prises contre elle est un des problèmes majeurs dans la lutte contre les crimes liés à la drogue; assurer la sécurité du public ainsi que protéger les libertés individuelles peuvent être conciliés dans une société libre et démocratique.

L'application de la loi au niveau de la rue est un domaine où les coûts sociaux et économiques pour s'occuper des drogues risquent grandement de dépasser les avantages découlant des efforts pour l'application de la loi. Même si, superficiellement, cette approche semble la plus facile pour s'attaquer à des problèmes tels que les injections publiques, la vente de drogues et les désordres publics, ce n'est pas nécessairement le cas. Souvent, les cibles lors l'application de la loi en rapport avec les drogues sont des contrevenants antérieurs, qui possèdent de la drogue pour leur utilisation personnelle ou pour en vendre afin de financer leur propre consommation. Le service de police de Vancouver, dans le cadre d'un programme pour identifier les récidivistes, a relevé une corrélation importante entre les problèmes de récidives et la toxicomanie ou l'alcoolisme (BC Centre for Disease Control 2014, 95). De plus, l'application de la loi peut réduire l'accès à des services de santé cruciaux, car les PID pourraient éviter certains endroits où se trouvent des installations (CPHA 2014, 6). Il est particulièrement préoccupant que le problème de la toxicomanie en politique publique canadienne soit dans une large mesure abordé sous l'angle de l'application de la loi, ce qui est contraire aux idéaux de réduction des préjudices et du sens commun et pourrait suggérer que la toxicomanie – comme tout problème médical – devrait être traitée pas les médecins, non par les policiers.

Les « répressions » policières sont une méthode qui est parfois employée dans des secteurs reconnus pour être particulièrement enclins à la criminalité liées à la drogue. Elles sont toutefois sérieusement inquiétantes en ce qu'elles limitent la capacité des PID d'accéder aux services; il a de plus été démontré qu'elles ne pouvaient favoriser l'ordre public permanent ou gérer la vente de drogues à court comme à long terme. Une étude de 2003 réalisée près de l'ISI de Vancouver a déterminé qu'une présence accrue de la police dans le cadre d'une « répression » a eu un certain nombre de résultats négatifs importants sur la santé et la sécurité publiques. Pendant la période de présence accrue des policiers et du ciblage direct de crimes liés à la drogue, l'ISI a eu moins de clients, et une augmentation des injections publiques dans le secteur environnant a été observée. De plus, il a été signalé que la présence policière accrue ne se traduisait pas par une réduction de la consommation de drogues ni du prix de celles-ci, mais il y avait des conséquences sur les lieux de consommation des drogues, à cause du changement d'endroit pour l'achat de celles-ci (Wood et coll. 2004b, 1551, 1554). Cela confirme des constatations – amplement répétées dans la documentation –, à savoir, que la pénalisation des

drogues et des comportements de la consommation des drogues est inefficace comme facteur dissuasif (voir, par exemple, CPHA 2014, 5).

La tactique d'incarcération des consommateurs et des trafiquants de drogues est utilisée au Canada depuis de nombreuses années, afin de masquer le problème de consommation de drogues. Il a été supposé que, en sortant ces groupes de la population en général, le problème serait résolu. Toutefois, dans la plupart des cas, cette approche a eu des résultats négatifs et graves, sur la santé publique. Dans une étude réalisée par le Center for Drug Use and HIV Research, National Development and Research Institutes, des comparaisons de populations de Vancouver et de Baltimore ont permis de trouver que l'incarcération augmentait de 64 % pour les PID le risque de contracter le VIH (Hagen 2003, 911). L'impossibilité pour les PID incarcérés d'accéder à des seringues propres est un problème majeur de santé publique, car cela contribue à un partage très élevé de seringues en prison, ce qui hausse la probabilité de transmission de maladies telles que le VIH et le VCH. L'incarcération a également été reliée à l'accès réduit à des soins adéquats pour le VIH, ce qui empire les problèmes causés par le manque d'accès à des seringues propres (Milloy et coll. (2013, 2). La non-divulgaration de la séropositivité parmi les PID incarcérés a également été signalée; il est ainsi plus probable que les PID attrapent en prison des maladies transmises par le sang, à cause de seringues contaminées (Small et coll. (2005, 6). Les directives de l'OMS sur le maintien des services de santé pour les personnes incarcérées suggèrent que l'offre de seringues stérilisées, afin de réduire la propagation du VIH/SIDA, devrait être garantie (Small et coll. 2005, 8). À cette fin, l'OMS encourage de continuer en prison les soins de santé de la sphère publique, y compris l'accès aux outils qui peuvent limiter la maladie.

Les approches prohibitionnistes comportant l'application de la loi souffrent de nombreuses lacunes systémiques. Il a été noté que le schéma d'incarcération, de libération et de récidive domine largement chez ceux qui sont atteints par les problèmes d'itinérance chronique, de toxicomanie et de santé mentale (BC Centre for Disease Control 2014, 95). Comme ce sont aussi des caractéristiques communes chez les PID, ces conséquences négatives du cycle d'incarcération ne peuvent être minimisées lorsqu'il faut assurer des résultats positifs pour la santé de populations vulnérables.

Analyse empirique et études de cas

Insite de Vancouver

Insite, service situé dans la zone est du centre-ville de Vancouver, a été la première et est actuellement la seule installation autorisée et supervisée en Amérique du Nord pour les injections. Son emplacement a été choisi en raison de la prévalence élevée du VIH dans le secteur et d'un grand tollé du public à propos des problèmes associés à la consommation locale de drogues (Ben-Ishai 2012, 40, 42). Comme cela a déjà été mentionné, Insite a fait l'objet de nombreuses études ayant divers objectifs, notamment le suivi de la prévalence du VIH ainsi que les taux de surdose dans la zone est du centre-ville. Les résultats ont été remarquablement encourageants et révélaient des aspects positifs des méthodes de réduction des préjudices. Certes, les études d'ISI ailleurs, notamment en Europe et en Australie, confirment dans une grande mesure les conclusions des études de l'ISI de Vancouver (Drug Policy Alliance 2014, 1).

L'élection d'un nouveau maire de Vancouver en 2002, Larry Campbell, a été un moment important dans l'histoire de la ville, car sa stratégie pour la drogue comprenait comme priorité la création d'une ISI dans la zone est du centre-ville (Kerr et coll. 2005, 267). Ce service découlait du désir d'un « nettoyage » au centre-ville et a fini par ouvrir ses portes en 2003 (Ben-Ishai 2012, 42). Toutefois, pour être légal, l'ISI devait se conformer à une série de conditions, dont une était un mandat de fonctionnement comme installation de recherche (Fairbairn et coll. 2008, 818). Le coût de l'exploitation d'Insite a été estimé à environ 3 millions de dollars annuellement et la présence du service a représenté une économie nette d'à peu près 17,6 millions de dollars par année, car il a permis d'éviter des dépenses en santé, de prévenir la transmission du VIH, d'ajouter à l'espérance de vie (voir Andresen et Boyd 2010, 71; Bayoumi et Zaric 2008, 1149; Association des infirmières et infirmiers du Canada 2013, 7). La recherche aussi peu que trois ans après l'ouverture d'Insite a montré que les taux d'injection publique, les décès causés par les surdoses, les nouveaux cas de VIH et les seringues abandonnées avaient diminué dans la zone est du centre-ville (voir Andresen et Boyd 2010, 72; Drug Policy Alliance 2014, 1; Pinkerton 2010, 1434; Small 2007, 20; Tyndall et coll. 2006b, 4).

Le nombre des inscriptions à Insite est un testament de la réussite de l'installation : plus de 12 000 PID et des milliers de recommandations à des services de traitement et d'assistance pour ces personnes (Vancouver Coastal Health 2015). De la recherche portant sur la situation et la santé des utilisateurs d'Insite montre que l'installation a attiré une variété de PID à risque élevé et aussi servi d'endroit pour

des PID à risque inférieur s'intéressant à conserver leur santé par leurs pratiques d'injection (Tyndall et coll. 2006b, 1). Cela comprend un éventail de jeunes utilisateurs quotidiens d'héroïne dont le logement est précaire et qui représentent plus de la moitié de la population de moins de 30 ans à Insite (UHRI 2009, 22). Compte tenu d'études sur la santé effectuées par l'Urban Health Research Initiative, les personnes les plus susceptibles d'être affectées par le VIH sont les Autochtones, celles qui partagent des seringues, celles qui ont été emprisonnés, puis celles qui s'injectent quotidiennement de la cocaïne. Ensemble, pour l'installation, ces groupes représentent environ 17 % de la population totale qui a participé à l'enquête (UHRI 2009, 21). Contrairement aux préoccupations antérieures du public, reposant sur le peu de changement dans les taux de rechute ou globaux de consommation de drogues après la création d'Insite, les données de la zone est du centre-ville suggèrent que des changements positifs ont eu lieu dans la collectivité environnante. Le comportement à haut risque a été réduit sans créer d'externalités négatives au sujet des tendances de la consommation de drogues (Kerr et coll. 2006, 222; UHRI 2009, 22, 30).

Au cours des deux premières années de ses activités, Insite a eu pour effet que presque 20 % d'une cohorte étudiée a participé à un programme de traitement. De plus, il était 370 % plus probable que les visiteurs hebdomadaires recherchent une forme quelconque de service de traitement (UHRI 2009, 26; Wood et coll. 2007, 917). Des inquiétudes du public avaient antérieurement suggéré que la présence d'une ISI pouvait dissuader les consommateurs de drogues de se faire traiter, mais ce n'a pas été le cas. Plutôt, l'offre de formation, les options de traitement, le personnel professionnel qualifié et une variété de renseignements sur les options de rechange ont tous été des facteurs encourageant les utilisateurs à demander de l'aide. Au milieu des années 2000, à peu près 600 PID avaient accès à Insite à chaque jour, de ce nombre la majorité venait entre 2 et 25 fois par mois. Près de 20 % des personnes n'y allait pas pour s'injecter une drogue mais plutôt pour utiliser l'installation afin de trouver du matériel ou des formes d'aide (Tyndall et coll. 2006a, 194-6).

Une inquiétude du public au sujet des ISI est d'avoir des taux supérieurs de criminalité locale et des niveaux généraux de perturbation publique. Cette préoccupation découle, en partie, de la notion qu'un service central pour les consommateurs de drogues aura l'effet d'une « manne », attirant dans un secteur restreint un grand nombre de criminels (voir, par exemple, Dolan et coll. 2000, 338). Au contraire, près d'Insite, il y a eu une baisse remarquable du taux global de criminalité – y compris les vols de véhicules, les effractions et le trafic de stupéfiants –, ce qui suggère qu'Insite n'a pas été la cause d'une hausse statistique considérable du taux global de la criminalité dans la collectivité environnante (UHRI 2009, 29). En outre, la quantité de déchets biologiques dangereux

tels que des seringues qui ont servi et d'autres accessoires a diminué de façon marquée après la création d'Insite (Wood et coll. 2004a, 128732).

Les surdoses sont un phénomène connu à Insite puisque chaque injection n'a que très peu de chance d'être une surdose (00013 %) (Milloy et coll. 2008a, 128732). Toutefois, une étude a permis de trouver que, lorsqu'il y a eu des surdoses, 87 % n'ont été traitées qu'à l'aide d'oxygène (UHRI 2009, 31). Qui plus est, il n'y a jamais eu de décès à la suite d'une surdose à Insite (Milloy et coll. 2008b, 4). En revanche, le service des coroners de la C.-B. a déterminé que, entre 2009 et 2013, il y a eu une moyenne annuelle de 79 décès par suite de surdoses de drogues illicites (par injection ou autrement) dans la région du Grand Vancouver (Colombie-Britannique 2014, 1). Dans plus des deux tiers des cas de surdoses d'opiacés, l'héroïne a été la drogue utilisée (Milloy et coll. 2008b, 2).

Le volume du partage des seringues chez les patients d'Insite est de 70 % inférieur à celui de ceux qui ne se présentent pas à l'installation. Qui plus est, ceux qui partagent des seringues ont sept fois plus de chance de s'injecter des drogues en public, autre facteur inquiétant qui mène à davantage de pratiques d'injection dangereuses (UHRI 2009, 37-8). Des études d'Insite et d'autres ISI montrent que chez les utilisateurs réguliers des ISI, la probabilité de partage de seringues est plus basse, soit de presque 70 %. Il est également plus probable que les utilisateurs d'Insite aient des pratiques d'injection plus sécuritaires, notamment le recours à du matériel stérilisé et à la « cuisson » avant l'injection (UHRI 2009, 39, 43). Lors d'une enquête auprès des utilisateurs d'Insite, plus de la moitié d'entre eux ont dit que l'installation les avaient encouragés à adopter des pratiques plus sécuritaires lors de la mise au rebut des seringues, et les trois-quarts ont dit qu'ils étaient des PID plus sécuritaires après avoir accédé aux ressources de la formation et de l'information de l'installation (Petrar et coll. 2007, 1088).

Centre d'injection médicalement supervisé de Sydney

Vers la fin des années 1990, il y a eu davantage de soutien pour la mise sur pied d'une ISI dans le quartier King's Cross de Sydney, en Australie (Strike et coll. 2014, 950). Un groupe catholique, les Sœurs de la Charité, qui dirigeait un hôpital public, avait proposé d'ouvrir une ISI ad hoc, mais il y avait eu veto de la part du Vatican (Dolan et coll. 2000, 342). Certes, les inquiétudes pour la santé des PID ne constituaient pas un enjeu dominant à l'échelle nationale, et en dépit du succès des programmes d'échange de seringues pour réduire les cas de VIH (Bastos et Strathdee 2000, 1772), deux de ces programmes ont pris fin en Australie entre 1999 et 2002 par suite d'une couverture négative des médias; il y a ensuite eu débat portant sur le besoin de nouvelles mieux équilibrées quant aux méthodes de réduction des préjudices (MacNeil et Pauly 2010, 6).

Selon les estimations, le Medically Supervised Injection Centre (MSIC) de Sydney a permis d'économiser plus de 650 000 \$ par année. L'efficacité de la SIS est telle que la neutralité des coûts pourrait être atteinte par une économie de seulement 0,8 d'une vie (Cité de Toronto 2013, 17), une estimation des coûts qui repose sur les coûts du traitement du VIH et une variété de facteurs additionnels.

Réactions nationales et internationales aux SIS

En 2011, la Cour suprême du Canada a décidé qu'Insite était un service légal et que le gouvernement fédéral devait lui permettre de continuer de fonctionner. En 2013, en réponse au jugement, le gouvernement fédéral présentait le projet de loi C-2, prévoyant une modification de l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, qui permet une exemption pour des substances contrôlées, fondée sur des considérations scientifiques, médicales ou liées à l'intérêt public (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2013, 1), et il y a eu adoption de ce projet le 23 mars 2015. D'après le jugement de 2011 de la Cour suprême, « Insite sauve des vies. Ses avantages ont été prouvés; il n'y a pas eu d'effets négatifs perceptibles sur la sécurité du public et au regard des objectifs du Canada en santé, et ce, au cours de ses huit années d'activités » (Drug Policy Alliance 2014, 2).

Le projet de loi C-2 a tout de même été controversé. L'Association médicale canadienne, par exemple, a soutenu que « le projet n'équilibre pas la santé publique et les objectifs de la santé publique de la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances] » (2014, 5). De plus, ce projet a été perçu comme base juridique permettant de refuser aux PID l'accès aux services dont ils ont besoin, en cultivant une image négative de ces gens et en faisant la promotion d'une idéologie du « pas dans ma cour » (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2013, 8). Toutefois, en dépit de ces préoccupations, beaucoup d'organismes de professionnels de la santé – dont l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés d'Ontario et le Réseau urbain de santé publique – ont parlé en faveur des ISI (Cité de Toronto 2013, 4). Un phénomène répandu face à une politique controversée est une réaction du public qui est plus émotive que rationnelle, souvent au détriment des personnes en cause (voir Des Jarlais, Arasteh et Hagan 2008, 1106). Cette réaction peut avoir une répercussion sur l'élaboration d'une politique sociale progressive. Un exemple clair de ce phénomène est la comparaison des approches de Vancouver et d'Abbotsford, à proximité, dans la gestion des problèmes liés aux drogues. Même si à Vancouver se trouvent de nombreux échanges de seringues, des cliniques de réadaptation et la seule ISI de l'Amérique

du Nord, Abbotsford a néanmoins carrément interdit toute tentative de création d'un programme d'échange de seringues ou d'installation de traitement de la toxicomanie (Small 2007, 23).

Au niveau international, une législation, par l'entremise de l'ONU, régit l'utilisation, le trafic et le contrôle des substances illicites, sous la forme de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le Protocole de 1972, de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et de la Convention de Nations Unies de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et des substances psychotropes. Ces conventions ont été largement ratifiées et représentent la mentalité internationale qui prend de l'ampleur et favorise la gestion des drogues (Takahashi 2009, 749). L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime est surtout responsable des enquêtes et rapports sur les questions liées à l'utilisation, au trafic et à la production de drogues, et il administre une bonne partie de la recherche sur laquelle ces conventions reposent. Il faudrait noter que le financement des travaux de l'organisme de l'ONU dépend de donations et de contributions sous forme de « dons prévus ». Cela signifie que les donations sont accompagnées d'une liste de recommandations, de suggestions ou d'exigences, implicites ou physiques. Parce que l'Office représente les intérêts de la collectivité internationale, cela crée une situation particulièrement délicate, surtout lorsque des pays riches sont en mesure de « préconiser » l'utilisation internationale de leur politique nationale sur les donations – certes, le gouvernement américain est accusé d'un tel comportement depuis 2004 (Takahashi 2009, 751).

Les États-Unis ont affiché un dédain particulier face aux mesures de réduction des préjudices, notamment par une interdiction totale du gouvernement fédéral d'utiliser des fonds aux fins de programmes d'échange de seringues (Kerr et coll. 2007, 1228). C'est un peu étonnant puisque, même si dans certains États où la criminalisation des drogues est prise très au sérieux, il y a des systèmes qui permettent aux PID d'accéder à des seringues afin de les aider à empêcher la transmission du VIH (Takahashi 2009, 764). Il y a donc un écart croissant entre le droit international, qui a pour but de répondre aux besoins de l'humanité, et le droit national, qui vise spécifiquement les besoins de la population d'un pays particulier. Au Canada, la zone est du centre-ville de Vancouver a connu ce phénomène lorsque le projet Insite a été proposé; les organisateurs se sont alors heurtés aux règles fédérales qui avaient été créées pour la « collectivité canadienne moyenne ».

Dans quelle mesure les ISI sont-elles efficaces?

Surmonter les obstacles

Le succès du projet Insite semble avoir permis de multiplier considérablement les appuis des Ontariens, en faveur d'une installation supervisée pour les injections dans la province – en 2009, la moitié des Ontariens étaient en faveur d'utiliser l'ISI pour réduire les taux de surdoses fatales, de maladies et de consommation de drogues dans le quartier (Strike et coll. 2014, 949) –, ce qui reflète une prise de conscience grandissante, à savoir que les répercussions négatives de la consommation de drogues est un enjeu pour l'ensemble de la collectivité. Toutefois, le modèle d'Insite pourrait être amélioré. Par exemple, une des limitations d'Insite est son manque d'espace libre pour fumer la drogue au lieu de se l'injecter (DeBeck et coll. 2009, 85). De plus, même s'il y a plus de 5 000 PID dans le Grand Vancouver, Insite n'a que 12 cabines, et les patients ont dit que les longues périodes d'attente pour la consommation sont une raison pour laquelle la consommation publique de drogues continue ou pour éviter complètement l'installation (McKnight et coll. 2007, 324; Petrar et coll. 2007, 1092). Ainsi, n'importe quelle ISI pilote en Ontario devrait comprendre suffisamment de cabines pour les patients qui en ont besoin. En outre, comme il a été observé à partir du succès des recommandations pour les désintoxications à Insite, la valeur du traitement, la réadaptation et l'éducation dans le cadre de la nouvelle ISI ne peuvent être sous-estimées. Non seulement un processus de recommandations apaiserait le public, qui craint que l'installation puisse servir à prolonger la consommation de drogues, mais elle offrirait aux PID des solutions et, ensuite, à réduire à long terme cette consommation.

Un des plus grands avantages d'Insite par rapport aux autres ISI dans le monde est que ce service est obligé par la loi de fonctionner comme un centre de recherche. Bien que ce rôle soit incontestablement un défi, c'est ce qui a permis à Insite de devenir l'ISI la plus étudiée à ce jour, ce qui a produit un ensemble de travaux sans précédent sur l'installation, ses patients et ses effets sur la collectivité. Ainsi, toute nouvelle ISI devrait étudier l'expérience d'Insite pour sa tenue méticuleuse des dossiers et la gestion des données, puis tenter de reproduire ce système de l'installation. L'aide d'experts qui connaissent bien Insite serait aussi extrêmement précieuse.

Une autre mesure essentielle d'une ISI qui réussit est la solidité du soutien communautaire, car sans cela, une ISI risque de ne pas faire partie « intégrante » de la collectivité. Le service Insite a été créé avec le soutien complet de la population locale et se trouvait dans la stratégie électorale de la campagne à la mairie de Vancouver. Les collectivités sont en général fortement sensibilisées aux problèmes sociaux, économiques et politiques auxquels elles font face,

mais pas nécessairement à un problème tel que celui de la consommation de drogues. Le côté tabou de la consommation de drogues force beaucoup des utilisateurs à demeurer dans l'ombre, tandis que la société, elle, tend à fermer les yeux sur l'itinérance et la vulnérabilité, qui occupent une grande part dans la vie des PID. Il est par conséquent possible qu'une collectivité puisse ne pas connaître l'ampleur de la consommation de drogues ou le nombre des personnes affectées par celle-ci. Toutefois, en ce qui concerne les sans-abri, beaucoup trouvent qu'il est simplement plus facile d'ignorer des problèmes reliés aux personnes marginalisées sur le plan économique et dont la voix n'est pas entendue sur le plan politique. Jeter de la lumière sur la consommation de drogues, par de la recherche sérieuse et reposant sur les faits, permettrait aux collectivités de mieux évaluer les difficultés et de saisir la valeur des solutions proposées. Dans le cas de Barcelone, par exemple, la collectivité a réagi plus positivement à l'idée d'une ISI mobile qu'à une ISI fixe – les commerces surtout étaient opposés à celle-ci (Dietze, Winter et Pedrana 2012, 258; Elliott, Malkin et Gold 2002, 13). De plus, des options de rechange pour les PID sans-abri pourraient servir en même temps que sont déployés des efforts pour s'attaquer à l'itinérance.

Une ISI dans le Nord ontarien?

En plus du service de Vancouver et compte tenu des données tirées de cette expérience, des ISI ont été proposées pour d'autres villes canadiennes, y compris Toronto, Ottawa et Montréal (voir Cité de Toronto 2013; Lessard et Morissette 2011; UHRI 2009; Walby 2008). Toutefois, dans le contexte du Nord de l'Ontario, il n'y a pratiquement pas de bonnes données sur les PID, l'itinérance et les taux de surdoses. Certains ONG locaux – tels la North Bay Drug Strategy, l'OxyContin/Narcotic Abuse Task Force de Sudbury et la Thunder Bay Drug Strategy (TBDS) – ne collectent pas de données sur la consommation locale de drogues (Ville du Grand Sudbury 2005; Saad 2013; TBDS 2011). Thunder Bay a peut-être les données les plus détaillées sur la consommation de drogues, provenant de sources telles que la police, le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, les groupes locaux, et tous collaborent et fournissent de l'information pour les rapports produits par la TBDS (2011, 10). Malheureusement, pour d'autres municipalités du Nord ontarien, les suggestions pour améliorer les services de réduction des préjudices doivent reposer en grande partie sur des faits anecdotiques.

À ce jour, il n'y a pas de publication d'études de faisabilité traitant d'une ISI dans le Nord ontarien, et les mesures pour la réduction des préjudices n'ont pas fait l'objet d'une vaste recherche ou été offertes

au public. Cela dit, la réduction des préjudices est reconnue dans les programmes de North Bay et de Thunder Bay en matière de drogues, et elle été signalée comme facteur pouvant calmer les inquiétudes liées à la consommation de drogues. Cela suggère que le volume de la recherche consacrée à la consommation de drogues dans le Nord ontarien pourrait effectivement prendre de l'ampleur, afin de mettre l'accent sur plusieurs éléments d'information, notamment des données régionales sur les populations de PID, les populations de sans-abri, les visites à l'hôpital à cause de surdoses, les décès régionaux attribuables aux surdoses, les arrestations motivées par les drogues, les infractions relatives aux stupéfiants et le nombre d'échanges de seringues dans la région. Ces chiffres pourraient servir à mesurer les taux et la prévalence de la consommation de drogues dans le Nord ontarien, afin d'obtenir une base de comparaison non seulement entre les régions, mais aussi entre elles et des villes plus grosses au Canada comme à l'étranger.

Plus généralement, le Nord ontarien, en particulier ses régions rurales, présente un tableau de la santé qui laisse quelque chose à désirer. Bien que l'espérance de vie dans la province soit de presque 80 ans, dans les zones rurales du Nord de l'Ontario, elle se situe entre 75 et 77 ans. Cette situation n'est pas aidée par le manque général d'accès aux pharmacies, aux services de soins de santé et au financement des infrastructures pouvant permettre d'accéder rapidement aux hôpitaux (Gheihman 2012, 2).

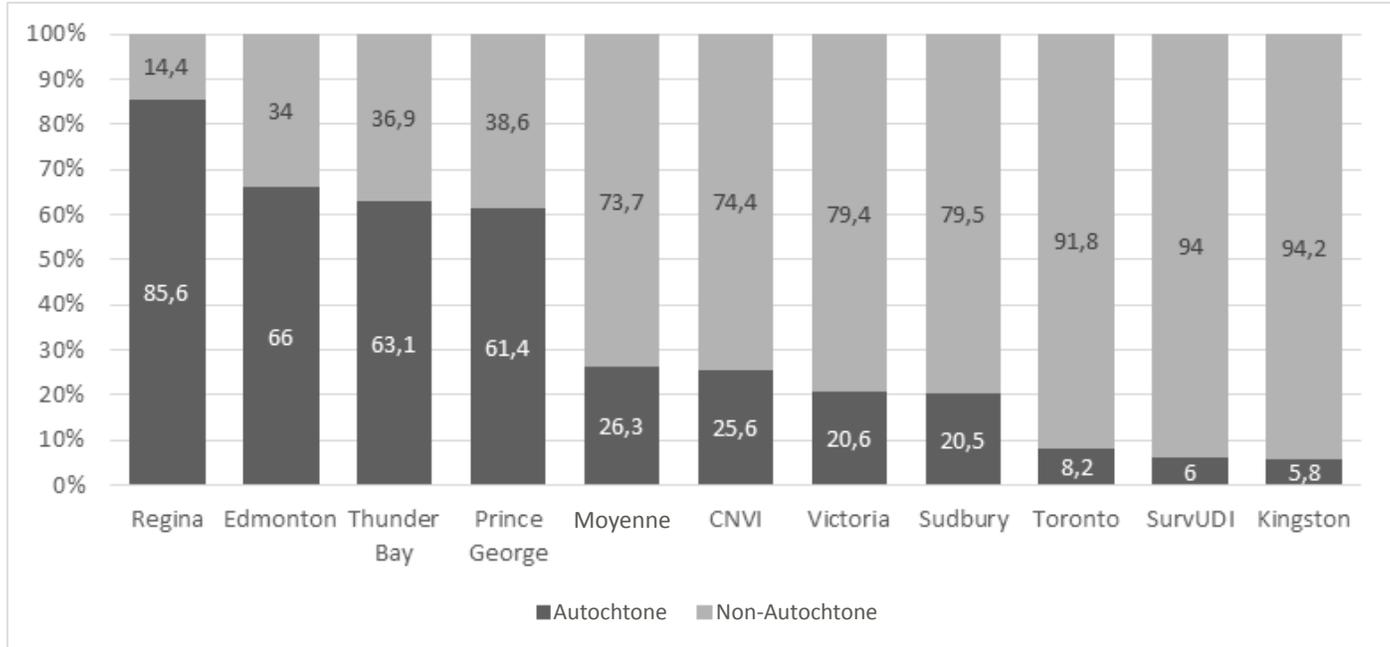
Considérations autochtones

Les problèmes spécifiques relatifs à la santé et à la consommation de drogues sont particulièrement déprimants dans le contexte de la population autochtone du Nord ontarien. En nous fondant sur les données disponibles pour 2007, par 1 000 Autochtones, 898 ordonnances pour des opiacés ont été remises; de ce nombre 13 % étaient pour de l'oxycodone, une substance responsable d'une hausse de 500 % des décès reliés aux narcotiques depuis 2000 (Canada 2010, 6; GTEDSSC 2012, 9). Les effets des soins de santé en rapport avec ce médicament en 2007 ont été estimés à plus de 40 000 \$ annuellement par personne, d'où un coût estimatif global de centaines de millions pour la province de l'Ontario. Plus étonnant encore est le fait que les programmes complets de traitement ne coûteraient qu'un septième de ce montant, et les dépenses ne seraient maintenues que pour une année ou deux par personne, en raison du volet réadaptation du traitement (GTEDSSC 2012, 12).

Au Canada, entre 3 et 3,5 % des gens s'auto-identifient comme Autochtones, mais dans la cohorte des PID examinée par l'Agence de la santé publique du Canada, une partie disproportionnée des participants s'est identifiée comme Autochtone (voir la Figure 8). Presque 10 % des Autochtones sont affectés par le VIH, et de nouvelles infections parmi ceux-ci sont 3,6

fois plus fréquentes que dans les autres groupes démographiques. Parmi ces nouvelles infections, 57 % découlent de drogues injectées, et presque la moitié des personnes infectées sont des femmes, comparativement à moins de 24 % chez les femmes non autochtones (Canada 2010, 26).

Figure 8 : Autochtones auto-identifiés, par région, enquête de 2005 à 2008



Remarque : CNVI fait référence à Centre et Nord de l'île de Vancouver; SurvUDI est un réseau d'emplacements qui se trouvent en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, à Montréal, en Montérégie, à Québec, au Saguenay-Lac St-Jean, au Centre du Québec-Mauricie et dans les Cantons de l'Est.

Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 32).

L'accoutumance aux médicaments d'ordonnance est reconnue depuis de nombreuses années comme cause de dommages à la santé communautaire autochtone. Au milieu des années 2000, la Première Nation de Constance Lake a déterminé que la consommation de médicaments d'ordonnance était un gros facteur dans les changements négatifs communautaires et les valeurs de la collectivité. La consommation de médicaments atteignait plus de 50 % de la population, perpétuait la pauvreté cyclique, le chômage, les conditions misérables et les problèmes sociaux graves. En moins d'un an, la collectivité avait créé une installation de traitement, comportant un programme de méthadone, et la réadaptation de la collectivité avait commencé (Chefs de l'Ontario 2010, 63). Trouver et s'attaquer aux causes liées à la consommation de drogues est un exercice difficile pour les collectivités qui sont aux prises avec la portée d'une telle question taboue. Néanmoins, en admettant qu'un problème existe, les collectivités peuvent commencer à s'attaquer aux causes profondes de celui-ci et prendre des mesures pour rétablir la situation.

Des études du programme fédéral de prestations pharmaceutiques indique que, depuis 2012, presque la moitié des réclamations (49 %) pour de l'OxyContin, une forme d'oxycodone qui entraîne une forte accoutumance, étaient pour des gens des Premières Nations et des Inuit en Ontario (GTEDSSC 2012, 88). Des estimations pour les collectivités des Premières Nations du Nord suggèrent que dans certaines régions les taux d'accoutumance dépassent 70 %; Sioux Lookout a affiché des taux aussi élevés que 80 % (GTEDSSC 2012, 4; Uddin 2013, 391). Le problème est clairement continu, mais les escalades de la dernière décennie ont été telles que, en 2009, 49 collectivités de la nation Nishnawabe Aski Nation ont déclaré l'état d'urgence par suite des taux d'accoutumance accablants aux médicaments d'ordonnance. Il a fallu presque deux ans avant qu'une solution générale ait de l'emprise. Le traitement par Suboxone – inspiré du programme de désintoxication de Fort Hope – a été largement poursuivi en dépit du manque relatif d'infrastructure de soins de santé, limitant le suivi (Uddin 2013, 391). La Première Nation n° 58 de Long Lake a également été gravement affectée par l'accoutumance aux médicaments et la toxicomanie, avec en 2012 des estimations suggérant que 85 % des adultes faisaient face à des inquiétudes reliées aux opiacés (GTEDSSC 2012, 20).

Thunder Bay

Thunder Bay fait face à de graves problèmes de toxicomanie et d'effets communautaires connexes, dont les taux d'arrestations les plus élevés de l'Ontario au cours des dernières années. La toxicomanie coûte plus d'un million de dollars annuellement pour la criminalité liée aux stupéfiants à Thunder Bay, où les problèmes de toxicomanie et de consommation sont disproportionnés par rapport à ce qui se passe ailleurs dans le Nord-Ouest ontarien (RLISS du Nord-Ouest 2013, 1). La première cause de décès accidentels dans le Nord-Ouest de l'Ontario depuis 2011 a été la surdose fatale de drogue (RLISS du Nord-Ouest 2013, 3). Les arrestations liées aux drogues à Thunder Bay ont été largement liées au cannabis; moins de 1 % étaient en rapport avec l'héroïne, bien que cela ne soit attribuable qu'à des taux relativement bas d'injections publiques (TBDS 2011, 10). Thunder Bay fournit des services de gestion du sevrage à plus de 1 300 patients affectés par la consommation de drogues, même si la demande est deux fois plus élevée. Huit visites par jour aux services d'urgence hospitaliers sont motivées par la consommation de drogue et d'alcool (RLISS du Nord-Ouest 2013, 1). La Thunder Bay Municipal Drug Strategy, lancée en 2011 après avis de l'Unité sanitaire du district, proposait de s'attaquer à cette question sans délai, afin d'apaiser cette inquiétude pour la santé publique. La TBDS a également conçu une vérification communautaire comportant plus de 20 priorités pour la résolution des problèmes de toxicomanie dans cette collectivité. Enfin, Thunder Bay a aussi un programme Superior Points pour faciliter les échanges de plus de 700 000 seringues souillées ainsi que le traitement à la méthadone de plus de 1 000 personnes (RLISS du Nord-Ouest 2013, 3).

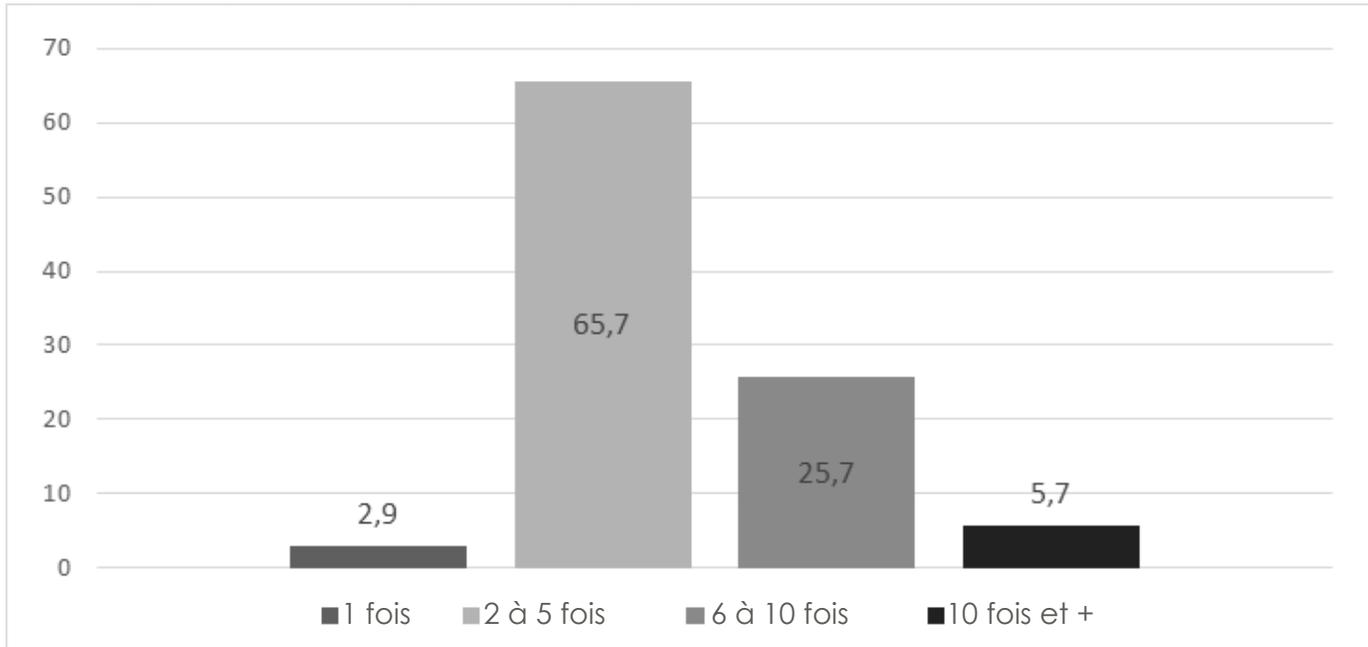


Cas de Sudbury

Le Grand Sudbury fait face à un grave problème de narcotiques depuis de nombreuses années (voir Ville du Grand Sudbury 2005). De plus, la consommation de cocaïne et de crack augmente régulièrement chez les élèves du Nord ontarien. Dans une étude de 2007, il a été trouvé que la cocaïne et le crack étaient les deux drogues les plus fréquemment injectées à Sudbury, même si le crack était la drogue la plus utilisée chez les PID de l'enquête, plus même que l'alcool et le cannabis (Leonard 2007, 19, 20). Jusqu'à 60 % des PID de l'enquête partageaient des seringues, et la plupart d'entre eux les jetaient à la poubelle (Leonard 2007, 39). En outre, presque 70 % des répondants ont révélé avoir eu un résultat positif lors d'un test pour l'hépatite C (Leonard 2007, 48). Alors, toutefois, le programme d'échange de seringues de Sudbury ne prévoyait pas de matériel sécuritaire pour fumer (Leonard 2007, 35).

Comme nous l'avons vu, il y a solide lien entre l'itinérance et la consommation de drogues; il est alors particulièrement inquiétant qu'une moyenne de 65 habitants de Sudbury se servent chaque jour des abris d'urgence de la ville (Ville du Grand Sudbury 2012, 1; Fondation communautaire de Sudbury 2013, 10). Qui plus est, selon les estimations, plus de 20 % de la population des PID de Sudbury est autochtone, et chez près de 40 % de celle-ci, les injections avaient débuté avant 16 ans (Agence de la santé publique du Canada 2013, 32, 47). La fréquence des injections des PID à Sudbury se trouve à la Figure 9.

Figure 9 : Fréquence quotidienne des injections, Sudbury, enquête de 2005 à 2008



Source : Agence de la santé publique du Canada (2013, 82).

Démographie du problème de drogue de Sudbury

Au cours de la période de sept ans de 2002 à 2008, pendant laquelle l'Agence de la santé publique du Canada a recueilli des données pour son enquête, elle a eu des entrevues avec 466 PID à Sudbury (Agence de la santé publique du Canada 2013, 202). Il est assez probable que l'enquête n'ait pas eu de réponses des PID qui ne se servaient pas habituellement du programme d'échange de seringues ou d'autre projets de santé communautaire associés à la collecte des données pour l'enquête, ce qui aurait pu avoir un effet sur les données généralisables.

Du point de vue démographique, le groupe de ceux qui s'injectent des drogues à Sudbury est relativement typique. Environ 40 % des PID sont des femmes, elles ont en majorité entre 30 et 40 ans (Agence de la santé publique du Canada 2013, 25–6), et pour plus de la moitié, les injections ont débuté avant 16 ans (Agence de la santé publique du Canada 2013, 49). Les PID de Sudbury affichent aussi de bas niveaux d'éducation et d'emploi : plus de 60 % d'entre eux n'ont pas fait d'études secondaires, et presque tous sont en chômage (Agence de la santé publique du Canada 2013, 29). La mobilité des PID à Sudbury est aussi assez élevée; 30 % de ceux-ci ont vécu dans une autre ville au cours des six mois précédant l'enquête (Agence de la santé publique du Canada 2013, 37). La nature migratoire du sans-abri ou des PID dont l'hébergement est instable constitue un problème important pour les fournisseurs de services sociaux,

car ceux-ci ne peuvent avoir un suivi efficace avec les populations locales ou fournir des services continus. Un autre problème est le manque de données probantes permettant de savoir si de nouveaux PID arrivés à Sudbury tendent à se concentrer dans une zone quelconque, ce qui est une difficulté considérable pour les centres de service, lesquels fonctionnent en général à un endroit fixe.

Logement et ressources communautaires

En 2013, 959 personnes ont bénéficié des services de d'hébergement offerts à Sudbury. De ce nombre, 30 % d'entre elles avaient 18 ans ou moins (Kaletka 2013, 2, 4). En 2012, presque 15 000 personnes – à peu près 8 % de la population locale – ont utilisé les banques alimentaires de la région de Sudbury (Fondation communautaire de Sudbury 2014, 10). Parmi ces personnes, 85 % étaient en chômage et vivaient dans la pauvreté (Reszczyński 2012, 9), une variété d'insécurité qui place ces gens dans la catégorie grandissante de ceux qui « risquent de devenir des sans-abri » (Trypuc et Robinson 2009, 5). Une considération importante pour la prestation des services de réduction des préjudices est la volonté de cibler le public pouvant se prévaloir de ces services. L'existence de ressources communautaires n'implique pas que ces services sont voulus ou nécessaires, et l'importance d'évaluer la valeur de telles ressources ne peut être exagérée. Même si l'aide pour l'hébergement, les banques alimentaires et les refuges sont clairement des atouts précieux pour la collectivité de Sudbury, de nouvelles ressources pourraient ne pas nécessairement combler les mêmes lacunes si elles se trouvaient à un endroit inopportun. En particulier dans le contexte de la création de services pour les personnes vulnérables, la valeur de chaque dollar du financement de tels programmes devrait être soigneusement étudiée.

Consommation de drogues et pratiques d'injection

Les sortes de drogues utilisées par les PID à Sudbury varient en fonction du groupe démographique et même de l'année, mais il reste que la drogue est active et en bonne position à

Sudbury. Dans les six mois avant une enquête à la fin des années 2000, les drogues dominantes non injectées par les PID étaient le cannabis (77,8 %), le crack (69,4 %), l'alcool (66,2 %) et la cocaïne (63,9 %). De loin, la drogue la plus injectée et fumée à Sudbury était la cocaïne (Agence de la santé publique du Canada 2013, 60, 63). Cela est inquiétant pour beaucoup de raisons, notamment parce que même s'il y a des programmes d'échange de seringues à Sudbury, ils ne sont pas utilisés par tous les PID. De même, à la fin des années 2000, nulle part à Sudbury les fumeurs de crack avaient accès à du matériel stérilisé pour fumer (Leonard 2007, 35). Chez les PID, 24 % le faisaient quotidiennement, et chez ces derniers, 66 % le faisaient entre deux et cinq fois par jour, ce qui produisait beaucoup de seringues à jeter.

À la question connexe, 76,7 % des PID de Sudbury ont répondu qu'ils s'étaient injectés seuls ou avec un parfait inconnu au cours des six derniers mois (Agence de la santé publique du Canada 2013, 85), ce qui est remarquablement préoccupant pour plusieurs raisons. D'abord, avec les injections, mais seuls, le risque de

surdose mortelle grimpe en flèche, car la personne n'a pas de façon de demander de l'aide ou de se sauver elle-même pendant le surdosage. Même lors d'une surdose non mortelle, beaucoup de risques graves peuvent se traduire par un décès lorsque la personne est inconsciente.

Ensuite, lors de l'injection avec un inconnu, ce problème peut être amplifié si l'autre personne laisse le PID inconscient ou vulnérable. Enfin, lors d'une injection avec d'autres, inconnues ou non, le risque de partage de matériel augmente grandement. Parmi les répondants, 22 % ont dit qu'ils avaient partagé des seringues avec un parfait inconnu ou quelqu'un qu'ils ne connaissaient qu'un peu (Agence de la santé publique du Canada 2013, 93), ce qui était une occasion de transmettre des maladies, des infections et des abcès à cause d'aiguilles émoussées. La réutilisation des seringues est un problème grave et qui a des conséquences importantes pour la transmission de maladies, surtout le VIH et le VCH. À Sudbury, 18 % des PID ont dit qu'ils s'injectaient avec du matériel déjà utilisé, 21,5 % qu'ils partageaient leurs propres seringues utilisées, parmi ceux-ci 8 % s'injectaient toujours avec du matériel déjà utilisé (Agence de la santé publique du Canada 2013, 91, 99, 105).

Programmes d'échange de seringues de Sudbury

Sudbury possède un programme d'échange de seringues qui apporte un soutien crucial aux PID qui s'inquiètent de la propagation de maladies ainsi que leur propre santé. Parmi ceux qui ont accordé une entrevue à l'Agence de la santé publique du Canada, 76,7 % ont dit qu'ils s'étaient servis de l'échange de seringues, et 82,3 % avait bénéficié des services auxiliaires offerts par ces installations (Agence de la santé publique du Canada 2013, 135, 137). Bien que cela constitue un tableau plutôt optimiste des possibilités d'approche d'un programme d'échange

de seringues, ce fléau de santé publique ne peut être combattu efficacement par un tel programme seulement. Même si ces programmes d'échange de seringues aident à retirer de la rue les seringues qui ont été utilisées et à en offrir des propres, ils n'atteignent qu'un certain pourcentage des PID. Les preuves de l'utilisation de drogues au centre-ville de Sudbury – sous la forme de seringues qui ont été utilisées et d'accessoires connexes – sont un rappel omniprésent et solennel du fait que, même avec tous les services existants aux sans-abri et à ceux qui consomment des drogues à Sudbury, le problème persiste et l'accès aux options de rechange est retardé.

Selon un rapport de 2007, 40 % des PID de Sudbury jettent à la poubelle leurs seringues utilisées, puis souvent dans des toilettes publiques (Leonard 2007, 39). Ainsi, les employés municipaux qui s'occupent des poubelles publiques, le personnel de service aux établissements de restauration rapide, puis celui du traitement des eaux usées sont exposés au risque d'être blessés par une syringe contaminée et d'attraper une maladie potentiellement mortelle telle que le VIH ou le VCH. Du point de vue des maladies et des risques entourant celles-ci, peu de comportements généralisent autant la propagation de maladies que l'utilisation de drogues injectables. Le taux des maladies chez ces derniers et le fait qu'ils ne savent pas s'ils sont infectés par l'une d'elle sont par conséquent des réalités très alarmantes. Selon l'enquête de l'Agence de la santé publique du Canada, à peu près 13 % de ceux qui s'injectaient de la drogue à Sudbury ont eu un résultat positif lors d'un test de dépistage du VIH; de ce nombre, un tiers d'entre eux ignoraient qu'ils étaient infectés (2013, 161, 163), ce qui signifie qu'un pourcentage important des PID pourraient, sans le savoir, avoir infecté d'autres personnes par le partage de seringues et des comportements sexuels risqués, les deux méthodes les plus répandues de la transmission du VIH. Une autre étude révèle que 69,2 % des PID de Sudbury ont eu un résultat positif pour le VCH (Leonard 2007, 48). Ces statistiques suggèrent qu'il y a un urgent besoin de tests chez les PID, et ce, pour leur propre santé et pour celle des membres de leur entourage. Compte tenu des énormes coûts associés au traitement à vie du VIH, puis de la capacité des PID d'accéder aux médicaments et aux soins de santé financés par les contribuables, ceux qui s'opposent à la création de centres de prévention et d'éducation pour les PID en rapport avec les tests de dépistage de maladies transmises par le sang devraient songer aux coûts de permettre à ces personnes de continuer à partager des seringues, sans savoir si elles sont séropositives.

Conclusion : Est-ce qu'une ISI de Sudbury est viable?

Il faut prendre des mesures pour réduire les problèmes associés à l'injection de drogue à Sudbury. Les programmes d'échange de seringues atteignent presque les trois quarts des utilisateurs, mais pas régulièrement. Les cliniques médicales fournissent des services, de l'éducation et du matériel propre, mais seulement à un faible pourcentage des utilisateurs. Les organismes locaux se mobilisent pour de la sensibilisation et rencontrent des PID dans la rue, mais ces accès sont trop limités. Une solution générale pour ces problèmes serait de créer une installation supervisée pour les injections (ISI), à Sudbury. Ci-dessous se trouvent neuf avantages importants d'une ISI.

Les PID de Sudbury auraient accès à des ressources. Une SIF fournirait des seringues propres, du matériel de cuisson, du personnel sur place, mais, ce qui importe encore plus pour la réduction des préjudices, les PID auraient un endroit physique où ils pourraient s'injecter en sécurité; recevoir de l'information sur les options de traitement et de l'enseignement sur les maladies et la santé; voir des démonstrations par des infirmières, portant sur les pratiques adéquates pour les injections; accéder à du soutien des pairs; parler avec des PID qui se sont remis et peuvent les aider à échapper à la toxicomanie; accéder à des services de tests sanguins; être au courant de leur état au regard du VIH, du VCH et d'autres maladies transmises par le sang.

Une ISI abaisserait le nombre des maladies et des infections. Des preuves internationales indiquent qu'une ISI réduit les niveaux locaux de VIH et de VCH, en créant un milieu où les consommateurs de drogues peuvent s'injecter dans un contexte sécuritaire et aseptisé, avec du matériel stérilisé, et où des professionnels des soins de santé sont prêts à montrer des techniques d'injection plus sécuritaires et d'élimination adéquates des seringues. Cet ajout d'élément de sécurité réduirait la probabilité que des utilisateurs s'exposent eux-mêmes et d'autres à des risques lors des injections, abaissant au bout du compte le risque de maladie et le fardeau connexe pour les soins de santé. En assurant que les PID ont accès à du matériel stérilisé à chaque injection et à des recommandations de services de santé, les infections de la peau et des tissus mous pourraient être très réduites, et il y aurait donc moins d'hospitalisations.

Les coûts des soins de santé reliés au traitement du VIH à Sudbury diminueraient. Comme signalé antérieurement, une étude de France révèle que les coûts des soins de santé associés à quelqu'un qui vit avec le VIH/SIDA durant 27 ans représente 534 800 € (euros de 2010) (Sloan et coll. 2012, 50). Bien que les coûts des soins ne soient pas directement comparables

en France et au Canada, pour les contribuables, les coûts du traitement du VIH au Canada ne sont pas moins importants; les visites à l'hôpital, les coûts des médicaments et des rendez-vous sont estimés à plus de 570 millions par année (Small 2007, 24). Ainsi, en réduisant à la source les causes du VIH, les coûts sociaux globaux associés au virus pourraient baisser nettement.

Une ISI réduirait les risques publics associés à la consommation de drogues. Les injections publiques ne sont pas que dangereuses; elles sont aussi illégales, ce qui peut mener à des injections rapides et à des procédures encore moins sécuritaires, d'où des blessures et des hospitalisations. En outre, avec les injections en public il est pratiquement certain qu'il y a des déchets à jeter, soit sur le sol, soit dans une poubelle. Dans les deux cas, le public est exposé à des risques en marchant ou en vidant ces poubelles. Une ISI garantirait l'élimination adéquate de tout le matériel utilisé, ce qui réduirait la quantité des ordures et déchets biologiques dangereux dans le secteur de l'ISI. En éduquant les utilisateurs à propos de la nécessité de l'élimination adéquate et en créant des habitudes connexes appropriées, le système pourrait favoriser des résultats positifs à long terme.

Une ISI réduirait le nombre des cas de surdose. La surdose fatale d'une injection de drogue est commune, évitable, même si la nature secrète de la consommation de drogue signifie qu'il est difficile d'obtenir des données précises. Avec l'accès à de l'éducation et à des ressources, les utilisateurs pourraient obtenir des méthodes pour éviter les surdoses fatales ou non. Après l'ouverture d'Insite, à Vancouver, le nombre des surdoses fatales dans cette ville a décliné de 35 %, en partie en raison des interventions médicales rapides et de pratiques d'injection plus responsables chez les PID (Marshall et coll. 2011, 1433).1433).

Une ISI à Sudbury servirait de modèle pour des services semblables ailleurs dans le Nord ontarien, où les cas de toxicomanie et d'utilisation de drogues tendent à être plus nombreux. Sudbury a l'avantage distinct de déjà posséder des infrastructures pour la réduction des préjudices, notamment des endroits pour les échanges de seringues, cliniques pour la méthadone et des ressources communautaires; une ISI pourrait donc effectivement y être intégrée. En créant un réseau plus élaboré d'assistance dans la ville, les PID pourraient mieux se protéger ainsi que la collectivité de Sudbury. Si cela fonctionne, une ISI de Sudbury pourrait ensuite servir de modèle à d'autres endroits potentiels dans le Nord ontarien.

Par la création d'une ISI, Sudbury pourrait contribuer considérablement à l'accumulation de données et d'une documentation sur les ISI dans le monde ainsi que sur le nombre des consommateurs locaux de drogues et les populations vulnérables. Pour répondre le mieux possible aux besoins de la collectivité, l'approche est déterminante. Malheureusement, approcher des consommateurs de drogues – dont certains sont sans-abri – ne peut se faire efficacement par une enquête porte-à-porte, un formulaire de recensement ou un appel téléphonique. Alors, une approche « sur le terrain » est nécessaire pour obtenir les données et l'information à utiliser ensuite pour aider ces groupes. Les données sur les populations de sans-abri et consommatrices de drogues sont difficiles à obtenir, c'est notoire, mais en utilisant une ISI comme lieu central de recherche et administration centrale pour l'information sur les consommateurs de drogues, il serait possible de grouper plus efficacement les résultats sur les données.

Une ISI pourrait bénéficier de découvertes opérationnelles d'autres installations à l'échelle mondiale, afin de servir plus efficacement sa clientèle. Les connaissances institutionnelles provenant de l'exploitation des autres ISI en ce qui a trait, par exemple, au nombre pertinent de cabines, à la fourniture du matériel stérilisé pour ceux qui fument, aux pièces pour fumeurs, ainsi que la valeur de recherches intensives puis l'intégration des services de pair à pair rendraient non seulement une ISI plus efficace, mais il ne serait pas nécessaire que celle de Sudbury passe par un stade d'essais et d'erreurs.

Par-dessus tout, une ISI à Sudbury aiderait les PID, une des populations les plus instables de la ville. Une ISI aiderait les PID à mieux gagner leur croûte et à améliorer leur santé en général. Ces personnes, dont beaucoup souffrent de maladie mentale et font face à la victimisation pour la vie, gèrent la toxicomanie quotidiennement. Les risques connexes pour la santé sont souvent vus comme inévitables, mais il n'est pas nécessaire que ce soit le cas.

Recommandations finales

À Sudbury, une installation supervisée pour les injections serait efficace pour atteindre un certain nombre d'objectifs clés en soins de santé, pour améliorer le bien-être communautaire et pour réduire les cas de maladies incurables. Les étapes nécessaires pour parvenir à ce point sont nombreuses, et les écueils pourraient être considérables. Pour déterminer si une ISI serait viable, il faudrait tenir compte de plusieurs considérations clés.

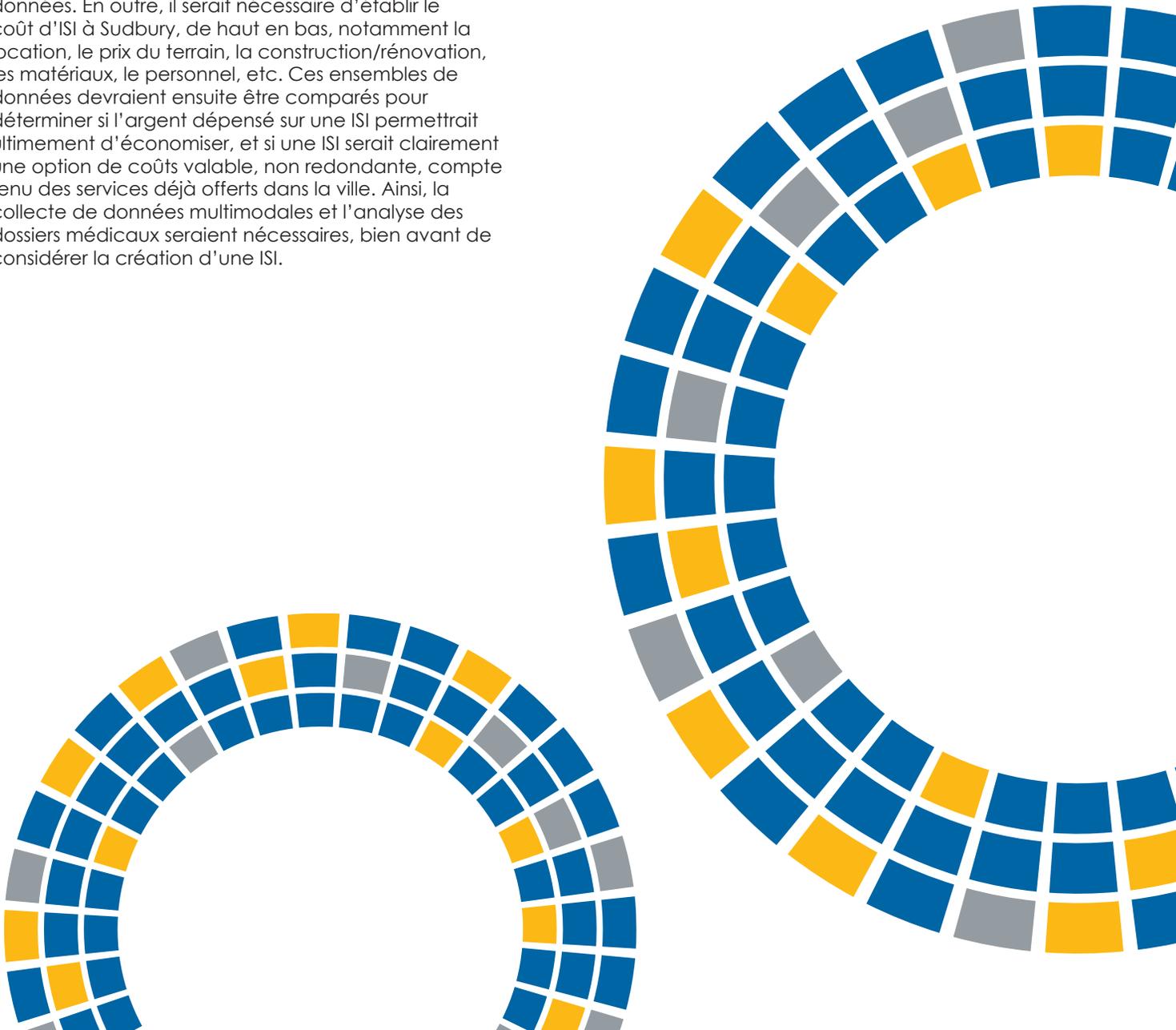
En premier lieu, une ISI ne réussit que si elle est en mesure de répondre aux besoins de sa clientèle. Comme il a été découvert dans les études de suivi d'Insite, de Vancouver, ce ne sont pas tous les PID qui ont voulu utiliser une ISI; en fait, certains ont refusé de le faire. Alors, y a-t-il une lacune que puisse combler une ISI? Y a-t-il vraiment un problème qu'elle puisse résoudre? De telles questions sont le début du processus nécessaire, avant de prendre quoi que ce soit d'autre en considération. De plus, le caractère diffus des PID de Sudbury et la superficie géographique considérable de cette ville devraient être pris en compte lors de l'étude de l'emplacement et de la sorte d'installation qui serait offerte. Par conséquent, pour déterminer si une ISI est requise, il serait important de consulter les PID locaux et de leur proposer l'idée.

En deuxième lieu, une ISI devait être conforme à des spécifications de plus en plus rigoureuses pour les nouvelles installations, et ce, imposées par le gouvernement fédéral au cours de la dernière décennie. Il a été suggéré que toute nouvelle ISI devrait relever le défi d'être à la hauteur des réussites d'Insite; elle aurait donc du mal à obtenir une exemption juridique pour son établissement (Hyshka, Bubela et Wild 2003, 471). Pour le moment, simplement interpréter les divers lois et règlements serait le premier défi, même le fait d'envisager une ISI, une responsabilité qu'il vaut mieux laisser aux experts. Il est concevable qu'un tribunal inférieur puisse accepter une combinaison d'efficacité comme celle de l'ISI d'Insite et de preuves locales du besoin, puis autoriser une exemption pour une ISI à Sudbury (Hyshka, Bubela et Wild 2003, 471). Par conséquent, la légalité d'une ISI exigerait une recherche additionnelle avant d'envisager des plans pour un établissement.

En troisième lieu, même s'il y a un niveau suffisant d'appuis de la part de la collectivité, la mise sur pied d'une ISI ne pourrait progresser légalement sans le soutien de la collectivité avoisinante (Hyshka, Bubela et Wild 2003, 473). Cela implique une période de pressions, au cours de laquelle ceux qui sont pour et contre la création de l'installation tenteraient de convaincre le public de la validité de leur point de vue. Avec autant d'organismes communautaires qui sont en faveur de méthodes de réduction des préjudices et tellement de groupes qui participent à l'amélioration de facteurs du mode de vie des sans-abris, il est possible qu'un regroupement de pression en faveur

d'une telle installation existe à Sudbury. En même temps, beaucoup de personnes favoriseraient l'argument du « pas dans ma cour », en particulier si une ISI était perçue comme signalant au reste du monde que Sudbury a effectivement un problème de drogues. Une enquête et une étude communautaires seraient nécessaires avant d'examiner la création d'une ISI.

Enfin, tout projet d'ISI devrait être évalué pour son coût et son coût-efficacité probable. Sans données significatives sur les soins de santé et provenant des PID eux-mêmes et un niveau supérieur d'information de Sudbury ainsi que de l'Unité sanitaire du district, il serait difficile d'évaluer adéquatement les coûts associés à la consommation de drogues à Sudbury. Puisque la plupart des données sont supprimées pour des raisons de confidentialité, une telle analyse ferait partie d'un processus progressif exigeant l'anonymisation des dossiers médicaux, l'analyse de données puis beaucoup de collaboration et de partage de données. En outre, il serait nécessaire d'établir le coût d'ISI à Sudbury, de haut en bas, notamment la location, le prix du terrain, la construction/rénovation, les matériaux, le personnel, etc. Ces ensembles de données devraient ensuite être comparés pour déterminer si l'argent dépensé sur une ISI permettrait ultimement d'économiser, et si une ISI serait clairement une option de coûts valable, non redondante, compte tenu des services déjà offerts dans la ville. Ainsi, la collecte de données multimodales et l'analyse des dossiers médicaux seraient nécessaires, bien avant de considérer la création d'une ISI.



Références

- . 2012. Community Advisory Board on Homelessness. « The 2012 Report Card on Homelessness. » Sudbury (Ontario).
- ACSP (Association canadienne de santé publique). 2014. « La guerre contre la drogue a échoué : une nouvelle approche s'impose. » Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada 2013. I-Track – Surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C ainsi que des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase 2. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.
- Andresen, Martin A. et Neil Boyd Neil. 2010. « A Cost-Benefit Analysis of Vancouver's Supervised Injection Facility. » *International Journal of Drug Policy* 21 (1) : 70–6.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2013. « Legislation to Amend the Controlled Drugs and Substances Act to Allow Exemptions for Supervised Injection Services. » Ottawa.
- Association médicale canadienne 2014. « Canadian Medical Association Submission to the House of Commons Standing Committee on Public Safety and National Security: Bill C-2 An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act (Respect for Communities Act). » Ottawa.
- Axelsson, Anna, Helle Soholm, Morten Dalsgaard, Jannik Helweg-Larsen, Nikolaj Ihlemann, Henning Bundgaard, Lars Kober et Kasper Iversen. 2014. « Echocardiographic Findings Suggestive of Infective Endocarditis in Asymptomatic Danish Injection Drug Users Attending Urban Injection Facilities. » *Quarterly Journal of Economics* 114 (1) : 100–4.
- Bastos, F.I. et S.A. Strathdee. 2000. « Evaluating Effectiveness of Syringe Exchange Programmes: Current Issues and Future Prospects. » *Social Science & Medicine* 51 (12) : 1771–82.
- Bayoumi, Ahmed M. et Gregory S. Zaric. 2008. « The Cost-Effectiveness of Vancouver's Supervised Injection Facility. » *Canadian Medical Association Journal* 179 (11) : 1143–51.
- BC Centre for Disease Control. 2014. « British Columbia Drug Overdose & Alert Partnership Report. » Vancouver.
- Ben-Ishai, Elizabeth. 2012. « Responding to Vulnerability: The Case of Injection Drug Use. » *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 5 (2) : 39–63.
- Bennett, Paul W. 1985. « The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. » *Journal of Drug Issues* (39) : 143-174.
- Colombie-Britannique. 2014. Coroners Service of British Columbia. « Illicit Drug Overdose Deaths in BC 2009–2013. » Victoria : Ministry of Justice.
- Broadhead, Robert S., Thomas H. Kerr, Jean-Paul C. Grund, et Frederick L. Altice. 2002. « Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives. » *Journal of Drug Issues* 32 (1) : 329–56.
- Canada. 2010. Santé Canada. « NIHB Ontario Region Prescription Drug Trends: A Ten-Year Analysis. » Ottawa.
- Chefs de l'Ontario. 2010. First Nations and Inuit Health Ontario Region. Take a Stand: Final Report, Prescription Drug Abuse Strategy. n.p.
- Christie, Timothy, Evan Wood, Martin A. Schechter et Michael V. O'Shaughnessy. 2004. « A Comparison of the New Federal Guidelines Regulating Supervised Injection Site Research in Canada and the Tri-Council Policy Statement on Ethical Conduct for Research Involving Human Subjects. » *International Journal of Drug Policy* 15 (1) : 66–73.
- Cité de Toronto. 2013. Medical Officer of Health. « Supervised Injection Services in Toronto. » Toronto :

- Csete, Joanne et Daniel Wolfe. 2007. « Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS. » Toronto : Canadian HIV/AIDS Legal Network and Open Society Institute.
- CSP (Association canadienne de santé publique). 2014. « La guerre contre la drogue a échoué : une nouvelle approche s'impose. » Ottawa.
- DeBeck, K., W. Small, E. Wood, K. Li, J. Montaner et T. Kerr. 2009. « Public Injecting among a Cohort of Injecting Drug Users in Vancouver, Canada. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (1) : 81–6.
- DeBeck, K., E. Wood, R. Zhang, M. Tyndall, J. Montaner, et T. Kerr. 2008. « Police and Public Health Partnerships: Evidence from the Evaluation of Vancouver's Supervised Injection Facility. » *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3 (11).
- Des Jarlais, Don, Kamyar Arasteh et Holly Hagan. 2008. « Evaluating Vancouver's Supervised Injection Facility: Data and Dollars, Symbols and Ethics. » *Canadian Medical Association Journal* 179 (11) : 1105–6.
- Dietze, Paul, Rebecca Winter et Alisa Pedrana. 2012. « Mobile Safe Injecting Facilities in Barcelona and Berlin. » *International Journal of Drug Policy* 23 (4) : 257–60.
- Dolan, Kate, Jo Kimber, Craig Fry, John Fitzgerald, David McDonald et Franz Trautman. 2000. « Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia. » *Harm Reduction Digest* 19 (3) : 337–46.
- Drug Policy Alliance. 2014. « Supervised Injection Facilities. » New York.
- Easton, Stephen, Hilary Furness et Paul Brantingham. 2014. *The Cost of Crime in Canada*. Vancouver : Fraser Institute.
- Elliott, Richard, Ian Malkin et Jennifer Gold. 2002. *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Fairbairn, Nadia, Will Small, Kate Shannon, Evan Wood et Thomas Kerr. 2008. « Seeking Refuge from Violence in Street-based Drug Scenes: Women's Experiences in North America's First Supervised Injection Facility. » *Social Science & Medicine* 67 (5) : 817–23.
- Flynn, Andrea, Samantha Wells, Kathryn Graham et Paul F. Tremblay. 2013. *Findings from Our First Communities: Port Colborne and Welland*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.
- Fondation communautaire de Sudbury. 2013. « Greater Sudbury's Vital Signs 2013 ». Sudbury (Ontario) : Les Fondations Communautaires du Canada (2013).
- Gheihman, Galina. 2012. « Ontario's Remote Drug Dispensing Policy as an Innovation to Improve Prescription Medication Access in Remote, Rural, and Northern Communities. » Toronto : Conseil de santé du Canada
- Groupe de travail de l'Ontario sur l'hépatite C. 2009. « A Proposed Strategy to Address Hepatitis C in Ontario 2009-2014. » Toronto.
- Hagan, Holly. 2003. « The Relevance of Attributable Risk Measures to HIV Prevention Planning. » *AIDS* 17 (6) : 911–13.
- Hall, Wayne et Jo Kimber. 2005. « Being Realistic about Benefits of Supervised Injecting Facilities. » *Lancet* 366 (9482) : 271–2.
- Hambrick, Ralph S et Johnson, Gary T. 1998. « The future of homelessness. » *Social Science and Public Policy* 35 (6) : 28–37.
- Hyshka, Elaine, Tania Bubela et T. Cameron Wild. 2003. « Prospects for Scaling-up Supervised Injection Facilities in Canada: The Role of Evidence in Legal and Political Decision-making. » *Addiction* 108 (3) : 468–76.
- Kaletka, Inga. 2013. « Emergency Shelter Usage in the City of Greater Sudbury. » Sudbury (Ontario) : Conseil de planification sociale de Sudbury.
- Kauppi, Carol et Jean-Gilles Lemieux. 2000. *Time 1 Report on Homelessness in Sudbury*. Sudbury (Ontario) : Conseil de planification sociale de Sudbury.

- Kerr, Thomas, Megan Oleson, Mark W. Tyndall, Julio Montaner et Evan Wood. 2005. « A Description of a Peer-run Supervised Injection Site for Injection Drug Users. » *Journal of Urban Health* 82 (2) : 267–75.
- Kerr, Thomas, Jo-Anne Stoltz, Mark Tyndall, Kathy Li, Ruth Zhang, Julio Montaner et Evan Wood. 2006. « Impact of a Medically Supervised Safer Injection Facility on Community Drug Use Patterns: A Before and After Study. » *British Medical Journal* 332 (7535) : 220–2.
- Kerr, Thomas, Mark W. Tyndall, Ruth Zhang, Calvin Lai, Julio Montaner et Evan Wood. 2007. « Circumstances of First Injection among Illicit Drug Users Accessing a Medically Supervised Safer Injection Facility. » *American Journal of Public Health* 97 (7) : 1228–30.
- Krüsi, Andrea, Will Small, Evan Wood et Thomas Kerr. 2009. « An Integrated Supervised Injecting Program within a Care Facility for HIV-Positive Individuals: A Qualitative Evaluation. » *AIDS Care* 21 (5) : 638–44.
- Leonard, Lynne. 2007. *Outcome Evaluation Report Wave One – Baseline: Sudbury. Kingston (Ontario) : Ontario Harm Reduction Distribution Program.*
- Lessard, Richard et Carole Morissette. 2011. « Toward Supervised Injection Services: Report of a Feasibility Study on the Implementation of Regional Supervised Injection Services in Montreal. » Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Lloyd-Smith, E., M.W. Hull, M.W. Tyndall, R. Zhang, E. Wood, J.S.G. Montaner, T. Kerr et M.G. Romney. 2010. « Community-Associated Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Is Prevalent in Wounds of Community-Based Injection Drug Users. » *Epidemiology and Infection* 138 (5) : 713–20.
- MacNeil, Joan et Bernadette Pauly. 2010. « Impact: A Case Study Examining the Closure of a Large Urban Fixed Site Needle Exchange in Canada. » *Harm Reduction Digest* 7 (11) : 1–8.
- Marshall, Brandon D.L., M-J Milloy, Evan Wood, Julio S.G. Montaner et Thomas Kerr. 2011. « Reduction in Overdose Mortality after the Opening of North America's First Medically Supervised Safer Injecting Facility: A Retrospective Population-based Study. » *Lancet* 377 (9775) : 1429–37.
- Marwick, Nicole, Lianping Ti, Cody Callong, Cindy Feng, Evan Wood et Thomas Kerr. 2014. « Willingness to Engage in Peer-Delivered HIV Voluntary Counselling and Testing among People Who Inject Drugs in a Canadian Setting. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 68 (7) : 675–8.
- McKnight, Ian; Ben Maas, Evan Wood, Mark W. Tyndall, Will Small, Calvin Lai, Julio S.G. Montaner et Thomas Kerr. 2007. *Factors Associated with Public Injecting among Users of Vancouver's Supervised Injection Facility. » American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 33 (227) : 319–25.
- Milloy, M-J, Thomas Kerr, Richard Mathias, Ruth Zhang, Julio S. Montaner, Mark Tyndall et Evan Wood. 2008a. « Non-Fatal Overdose among a Cohort of Active Injection Drug Users Recruited from a Supervised Injection Facility. » *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 34 (4) : 499–509.
- Milloy, M-J, Thomas Kerr, Mark Tyndall, Julio Montaner et Evan Wood. 2008b, 2). « Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. » *PLoS ONE* 3 (10) : 1–6.
- Milloy, M-J, Thomas Kerr, Kate Salters, Hasina Samji, Silvia Guillemi, Julio Montaner et Evan Wood. 2013. « Incarceration Is Associated with Used Syringe Lending among Active Injection Drug Users with Detectable Plasma HIV-1 RNA: A Longitudinal Analysis. » *BMC Infectious Diseases* 13 (565) : 1–10.
- Morgan, Steve, Kate Smolina, Dawn Mooney, Colette Raymond, Meryn Bowen, Chris Gorczynski et Kim Rutherford. *The Canadian Rx Atlas, 3e, éd. Vancouver : UBC Centre for Health Services and Policy Research.*
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2014. *Consolidated Guidelines on HIV prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Genève.*
- ONUSIDA. 2013a. « AIDS by the Numbers: 2013. » Genève : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- ONUSIDA. 2013b. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013. Genève : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.*

- Patterson, Michelle, Julian M. Somers, Karen McIntosh, Alan Shiell et Charles James Frankish. 2008. *Housing and Support for Adults with Severe Addiction and/or Mental Illness in British Columbia*. Vancouver : Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction.
- Petrar, Steven, Thomas Kerr, Mark W. Tyndall, Ruth Zhang, Julio S.G. Montaner et Evan Wood. 2007. « Injection Drug Users' Perceptions Regarding Use of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. » *Addictive Behaviours* 32 (5) : 1088–93.
- Pinkerton, Steven D. 2010. « Is Vancouver Canada's Supervised Injection Facility Cost-Saving? » *Society for the Study of Addiction* 105 (8) : 1429–36.
- Reszczynski, Annette. 2012. « 2012 Community Strategy to Eradicate Poverty in Greater Sudbury: Update. » Sudbury (Ontario) : Conseil de planification sociale de Sudbury.
- RLISS du Nord-Ouest. 2013. « Improved withdrawal management services at Balmoral Centre. » Communiqué de presse. Thunder Bay (Ontario) : Réseau local d'intégration des services de santé de l'Ontario.
- Saad, Dave. 2013. « North Bay and Area Drug Strategy Committee – Final Report. » North Bay (Ontario) : North Bay and Area Drug Strategy Committee.
- Sloan, C.E., K. Champenois, P. Choisy, E. Losina, R.P. Walensky, B.R. Schackman, F. Ajana et coll. 2012. « Newer Drugs and Earlier Treatment: Impact on Lifetime Cost of Care for HIV-infected Adults. » *AIDS* 26 (1) : 45–56.
- Small, Dan. 2007. « Fools Rush In Where Angels Fear to Tread: Playing God with Vancouver's Supervised Injection Facility in the Political Borderland. » *International Journal of Drug Policy* 18 (1) : 18–26.
- Small, Dan, Anita Palepu et Mark W. Tyndall. 2006. « The Establishment of North America's First State Sanctioned Supervised Injection Facility: A Case Study in Culture Change. » *International Journal of Drug Policy* 17 (2) : 73–82.
- Small, Will, Liz Ainsworth, Evan Wood et Thomas Kerr. 2011. « IDU Perspectives on the Design and Operation of North America's First Medically Supervised Injection Facility. » *Substance Use & Misuse* 46 (5) : 561–8.
- Small, Will, Evan Wood, Ralf Jurgens et Thomas Kerr. 2005. « Injection Drug Use, HIV/AIDS and Incarceration: Evidence from the Vancouver Injection Drug Users Study. » *HIV/AIDS Policy & Law Review* 10 (3) : 4–10.
- Strike, Carol, Jennifer A. Jairam, Gillian Kolla, Peggy Millson, Susan Shephard, Benedikt Fischer, Tara Marie Watson et coll. 2014. « Increasing Public Support for Supervised Injection Facilities in Ontario, Canada. » *Addiction* 109 (6) : 946–53.
- Takahashi, Saul. 2009. « Drug Control, Human Rights, and the Right to the Highest Attainable Standard of Health: By No Means Straight Issues. » *Human Rights Quarterly* 31 (3) : 748–76.
- TBDS (Thunder Bay Drug Strategy). 2011. *Roadmap for Change: Towards a Safe and Healthy Community*. Thunder Bay (Ontario).
- Trypuc, Bri et Jeffrey Robinson. 2009. *Homeless in Canada: A Funder's Primer in Understanding the Tragedy on Canada's Streets*. Toronto : Charity Intelligence Canada.
- Tyndall, Mark W., Thomas Kerr, Ruth Zhang, Evelyn King, Julio S.G. Montaner et Evan Wood. 2006a. « Attendance, Drug Use Patterns, and Referrals Made from North America's First Supervised Injection Facility. » *Drug and Alcohol Dependence* 83 (3) : 193–8.
- Tyndall, Mark W., Evan Wood, Ruth Zhang, Calvin Lai, Julio S.G. Montaner et Thomas Kerr. 2006b. « HIV Seroprevalence among Participants at a Supervised Injection Facility in Vancouver, Canada: Implications for Prevention, Care and Treatment. » *Harm Reduction Digest* 3 (36) : 1–5.
- Uddin, Fatima. 2013. « Hope in Fort Hope: First Nations Community Is Winning the Battle against Prescription Drug Abuse. » *Canadian Family Physician* 59 (4) : 391–3.

- UHRI (Urban Health Research Initiative). 2009. Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility – Insite. Vancouver : British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Urban Health Research Initiative.
- Vancouver Coastal Health. 2015. « User Statistics. » Vancouver, le 2 juillet
- Ville du Grand Sudbury. 2005. « OxyContin/Narcotic Abuse Task Force. » Sudbury (Ontario).
- Walby, Kevin. 2008. « Hunting for Harm: Risk-Knowledge Networks, Local Governance, and the Ottawa Needle Hunter Program. » *Canadian Journal of Law and Society* 23 (1-2) : 161–78.
- Wodak, Alex et Annie Cooney. 2005. « Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programmes. » *International Journal of Drug Policy* 16 (Suppl. 1) : 31–44.
- Wood, Evan, Thomas Kerr, Will Small, Kathy Li, David C. Marsh, Julio S.G. Montaner et Mark W. Tyndall. 2004a. « Changes in Public Order after the Opening of a Medically Supervised Safer Injecting Facility for Illicit Injection Drug Users. » *Canadian Medical Association Journal* 171 (7) : 731–4.
- Wood, Evan, Patricia M. Spittal, Will Small, Thomas Kerr, Kathy Li et Robert Hogg. 2004b. « Displacement of Canada's Largest Public Illicit Drug Market in Response to a Police Crackdown. » *Canadian Medical Association Journal* 170 (10) : 1551–6.
- Wood, Evan, Mark W. Tyndall, Kathy Li, Elisa Lloyd-Smith, Will Small, Julio S.G. Montaner et Thomas Kerr. 2005a. « Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users? » *American Journal of Preventative Medicine* 29 (2) : 126–30.
- Wood, Evan, Mark W. Tyndall, Jo-Anne Stoltz et Elisa Lloyd-Smith. 2005b. « Factors Associated with Syringe Sharing among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. » *American Journal of Preventative Medicine* 1 (1) : 50–4.
- Wood, Evan, Mark W. Tyndall, Ruth Zhang, Julio S.G. Montaner et Thomas Kerr. 2007. « Rate of Detoxification Service Use and Its Impact among a Cohort of Supervised Injecting Facility Users. » *Addiction* 102 (6) : 916–19.
- Wright, Nat M.J. et Charlotte N.E. Tompkins. 2004. « Supervised Injecting Centres. » *British Medical Journal* 328 (7431) : 100–2.

À propos de l'Institut des politiques du Nord:

L'Institut des politiques du Nord est le groupe de réflexion indépendant de l'Ontario. Nous effectuons de la recherche, accumulons et diffusons des preuves, trouvons des opportunités en matière de politiques, afin de favoriser la croissance et la durabilité des collectivités du Nord. Nous avons des bureaux à Thunder Bay et à Sudbury. Nous cherchons à améliorer les capacités du Nord ontarien de prendre l'initiative en politiques socioéconomiques qui ont des répercussions sur l'ensemble du Nord ontarien, de l'Ontario et du Canada.

Recherche connexe

L'importance de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé dans les milieux ruraux et du Nord
Emily Donato

Priorités nord-ontariennes en matière de santé
Emily Donato and John MacDonald

Accès aux soins pour tous les Nord-Ontariens comme moyen d'optimiser la santé
Areej Al-Hamad and Laurel O'Gorman

Établissement des Priorités pour le Programme sur la Santé du Nord Ontarien
Patrick Timony, Kelly Coons, and Mallorie Leduc

Pour vous tenir au fait ou pour participer, veuillez communiquer avec nous :

1 (807) 343-8956 info@northernpolicy.ca www.northernpolicy.ca



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca