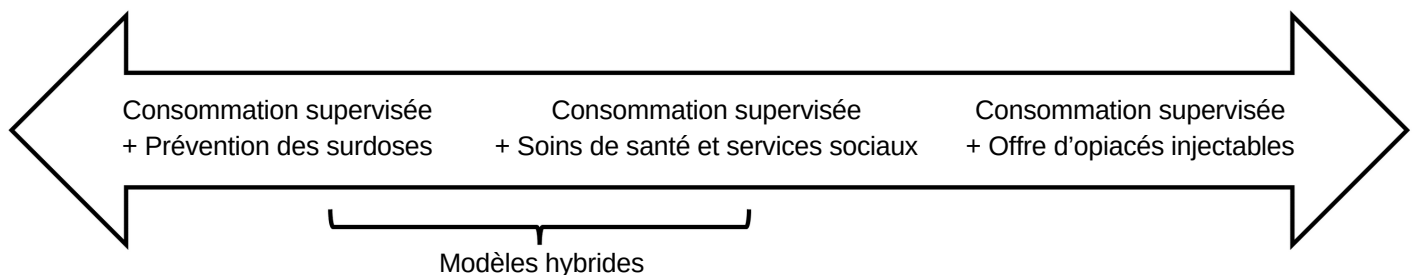


# QUELLES SONT LES EXIGENCES DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DANS LES SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE?

## SURVOL DU CONTEXTE CANADIEN

Les deux premiers services de consommation supervisée (SCS) au Canada ont ouvert leurs portes en 2002 (Dr. Peter Centre, Vancouver) et en 2003 (Insite, Vancouver). On en compte maintenant plus d'une cinquantaine au pays (1). Les SCS offrent un espace sécuritaire pour consommer des substances en présence de personnel qualifié pour intervenir en cas de surdoses et d'urgences médicales (2). Selon le modèle de SCS, les méthodes de consommation peuvent varier et d'autres services peuvent être disponibles sur place.

Il existe différents modèles de SCS qui se situent sur un continuum de services. À une extrémité, on retrouve les sites de prévention de surdoses temporaires installés sous des tentes et ceux intégrés à des services existants. La fonction principale de ces sites est de prévenir et de répondre aux surdoses. Le personnel est composé d'intervenants et de pairs aidants. À l'autre extrémité du continuum, on retrouve les quelques sites permettant la consommation supervisée d'opiacés injectables. La fonction principale de ces sites est d'offrir une alternative sécuritaire aux substances illicites par le biais d'une prescription infirmière ou médicale. Sur place, le personnel peut varier, mais il inclut généralement des intervenants, des pairs aidants, et des infirmiers. Médecins et pharmaciens sont aussi impliqués, mais ne sont pas nécessairement sur place. Finalement, au milieu du continuum, se situe le modèle « classique » jumelant la consommation supervisée de substances illicites et un éventail d'autres services offerts par des intervenants, pairs aidants, et infirmiers. Depuis 2016, on note de plus en plus de modèles « hybrides » où l'offre de services varie.



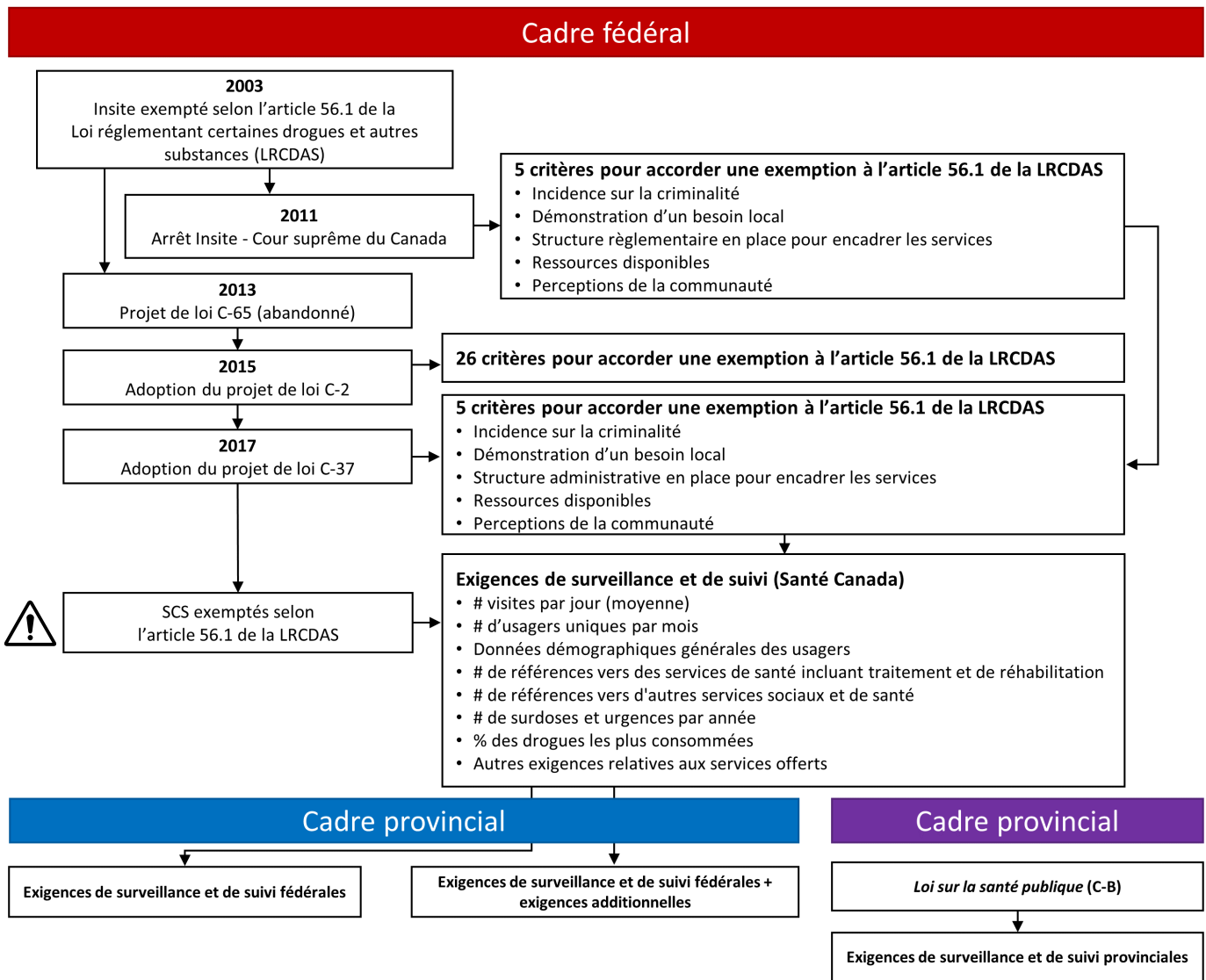
Les politiques encadrant les SCS ont évoluées au fil des années et des changements de gouvernements tant au niveau fédéral que provincial. Les exigences de surveillance et de suivi découlant de ces politiques ont également connu certains changements. Cette note politique a pour but de brosser un portrait de ces exigences.

# MÉTHODOLOGIE

Cette note politique s'appuie sur une analyse environnementale réalisée en quatre temps. Pour débiter, nous avons complété une recension des écrits scientifiques et produit une synthèse des indicateurs cités dans ces écrits. Par la suite, nous avons complété une recension de la littérature grise incluant les lois, les politiques, les règlements et les cadres nécessaires pour comprendre les exigences actuelles. À partir de cette recension, nous avons développé une chronologie des politiques encadrant les SCS au Canada. Finalement, nous avons résumé les exigences de surveillance et de suivi qui découlent de ces politiques, et ce tant au niveau fédéral que provincial.


# POLITIQUES ENCADRANT LES SCS AU CANADA

Pour comprendre les exigences de surveillance et de suivi, il faut tout d'abord comprendre l'évolution des politiques qui encadrent les SCS au niveau fédéral. Jusqu'en 2016, seul le cadre fédéral permettait d'implanter légalement un SCS.



Un autre mécanisme d'exemption existe sous la sous-section 56(1) de la LRCDAS afin de permettre la mise en place rapide de sites temporaires en cas de besoins urgents, par exemple lors de la pandémie de COVID-19. Plus d'information [ici](#).

## CADRE FÉDÉRAL

Le cadre fédéral repose sur la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS), qui relève du ministère de la Santé. Cette loi comporte un mécanisme d'exemption (article 56.1)  à des fins médicales, scientifiques ou pour des raisons d'intérêt public. Le cadre fédéral offre donc un processus de demande d'exemption administrée par Santé Canada (3) — processus qui une fois complété, permet l'ouverture d'un SCS.

Pour comprendre ce cadre, il faut d'abord savoir qu'il prend ses origines dans l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Insite*. La décision rendue en 2011 énonce 5 critères à prendre en compte lors de l'examen d'une demande d'exemption (4). La transposition des critères de l'arrêt *Insite* en un cadre législatif s'est déroulée en 3 temps à travers 2 gouvernements. En 2013, le gouvernement fédéral de l'époque développe le projet de loi C-65, mais ce dernier est abandonné à cause d'une prorogation du parlement (5). Deux ans plus tard, il est finalement adopté sous le nom de projet de loi C-2. La loi inclut 26 critères et fait face à de nombreuses critiques compte tenu du fardeau administratif qu'elle représente pour les demandeurs d'exemption. En 2017, un nouveau gouvernement adopte un projet de loi (C-37) visant à simplifier le processus d'exemption en reprenant simplement les 5 critères énoncés dans l'arrêt *Insite*. Depuis l'adoption de cette loi, plus d'une quarantaine de SCS ont reçu une exemption (6).

Sous le cadre fédéral, les exigences de surveillance et de suivi découlent du processus d'exemption. Une exemption de Santé Canada est accompagnée d'exigences de surveillance et de suivi relativement aux visites, aux données démographiques des usagers, aux surdoses et situations d'urgences, aux drogues les plus consommées sur place ainsi qu'à l'aiguillage vers des services de traitement et de soutien. Les données recueillies sont présentées à Santé Canada afin de préserver l'exemption (7). Selon les services offerts sur place, par exemple, si la vérification des drogues est autorisée, d'autres exigences peuvent s'ajouter au cas par cas.

## CADRE PROVINCIAL

Au niveau provincial, trois options sont possibles quant à l'application de ces exigences:

1. N'imposer que des exigences provinciales sans tenir compte du cadre fédéral. Cette option s'applique exclusivement aux sites de prévention des surdoses de la Colombie-Britannique.
2. Adopter les exigences découlant du cadre fédéral. Cette option s'applique à l'ensemble des provinces et à tous les SCS, peu importe où ils se situent sur le continuum.
3. Ajouter des exigences provinciales au cadre fédéral. Cette option est appliquée uniquement par les provinces de l'Ontario et l'Alberta.

Ces distinctions sont importantes, car les exigences de surveillance et de suivi sont une condition de financement au niveau provincial.

## Exigences provinciales : Sites de prévention de surdoses en Colombie-Britannique

En 2016, suite à la déclaration d'une urgence de santé publique, le ministre de la Santé de l'époque émet un arrêté ministériel permettant l'ouverture de sites de prévention de surdoses en Colombie-Britannique (8). Ces sites relèvent donc de la *Loi sur la santé publique* et n'ont pas à répondre aux exigences issues du cadre fédéral. Ces sites doivent simplement déclarer leur nombre de visites et de surdoses mensuellement aux autorités provinciales (9).

## Exigences fédérales : Différents SCS, même cadre

Étant donné que le processus d'exemption est de juridiction fédérale, l'ensemble des SCS se doivent de respecter les exigences de surveillance et de suivi imposées par Santé Canada. Du plus ancien SCS au pays aux plus récents SCS, ces exigences sont adoptées par les provinces et sont utilisées comme condition de financement.

## Exigences additionnelles : Le cas de l'Ontario et l'Alberta

L'Ontario et l'Alberta ont développé leurs propres exigences en plus de celles inclues dans le cadre fédéral. Ces nouvelles exigences mettent une emphase particulière sur l'aiguillage vers des services de traitement et de soutien, de même que la consultation auprès de la communauté. Les sites qui ne se conforment pas aux nouvelles exigences voient leur financement menacé.

**\* ONTARIO:** En 2017, deux sites de prévention de surdoses non-sanctionnés ouvrent à Ottawa et Toronto. En janvier 2018, l'Ontario reçoit une exemption provinciale pour mettre en place des sites de prévention de surdoses (10). Pour encadrer ces sites et leur financement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée développe ses propres lignes directrices (11). En 2019, suite à un changement de gouvernement, de nouvelles exigences sont introduites et un modèle hybride est créé : les services de consommation et de traitement (SCT).

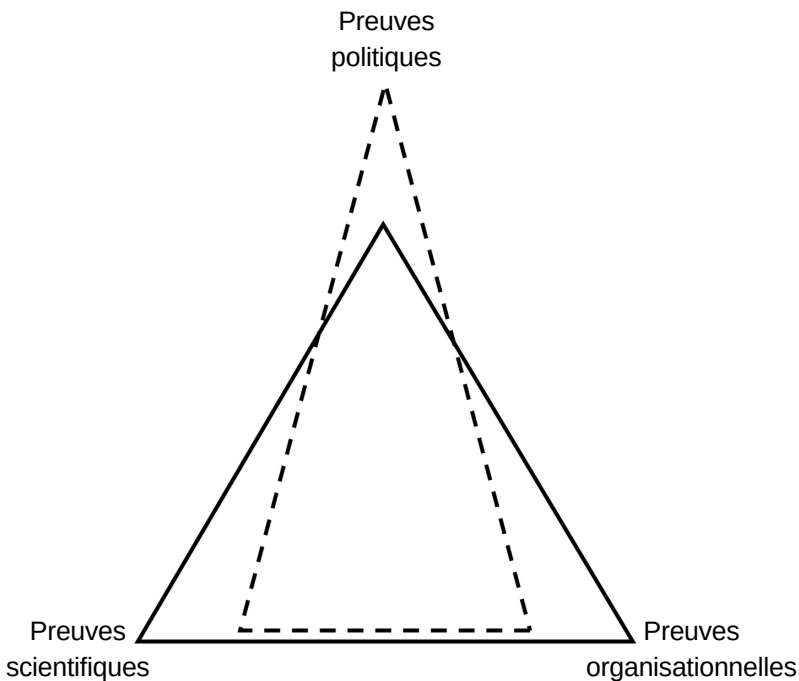
Ce nouveau modèle inclut des exigences en lien avec l'accès aux services de traitement de la dépendance, l'accès à des services complémentaires de santé ou sociaux, l'accessibilité des locaux, la présence de personnel de la santé sur place, l'inclusion de pairs aidants, la proximité entre les différents SCT et les écoles, le ramassage de seringues à la traîne, la consultation et l'engagement avec la communauté (12).

**\* ALBERTA:** Initialement, les SCS de la province ayant reçu une exemption de Santé devaient adhérer aux exigences fédérales. En 2020, un gouvernement nouvellement élu commande une évaluation socio-économique des SCS de la province (13). Après la publication de ce rapport, hautement critiquée pour ses failles méthodologiques (14), des nouvelles directives pour encadrer les services de consommation supervisée de la province entrent en vigueur. Ces directives s'appliquent à tous les SCS.

L'Alberta impose de nouvelles exigences en lien avec l'accès à des services de traitement, l'accès à des salles de bains, l'engagement communautaire, la formation du personnel, la présence sur place de personnel de la santé, aux standards de pratique clinique, aux incidents critiques, à la vérification des antécédents judiciaires du personnel, au ramassage de seringues, l'engagement avec la communauté, la gestion des données et l'enregistrement des numéros d'assurance maladie des usagers (15).

## EXIGENCES ET DONNÉES PROBANTES

Selon Klein (16), il faut prendre en considération trois types de preuves lorsqu'on développe des politiques basées sur des données probantes : les preuves scientifiques produites par les chercheurs, les preuves organisationnelles, dont les connaissances issues du travail terrain et de l'offre de services, et finalement, les preuves politiques, incluant l'attitude des décideurs et du public. On se doit également d'accorder un poids égal aux trois types de preuves.



En ce qui a trait aux exigences de surveillance et de suivi des SCS, on remarque un déséquilibre entre les trois types de preuve (voir figure). Autant au niveau provincial que fédéral, les changements au niveau des exigences reflètent le gouvernement au pouvoir beaucoup plus que les preuves issues de la science ou des organisations.

De plus, la situation en Ontario et en Alberta témoigne du fait que l'ajout d'exigences provinciales peut devenir une stratégie utilisée par les gouvernements conservateurs qui s'opposent aux SCS pour restreindre voire même couper le financement. Elle peut aussi être utilisée pour forcer les SCS à changer leur philosophie et l'offre de services.

En comparaison, les preuves scientifiques et organisationnelles semblent avoir peu d'importance par rapport aux exigences de surveillance et le suivi exigé des SCS. Dans notre revue de la littérature, nous avons remarqué des similitudes entre les exigences tant fédérales que provinciales et les indicateurs utilisés dans la recherche (17,18,19,20,21). Or, nous avons aussi constaté que les exigences ne sont pas toujours appuyées par des preuves scientifiques et organisationnelles. Par exemple, exiger des données sur l'aiguillage vers des services de traitement et de soutien ne reflète pas nécessaire le but des SCS. En d'autres mots, l'objectif des SCS n'est pas de prôner l'abstinence, mais plutôt d'adopter une approche de réduction des méfaits. C'est grâce à cette approche que les usagers des SCS peuvent débuter un traitement et non parce qu'on met l'emphase sur l'aiguillage vers le traitement (22).

La prédominance des preuves politiques maintient les exigences de surveillance et de suivi dans un état d'inertie, alors que ce sont développés parallèlement aux exigences de nouvelles pratiques et une diversification du continuum des SCS. Rétablir l'équilibre entre les preuves organisationnelles, scientifiques et politiques permettrait d'explorer de nouvelles exigences permettant de mieux documenter l'offre de services et de protéger le mandat des SCS. À notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur les exigences de surveillances et de suivi actuellement en place et leur impact sur les SCS, ce qui constitue une lacune importante dans la littérature. Plus de recherche et de consultation auprès des SCS, des usagers et des fournisseurs de services sont nécessaires afin que le choix de ces exigences repose réellement sur des données probantes.

# RÉFÉRENCES

1. Pivot Legal Society. (2021). Canada's Supervised Consumption and Overdose Prevention Sites. [https://www.pivotlegal.org/scs\\_ops\\_map](https://www.pivotlegal.org/scs_ops_map)
2. Santé Canada. (2021). Explication des sites et des services de consommation supervisée. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html>
3. Santé Canada. (2017). Sites de consommation supervisée : document d'orientation. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/document-orientation.html>
4. Cour suprême du Canada. (2011). Canada (Procureur général) v. PHS Community Services Society. SCS 44. <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>
5. Brewster, M. (2013). Le Parlement sera prorogé jusqu'en octobre. La presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-canadienne/201308/19/01-4681228-le-parlement-sera-proroge-jusquen-octobre.php>
6. Santé Canada. (2021). Supervised consumption sites: Status of applications. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>
7. Santé Canada. (2017). Exemption from the Controlled Drugs and Substances Act to operate a supervised consumption site at Boyle Street Community Services.
8. Ministry of Health. (2016). Ministerial order supports urgent overdose response action. BC Gov News. <https://news.gov.bc.ca/releases/2016HLTH0094-002737>
9. BC center for disease control. (2020). Overdose Prevention Services (OPS) Indicators. [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/OPS\\_indicator\\_public.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/OPS_indicator_public.pdf)
10. Santé Canada. (2017). Déclaration de la ministre de la Santé au sujet de la crise des opioïdes. (Available in French only) <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/declaration-de-la-ministre-de-la-sante-au-sujet-de-la-crise-des-opioides-662608713.html>
11. Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). Overdose Prevention Sites : User Guide for Applicants. [https://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2018/docs/hb\\_20180111\\_ops\\_user\\_guide.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2018/docs/hb_20180111_ops_user_guide.pdf)
12. Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). Consumption and treatment services: application guide. [https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/opioids/docs/CTS\\_application\\_guide\\_en.pdf](https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/opioids/docs/CTS_application_guide_en.pdf)
13. Alberta Health. (2020). Impact : A socio-economic review of supervised consumption sites in Alberta. Government of Alberta. <https://open.alberta.ca/dataset/dfd35cf7-9955-4d6b-a9c6-60d353ea87c3/resource/11815009-5243-4fe4-8884-11ffa1123631/download/health-socio-economic-review-supervised-consumption-sites.pdf>
14. Livingston, J. D. (2021). Supervised consumption sites and crime: scrutinizing the methodological weaknesses and aberrant results of a government report in Alberta, Canada. *Harm Reduction Journal*, 18, 4. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00456-2>
15. Alberta Health. (2021). Recovery-oriented Overdose Prevention Services Guide. Government of Alberta. <https://open.alberta.ca/dataset/e9f7801b-387d-4003-b4e5-2073cd88fd90/resource/159b4628-1a23-4a74-b8df-56e5d647d8aa/download/health-recovery-oriented-overdose-prevention-services-guide-2021.pdf>
16. Klein, R. (2003). Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(9), 429–431. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.9.429>
17. Kennedy, M. C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review. *Current HIV/AIDS reports*, 14 (5), 161 – 183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
18. Levensgood, T. W., Yoon, G. H., Davoust, M. J., Ogden, S. N., Marshall, B., Cahill, S. R., & Bazzi, A. R. (2021). Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review. *American journal of preventive medicine*, S0749-3797(21)00275-0. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.017>
19. Potier, C., Laprêvote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services : what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and alcohol dependence*, 145, 48–68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
20. Ontario HIV Treatment Network. (2020). A review of structural, process, and outcome measures for supervised consumption services. Rapid Response Service. <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-a-review-of-structural-process-and-outcome-measures-for-supervised-consumption-services/>
21. Ontario HIV Treatment Network. (2014). Effectiveness of supervised injection services. Rapid Response Service. <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-83-supervised-injection/>
22. Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2006). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association journal*, 175(11), 1399–1404. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060863>