

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**INTERVENTIONS EN SITE DE CONSOMMATION QUI SONT EN COHÉRENCE  
AVEC UNE PHILOSOPHIE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS**

**ESSAI PRÉSENTÉ**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA**

**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR**

**SIMON-XAVIER PERREAULT**

**JUIN 2025**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

Joël Tremblay

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

Joël Tremblay

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

Annick St-Amand

---

Prénom et nom

Évaluateur

---

Prénom et nom

Évaluateur

## Résumé

Le présent travail a pour prémisses que les sites de consommation supervisée (SCS) sont des milieux d'intervention en réduction des méfaits dont la pertinence est prouvée. De cette prémissse, il ressort le constat que peu d'écrits recensent les interventions dans ces milieux afin d'en faire des milieux d'intervention pertinents comme il l'est suggéré. Cet essai présente une recension de littérature abordant les stratégies d'intervention de réduction des méfaits dans les SCS et l'apport de la psychoéducation dans ces milieux. L'introduction présente, définit et fait l'état de situation de la crise des surdoses, de la réduction des méfaits et des SCS. Cette mise en contexte met la place à la question de recherche suivante : Quelles sont les stratégies d'intervention découlant d'une philosophie de réduction des méfaits, adoptées dans les sites de consommation supervisée, à travers le monde et quelle contribution la discipline de la psychoéducation peut apporter à ces stratégies de réduction des méfaits dans les sites de consommation supervisée? Ce travail extrait les interventions de réduction des méfaits dans les SCS de 25 articles scientifiques recueillis dans quatre bases de données différentes. Les résultats sont organisés en fonction des thèmes globaux de l'intervention dans les SCS : clientèle; prévention des ITSS; prévention des surdoses; soins physiques; sécurité physique, sécurité relationnelle et sentiment d'appartenance; injection assistée; promotion; gestion; partenariats; et référencements. Ces résultats sont ensuite revus et mis en perspective avec la littérature de certaines organisations en dépendance, la littérature plus récente afin d'en faire ressortir les idées principales. Finalement, le présent travail met de l'avant l'apport qu'a la psychoéducation à ce milieu d'intervention.

## Table des matières

Résumé.....	ii
Remerciements.....	iii
1. Introduction.....	4
1.1. La crise des surdoses .....	4
1.2. La réduction des méfaits .....	6
1.3. Les sites de consommation supervisée.....	8
2. Objectifs.....	10
3. Méthode .....	11
3.1. Identification des études.....	11
3.2. Sélection des études .....	12
3.3. Extraction des résultats et identification des principaux thèmes.....	14
4. Résultats .....	15
4.1. Clientèles.....	16
4.1.1. Principes généraux.....	16
4.1.2. Clientèle générale .....	16
4.1.3. Clientèles particulières .....	17
4.1.4. Motivation de la clientèle à fréquenter un SCS .....	20
4.2. Prévention des ITSS .....	20
4.2.1. Éducation .....	21
4.2.2. Distribution.....	22
4.2.3. Sécurisexe.....	23
4.3. Prévention des surdoses .....	24
4.3.1. Éducation .....	24
4.3.2. Distribution.....	24
4.3.3. Vérification de substance.....	25
4.4. Soins physiques .....	25
4.5. Sécurité physique, sécurité relationnelle et sentiment d'appartenance .....	26
4.5.1. Sécurité relationnelle et lien de confiance.....	26
4.5.2. Sécurité physique.....	28
4.5.3. Espace .....	30

4.5.4. Entretien.....	31
4.5.5. Fractionnement de substances .....	32
4.6. Injection assistée .....	32
4.7. Promotion.....	33
4.8. Gestion .....	34
4.9. Partenariats .....	35
4.9.1. Police .....	35
4.9.2. Commerces avoisinants .....	36
4.9.3. Référencements .....	37
5. Discussion .....	37
5.1. Utilisation d'une équipe interdisciplinaire .....	38
5.2. Adaptation de l'environnement .....	40
5.3. Sentiment de sécurité au cœur des SCS .....	41
5.4. Forces et limites de l'étude.....	43
5.5. Implications cliniques et liens avec la psychoéducation.....	43
5.5.1. Savoirs .....	44
5.5.2. Savoir-être.....	45
5.5.3. Savoir-faire .....	46
6. Conclusion .....	47
7. Références.....	1

## **Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cet essai.

En premier lieu, je tiens à remercier mon directeur de recherche, Joël Tremblay, qui m'a accompagné et guidé tout au long du processus. Son expertise, sa disponibilité et son empathie ont été grandement appréciées et m'ont permis de cheminer intellectuellement à travers ce parcours.

En deuxième lieu, je tiens à remercier l'Université du Québec à Trois-Rivières Campus de Québec qui a su m'inculquer les valeurs de l'intervention communautaire et de l'approche psychoéducative. Un remerciement plus particulier s'adresse à Marc Bergeron qui a agi à titre de mentor dans le développement de mon identité professionnelle et qui m'a permis de vivre mes premières expériences d'intervention.

Ensuite, je tiens à remercier mon milieu de travail qui m'a permis d'expérimenter certains concepts acquis dans cette recension des écrits et particulièrement, à Marie-Pierre Guérin qui a su vulgariser les concepts infirmiers et m'orienter vers les ressources pertinentes.

En dernier lieu, je tiens à remercier ma famille, mes amis et ma copine qui m'ont accompagné moralement d'une façon ou d'une autre tout au long de mon parcours en psychoéducation. Leur support m'a permis de demeurer motivé à travers ce défi.

## 1. Introduction

Dans la communauté consommatrice, la crise des surdoses prend de plus en plus d'ampleur à l'échelle mondiale. Le sujet inquiète la santé publique de plusieurs pays en raison de l'augmentation des décès liés à la contamination des substances psychoactives de rue. Les différentes instances (publiques et communautaires) interviennent auprès des consommateurs, mais aussi quant aux structures de services et lois afin de réduire ces impacts négatifs tels que l'augmentation des décès à la suite d'une surdose. Le présent essai abordera la réponse à cet enjeu de santé publique et, pour ce faire, nous devons définir certains concepts principaux.

### 1.1. La crise des surdoses

La crise des surdoses est causée par la contamination des substances psychoactives de rue avec des opioïdes puissants. Cette crise est principalement présente en Amérique du Nord (Arredondo-Sánchez Lira *et al.*, 2019), mais elle se propage aussi en Europe et en Australie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2023), devant cette crise majeure, les autorités sanitaires de différents pays ont mis en place des politiques de réduction des méfaits.

L'arrivée des opioïdes puissants tels que le fentanyl ou de ses analogues (ex : carfentanil, sufentanil, alfentanil, etc.) augmente les risques de surdoses dans la communauté consommatrice (Barry *et al.*, 2019). Selon le Gouvernement du Canada (2024a) et le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) (2023), ces substances agissent comme dépresseur du système nerveux central. Pour ce qui est du fentanyl, il s'agit d'un analgésique environ 100 fois plus puissant que la morphine et de 20 à 40 fois plus puissant que l'héroïne. Il est inodore et incolore ce qui le rend difficile à identifier. Un surdosage provoque une absence de réaction, une somnolence extrême, des pertes de conscience, une respiration lente, faible ou artificielle et parfois la mort. Pour ce qui est du carfentanil, selon la *Drug Enforcement Administration* (DEA) (2016), il possède globalement les mêmes caractéristiques que le fentanyl à l'exception qu'il est 100 fois plus

puissant que le fentanyl et 10 000 fois plus puissant que la morphine. L'acétylfentanyl, le butyrfentanyl et le furanylfentanyl, tout comme le carfentanil, sont des analogues du fentanyl. Ils ont tous globalement les mêmes propriétés à l'exception de leur puissance qui est beaucoup plus élevée (OMS, 2023).

D'autre part, ces substances sont si puissantes qu'elles répondent moins bien aux interventions de renversement des surdoses traditionnelles comme l'utilisation de Naloxone intramusculaire ou intranasale. En effet, lors de surdoses à ces opioïdes, l'utilisation de la Naloxone doit être plus rapide et plus fréquente que lors d'une surdose à des opioïdes comme l'héroïne (Barry *et al.*, 2019; OMS, 2023).

Au Canada, depuis 2016, il y a eu plus de 44 000 décès liés aux opioïdes, plus de 42 000 hospitalisations et plus de 174 000 visites au service d'urgence pour les mêmes motifs (Santé Canada, 2024). Selon le Gouvernement du Canada (2024b), en 2023, le Canada compte 8 480 décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes ce qui représente environ 209 personnes par million. À noter que ces statistiques ne comptent pas les décès liés à une intoxication aux stimulants. Aux États-Unis, le taux de décès par surdose a augmenté de 21% entre 2015 et 2016 (Barry *et al.*, 2019). Selon l'OMS (2023), le taux de mortalité reliée à la consommation d'opioïdes a augmenté de 1040% aux États-Unis entre 1999 et 2020. Selon le *National Center for Health Statistics* (NCHS) (2024), en 2022, aux États-Unis, 107 941 personnes sont décédées par surdose ce qui représente environ 324 décès par surdose par million d'habitants. Selon l'*European Union Drugs Agency* (EUDA) (2024), le nombre de surdoses mortelles est en augmentation constante dans les pays de l'Union européenne. En 2022, l'Union européenne a relaté 6 392 décès par surdoses et, parmi celles-ci, 74% impliqueraient des opioïdes (EUDA, 2024) ce qui représente environ 14 décès par surdose par million d'habitants. Au Royaume-Uni, selon l'*Office for National Statistics* (ONS) (2023), 4 907 personnes sont décédées d'une surdose en 2022 ce qui représente un taux d'environ 84,4 décès par surdose par million d'habitants. Selon l'*Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW) (2024), en 2022, 1 693 personnes sont

décédées en raison de la consommation de substance, soit liées à de la consommation chronique ou à un abus de substance (surdose), soit un taux d'environ 65 décès par million d'habitants dus à la consommation. Finalement, selon l'OMS (2023), environ 125 000 personnes seraient décédées d'une surdose d'opioïde en 2019, et ce, partout dans le monde.

La crise des surdoses est si importante, tout particulièrement en Amérique du Nord, qu'elle doit monopoliser des efforts majeurs de santé publique. Parmi ces efforts, la philosophie de réduction des méfaits est dominante.

## 1.2. La réduction des méfaits

La philosophie de réduction des méfaits a vu son apparition aux Pays-Bas et s'est vu être davantage mise de l'avant durant la crise du sida dans les années 1980 (Brisson, 1997; Landry et Lecavalier, 2003; Marlatt, 1996). La justesse de cette approche en tant que réponses à la crise sanitaire de l'époque explique probablement l'ampleur de son étendue à travers le monde.

Actuellement, la réduction des méfaits est une approche utilisée principalement auprès des personnes ayant des enjeux de consommation et d'autres problématiques comportementales. Elle a pour but de réduire les impacts négatifs d'un comportement en considérant ce comportement à travers une vision plus holistique et humaniste de la personne (Logan et Marlatt, 2010). En effet, dans un contexte de consommation, cette philosophie reconnaît l'abstinence de la consommation comme un idéal, mais elle accepte les alternatives qui améliorent la condition de la personne consommatrice (Brisson, 1997; Landry et Lecavalier, 2003; Marlatt, 1996). Selon Landry et Lecavalier (2003), la philosophie de réduction des méfaits s'attarde d'abord à réduire les impacts de la consommation de la personne plutôt que de tenter de comprendre la fonction de la substance dans la vie de la personne. Concrètement, par exemple, au niveau de la consommation, une approche de réduction des méfaits cherche à réduire la propagation des

infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), réduire les risques de surdose, orienter vers les services nécessaires, réduire les états de consommation négatifs et autres. La réduction des méfaits est donc initialement une philosophie de santé publique (Brisson, 1997; Landry et Lecavalier, 2003; Marlatt, 1996).

Cette approche se base sur l’humanisme et le pragmatisme (Brisson, 1997; Landry et Lecavalier, 2003; Marlatt, 1996). L’humanisme est un principe philosophique qui met l’humain, ses droits et le respect de celui-ci de l’avant (Brisson, 1997). Brisson (1997) présente certains moyens pour l’intervenant d’actualiser l’humanisme : l’actualisation d’un bas seuil d’admissibilité (les critères d’admission se voient minimes afin d’augmenter le nombre de personnes incluses dans un programme) ou à un haut seuil de tolérance (les critères d’admission tolèrent ou acceptent le plus de personnes possible), l’exercice d’aller à la rencontre des personnes nécessitantes, la défense des droits des opprimés et la mise en place d’une grande variété de services. Selon Marlatt (1996), l’humanisme s’actualise dans la réduction des méfaits par l’adaptation des institutions à la personne nécessitante plutôt que l’inverse. Le pragmatisme s’illustre entre autres par la considération de la consommation comme une réalité, un fait (Brisson, 1997). Selon cette définition, les personnes consommaient dans le passé, elles consomment dans le présent et elles consommeront fort probablement dans le futur. Toujours selon Brisson (1997), le pragmatisme s’illustre aussi par la considération de l’intervenant envers l’ambiguïté naturelle des personnes consommatrices quant à leur usage de substances. Le concept d’ambiguïté naturelle réfère à l’idée qu’une personne consommatrice hésite entre l’arrêt de sa consommation, la réduction de sa consommation ou la poursuite de sa consommation. L’actualisation de cette philosophie met de l’avant l’*empowerment* (Glendenning, 2016). La réduction des méfaits est une alternative aux philosophies moralisatrice ou pathologique traditionnellement utilisée auprès des enjeux de consommation (Brisson, 1997; Marlatt, 1996).

Au final, la réduction des méfaits est une philosophie de santé publique qui s’est montrée productive par la réduction des maux reliés à la consommation dans plusieurs communautés : une

réduction de la criminalité et un meilleur contrôle de la propagation des ITSS (Marlatt, 1996). Aujourd’hui, la réduction des méfaits s’illustre par plusieurs moyens : les services de raccompagnement afin de limiter l’alcool au volant, la distribution de matériel stérile afin de limiter la transmission d’ITSS, l’approvisionnement sécuritaire d’opioïde afin de limiter les risques de surdose ou les services de consommation supervisée. Nous nous intéresserons particulièrement aux services de consommation supervisée puisqu’ils connaissent au Canada une expansion importante depuis l’arrivée au pouvoir au Canada en 2015 d’un gouvernement favorable à ces politiques. Ces sites sont sujets à controverse et ils alimentent les discussions de la classe politique. En effet, Pierre Poilievre, chef du Parti conservateur du Canada, qualifie ces sites de « repères de drogués » comme le soulève Radio-Canada (2024).

### **1.3. Les sites de consommation supervisée**

Au Canada, le premier site de consommation sanctionné est *Insite* à Vancouver qui ouvre ses portes en 2003 dans le *Downtown Eastside* de la ville (Kerr *et al.*, 2017). En 2024, le Canada compte 38 sites de consommation supervisée (Santé Canada, 2024). Des sites de consommation supervisée sont recensés partout dans le monde : Canada, États-Unis, Mexique, Suisse, Australie, Danemark, France, Allemagne, Pays-Bas, Espagne et autres (Watson *et al.*, 2018).

Les sites de consommation supervisée (SCS) offrent des services comme un soutien communautaire étendu, une prévention ciblée, des activités de proximité en milieu rural, de la distribution de fournitures de réduction des méfaits (y compris des aiguilles, des kits d'inhalation plus sûrs et des préservatifs), des services de soins infirmiers cliniques et autres aux personnes vivant avec des problématiques comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres maladies chroniques (Gouvernement du Canada, 2024c; Gouvernement du Québec, 2024). Ils offrent aussi de l’enseignement sur les bonnes pratiques de consommation, du soutien psychosocial, des interventions en cas de surdose et autres.

On retrouve trois appellations utilisées pour définir ces services. Tout d'abord, les centres de prévention de surdose (CPS), comme l'IRIS Estrie, qui se caractérise par l'absence d'infirmiers et de leurs services dans le milieu. Ensuite, les sites d'injection supervisée (SIS) sont des sites où les usagers peuvent seulement consommer par injection comme *Insite* à Vancouver, Cactus à Montréal et plusieurs autres. Enfin, les SCS sont des sites où les usagers peuvent consommer par plusieurs moyens comme l'injection, l'inhalation, le « prisage » et autres, comme l'Interzone à Québec ou la Maison Benoît Labre à Montréal. Concrètement, ces deux SCS sont en attente d'une acceptation par Santé Canada (ils possèdent une exemption de loi temporaire). Ce qui différencie un SCS d'un SIS est son acceptation des moyens de consommation autres que l'injection et les installations nécessaires à l'inhalation sécuritaire comme une ventilation adéquate. Les SCS comprenant des services pour les personnes consommatrices par inhalation sont plus rares (*Harm Reduction International*, 2023). On retrouve aussi les SCS légiférés ou réglementés qui sont des sites de consommation ayant une exemption de loi par l'instance gouvernementale permettant le service. Au Canada, l'exemption de loi se présente sous une demande faite au gouvernement fédéral afin d'avoir l'autorisation d'aller à l'encontre de certaines lois, comme la possession de substances illégales, à des fins médicales (Gouvernement du Canada, 2024d). Cette exemption de loi permet donc d'offrir les services de consommation supervisée légalement. Les SCS non légiférés sont donc des lieux opérés à l'insu des instances de justice. À des fins de compréhension et de synthétisation, nous utiliserons l'appellation SCS tout au long de cet essai.

Selon *Harm Reduction International* (2023), en 2023, 17 pays auraient des services de consommation supervisée soit l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, l'Espagne, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, la Suisse, le Royaume-Uni, l'Écosse, l'Autriche, l'Italie, le Danemark et la Suède. Plusieurs projets pilotes ont lieu aux États-Unis, mais aucun SCS n'est comptabilisé dans la liste de *Harm Reduction International* (2023).

Finalement, les SCS ont montré leur pertinence dans la réponse aux conséquences de la crise des surdoses. En effet, dans leur recension systématique, Levengood *et al.* (2021) passent en revue 22 études portant sur la pertinence des SCS et en viennent aux conclusions suivantes : les sites de consommation peuvent réduire le risque de surdose ainsi que le risque de décès par surdose et augmenter l'accès au soin, et ce, en limitant la criminalité ou la nuisance sociale dans les quartiers avoisinant le SCS. Malgré le fait la pertinence de ces services soit établie, les interventions concrètes en SCS se voient peu documentées. En plus de l'étude présentée précédemment, Marshall *et al.* (2011) démontrent dans leur recherche quantitative empirique que l'ouverture d'*Insite* a réduit considérablement le nombre de décès par surdose à proximité du SCS. Dans le même ordre d'idées, Potier *et al.* (2014) mettent de l'avant dans leur revue systématique de 75 études les avantages d'un SCS tels que la limitation de la transmission des ITSS, la réduction des surdoses et l'augmentation de l'accessibilité aux soins et services sociaux publics. Alors que la pertinence des SCS se voit démontrée, il est intéressant de mettre de l'avant les interventions à prioriser dans ces milieux afin de favoriser leur bon fonctionnement.

## 2. Objectifs

Les SCS sont une intervention de réduction des méfaits en soi, l'objectif du présent essai est d'identifier quelles sont les interventions de réduction des méfaits effectuées à l'intérieur de ces services. Considérant que l'accompagnement dans la consommation se voit comme étant du vécu partagé particulier, le sous-objectif du présent essai est d'identifier l'apport de la psychoéducation à ce milieu. C'est donc à travers une recension des écrits que nous identifierons les stratégies de réduction des méfaits utilisées dans un contexte de SCS.

### 3. Méthode

#### 3.1. Identification des études

En mars 2023, une recherche documentaire ayant pour but d'identifier les interventions de réduction des méfaits en contexte de SCS a été effectuée. Cette recherche documentaire a dépouillé quatre bases de données abordant la médecine, la psychologie et la sociologie : *MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavior Sciences Collection, APA PsychInfo et SocINDEX*.

**Tableau 1**

*Mots clés des notions*

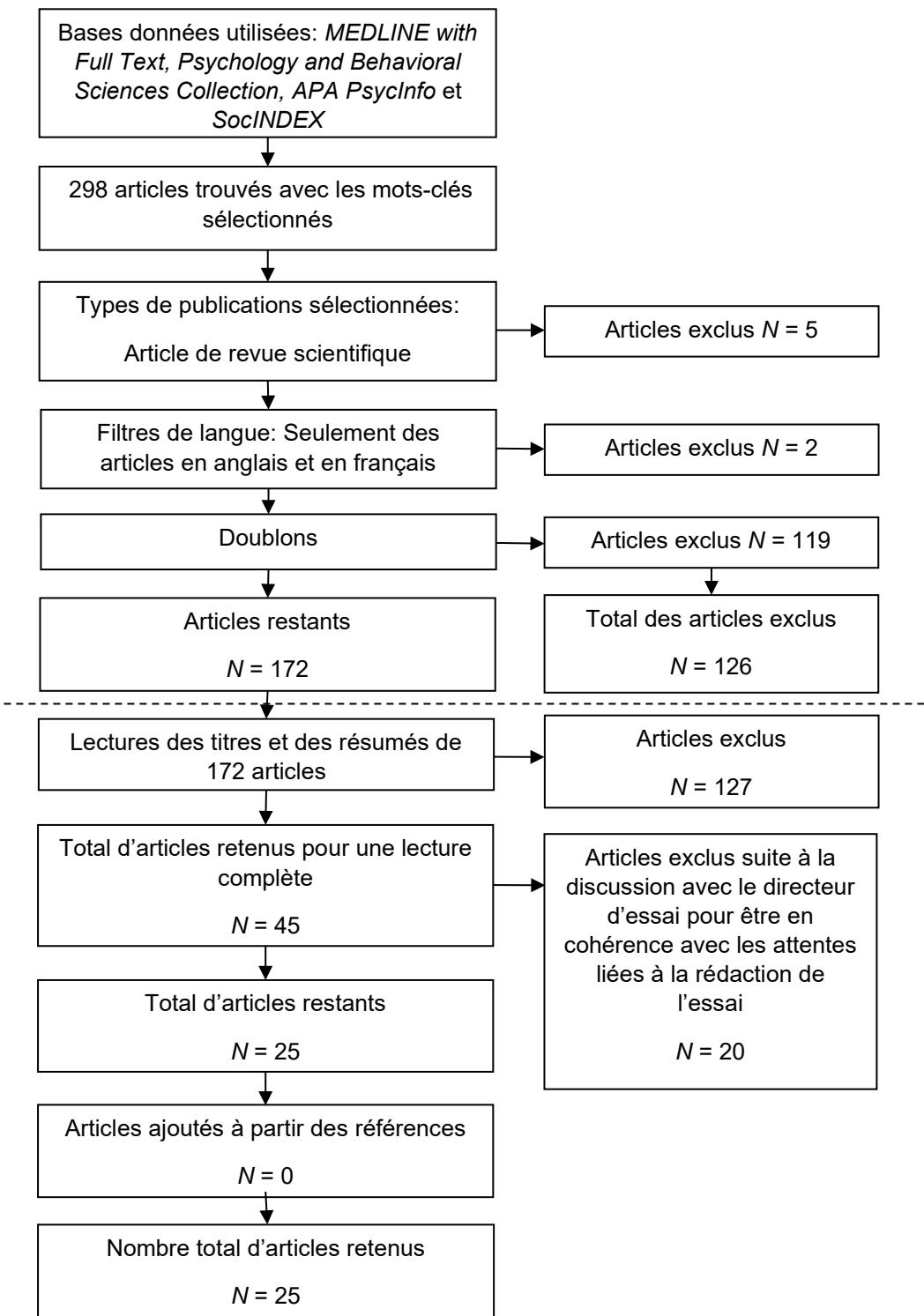
Réduction des méfaits	Site de consommation supervisée
<i>"harm* reduction" OR "harm* minimisation"</i>	<i>("safe injection* site*" OR "safe injection* OR "risk* reduction" OR "risk* minimization" facilit*" OR "safe injection* room*" OR "safe OR "safe suply"</i>

Au préalable, des critères d'inclusion ont été identifiés : l'article doit être en français ou en anglais et être un article de revue scientifique soit que les mémoires universitaires, les livres, les encyclopédies et autres sont exclus. L'article doit obligatoirement aborder les interventions de réduction des méfaits en SCS. Étant donné qu'il s'agit d'un sujet de recherche relativement récent, aucune précision au sujet des années de publication n'a été ajoutée. Des mots clés par concept ont été ciblés (voir Tableau 1). Le concept d'intervention a été retiré de la formule de recherche en raison de la rétention d'un trop large bassin d'articles. Les mots-clés du concept de réduction des méfaits et ceux du concept de site de consommation supervisée ont été combinés afin d'être recherchés dans tous les champs de recherche d'EBSCO, soit les titres, les résumés, les auteurs, les sujets et autres.

### **3.2. Sélection des études**

Le modèle *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) a été utilisé comme outil afin d'effectuer la démarche de recension des écrits. La Figure 1 illustre le processus de sélection des études utilisé dans cet essai. À la suite de l'utilisation des mots clés présentés plus haut dans les bases de données aussi identifiées plus haut, un total de 298 articles a été répertorié. En appliquant les critères d'inclusion, soit d'être rédigé en anglais ou en français et d'être un article de revue scientifique, sept articles ont été retirés. En éliminant les doublons, 119 articles ont été retirés. À la suite de ce triage, 172 articles demeurent. Tous les titres et les résumés de ces articles ont été lus. Nous avons ensuite appliqué les critères d'inclusions suivants : se dérouler dans un SCS, aborder les interventions de réduction des méfaits, aborder la réduction des méfaits et respecter le sujet de l'essai. Parmi les 172 articles conservés, 88 ont été retirés parce que l'environnement étudié n'était pas un SCS (certaines études abordaient des cubicules de consommation dans un autre environnement que les SCS comme un hôpital, une prison ou autres), 47 ont été retirés parce qu'ils n'abordaient pas les interventions, deux ont été retirés parce qu'ils n'abordaient pas la réduction des méfaits et deux ont été retirés parce qu'ils étaient hors sujet. À noter qu'un article a pu être retiré pour plus d'une raison. À la suite de ce triage, 45 articles demeurent. Un triage a été effectué avec le directeur d'essai en utilisant un

système de cotation identifiant le degré de pertinence des articles en fonction de leur cohérence avec le sujet de la recension. Les critères d'évaluation étaient la richesse des informations, la diversité des informations, la diversité des populations à l'étude et la proximité avec le sujet du présent essai. La limite imposée par le directeur d'essai a permis de sélectionner les 25 articles les plus pertinents pour la rédaction de l'essai.

**Figure 1***Processus de sélection des études*

### **3.3. Extraction des résultats et identification des principaux thèmes**

Une lecture active des 25 articles a été effectuée afin d'identifier les interventions de réduction des méfaits effectuées en SCS. Les données relatives aux interventions ont été classées par thématique dans un plan de travail. Les articles retenus ont été décrits selon les auteurs, l'année de publication, le titre de l'article, la méthode de recherche, la population étudiée et les principales conclusions (voir le tableau de l'Appendice A).

Ce tableau présente 21 articles du Canada, trois articles des États-Unis, un article du Mexique, deux articles d'Europe et un article d'Australie. Parmi ceux-ci, deux articles abordent une population composée de plus d'un pays. On y retrouve quatre recensions des écrits systématiques, 19 études empiriques qualitatives, une revue systématique de méta-analyse et une étude pilote. De l'ensemble des études retenues, une seule porte exclusivement sur les usagères femmes, deux articles abordent la réalité des employés et des responsables de SCS, un article aborde l'expérience des employés d'entreprises voisines d'un SCS et 24 articles portent sur l'expérience des utilisateurs de SCS.

## **4. Résultats**

Une fois le plan de travail contenant les données relatives aux interventions établies, une analyse et une classification des thèmes ont été effectués. Les données sont donc classées selon six thèmes principaux : 1) Clientèles; 2) Prévention des ITSS; 3) Prévention des surdoses; 4) Soins physiques; 5) Sécurité physique, sécurité relationnelle et sentiment d'appartenance; 6) Injection assistée; 7) Promotion; 8) Gestion; 9) Partenariats; et 10) Référencements.

Le premier constat plus général porte toutefois sur les pays où les SCS sont mis en place. Ils sont davantage mis en place dans des pays à revenu moyen élevé (Goodman-Meza *et al.*, 2022). Ils se trouvent donc majoritairement en Amérique du Nord, en Europe centrale et en

Europe du Nord. Ce sont donc dans les pays occidentaux ou ceux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) que l'on observe majoritairement les SCS.

## 4.1. Clientèles

### 4.1.1. *Principes généraux*

Un des principes généraux en ce qui a trait à la clientèle des SCS est de prévoir des interventions particulières aux clientèles spécifiques. En effet, Paumier (2022) propose de faire plusieurs protocoles clairs d'accompagnement et d'organisation des SCS pour ces clientèles particulières : protocole pour les personnes d'âge mineur, protocole pour les femmes enceintes, protocole pour les personnes fortement intoxiquées, protocole pour les nouveaux injecteurs, etc. Par exemple, un protocole pour mineur au Québec peut impliquer un appel aux tuteurs du mineur et un signalement à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Les spécificités de chacun de ces groupes et leur impact sur l'organisation des SCS sont ici repris.

### 4.1.2. *Clientèle générale*

Selon Dubois-Arber *et al.* (2008), la clientèle est majoritairement composée d'hommes et de bénéficiaires d'un traitement par agoniste aux opioïdes (TAO). Le TAO est une prescription de méthadone, de buprénorphine (sur forme de suboxone) ou de morphine à libération prolongée (Kadian) ayant des effets similaires aux opioïdes de rue permettant aux personnes de retrouver un fonctionnement général plus satisfaisant et de réduire ou arrêter leur usage de drogues de rue. Cette prescription est parfois accompagnée d'un suivi psychosocial à long terme desservi par l'organisation ayant prescrit le TAO. Certains de ces bénéficiaires de TAO ont accès à un programme d'approvisionnement plus sécuritaire (APS). Il s'agit d'une prescription qui permet de remplacer une ou des drogues de rue pour réduire les risques de surdose. Par exemple, pour remplacer certains opioïdes de rue (héroïne, morphine ou autres), certains médecins au Québec

prescrivent des hydromorphones (Dilaudid). Cela évite, entre autres, les surdoses de fentanyl à la suite d'une consommation de drogues de rue.

Dubois-Arber *et al.* (2008) identifient cinq profils d'usagers de SCS à Genève en Suisse :

- Les visiteurs d'un jour : Ce profil peut être caractérisé par des personnes de passage rapide dans la ville et le quartier, des personnes curieuses de découvrir le service et autres;
- Les clients standards : Ce profil est caractérisé par des personnes ayant un nombre d'injections par jour et de jours de fréquentation moyen. C'est-à-dire qu'ils ne font pas partie des profils utilisant le plus ou le moins souvent les services des SCS. Ils font donc partie de la moyenne des usagers d'un SCS. Ce profil serait le plus fréquent;
- Les usagers orientés vers les opioïdes : Ce profil est composé entre autres par les prestataires de TAO ou d'APS comme défini plus haut. Ce sont des consommateurs de morphine, d'hydromorphone contin, de fentanyl et autres;
- Les usagers à forte consommation de stimulants puissants : Ce profil est surreprésenté par les femmes (même si elles sont peu nombreuses dans la population générale des SCS). Ce sont des consommateurs de cocaïne, de méthamphétamine, d'amphétamine et autres;
- Les nouveaux arrivants : Les personnes associées à ce profil sont plus propices à une situation instable comme l'itinérance, les changements fréquents de logis, les épisodes de squat, etc. Leur consommation peut varier parmi tous les types de consommation.

#### **4.1.3. Clientèles particulières**

**Jeunes.** La relation entre usagers mineurs et usager majeurs peut être particulière. La présence de mineurs dans un SCS peut soulever un malaise mutuel (Watson *et al.*, 2015). D'une part, ce malaise peut être soulevé chez les plus âgés par les comportements des personnes mineures qui sont le reflet de leur propre réalité passée. D'autre part, la fréquentation de pairs adultes consommateurs par injection peut mettre les jeunes consommateurs à risque de s'injecter (Watson *et al.*, 2015). En effet, la séparation des jeunes consommateurs des consommateurs

adultes peut être pertinente afin de limiter les malaises des adultes et de réduire les risques reliés à la fréquentation d'adultes injecteurs. Donc, des services de SCS spécifiques aux jeunes pourraient être une avenue future (Gagnon, 2017; Watson *et al.*, 2015).

La présence de mineurs dans le SCS peut être sujette à controverse. D'un côté, le fait d'accepter les jeunes dans un SCS est en cohérence avec la mission de réduction des méfaits, car le jeune peut tout de même consommer dans d'autres lieux qui peuvent être moins sécuritaires (Watson *et al.*, 2015). Dans une optique où le risque est moindre lorsque les mineurs consomment en SCS, il est pertinent de les accepter dans le service. D'un autre côté, la loi peut encadrer cette intervention obligeant ainsi le SCS à briser la confidentialité en effectuant un signalement à l'autorité pertinente. Selon Watson *et al.* (2015), si les jeunes consommateurs par injection ont consenti à leur propre consommation, il est pertinent de les accompagner dans ce cheminement. Une admission restrictive risquerait de nuire à la création d'un lien de confiance et, ainsi, encourager le mineur à consommer dans des lieux ou des contextes autres que le SCS, et qui est possiblement à risque. D'autant plus que selon Green *et al.* (2004), les injecteurs en contexte public, et qui en plus sont mineurs seraient plus enclins à utiliser les services des SCS. Chez les plus vieux, ce seraient les injecteurs en privé qui seraient plus enclins à utiliser les services des SCS. Donc, les jeunes injecteurs à risque fréquenteraient plus facilement les services d'un SCS. Une intervention restrictive nuirait à cette ouverture de la part des injecteurs mineurs.

Certains consommateurs adultes ainsi que des intervenants suggèrent le traitement obligatoire de la dépendance d'un mineur et l'arrêt d'agir immédiat pour un mineur comme interventions auprès de cette clientèle spécifique (Watson *et al.*, 2015). Il s'agit d'une intervention restrictive qui évite dans l'immédiat les risques reliés à la consommation. Encore une fois, certains consommateurs adultes ainsi que des intervenants suggèrent de contacter les parents ou un tuteur lorsqu'un mineur entre dans le service du SCS (Watson *et al.*, 2015). Cette intervention implique un bris de confidentialité.

En général, les jeunes consommateurs sont plus à risque que d'être victimes de comportements agressifs ou violents, d'avances sexuelles non désirées et de pression sociale visant au passage vers un mode de consommation d'un niveau plus à risque (ex : passer de l'inhalation à l'injection ou de la morphine au fentanyl) (Watson *et al.*, 2015). Le cadre offert par un SCS permet de minimiser les risques vécus par les mineurs. Cependant, ce cadre se limite à l'espace du SCS et ne s'étend pas dans d'autres lieux où les consommateurs mineurs peuvent côtoyer des consommateurs majeurs. De plus, certaines relations entre consommateurs mineurs et consommateurs majeurs peuvent être initiées dans les murs du SCS. Un SCS acceptant tous les consommateurs demeure un lieu propice à la mise en relation inappropriée entre consommateurs mineurs et majeurs.

**Autres clientèles particulières.** Les autres clientèles particulières comptent, entre autres, les femmes, les personnes enceintes, les personnes ayant des limitations physiques, les personnes fortement intoxiquées, les nouveaux injecteurs, les personnes accompagnés par un enfant et autres. Paumier (2022) propose de planifier des protocoles spéciaux au sujet de ces clientèles afin de prévenir un certain malaise chez l'équipe. En effet, le passage d'un enfant, d'une personne enceinte, d'une personne trop intoxiquée pour consentir au service ou d'un nouvel injecteur peut créer un conflit de valeurs chez l'équipe. La mise en place de protocoles qui respecte les principes de la réduction des méfaits et des lois permet à l'équipe de s'appuyer sur une décision organisationnelle plutôt qu'un conflit de valeurs propre aux membres de l'équipe. De plus, les jeunes, les femmes et les personnes ayant une limitation physique sont plus à risque de nécessiter une assistance à l'injection (Gagnon, 2017; Small, Wood, *et al.*, 2012). Le concept d'injection assistée est repris plus bas dans le présent essai.

#### **4.1.4. Motivation de la clientèle à fréquenter un SCS**

L'utilisation des services peut varier selon la taille et la localisation des locaux, le temps d'attente, les horaires d'ouverture, l'accessibilité aux seringues ou la population cible. Les éléments motivant une personne à utiliser les services d'un SCS sont, entre autres, la possibilité de ne pas s'injecter en public, la recherche d'un abri, le calme, la protection de la police, la réduction des risques, les contacts sociaux, le travail du sexe (limitation des risques d'ITSS) et la nécessité d'aide à l'injection (Dubois-Arber *et al.*, 2008; León *et al.*, 2018; Small, Wood, *et al.*, 2012; Wolfson-Stofko *et al.*, 2018). Les éléments pouvant motiver une personne à ne pas utiliser les services d'un SCS peuvent être une préférence à consommer dans un lieu privé, une crainte de la stigmatisation et une consommation moins régulière (Dubois-Arber *et al.*, 2008; Wolfson-Stofko *et al.*, 2018). Les raisons pouvant expliquer un arrêt d'utilisation des services d'un SCS sont des obstacles reliés aux règles, une entrée en traitement, un emprisonnement, un déménagement, une hospitalisation, un changement dans le mode de consommation ou du type de substance utilisée, une évolution du marché des substances et divers changements de la situation sociale ou psychologique (Dubois-Arber *et al.*, 2008).

## **4.2. Prévention des ITSS**

Les ITSS sont des infections transmises lors de relations sexuelles ou lors de contact avec le sang (partage d'aiguille, une personne enceinte à son bébé ou autres). Auparavant, elles étaient appelées maladies transmises sexuellement (MTS). Elles comptent, entre autres, la chlamydia, la gonorrhée, les hépatites A, B et C, l'herpès génital, lymphogranulomatose vénérienne, la syphilis, le VIH et le virus du papillome humain (VPH). Les infections peuvent être plus moins dangereuses, les symptômes peuvent varier d'irritation cutanée ou d'apparitions cutanées à des atteintes cognitives ou la mort, certaines de ces infections rendent la personne porteuse à vie et certaines infections peuvent être asymptomatique (Gouvernement du Québec, 2025).

#### 4.2.1. *Éducation*

En plus des services de soins de plaies et de dépistage offert par les infirmiers d'un SCS, de l'éducation en continu sur les bonnes pratiques de consommation doit être effectuée (Fast *et al.*, 2008; Wood *et al.*, 2008). Les infirmiers peuvent, entre autres, éduquer au sujet de l'injection sûre, la recherche de veine, la préparation de la substance, la filtration des drogues, la prévention des infections et la promotion de la santé (Wood *et al.*, 2008). Selon Fast *et al.* (2008), plusieurs utilisateurs des services d'un SCS mentionnent avoir des lacunes en lien avec les bonnes pratiques d'injection avant leur première utilisation des services d'un SCS. Il est donc primordial d'aborder systématiquement les bonnes pratiques avec un nouvel usager. Les mauvaises pratiques d'injection peuvent mener à des cicatrices ou des infections des tissus mous à répétition comme des abcès, des phlébites, des cellulites et autres (Fast *et al.*, 2008). L'éducation aux bonnes pratiques en continu permet de prévenir les risques de santé reliés à la consommation. L'éducation sur les bonnes pratiques d'injection permet aux usagers de développer leur autonomie et d'utiliser ces façons de faire à l'extérieur du SCS (Fast *et al.*, 2008). Les usagers passants d'un mode de consommation vers l'intraveineux doivent rencontrer un employé pour discuter des risques (Bourque *et al.*, 2019). L'enseignement quant aux risques associés à l'injection permet une prise de décision éclairée vis-à-vis la consommation intraveineuse. L'éducation aux bonnes pratiques d'injection lors de la consommation par injection facilite l'acquisition et l'intégration de ces pratiques. Elle permet d'aller au rythme de l'usager (Fast *et al.*, 2008). Elle permet d'ajuster les pratiques à risque lors de la consommation.

Les pairs-aidants sont un élément essentiel de l'équipe interdisciplinaire (il s'agit d'une équipe formée d'intervenants psychosociaux, de pairs-aidants et d'infirmiers qui partagent leurs savoirs afin d'intervenir de plus efficacement possible auprès des usagers des SCS) à ce qui a trait à l'éducation faite aux usagers des SCS. Les pairs-aidants sont ou ont été des personnes consommatrices. La motivation à être pair-aidant étant la plus fréquemment rapportée par eux est le fait de donner sans recevoir (Pijl *et al.*, 2021). Ce sont donc des personnes ayant un désir de donner à la communauté de personnes consommatrices. Le fait que le pair-aidant soit un emploi

reconnu dans les SCS permet la responsabilisation, l'autonomisation et le développement d'un sentiment de confiance et de compétence pour ceux-ci (Jozaghi, 2022). L'expérience personnelle des pairs-aidants peut être un atout pour les SCS, mais aussi pour les services suivants : les SCS non autorisés (au Canada, il s'agit d'un SCS non régi par une exemption de loi fédérale), travail de rue, initiatives de formation, organismes en prévention des surdoses, etc. (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). En effet, leur capacité à créer des liens avec les usagers et leur expertise au sujet de la consommation et de tous autres concepts associés de près ou de loin à la communauté consommatrice (travail du sexe, vente de substances, itinérance ou autres enjeux) font en sorte que les pairs-aidants sont un élément fort de l'équipe interdisciplinaire d'un SCS.

Les pairs-aidants peuvent faire de l'éducation, de la sensibilisation, de la distribution de matériel et de la promotion de bonnes pratiques (Small, Wood, *et al.*, 2012). Les pairs-aidants font de l'enseignement sur les besoins immédiats des usagers et soutiennent sur les techniques de recherche de veine (Pijl *et al.*, 2021).

Par ailleurs, il est important que la gestion soutienne adéquatement les pairs-aidants. Toutes les bonifications des compétences des pairs-aidants bénéficieront aux usagers des SCS (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019; Pijl *et al.*, 2021; Small, Wood, *et al.*, 2012). Entre autres, l'enseignement de la vigilance aux pairs-aidants est primordial. Ils doivent partir du principe que tous les usagers sont porteurs du VIH ou du VHC. Ils doivent donc utiliser du matériel de protection comme des gants et faire le lavage de mains régulièrement (Pijl *et al.*, 2021). Cet enseignement fait par les professionnels de la santé auprès des pairs-aidants permet de limiter la transmission d'ITSS.

#### **4.2.2. Distribution**

La distribution de matériel stérile renforcerait l'utilisation des bonnes pratiques enseignées (Fast *et al.*, 2008; Foreman-Mackey *et al.*, 2019). En plus de réduire les risques reliés

à l'utilisation de matériel souillé, la distribution de matériel stérile se voit une intervention complémentaire à l'éducation aux bonnes pratiques. La distribution de préservatifs au sein d'un SCS peut avoir des effets positifs sur les usagers des services en ce qui a trait à leur santé sexuelle (Marshall *et al.*, 2009). Cette intervention permet de réduire la transmission d'ITSS dans la communauté de personnes consommatrices qui possède une prévalence davantage élevée au reste de la population à ce sujet. Cette distribution peut être effectuée, entre autres, par les pairs-aidants (Small, Wood, *et al.*, 2012).

#### **4.2.3. Sécurisexe**

Selon Marshall *et al.* (2009), les stratégies de réduction des méfaits en lien avec la consommation et avec la sexualité devraient être jumelées. En effet, la transmission d'ITSS est un risque associé autant aux conduites sexuelles à risque qu'à l'utilisation de pratiques de consommation à risque. La distribution de préservatifs dans les SCS et la sensibilisation sur les bonnes pratiques sexuelles est donc une intervention privilégiée dans ce milieu.

Les consommateurs séropositifs au VIH et ceux qui pratiquent l'emprunt et le prêt de seringues souillées seraient plus propices à l'utilisation de préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (non récurrent) (Marshall *et al.*, 2009). Les personnes faisant l'usage de pratiques de consommation à risque ont tendance à faire l'usage de bonnes pratiques dans leur vie sexuelle. Il est probable que cette tendance soit associée à une certaine conscience des enjeux de transmission d'ITSS par le partage de seringues. Malgré cette tendance positive, il demeure primordial d'implanter ou de poursuivre les activités de sensibilisation sur les bonnes pratiques sexuelles auprès des usagers des SCS.

## 4.3. Prévention des surdoses

### 4.3.1. Éducation

Les pairs-aidants doivent recevoir une formation de secourisme et d'utilisation de la naloxone (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). Cette formation permet aux pairs-aidants d'éduquer les usagers sur l'utilisation de la naloxone et de les sensibiliser au sujet de l'importance de l'antidote en contexte de surdoses d'opioïdes (Small, Wood, *et al.*, 2012). Cet exercice est aussi pertinent pour les autres intervenants d'un SCS. Le *counseling* au sujet de la naloxone se voit d'autant plus pertinent lors de la distribution de naloxone.

D'autre part, selon Karamouzian *et al.* (2018), il est pertinent d'encourager les usagers à réduire leurs doses lors de la consommation afin d'éviter les surdoses liées à un mauvais dosage. Cette intervention peut être effectuée par tous les membres de l'équipe d'un SCS.

### 4.3.2. Distribution

Les SCS se doivent d'être un distributeur de naloxone (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). Les pairs-aidants peuvent faire de l'éducation sur l'utilisation de la naloxone, de la sensibilisation sur l'importance de l'antidote aux surdoses d'opioïdes et de la distribution de trousse de naloxone (Small, Wood, *et al.*, 2012). La distribution de naloxone se voit d'autant plus pertinente à la suite d'un test de fentanyl positif dans la vérification de substances de rue (Goodman-Meza *et al.*, 2022). Selon Kerr *et al.* (2017), la naloxone est plus accessible que dans le début des années 2000, mais sa disponibilité doit être accrue. Bien entendu, l'utilisation de naloxone à des fins de renversement des surdoses d'opioïdes est une pratique courante (Wolfson-Stofko *et al.*, 2018).

Il est pertinent de préparer des trousse de vérification de substances pour la distribution : bandelettes de test, tampons d'alcool, outils de vérification, outils de prélèvement de substances (aiguilles, couteaux, etc.), contenants pour la substance, contenants pour le test, etc. (Betsos *et al.*,

2022). Donc, l'équipe interdisciplinaire doit préalablement préparer ces trousse afin d'en faire la distribution auprès des usagers des SCS.

#### ***4.3.3. Vérification de substance***

La vérification de substance se veut une analyse des substances consommées ou à consommer qui identifie la présence ou l'absence de certains ingrédients actifs (cocaïne, fentanyl, benzodiazépine et autres) et inactifs (farine, bicarbonate de soude et autres). L'intervention qu'est la vérification de substance peut être ciblée vers certains usagers en particulier. En effet, il est pertinent d'inviter les vendeurs à tester leurs substances avant de les vendre en leur enseignant le fonctionnement des tests utilisés (Betsos *et al.*, 2022). Bien entendu, la vérification de substances est aussi pertinente pour les usagers consommateurs, mais la vérification de substances faite par des vendeurs permet de réduire les méfaits auprès de plus de personnes.

La curiosité est la motivation première des usagers à effectuer des vérifications de substances et à devenir des acteurs actifs dans ce service (Betsos *et al.*, 2022). Le désir d'autonomie et l'épanouissement sont aussi des motivations à l'apprentissage des pratiques de vérification de substances (Betsos *et al.*, 2022). Les usagers cherchent entre autres à devenir autonomes dans leur consommation sécuritaire et l'apprentissage des pratiques de la vérification de substances se voit en cohérence avec ce besoin. Les intervenants peuvent miser sur ces motivations pour encourager le comportement de vérification de substances chez les usagers.

#### **4.4. Soins physiques**

Les SCS permettent entre autres de réduire les risques reliés à la consommation (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Paumier, 2022). Les infirmiers sont la référence en soins et en santé au sein de l'équipe interdisciplinaire d'un SCS. Les infirmiers permettent entre autres le soin de plaies (Foreman-Mackey *et al.*, 2019). Les personnes consommatrices par injection sont

particulièrement à risque aux infections des tissus mous. En effet, les infirmiers pratiquant en SCS rejoignent les personnes à risque accru de VIH, d'hépatites, de surdose et d'autres infections ainsi que celles ayant besoin d'assistance à l'injection et les consommateurs à excès (Greenwald *et al.*, 2022; Wood *et al.*, 2008). Ces infirmiers peuvent aussi offrir le dépistage d'ITSS comme le VIH, le VHC et autres. Il est pertinent de mettre en œuvre des offres de traitement de proximité, soit un soin s'offrant à bas seuil d'admissibilité dans la communauté, et ce, surtout avec les personnes n'ayant pas encore accès à un traitement pour prévenir la transmission du VHC (Greenwald *et al.*, 2022). La fréquentation d'un SCS offrant le traitement et le dépistage du VHC est associée à une augmentation de 12% de personnes bénéficiant du traitement, et une augmentation de 67% des dépistages du VHC en comparaison aux personnes ne fréquentant pas un SCS au cours de la vie ce qui vient confirmer la pertinence des activités de dépistages en SCS (Greenwald *et al.*, 2022). En résumé, il est bénéfique pour les usagers d'un SCS que celui-ci offre des services de dépistage et de traitements du VHC.

Ces données sont importantes puisque l'habitude d'utiliser les tests de dépistage du VHC dans le passé prédit leur utilisation dans le futur (Greenwald *et al.*, 2022). Il est donc important que le personnel infirmier soit présent au sein de l'équipe et puisse travailler à la promotion des tests de VHC. De plus, un accès élevé à la prévention du VHC (matériel stérile et éducation sur les bonnes pratiques) est associé à une prévalence plus faible de VHC (Greenwald *et al.*, 2022). Pour combattre l'évolution du VHC dans la population consommatrice de substances, il faut intensifier les interventions de prévention et de dépistage (Greenwald *et al.*, 2022).

#### **4.5. Sécurité physique, sécurité relationnelle et sentiment d'appartenance**

##### **4.5.1. Sécurité relationnelle et lien de confiance**

Les SCS permettent entre autres de favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance et de communauté ainsi que de protéger contre la stigmatisation (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Paumier, 2022). Les SCS permettent la création d'un espace sécuritaire

réduisant les risques de violence structurelle (ex : non-admission dans des services, tels que l'urgence, l'hôpital, une clinique médicale ou autres, ou des établissements) et interpersonnelle minimisant ainsi les mauvaises pratiques dues à un contexte de peur ou de crainte. La culture de sécurité relationnelle est un élément important pour les usagers et les pairs-aidants (Pijl *et al.*, 2021). La sécurité doit donc transparaître dans l'attitude du personnel afin de mettre en confiance autant les usagers du service que les pairs-aidants qui y travaillent. Le SCS se voit comme un lieu sécuritaire de rencontre et de socialisation pour la communauté consommatrice (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Paumier, 2022; Small, Moore, *et al.*, 2012). Glendenning (2016) propose d'utiliser la réponse aux besoins de base, comme offrir de la nourriture ou un café, afin de faciliter la prise de contact avec les usagers.

Une approche sans jugement est conseillée dans ce milieu et les attitudes doivent être propices à la réduction de la stigmatisation et à l'engagement des usagers (Fast *et al.*, 2008; Foreman-Mackey *et al.*, 2019; McNeil et Small, 2014). Par exemple, les membres de l'équipe doivent éviter des termes comme « drogué » ou « *junky* ». Ils doivent éviter une attitude de jugement ou moralisatrice. Ils doivent opter pour une posture d'ouverture et de curiosité aux connaissances des usagers. Le schème de la considération se voit donc sollicité par les intervenants afin d'éviter d'encourager les étiquettes sociales associées à la communauté consommatrice.

Selon Paumier (2022), le concept de confidentialité est aussi un élément favorisant le développement d'un sentiment de confiance et de sécurité. Le respect de la confidentialité est un élément important pouvant être actualisé par l'utilisation de pseudonyme afin d'identifier les usagers.

Le lien entre les pairs-aidants et les usagers se caractérise par la familiarité, la mutualité et la réciprocité, par des liens communautaires et de la confiance, par de la compassion et de

l'empathie ainsi que par un soutien naturel, mutuel et réciproque (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019; Pijl *et al.*, 2021). La présence de pairs-aidant sécurise les usagers. Certains sont moins craintifs vis-à-vis l'aspect institutionnel du SCS en présence de pairs-aidants (McNeil et Small, 2014). Le partage de réalité similaire favorise la création du lien de confiance entre les usagers et les pairs-aidants (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). Les pairs-aidants possèdent donc un lien privilégié avec les utilisateurs de service d'un SCS. Ce lien peut potentiellement se partager avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Cependant, on observe des réactions opposées où certains usagers nomment avoir moins confiance dans les capacités des pairs-aidants que celles des professionnels de la santé en raison de leurs formations scolaires. Les usagers reconnaissent tout de même les connaissances expérientialles de pairs-aidants (Fast *et al.*, 2008; Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). Cela justifie l'importance de la présence d'intervenants psychosociaux issus de différentes formations (éducation spécialisée, travail social, psychoéducation, psychologie, criminologie, délinquance ou autres) et de personnels infirmiers combinés à des pairs-aidants.

#### **4.5.2. Sécurité physique**

Les SCS permettent entre autres de protéger contre la violence et d'encourager le maintien de l'ordre (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Paumier, 2022). Dans les interventions de réduction des méfaits, la sécurité est une notion primordiale. En effet, les interventions ont pour objectif de réduire les risques reliés à la consommation. Dans le cadre d'un SCS, la compétence de l'équipe à faire face à des surdoses favorise la création du sentiment de sécurité chez les usagers (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Small, Moore, *et al.*, 2012). La préparation de l'équipe à agir en situation d'urgence permet de favoriser le développement du schème de sécurité. De plus, le caractère imprévisible (ex : présence policière ou de pairs, insalubrité, météo et autres) de certains lieux de consommation amène les personnes consommatrices à consommer rapidement dans la rue et, ainsi, opter pour des pratiques à risque. La sécurité, autant relationnelle que physique, qu'apporte le SCS aux usagers favorise l'actualisation de pratiques de consommation sécuritaires limitant ainsi les risques de compromission de leur intégrité physique.

Foreman-Mackey *et al.* (2019) proposent des moyens d'améliorer les services d'un SCS comme avoir peu de règles explicites au départ et avoir une approche commune pour établir les règles (système démocratique d'établissement des règles avec toutes les parties prenantes). Effectivement, la mise en place de règles favorise la sécurité physique des usagers et des intervenants. Dans l'établissement de règle, il est pertinent de considérer les besoins multiples et variés des usagers. En effet, d'un côté, il est pertinent de respecter les rituels de consommation de chacun afin de limiter les irritants pouvant faire en sorte qu'un usager ne revient pas dans le SCS pour consommer. D'un autre côté, le respect des rituels de chacun oblige de gérer des besoins individuels (Paumier, 2022). Ces rituels ou ces habitudes peuvent aller à l'encontre des règles établies. Par exemple, un usager aime écouter de la musique forte lorsqu'il consomme, mais cette musique dérange les autres usagers. Il faut donc établir des règles qui tiennent compte de la complexité. Les intervenants doivent donc rendre l'environnement sécuritaire par leurs interventions tout en demeurant dans l'accueil et le non-jugement (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; McNeil et Small, 2014; Paumier, 2022; Small, Moore, *et al.*, 2012).

L'expérience démontre que certaines règles de vie commune de fonctionnement du SCS favorisent le bon fonctionnement du SCS et le maintien de la sécurité de tous les acteurs du milieu. Certains auteurs suggèrent les règles suivantes : interdiction de fumer dans les espaces d'injection, pas de trafic de drogues, respect de tous, aucun comportement agressif, nettoyer son espace de consommation en post-consommation, établir une durée limitée pour la consommation, ne pas déranger les autres usagers, participer activement à l'établissement d'un espace plaisant et garder ses effets personnels sur soi (Dubois-Arber *et al.*, 2008; Foreman-Mackey *et al.*, 2019). Ces règles permettent d'assurer un fonctionnement adéquat du SCS et de respecter les consignes gouvernementales. De plus, les usagers doivent préparer leur propre substance (Pijl *et al.*, 2021). Cette règle permet d'éviter le vol de substance ou les doutes de vol. Ce type d'accusation peut mener à des conflits. Le rôle de l'équipe est, entre autres, de s'assurer du respect des règles et d'intervenir en situation de non-respect des règles (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Small, Moore, *et al.*, 2012).

#### 4.5.3. Espace

La planification et l'organisation de la composante espace d'un SCS doit prendre en considération les besoins du personnel infirmier. En effet, le SCS doit compter des espaces sécurisés auxquels seulement le personnel infirmier a accès pour protéger l'accès au matériel médical (Paumier, 2022). En raison de leur histoire de consommation de substance, l'espace doit être réfléchi avec des accès limités aux pairs-aidants pour éviter les risques de vol de substances saisies dans les coffres-forts (Paumier, 2022).

Foreman-Mackey *et al.* (2019) proposent des moyens d'améliorer les services d'un SCS comme l'accès à des salles d'inhalation. En effet, la majorité des utilisateurs des SCS, les consommateurs par injection compris, utilise aussi les salles d'inhalation (Bourque *et al.*, 2019). Alors, lors de la planification de l'espace, il est pertinent de réfléchir à des cubicules de consommation par inhalation. Il s'agit donc de planifier des cubicules de consommation avec une ventilation suffisante pour assainir l'air à la suite de la consommation de substance inhalée comme le *crack*, la *freebase*, l'héroïne ou le fentanyl. Ces cubicules doivent permettre la préparation de la substance, comme la transformation de la cocaïne vers le *crack* de façon sécuritaire et la consommation par inhalation sécuritaire. Certains cubicules d'inhalation sont extérieurs et d'autres sont intérieurs. Certains cubicules permettent à plusieurs usagers de consommer simultanément et d'autres contraignent les usagers à consommer individuellement.

La planification de l'espace doit se faire selon les besoins du quartier : couleur des murs, décoration et autres (Paumier, 2022). La planification de l'espace peut mettre de l'avant des allures davantage médicales ou des allures plus représentatives du quartier à l'aide des couleurs utilisées. En effet, le choix de couleurs peut favoriser le développement d'un sentiment de sécurité et de confiance.

Il est important de réfléchir à une trajectoire de service claire dans un environnement adapté respectant les règles gouvernementales (Paumier, 2022; Small, Moore, *et al.*, 2012; Wolfson-Stofko *et al.*, 2018). L'environnement physique doit être accessible pour des personnes sous l'effet de substance. Par exemple, l'espace ne doit pas être encombré afin d'éviter les accidents. Il doit favoriser une bonne circulation afin de prévenir les risques reliés à un délire agité (agitation reliée à des hallucinations). L'espace doit être suffisant pour permettre la bonne circulation d'usagers pouvant avoir une vision spatiale impactée par les substances. De plus, la trajectoire se doit d'être simple et claire afin de faciliter la compréhension des étapes à franchir telles que l'accueil, la consommation en tant que telle et, ensuite, un moment de répit. Les étapes de la trajectoire de service peuvent, par exemple, être physiquement définies par des pièces séparées. L'espace doit permettre d'appliquer la trajectoire de service tout en limitant les occasions de sollicitation, de vente, de violence et autres comportements allant à l'encontre des consignes gouvernementales. Par exemple, certains SCS sont configurés avec une entrée et une sortie différente. Cette configuration réduit la possibilité que les usagers à l'accueil (qui peuvent ne pas avoir de substance en leur possession) sollicitent les usagers en répit (qui peuvent toujours avoir des substances en leur possession).

Selon Green *et al.* (2004), les locaux des SCS doivent être à courte distance du lieu d'acquisition des substances : vendeur ou pharmacie. En effet, la proximité avec le lieu d'acquisition de substances permet d'éviter que les personnes soient tentées de consommer dans des lieux moins sécuritaires à plus grande proximité de ces lieux d'approvisionnement. Alors, il est pertinent de considérer les lieux d'approvisionnement en substances lors de la planification du lieu de mise en place d'un SCS.

#### **4.5.4. Entretien**

Une importance est accordée par les usagers au caractère hygiénique de l'environnement d'un SCS (McNeil et Small, 2014). L'entretien adéquat des lieux physiques peut favoriser le développement d'un sentiment de sécurité en raison de la réduction des risques de transmission

d'ITSS ou de contamination de la substance. En effet, un lieu de consommation se doit de conserver son environnement salubre et hygiénique. Il faut donc mettre en place un système d'entretien des lieux afin de favoriser le développement d'un sentiment de sécurité chez les usagers.

#### **4.5.5. Fractionnement de substances**

Il est fréquent de constater que les usagers des SCS souhaitent partager (diviser) la substance qu'ils ont avec un ami de consommation, sur le site même du SCS. Certains SCS le permettent alors que d'autres l'interdisent pour les raisons suivantes : éviter d'encourager le trafic de drogues ou éviter les enjeux reliés au trafic de drogues (conflits, échanges d'argent et autre). Selon certains auteurs, il serait pertinent de pouvoir diviser et partager (fractionnement de substances) les drogues dans le SCS (Paumier, 2022; Pijl *et al.*, 2021). Certains SCS acceptent cette pratique depuis quelques années. Cette intervention limiterait le commerce de drogue et permettrait un espace sécuritaire au partage de drogue évitant ainsi les risques de contamination des substances et la criminalité à proximité du SCS. L'interdit de partage de drogue limite l'accès à certains usagers (Small, Moore, *et al.*, 2012; Small, Wood, *et al.*, 2012). Cette limitation de service peut augmenter les probabilités de consommation à risque à l'extérieur du SCS.

### **4.6. Injection assistée**

L'injection assistée est une intervention controversée. Cette intervention consiste à autoriser une autre personne que l'usager à injecter la substance à l'usager. L'absence de protection juridique pour la personne (pair consommateur, membre de la famille, pair-aidant, intervenant psychosocial ou autres) qui assiste l'injection (imputabilité de la personne injectant une autre personne en cas de complications suivant l'injection) et l'absence de directives professionnelles claires pour les infirmiers en lien avec l'injection de drogues illégales sont des raisons qui limitent la mise en place d'un service d'injection assistée (Gagnon, 2017). Afin de permettre l'injection assistée, certains auteurs canadiens recommandent un formulaire de

consentement signé de façon libre et éclairée (Foreman-Mackey *et al.*, 2019). Cette intervention permettrait au SCS de se protéger en cas de complication.

Les jeunes, les femmes et les personnes ayant une limitation physique sont plus à risque de nécessiter une assistance à l'injection (Gagnon, 2017; Small, Wood, *et al.*, 2012). Selon Foreman-Mackey *et al.* (2019), il est primordial d'avoir une reconnaissance des particularités des besoins à l'injection d'usagères femmes, des jeunes et des personnes ayant un handicap physique ou psychologique. Leurs besoins peuvent différer de ceux de la clientèle moyenne. Par exemple, les femmes ont tendance à avoir des veines plus petites rendant l'injection plus difficile. Les personnes ayant une limitation physique peuvent ne pas être en mesure de s'injecter seules. Les consommateurs mineurs peuvent avoir moins de connaissances sur les bonnes pratiques et sur les risques reliés à la consommation. Donc, il est important de considérer d'offrir le l'injection assistée, afin de permettre à un maximum d'usagers de fréquenter un SCS. Cette limitation d'accès au service peut augmenter les probabilités de consommation à risque à l'extérieur du SCS. Les personnes utilisant l'injection assistée peuvent se mettre à risque de soumission aux personnes l'injectant lorsque l'injection assistée se fait à l'extérieur d'un SCS en raison de l'établissement d'une relation de dépendance.

#### **4.7. Promotion**

Les pairs-aidants peuvent faire la promotion des services offerts par les SCS à leurs cercles sociaux (Betsos *et al.*, 2022). Une équipe de travailleurs de rue composée par des pairs-aidants peut être complémentaire au service afin d'intervenir auprès des usagers dont l'accès aux SCS est limité par différentes règles (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). La mise en place d'une telle équipe permet donc de faire de la promotion ciblée aux personnes propices à utiliser les services d'un SCS.

La promotion des services des SCS se fait particulièrement par bouche-à-oreille et par la présence de SCS ayant pignon sur rue (Foreman-Mackey *et al.*, 2019). Lors de la planification du lieu d'installation du SCS, il faut considérer la possibilité d'avoir pignon sur rue afin de mettre des conditions favorables à l'utilisation des services par la communauté consommatrice.

#### 4.8. Gestion

Bien entendu, la philosophie de réduction des méfaits est à considérer lors de la planification. Selon Paumier (2022), la planification d'un SCS doit impliquer plusieurs composantes, dont la mise en œuvre, par un organisme communautaire en raison de la plus grande proximité avec la communauté consommatrice, la création d'une procédure d'enregistrement des usagers respectant la confidentialité, l'implication de la ville et de la police dans la planification du site, la création de comités divers en lien avec le SCS et l'obtention d'un soutien politique. L'approche communautaire est à prioriser dans les SCS, dont tout l'aspect démocratique de cette approche. En effet, la gestion par les services publics et gouvernementaux (ex : hôpitaux) peut nuire au sentiment de sécurité des usagers d'un SCS en raison d'expériences antérieures négatives comme des hospitalisations contre leur gré, des historiques scolaires négatifs ou des enjeux avec les services de protection de la jeunesse. Selon Paumier (2022), il faut porter une attention à l'ingérence et la prise de contrôle par les instances gouvernementales de santé dans la gestion du SCS, afin d'éviter la perte d'actualisation de l'approche communautaire et une perte de la confiance des usagers envers le SCS. Toujours selon l'approche communautaire, il est pertinent pour l'équipe interdisciplinaire que profite de l'expertise de ses partenaires. Par exemple, elle peut être formée sur les interventions de réduction des méfaits par la santé publique.

La pertinence de l'implication des pairs-aidants dans la gestion des SCS est mise en évidence par des études de faisabilité et d'acceptabilité (Kerr *et al.*, 2017). Ils peuvent apporter le point de vue de la communauté consommatrice dans des éléments structurels tels que les règles,

les heures d'ouverture, le fonctionnement et autres. De plus, les pairs-aidants reçoivent une allocation pour leur travail comme des cartes-cadeaux, un faible salaire et autre rémunération pour leur implication à tous les niveaux (planification et intervention) (Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019).

L'ouverture 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permet d'éviter les files d'attente (Bourque *et al.*, 2019; Dubois-Arber *et al.*, 2008; Green *et al.*, 2004; Small, Moore, *et al.*, 2012; Small, Wood, *et al.*, 2012). Cette modalité rend le service accessible à toutes les clientèles. Plus un SCS a des heures d'ouverture étendues, moins les personnes consommatrices doivent consommer dans des lieux non supervisés.

## 4.9. Partenariats

### 4.9.1. Police

Il est primordial d'établir une bonne collaboration entre les instances policières et les cadres supérieurs du SCS dès son ouverture (Watson *et al.*, 2018). En effet, la communauté consommatrice est régulièrement en contact avec les autorités locales pour diverses raisons : possession de substances illicites, trafic de stupéfiants, violence, vagabondage et autres activités hors la loi associées à la consommation. Afin de mettre des conditions favorables à l'établissement d'un lien de confiance entre les usagers et le SCS, l'établissement d'une relation claire entre le SCS et les autorités policières est nécessaire. L'établissement de limites claires (limites légales - comme une interdiction aux policiers d'entrer dans le SCS sans autorisation – et limites géographiques - comme une absence d'intervention policière auprès de la clientèle du SCS dans une zone délimitée) est un élément favorable aux partenariats police-SCS (Watson *et al.*, 2018). En effet, l'ambiguïté peut rendre les relations tendues entre les autorités policières et le SCS. Ces tensions peuvent nuire au sentiment de sécurité des usagers. Selon les exemptions de loi présentement en fonction au Canada, les policiers ne doivent pas entrer dans un SCS sur ses heures d'ouverture (Small, Moore, *et al.*, 2012; Watson *et al.*, 2018). Une surdose n'est pas une

raison suffisante pour que les policiers entrent dans un SCS (Small, Moore, *et al.*, 2012; Watson *et al.*, 2018). Cette limite fait donc partie de celles qui doivent être clarifiées lors de l'établissement du partenariat. Selon Watson *et al.* (2018), la résolution de conflit et l'établissement de relations de collaboration avec les autorités policières se font généralement par une communication verbale informelle. Selon cette idée, aucun document officiel n'est généralement utilisé afin d'établir des ententes entre les autorités policières et les SCS.

Les partenariats avec l'administration policière facilitent les liens avec les corps policiers ce qui se voit comme un facteur de réussite. Les administrateurs policiers peuvent agir comme médiateurs entre les policiers sur le terrain et les SCS lors d'évènements négatifs comme des fouilles abusives (Watson *et al.*, 2018). Ces partenariats ont donc pour but de faciliter l'atteinte des objectifs du SCS. Dans le but de former les corps policiers, il est conseillé d'opter pour les conversations éducatives plutôt qu'une formation formelle, pour des visites de la part des policiers des lieux physiques d'un SCS en dehors de ses heures d'ouverture et pour des discussions expliquant le fonctionnement des SCS (Watson *et al.*, 2018). Il est conseillé d'ajouter à la formation générale des policiers l'approche de réduction des méfaits dont l'orientation vers des ressources d'approvisionnement sécuritaire, de détection de fentanyl et de consommation supervisée (Watson *et al.*, 2018). L'établissement d'un partenariat entre les autorités et les SCS a donc pour but de sensibiliser les autorités et de les former à l'approche de réduction des méfaits.

#### **4.9.2. *Commerces avoisinants***

Les commerces avoisinants doivent être des partenaires actifs : présence sur les comités, référence vers le SCS et opter pour des interventions de réduction des méfaits comme l'installation de récipients biorisques. Il est pertinent que les SCS forment ces commerçants et leur fournissent des bacs de récupération de seringues (Wolfson-Stofko *et al.*, 2018). Ces interventions suivent l'approche communautaire par leur aspect de solidarité et de respect du libre choix de consommateurs de drogue. De plus, elles permettent d'adapter l'environnement à la communauté consommatrice.

#### **4.9.3. Référencements**

La confiance est un facteur critique dans le référencement vers des soins médicaux (McNeil et Small, 2014). En effet, le développement d'un lien de confiance fort entre l'usager et le service de proximité qu'est un SCS facilite grandement le référencement de cet usager vers d'autres services (publics ou communautaires). Le schème relationnel de la confiance est donc sollicité dans le référencement d'un usager vers d'autres services. Comme il est nommé plus haut, les usagers développent un sentiment de confiance plus facilement avec les pairs-aidants. L'utilisation de cette force chez les pairs-aidants est donc un élément facilitateur aux référencements des usagers vers d'autres services.

Selon Kerr *et al.* (2017) ayant effectué leur étude dans un SCS canadien, il est pertinent d'effectuer l'embauche d'infirmiers par le secteur public qui prête ses infirmiers aux services communautaires. Cette action permet de faciliter le référencement vers le secteur public par leurs liens avec des collègues travailleurs dans le système public.

### **5. Discussion**

À la suite de la lecture des résultats de cet essai, nous avons ressorti les idées principales pour ensuite soulever les contradictions, mettre de l'avant les différences et les cohérences entre les éléments présentés dans les introductions des articles sélectionnés pour la section résultats, mettre de l'avant les différences et les cohérences entre les articles sélectionnés pour la section résultats et les articles publiés depuis la collecte de donnée, mettre de l'avant les différences et les cohérences entre les résultats de cet essai et certains organismes œuvrant dans les domaines de la consommation. Les idées principales ressorties sont l'utilisation d'une équipe interdisciplinaire, l'adaptation de l'environnement et le sentiment de sécurité au cœur des SCS. La discussion est ensuite composée des forces et limites de cet essai. Pour clôturer cette section, nous présentons

les implications cliniques ainsi que les liens avec la psychoéducation qui sont divisés selon les savoirs, le savoir-être et le savoir-faire du psychoéducateur.

### **5.1. Utilisation d'une équipe interdisciplinaire**

Comme présenté dans la section résultats, il est préférable qu'une équipe interdisciplinaire intervienne dans les SCS. La complexité des enjeux des usagers de SCS nécessite une réponse tout aussi complexe. En effet, les usagers ont des enjeux reliés à la consommation, mais ils peuvent aussi vivre des enjeux de santé physique, de santé mentale, d'itinérance, de désaffiliation et autres. De plus, certains sont particulièrement vulnérables comme consommateurs comme les personnes ayant un handicap physique ou psychologique, les jeunes et les femmes. C'est pourquoi l'équipe doit être interdisciplinaire, c'est-à-dire capable de répondre à cette complexité présentée par les personnes consultant le SCS. En effet, Galarneau *et al.* (2023) appuient la pertinence d'une équipe interdisciplinaire afin de répondre à la diversité des besoins de la clientèle.

L'équipe compte donc des pairs-aidants, des infirmiers et des intervenants. Plusieurs auteurs mentionnent l'apport spécifique de chaque membre (Fast *et al.*, 2008; Kennedy, Klassen, *et al.*, 2019; Small *et al.*, 2012). Les pairs-aidants permettent entre autres de faciliter la prise de contact avec les usagers, l'actualisation d'une approche basée sur le vécu expérientiel et ils agissent comme experts de la consommation. D'ailleurs, d'autres auteurs ont publié des idées en cohérence avec l'importance de l'interdisciplinarité d'une équipe en SCS. En effet, Foreman-Mackey *et al.* (2019) présentent aussi la force qu'est la création de lien entre les usagers de SCS et les pairs-aidants qui y travaillent. La présence de pairs-aidants au sein de l'équipe interdisciplinaire est appuyée à nouveau par les écrits plus récents comme Ivsins *et al.* (2023). Les infirmiers agissent comme experts de la santé au sein de l'équipe. Les auteurs sont en cohérence à ce qui a trait à la pertinence des infirmiers dans l'enseignement fait aux usagers (Fast *et al.*, 2008; Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Glendenning, 2016; Marshall *et al.*, 2009; Small,

Moore, *et al.*, 2012; Small, Wood, *et al.*, 2012; Wood *et al.*, 2008). Les intervenants s'assurent du bon fonctionnement du service et agissent comme experts de l'intervention sociale au sein de l'équipe. Les auteurs sont aussi en accord en ce qui a trait des intervenants psychosociaux au sein de l'équipe interdisciplinaire à titre d'experts des interventions psychosociales (Glendenning, 2016). Comme mentionné plus haut, ces intervenants psychosociaux peuvent provenir de diverses formations en relation d'aide comme la psychoéducation, l'éducation spécialisée, le travail social, la criminologie et autres.

Certains auteurs s'attardent davantage à la cohérence entre les différents acteurs de l'équipe interdisciplinaire des SCS. En effet, il faut être soucieux que les professionnels de l'équipe interdisciplinaire ne rendent pas précaires les interventions des pairs-aidants (Betsos *et al.*, 2022). De plus, certains auteurs mettent davantage de l'avant l'importance que toute l'équipe interdisciplinaire soit en mesure d'inverser une surdose, de faire la surveillance des symptômes de surdose et de stimuler (stimulation verbale, physique et douloureuse) les usagers à risque de surdose (Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Small *et al.*, 2012).

La place au sein de l'équipe interdisciplinaire des pairs-aidants peut soulever certains questionnements. En effet, certains auteurs soulèvent les risques reliés à la confiance des usagers envers l'équipe du SCS en raison de la limitation des connaissances académiques des pairs-aidants (Fast *et al.*, 2008; Kennedy, Boyd, *et al.*, 2019). En effet, le vécu expérientiel est le principal baguage utilisé par les pairs-aidants en intervention. D'un côté, ce baguage permet d'apporter une vision singulière et rassurante pour certains alors que pour d'autres, cela peut être insécurisant. L'interdisciplinarité de l'équipe permet de pallier ce manque d'expertise professionnelle des pairs-aidants. De plus, certaines instances offrent des formations d'intervention pour les pairs-aidants comme l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) qui offre une formation spécialisée en intervention par les pairs (AQRP, 2024).

## 5.2. Adaptation de l'environnement

Les SCS sont des milieux qui se méritent d'être planifiés avec rigueur et exhaustivité. En effet, la planification de l'environnement doit tenir compte à la fois des conditions facilitant le bon fonctionnement du service, mais favorisant aussi l'accueil inconditionnel et le sentiment de sécurité des parties prenantes. En effet, les SCS sont régis par une approche de santé publique et doivent donc rendre leurs services accessibles aux plus grands nombres possibles de personnes pouvant bénéficier de ces services. Il est donc important de s'adapter aux enjeux divers de la population comme le respect du rituel, le respect du temps de consommation, le sentiment de sécurité individuelle et l'offre de service variée. Cependant, comme rapportée dans les résultats, la sécurité est probablement la notion la plus importante dans un SCS. Alors, les SCS se doivent d'être adaptés et adaptables à la population desservie.

L'idée de l'adaptation doit prendre en considération les méthodes de consommation utilisée par les usagers d'un SCS. En effet, la planification de cubicules d'inhalation ne demande pas les mêmes installations qu'un cubicule d'injection. Certains auteurs mettent davantage de l'avant l'importance d'avoir la possibilité de consommer par inhalation dans les SCS pour diverses raisons : limitation de la violence sociale, possibilité de passer d'une consommation par injection vers une consommation par inhalation ou limiter la valorisation de l'injection comme moyens de consommation en offrant des services uniquement pour ce moyen (Bourque *et al.*, 2019; Foreman-Mackey *et al.*, 2019; Kerr *et al.*, 2017; Small, Moore, *et al.*, 2012). Certains auteurs soulèvent aussi les désavantages d'offrir les deux moyens de consommation dans un seul SCS : exposition des personnes consommant par inhalation aux personnes consommant par injection (Bourque *et al.*, 2019). De son côté, Lu *et al.* (2024) mettent de l'avant le nombre limité d'écrits au sujet de l'inhalation dans les SCS. Un autre écrit encourage la mise en place de cubicules de consommation par inhalation dans les SCS (Galarneau *et al.*, 2023). Malgré ces débats, peu d'auteurs ont abordé cette question de la cohabitation des services d'injection et

d'inhalation au sein des SCS, ce qui mériterait davantage d'attention. D'ailleurs, selon le Gouvernement du Canada (2024d), peu de SCS offrent l'inhalation dans leurs services au Canada.

Un enjeu associé à la complexité de l'adaptation de l'environnement est la recherche d'équilibre entre l'accueil inconditionnel, la sécurité et le bon fonctionnement. Dans la section des résultats, certains auteurs suggèrent de s'adapter à la singularité des usagers ce qui peut engendrer une certaine complexité dans l'intervention. Certains auteurs proposent d'agir en prévention en minimisant les risques environnementaux (ex : lieu physique limitant les risques de vente, de conflit et d'accident). Par exemple, certains écrits précisent la trajectoire de service : il est pertinent de demander la substance consommée et le moyen de consommation dès l'accueil afin d'adapter les interventions en conséquence (Bourque *et al.*, 2019; Glendenning, 2016). En effet, le membre de l'équipe interviendra différemment avec une personne consommant des stimulants qu'avec une personne consommant des opioïdes. Bien que la prévention se voit comme une partie de la solution, la singularité demeure et cette singularité peut être difficilement répondue dans le contexte d'un mandat populationnel. Une réflexion clinique effectuée par l'équipe interdisciplinaire pourrait être la seconde partie de cette solution. Comme mentionné plus haut, aux enjeux complexes, il faut une réponse complexe.

### **5.3. Sentiment de sécurité au cœur des SCS**

Les écrits recensés mettent de l'avant un concept primordial dans les SCS : la sécurité. En effet, la sécurité est présentée sous plusieurs formes : physique, relationnelle et macrosociale. Les SCS doivent permettre l'intégrité physique des usagers, et ce, autant par les interventions au niveau des règles, par l'entretien des lieux physiques, par la valorisation et l'enseignement des bonnes pratiques d'injection, par les soins physiques et par les intentions en situation de surdose. Les SCS comme organisation et son personnel doivent aussi développer et entretenir un lien de confiance important avec la communauté consommatrice en valorisant l'expertise de la

communauté. L'institution que sont les SCS doit aussi permettre la défense des droits de la communauté consommatrice ainsi que combattre les violences sociales à l'égard des personnes consommatrices. La sécurité doit transparaître à travers les savoirs, les savoir-faire et le savoir-être de l'équipe interdisciplinaire.

Les informations concernant la sécurité ressortent clairement dans les résultats des articles scientifiques recensés, indiquant l'importance de cette composante. Glendenning (2016) souligne que les SCS permettent entre autres aux usagers de développer un sentiment de sécurité afin d'inverser la spirale de la criminalité et d'ainsi, entamer la guérison. Selon les résultats recueillis, la sécurité dans un SCS s'actualise par la sécurité physique, la sécurité sociale et le développement d'un lien de confiance. La confidentialité peut être un élément favorable au développement d'un lien de confiance. Peu d'écrits recensés abordent l'importance de la confidentialité. Galarneau *et al.* (2023) viennent appuyer l'importance de cette confidentialité.

Les écrits présentés dans les résultats de cet essai abordent peu la sécurité des voisins d'un SCS. Côté-Lussier et Rodrigues (2024) mettent de l'avant le sentiment de sécurité des populations avoisinant un SCS. Ils mentionnent les risques de rechute pour les personnes ayant un présent ou un passé de consommation vivant à proximité des SCS ainsi que le manque d'écrits à ce sujet.

Greene *et al.* (2023) abordent la présence d'un garde de sécurité ou d'une patrouille policière afin de favoriser le sentiment de sécurité dans l'environnement des SCS. Cependant, les écrits recensés mettent de l'avant l'enjeu que peut représenter la présence policière à proximité d'un SCS pour le sentiment de sécurité des usagers.

L'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) a créé une formation sur l'accompagnement à l'injection abordant, entre autres, l'importance d'opter pour une posture d'ouverture et d'écoute à travers l'actualisation du savoir-être de l'intervenant (Rondeau et Caron, 2024). Le concept de la confiance, de la sécurité et de la considération sont des éléments importants dans un SCS. Ces schèmes relationnels se rapportent à ceux du psychoéducateur. L'application de la psychoéducation sera mise de l'avant dans la section ci-dessus portant sur les implications cliniques et les liens du présent essai avec la psychoéducation.

#### **5.4. Forces et limites de l'étude**

Cette recension des écrits comporte quelques limites. En effet, la rédaction du présent essai s'est déroulé sur une année ce qui peut rendre obsolètes certaines informations. Cependant, les écrits recensés depuis mars 2023 ne semblent pas apporter de changements significatifs aux informations recensées. Le nombre d'écrits portant sur le sujet du présent essai est limité. Ce fait oblige la consultation d'écrits ayant plus de 10 ans. Une force de l'essai repose sur l'expérience terrain en SCS de l'auteur, aidant à apporter des commentaires et des explications se basant sur les connaissances expérientielles d'intervention enrichissant ainsi la réflexion.

#### **5.5. Implications cliniques et liens avec la psychoéducation**

Les SCS sont des milieux d'intervention dans lesquels le vécu partagé est particulièrement présent. Comme mentionné plus haut, les personnes consommatrices ont régulièrement des rituels propres à elles. Ces rituels peuvent demander d'être seuls ou accompagnés. Cependant, dans le contexte d'un SCS, la personne consommatrice se voit contrainte d'ajouter un observateur à son rituel. Alors, l'employé du SCS se voit donc partager un moment particulier avec la personne soit l'accomplissement du rituel de consommation de l'usager du SCS. De plus, selon le *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2010)* pour certaines personnes, la

consommation est un moyen de fuite ou de protection. Alors, lorsqu'une personne consomme devant un employé du SCS, elle effectue une certaine mise à nu psychologique en plus de devoir se dévêter une partie du corps afin de consommer par injection (ex : retrait des vêtements du haut du corps ou autre). Afin d'assurer son accompagnement dans le respect du rituel et de la vulnérabilité de l'usager tout en assurant sa sécurité, l'employé du SCS doit actualiser ses savoirs, son savoir-faire et son savoir-être que l'on retrouve en psychoéducation (Gendreau, 2001; Maïano *et al.*, 2020).

### **5.5.1. Savoirs**

Selon Gendreau (2001), l'éducateur en psychoéducation se doit d'être formé à l'approche humaniste. Dans l'actualisation de la réduction des méfaits, l'intervenant se doit d'avoir des connaissances au sujet de l'humanisme et du pragmatisme qui définissent l'approche en soi. Ce savoir permet ensuite d'actualiser un savoir-faire et un savoir-être adapté aux usagers du milieu. Le savoir au sujet de l'approche de réduction des méfaits se voit important dans le cadre des interventions qu'exerce un employé d'un SCS.

Le présent essai met de l'avant la complexité des enjeux avec lesquels les employés d'un SCS doivent conjuguer. Il est donc primordial que l'employé d'un SCS possède des savoirs au sujet de ces clientèles particulières, des enjeux sociaux associés à la consommation, des enjeux de santé mentale concomitants à la consommation, des substances en soi et des dynamiques de la communauté consommatrice. Comme mentionné plus haut, un SCS se doit d'être adapté et adaptable aux différents besoins des usagers. Afin d'offrir un potentiel expérientiel adéquat au potentiel adaptatif de chaque usager qui fréquente un SCS, l'équipe doit posséder les savoirs nécessaires afin de modeler convenablement l'environnement (Limoge, 2020). En somme, le présent essai peut permettre aux employés des SCS d'avoir une base de savoirs afin d'avoir une réflexion clinique adaptée aux usagers de leur service.

### **5.5.2. Savoir-être**

Tout au long de l'essai, plusieurs schèmes relationnels du psychoéducateur ont été mis de l'avant (Gendreau, 2001; LeBlanc, 2020). Le schème le plus mis de l'avant est bien entendu celui de la sécurité. En effet, dans le contexte d'un SCS la sécurité se voit comme un schème relationnel, comme une valeur et comme une priorité. Comme mentionné plus haut, la sécurité s'actualise par une sécurité physique, relationnelle et macrosociale. Comme certains auteurs le nomment, le sentiment de sécurité qu'actualise l'équipe agissant en reversement de surdose se diffuse chez les usagers d'un SCS. La sécurité s'actualise aussi dans l'application des règles d'un SCS.

Rondeau et Caron (2024) mettent de l'avant l'importance d'actualiser une réelle considération de l'usager lors de l'accompagnement dans l'injection. L'usager demeure un expert de sa propre consommation. Rondeau et Caron (2024) illustrent la considération par le respect et la tolérance. La considération s'actualise aussi par la connaissance et la reconnaissance de l'autre. En effet, selon Gendreau (2001) ce schème relationnel s'illustre entre autres par une reconnaissance de l'unicité de chacun. Dans un SCS, l'intervenant doit connaître les intérêts des usagers, connaître et respecter les rituels de chacun ou reconnaître l'usager comme un individu et non seulement comme un consommateur.

Le schème de la confiance s'illustre entre autres par l'assurance que présente l'intervenant dans son rôle dans le SCS. L'intervenant connaît les techniques de consommation sécuritaire et les enseigne aux usagers. Il développe son lien à travers la vulnérabilité de l'usager qui consomme dans le SCS et s'y fit pour intervenir tout comme le suggère Gendreau (2001). L'usager gagne confiance envers l'institution qu'est le SCS. Ce lien de confiance peut se transférer vers le secteur public lors d'un référencement. Pour ce faire l'intervenant doit suivre le rythme de l'usager, et ce, selon le stade de changement auquel l'usager se situe (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien ou rechute) selon l'entretien motivationnel.

Toujours dans une optique de respecter le rythme de l’usager, l’intervenant se doit de demeurer disponible aux demandes et aux besoins des usagers. En effet, l’équipe doit, en tout temps, être en mesure d’intervenir en situation d’urgence afin de renverser une surdose. Selon Rondeau et Caron (2024), la disponibilité de l’intervenant dans l’accompagnement à l’injection s’illustre par une ouverture à l’usager. L’usager doit suffisamment percevoir cette ouverture afin de demander de l’aide. Comme mentionné plus haut, la demande d’aide en soi peut être un frein à l’accompagnement dans l’injection.

L’intervenant en SCS se doit de demeurer authentique devant les usagers (Gendreau, 2001). Les personnes consommatrices demeurent les experts de leur consommation. L’intervenant doit éviter d’assumer être un expert et faire confiance aux connaissances de l’usager. Par cette humilité, l’usager peut gagner confiance en l’intervenant.

Pour finir, l’intervenant doit faire preuve d’empathie envers les usagers fréquentant un SCS. Certaines personnes consommatrices consomment afin de fuir une souffrance (CAMH, 2010). La consommation en soi peut être souffrante par les difficultés d’injection, les difficultés d’approvisionnement, les *bad trip*, les symptômes de sevrage et autres. L’intervenant doit être conscient de la vulnérabilité de l’usager lorsqu’il consomme (Gendreau, 2001).

### **5.5.3. Savoir-faire**

Les opérations professionnelles du psychoéducateur (Gendreau, 2001; Daigle, Renou et Bolduc, 2020; Renou, 2005) s’actualisent autant dans le processus de mise en place d’un SCS que dans son fonctionnement quotidien. En effet, les résultats du présent essai mettent de l’avant l’importance de l’observation et de la pré-évaluation afin de mettre en place un SCS dans un milieu. Les auteurs mettent de l’avant, entre autres, la considération des milieux d’acquisition de

substance. La planification du service doit considérer, entre autres, la réflexion au sujet de règles adaptées au milieu. La structure d'ensemble en psychoéducation (Gendreau, 2001; Daigle, Renou et Bolduc, 2020) se voit pertinente dans la planification d'un SCS considérant la complexité des enjeux et la nécessité d'être adapté et adaptable aux usagers. L'organisation doit permettre d'adapter le milieu aux besoins des usagers (sécurité, sentiment d'appartenance et autres). L'animation du SCS se fait par la supervision de la consommation au quotidien. L'utilisation s'actualise, entre autres, lors des interventions de renversement de surdose. La post-évaluation s'effectue, entre autres, dans le monitorage des surdoses non mortelles, les surdoses mortelles, la fréquentation et autres. Bien entendu, la communication s'actualise par les référencements, les échanges avec les partenaires et autres.

Au quotidien, l'observation s'actualise lors de l'arrivée d'un usager dans le SCS (état de santé, niveau de consommation). La pré-évaluation s'effectue lors de la prise de contact où l'intervenant explore l'état de la personne, ses consommations récentes et ses besoins (enseignement de bonnes pratiques, enseignement sur les substances et autres). La planification s'effectue lorsque l'usager nomme ce qu'il va consommer. L'organisation s'effectue lorsque l'usager prépare sa substance. L'animation peut être la consommation en soi. L'utilisation s'actualise dans la réponse aux besoins de l'usager (accompagnement dans la consommation, renversement de surdose et autres). La post-évaluation s'effectue en évaluant l'état de l'usager en consommation. Bien entendu, tout au long de la trajectoire de service, l'usager et l'équipe communiquent afin d'assurer le bon déroulement de la consommation.

## 6. Conclusion

Depuis l'ouverture d'*Insite*, en 2003, la présence des SCS en Amérique du Nord, surtout au Canada, a pris de l'importance de façon exponentielle. Ce milieu offre plusieurs services à la communauté consommatrice tels que la supervision de consommation, le renversement de surdose, la facilitation d'accès aux ressources, les soins et autres. Comme mentionné dans

l'introduction du présent essai, la pertinence de ces services s'est vue démontrée à maintes reprises. Une fois cette prémissse établie, le présent travail avait pour objectif de mettre de l'avant les interventions de réduction des méfaits effectuées dans ces milieux. En résumé, selon la recension des écrits, l'utilisation d'une équipe interdisciplinaire se voit comme une intervention nécessaire afin de répondre aux difficultés complexes des utilisateurs de services par sa complémentarité. Ensuite, l'adaptation de l'environnement est une intervention primordiale afin de favoriser le bon fonctionnement, le sentiment de sécurité et de confiance des usagers. Finalement, le sentiment de sécurité se voit au cœur des SCS, et ce, autant à titre de schème relationnel, de valeur que de priorité. De plus, les SCS se voient comme des milieux dans lesquels la psychoéducation s'actualise au quotidien par, entre autres, sa possibilité de vécu partagé et par la pertinence d'actualisation des schèmes relationnels psychoéducatifs. En conclusion, les SCS sont un autre milieu communautaire dans lequel la psychoéducation a sa place et son importance. Malgré ce constat, selon l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ) (2024), en date du 31 mars 2024, les professionnels de la psychoéducation exerçant en milieu communautaire représentent une minorité soit environ 3% des psychoéducateurs pratiquants.

## 7. Références

Arredondo-Sánchez Lira, J., Fleiz-Bautista, C., Baker, P., Villatoro-Velázquez, J. A., Domínguez-García, M., et Beletsky, L. (2019). Attitudes towards safe consumption sites among police and people with lived experience in Tijuana, Mexico: Initial report from the field. *Salud Mental*, 42(4), 185-189. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.024>

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2024). *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs*. <https://www.aqrp-sm.org/formations-pairs-aidants-adultes>

Australian Institute of Health and Welfare. (2024). *Alcohol, tobacco & other drugs in Australia*. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol/alcohol-tobacco-other-drugs-australia/contents/drug-types/illicit-opioids-including-heroin#Deaths>

Barry, C. L., Sherman, S. G., Stone, E., Kennedy-Hendricks, A., Niederdeppe, J., Linden, S., et McGinty, E. E. (2019). Arguments supporting and opposing legalization of safe consumption sites in the US. *International Journal of Drug Policy*, 63, 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.10.008>

Betsos, A., Valleriani, J., Boyd, J., et McNeil, R. (2022). Beyond co-production: The construction of drug checking knowledge in a Canadian supervised injection facility. *Social Science & Medicine*, 314, 115-229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115229>

Bourque, S., Pijl, E. M., Mason, E., Manning, J., et Motz, T. (2019). Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. *Revue canadienne de santé publique*, 110(2), 210-215. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00180-w>

Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: Sources, situation, pratiques*. [https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques\\_dec-1997.pdf](https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf)

Center for Addiction and Mental Health. (2010). *La toxicomanie Guide d'information*. <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/addiction-guide-fr.pdf>

Côté-Lussier, C., et Rodrigues, P. (2024). The public health impacts of supervised injection sites in Canada: Moving beyond social acceptability and impacts on crime. *Revue canadienne de santé publique*, 115(3), 468-471. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00874-w>

Daigle, S., Renou, M. et Bolduc, S. (2020). Les opérations professionnelles en psychoéducation. Dans Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A., et Lafantaisie, V. (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 81-104). Presses de l'Université du Québec.

Drug Enforcement Administration. (2016). *DEA Issues Carfentanil Warning To Police And Public*. <https://www.dea.gov/press-releases/2016/09/22/dea-issues-carfentanil-warning-police-and-public>

Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., et Jeannin, A. (2008). Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *European addiction research*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1159/000110405>

European Union Drugs Agency. (2024). *Drug-induced deaths – the current situation in Europe*. [https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-induced-deaths\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-induced-deaths_en)

Fast, D., Small, W., Wood, E., et Kerr, T. (2008). The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J*, 5(32). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-32>

Foreman-Mackey, A., Bayoumi, A. M., Miskovic, M., Kolla, G., et Strike, C. (2019). "It's our safe sanctuary": Experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. *International Journal of Drug Policy*, 73, 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.019>

Gagnon, M. (2017). It's time to allow assisted injection in supervised injection sites. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 189(34), 1083-1084. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170659>

Galarneau, L. R., Speed, K., Taylor, M., et Hyshka, E. (2023). Operating an overdose prevention site within a temporary emergency shelter during the COVID-19 pandemic. *Revue canadienne de santé publique*, 114(5), 787-795. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00803-3>

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions Sciences et culture.

Glendenning, J. (2016). Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine: L'exemple du site d'injection supervisée Insite dans le Downtown East Side à Vancouver. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 28(1), 195-210. <https://doi.org/10.7202/1039181ar>

Goodman-Meza, D., Arredondo, J., Slim, S., Angulo, L., Gonzalez-Nieto, P., Loera, A., Shoptaw, S., Cambou, M. C., et Pitpitan, E. V. (2022). Behavior change after fentanyl testing at a

safe consumption space for women in Northern Mexico: A pilot study. *The International journal on drug policy*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103745>

Gouvernement du Canada. (2024a). *Fentanyl*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/fentanyl.html>

Gouvernement du Canada. (2024b). *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/graphiques.html?ind=10&unit=1>

Gouvernement du Canada. (2024c). *Sites de consommation supervisée*. <https://sante-infobase.canada.ca/services-consommation-supervisee/>

Gouvernement du Canada. (2024d). *Sites de consommation supervisée : statut des demandes*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html>

Gouvernement du Québec. (2024). *Services de consommation supervisée*. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/problemes-de-consommation-ou-de-dependance/services-de-consommation-supervisee>

Gouvernement du Québec. (2025). *Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss>

Green, T. C., Hankins, C. A., Palmer, D., Boivin, J.-F., et Platt, R. (2004). My Place, Your Place, or a Safer Place. *Revue canadienne de santé publique*, 95(2), 110-114. <https://doi.org/10.1007/bf03405777>

Greene, C., Maier, K., et Urbanik, M.-M. (2023). "It's just not the same": Exploring PWUD" perceptions of and experiences with drug policy and SCS services change in a Canadian City. *International Journal of Drug Policy*, 111, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103934>

Greenwald, Z. R., Bouck, Z., McLean, E., Mason, K., Lettner, B., Broad, J., Dodd, Z., Nassau, T., Scheim, A. I., et Werb, D. (2022). Integrated supervised consumption services and hepatitis C testing and treatment among people who inject drugs in Toronto, Canada: A cross-sectional analysis. *Journal of viral hepatitis*, 30(2), 160-171. <https://doi.org/10.1111/jvh.13780>

Harm Reduction International. (2023). *The Global State of Harm Reduction*. <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/>

Ivsins, A., Warnock, A., Small, W., Strike, C., Kerr, T., et Bardwell, G. (2023). A scoping review of qualitative research on barriers and facilitators to the use of supervised consumption

services. *The International journal on drug policy*, 111.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103910>

Jozaghi, E. (2022). The Opioid Epidemic: Task-Shifting in Health Care and the Case for Access to Harm Reduction for People Who Use Drugs. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 52(2), 261-268.  
<https://doi.org/10.1177/0020731420914820>

Karamouzian, M., Dohoo, C., Forsting, S., McNeil, R., Kerr, T., et Lysyshyn, M. (2018). Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 15(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12954-018-0252-8>

Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., et McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60-68.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>

Kennedy, M. C., Klassen, D. C., Dong, H., Milloy, M. J. S., Hayashi, K., et Kerr, T. H. (2019). Supervised Injection Facility Utilization Patterns: A Prospective Cohort Study in Vancouver, Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(3), 330-337.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.024>

Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., et McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>

Landry, M., et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/007187ar>

LeBlanc, L. (2020). Les attitudes professionnelles en psychoéducation. Dans Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A., et Lafantaisie, V. (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 105-126). Presses de l'Université du Québec.

León, C., Cardoso, L., Mackin, S., Bock, B., et Gaeta, J. M. (2018). The willingness of people who inject drugs in Boston to use a supervised injection facility. *Substance abuse*, 39(1), 95-101. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1365804>

Levengood, T. W., Yoon, G. H., Davoust, M. J., Ogden, S. N., Marshall, B. D. L., Cahill, S. R., et Bazzi, A. R. (2021). Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(5), 738-749.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.017>

Limoge, J-F. (2020). Le modèle psychoéducatif. Dans Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A., et Lafantaisie, V. (dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (p. 57-80). Presses de l'Université du Québec.

Logan, D. E., et Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20669>

Lu, A., Kim, C., Rosen, J. G., Thompson, E., Tardif, J., Welwean, R., et Park, J. N. (2024). Supervised Inhalation Sites: Preventing Overdose and Reducing Health Inequities among People Who Use Drugs. *Substance Use & Misuse*, 59(4), 520-526.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2287195>

Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A., et Lafantaisie, V. (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. Presses de l'Université du Québec.

Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.  
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1)

Marshall, B. D. L., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. G., et Kerr, T. (2009). Condom use among injection drug users accessing a supervised injecting facility. *Sexually transmitted infections*, 85(2), 121-126. <https://doi.org/10.1136/sti.2008.032524>

Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S., et Kerr, T. (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), 1429-1437.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)62353-7)

McNeil, R., et Small, W. (2014). "Safer environment interventions": A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 106, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.051>

National Center for Health Statistics. (2024). *Drug Overdose Deaths in the United States, 2002–2022*. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db491.pdf>

National Institute on Drug Abuse. (2023). *Misuse of Prescription Drugs Research Report*. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/overview>

Office for National Statistics. (2023). *Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2022 registrations*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2022registrations>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *Qui sont les psychoéducateurs et psychoéducatrices ?* <https://ordrepsed.qc.ca/les-psychoeducateurs-et-psychoedcatrices/qui-sont-les-ps-ed/>

Organisation mondial de la Santé. (2023). *Surdose d'opioïdes.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose#:~:text=Le%20fentanyl%20est%20un%20puissant,l'OMS%20des%20m%C3%A9dicaments%20essentiels.>

Paumier, R. (2022). Between zero risk and harm reduction: An ethnography of Montreal supervised injection services as a public policy instrument. *The International journal on drug policy, 104.* <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103694>

Pijl, E., Oosterbroek, T., Motz, T., Mason, E., et Hamilton, K. (2021). Peer-assisted injection as a harm reduction measure in a supervised consumption service: A qualitative study of client experiences. *Harm Reduction Journal, 18.* <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00455-3>

Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., et Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend, 145*, 48-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>

Radio-Canada. (2024). *La promesse de Pierre Poilievre de fermer des centres de consommation supervisée inquiète.* <https://ici.radio-canada.ca/rci/fr/nouvelle/2088639/poilievre-centre-injection-supervise>

Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode.* Éditions Sciences et culture.

Rondeau, M., et Caron, J. B. (2024). *Enseignement de techniques d'injection à risque réduit de substances psychoactives.* <https://dependanceitinerance.ca/ressource/outils-sur-linjection-a-risque-reduit/>

Santé Canada. (2024). *Mesures fédérales sur la crise des surdoses.* <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/opioids/federal-actions/overview/apercu-2024-fr.pdf>

Small, W., Moore, D., Shoveller, J., Wood, E., et Kerr, T. (2012). Perceptions of risk and safety within injection settings: Injection drug users' reasons for attending a supervised injecting facility in Vancouver, Canada. *Health, Risk & Society, 14*(4), 307-324. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.680950>

Small, W., Wood, E., Tobin, D., Rikley, J., Lapushinsky, D., et Kerr, T. (2012). The Injection Support Team: a peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. *Subst Use Misuse, 47*(5), 491-501. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.644107>

Small, W., Wood, E., Tobin, D., Rikley, J., Lapushinsky, D., et Kerr, T. (2012). The Injection Support Team: A Peer-Driven Program to Address Unsafe Injecting in a Canadian Setting. *Substance Use & Misuse*, 47(5), 491-501. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.644107>

Watson, T. M., Bayoumi, A. M., Hopkins, S., Wright, A., Naraine, R., Khorasheh, T., Challacombe, L., et Strike, C. (2018). Creating and sustaining cooperative relationships between supervised injection services and police: A qualitative interview study of international stakeholders. *International Journal of Drug Policy*, 61, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.08.001>

Watson, T. M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., et Bayoumi, A. M. (2015). "Drugs don't have age limits": The challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(4), 370-379. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1034239>

Wolfson-Stofko, B., Elliott, L., Bennett, A. S., Curtis, R., et Gwadz, M. (2018). Perspectives on supervised injection facilities among service industry employees in New York City: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 62, 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.08.016>

Wood, R. A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. G., et Kerr, T. (2008). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.01.003>

## Appendice A

### *Liste de références utilisées dans les résultats*

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
Bourque, Pijl, Mason, Manning et Motz	<b>1. Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services (2019)</b>	Recherche qualitative d'entrevues ayant lieu lors des visites du service en février 2018.	Clientèle (n=654) fréquentant un SCS situé au Canada dont 382 hommes et 272 femmes dont environ 72% se situent entre 20 et 39 ans. 401 personnes s'identifiant comme autochtones, 133 comme Caucasiennes et 70 comme autres.	L'inhalation se voit comme une avenue à moindre risque pour les personnes consommatrices de psychotropes. L'acceptabilité de ce service par la clientèle se voit relativement haute et le gouvernement du Canada semble ouvert à donner suite au projet.
Pijl, Oosterbroek, Motz, Mason et Hamilton	<b>2. Peer-assisted injection as a harm reduction measure in a supervised consumption service: A qualitative study of client experiences (2021)</b>	Recherche qualitative d'entrevues en profondeur semi-structurees en janvier 2020.	Clientèle (n=16) fréquentant un SCS réglementé au Canada ayant un programme d'injection assisté par les pairs, dont neuf hommes, sept femmes, une moyenne d'âge de 36,6 ans,	Le programme d'injection assistée par les pairs réduit les risques reliés à la consommation de psychotrope. L'acceptabilité du programme par la clientèle est relativement haute malgré quelques éléments en contrepartie.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
			13 personnes s'identifiant comme autochtones, et trois comme Caucasiennes.	
Wood, Wood, Lai, Tyndall, Montaner et Kerr	<b>3. Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility (2008)</b>	Recherche qualitative d'entrevue en profondeur entre le 1 <sup>er</sup> mars 2004 et le 1 <sup>er</sup> mars 2005.	Clients (n=1087) d'un site de consommation supervisée canadien dont 315 femmes, 209 personnes s'identifiaient comme autochtones et la moyenne d'âge de 38,5 ans.	L'étude appuie la nécessité de la présence de personnel infirmier dans un SIS. Elle appuie aussi la pertinence de cette présence par l'impact qu'elle a sur une clientèle particulièrement vulnérable soit des personnes à risque d'ITSS.
Watson, Strike, Kolla, Penn et Bayoumi	<b>4. "Drugs don't have age limits": The challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities (2015)</b>	Recherche qualitative à l'aide d'entrevue en profondeur avec des informateurs clés et des participants à des groupes de discussion.	Personne consommatrice de psychotropes (n=95), intervenants et autres acteurs (n=141) (policiers, pompiers et des services d'urgence, fonctionnaires municipaux,	L'étude met de l'avant le malaise social entourant la consommation de drogues chez les mineurs. Le consensus entourant l'âge minimum d'accès aux services d'un SCS n'est toujours pas établi. Les auteurs insistent sur l'importance d'agir en prévention auprès des jeunes consommateurs afin d'éviter la cristallisation des comportements de consommation.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
			<p>fournisseurs de soins de santé, résidents et représentants d'entreprises) de Toronto, Canada.</p> <p>La moyenne d'âge est de 42 ans pour les personnes consommatrices et la moyenne d'âge pour les autres acteurs est de 46 ans.</p>	
McNeil et Small	<b>5. ‘Safer environment interventions’: A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs (2014)</b>	Résultats d'une revue systématique et d'une méta-analyse d'études qualitatives de 29 articles représentant 21 études.	Utilisateurs de services d'échanges de seringues, des SIS et de réduction des méfaits par les pairs de 1992 à 2012 dans la région de Vancouver, Canada (n=plus de 800).	L'article met en lumière la pertinence des services de réduction des méfaits du point de vue des utilisateurs de services. Il met aussi de l'avant l'importance des interventions plus macroscopiques telles que les politiques en matière de drogues.
Kennedy, Boyd, Mayer, Collins, Kerr et McNeil	<b>6. Peer worker involvement in low-threshold</b>	Recherche qualitative basée sur	Utilisateurs de services d'un SCS canadien	L'article met en lumière la nécessité de l'implication des pairs-aidants de la mise en place d'un SCS et dans l'actualisation du service. Leur

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
	<b>supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada (2019)</b>	environ 185 heures d'observation sur le terrain et 72 entretiens approfondis.	(n=72) dont 29 femmes, 40 hommes, 3 personnes transgenres, bispirituelles ou non-binaire, 32 caucasiens, 33 autochtones, 3 autres et une moyenne d'âge de 44 ans.	présence favorise de sentiment de sécurité chez la clientèle et la création d'un lien entre le service et la clientèle.
Karamouzian, Dohoo, Forsting, McNeil, Kerr et Lysyshyn	<b>7. Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada (2018)</b>	Recherche quantitative de résultats vérification de substance ayant eu lieu dans Insite du 7 juillet 2016 au 21 juin 2017.	Utilisateurs de service du SCS Insite à Vancouver, Canada volontaire au projet d'étude (n=1 411) sur un total de 134 176 visites.	L'étude met en lumière l'importance de l'intervention de réduction des méfaits qu'est la vérification de substances. Elle met de l'avant les efforts qui doivent être déployés afin d'observer une certaine acceptabilité du service par les clients.
Greenwald, Bouck, McLean, Mason, Lettner, Broad <i>et al.</i>	<b>8. Integrated supervised consumption services and hepatitis C testing and treatment among people who inject drugs in Toronto,</b>	Recherche quantitative d'entrevue en profondeur ayant eu lieu entre novembre 2018 et mars 2020.	Utilisateurs de service d'un SCS de Toronto, Canada (n=701) dont 225 femmes, 452 hommes, 24 autres genres, 375 Caucasiens,	L'étude met en lumière que la présence de services infirmiers en lien avec le VHC en SCS augmente les probabilités que les UDI utilisent de tels services.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
	<b>Canada: A cross-sectional analysis (2022)</b>		235 autochtones, 90 autres ethnies et une moyenne d'âge de 40 ans.	
Wolfson-Stofko, Elliott, Bennett, Curtis et Gwadz	<b>9. Perspectives on supervised injection facilities among service industry employees in New York City: A qualitative exploration (2018)</b>	Recherche qualitative d'entrevue en profondeur ayant eu lieu de novembre 2005 à février 2006.	Utilisateurs de service d'un SCS au Canada (n=50) dont 21 femmes, 28 hommes, une personne transgenre, 13 personnes autochtones et 37 personnes d'autres ethnies et une moyenne d'âge de 38 ans.	L'étude met de l'avant le haut potentiel d'enseignement que possèdent les SCS et qu'il s'agit d'une intervention pertinente à faire dans le milieu.
Watson, Bayoumi, Hopkins, Wright, Naraine, Khorasheh <i>et al.</i>	<b>10. Creating and sustaining cooperative relationships between supervised injection services and police: A qualitative interview study of international stakeholders (2018)</b>	Recherche qualitative d'entrevue téléphonique semi-structurée entre juin 2017 et novembre 2017.	16 entretiens téléphoniques avec des responsables de SCS (n=10) et d'agents de liaison de service de police (n=6) dans 10 villes de sept pays différents (Australie, Canada,	L'article met en lumière les conditions qui favorisent ou qui nuisent à l'établissement d'une collaboration entre les services de police et le personnel et/ou les clients d'un SCS. La recherche met aussi de l'avant des façons faire afin que les services de police et les SCS puissent agir sur des besoins similaires.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
			Danemark, France, Allemagne, Pays-Bas et Espagne).	
Marshall, Wood, Zhang, Tyndall, Montaner et Kerr	<b>11. Condom use among injection drug users accessing a supervised injecting facility (2009)</b>	Analyse longitudinale quantitative de deux ans auprès d'usagers passés en entrevue tous les six mois.	Utilisateurs de service d'un SCS à Vancouver, Canada (n=1 090) dont 240 femmes, 148 personnes autochtones, 82 personnes issues de la communauté LGBT et une moyenne d'âge d'environ 37 ans.	L'article met en lumière que les principaux utilisateurs de préservatifs parmi les usagers du SCS sont les personnes séropositives et les partenaires occasionnels. Il met de l'avant la pertinence des interventions en lien avec les préservatifs en SCS.
Goodman-Meza, Arredondo, Slim, Angulo, Gonzalez-Nieto, Loera <i>et al.</i>	<b>12. Behavior change after fentanyl testing at a safe consumption space for women in Northern Mexico: A pilot study (2022)</b>	Étude pilote quantitative et qualitative ayant eu lieu entre décembre 2020 et février 2021 composé d'un questionnaire quantitatif, d'une vérification de substances et	30 femmes utilisatrices des services d'un SCS à Mexicali, Mexique dont 29 personnes cisgenres, une personne transgenre, 24 Mexicaines, 4 Américaines, 1 Salvadorien, 14 vivants de	L'article met en lumière l'importance de soutenir les tests de fentanyl avec d'autres interventions comme de l'enseignement, de la sensibilisation et autres. Il met de l'avant le frein aux changements que pourraient produire ces activités éducatives puisqu'il est très difficile d'obtenir des substances sans fentanyl.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
		d'une entrevue semi-dirigée.	l'itinérance et une moyenne d'âge de 35,9 ans.	
Jozaghi	<b>13. The Opioid Epidemic: Task-Shifting in Health Care and the Case for Access to Harm Reduction for People Who Use Drugs (2022)</b>	Recension systématique des écrits.	Programmes de réduction des méfaits auprès des personnes consommatrices de psychotropes en Amérique du Nord.	L'article met de l'avant l'importance d'intervenir de façon macroscopique afin de réduire les méfaits sur consommateurs de psychotropes. Il met en lumière l'importance de l'implication des personnes consommatrices de psychotrope dans ces interventions.
Kerr, Mitra, Kennedy et McNeil	<b>14. Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future (2017)</b>	Recension systématique des écrits.	Les programmes de SCS au Canada depuis l'ouverture d'Insite en 2003.	L'article met de l'avant l'avancement des SCS dans le temps. Il met en lumière l'importance des interventions macrosystémiques à effectuer pour réduire les risques liés à la consommation.
Glendenning	<b>15. Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine: L'exemple du site d'injection supervisée Insite dans le Downtown East Side à Vancouver (2016)</b>	Recension systématique des écrits.	Les utilisateurs de service d' <i>Insite</i> à Vancouver, Canada.	L'article met de l'avant la pertinence des interventions visant à modeler les comportements à risque des usagers de SCS. Il souligne l'importance de favoriser l'autonomie et la responsabilisation par le biais de techniques disciplinaires.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
Foreman-Mackey, Bayoumi, Miskovic, Kolla et Strike	<b>16. 'It's our safe sanctuary': Experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario (2019)</b>	Recherche qualitative d'entretiens semi-structurés en décembre 2017.	Usagers d'un SCS à Toronto, Canada (n=30) consommant par injection (n=15) et par inhalation (n=15) dont 19 hommes, 11 femmes, 13 personnes autochtones et une moyenne d'âge de 38 ans.	L'article met en lumière les lignes directrices pour l'établissement de règles dans un SCS. Il suggère des interventions plus formelles comme un formulaire de consentement.
Betsos, Valleriani, Boyd et McNeil	<b>17. Beyond co-production: The construction of drug checking knowledge in a Canadian supervised injection facility (2022)</b>	Recherche qualitative d'entrevues semi-dirigée approfondie entre novembre 2018 et janvier 2019.	Usagers d'un SCS à faibles barrières à Vancouver, Canada faisant partie de la communauté nocturne et festive (n=26) dont 13 hommes, 13 femmes, 15 personnes caucasiennes, neuf personnes autochtones, deux personnes d'autres ethnies	L'expérience qu'est la vérification de substances permet l'enseignement direct aux usagers et la culture de connaissances dans la communauté. Elle permet la responsabilisation et l'autonomie des usagers.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
			et une moyenne d'âge de 40 ans.	
Dubois-Arber, Benninghoff et Jeannin	<b>18. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland (2008)</b>	Recherche quantitative à partir de questionnaire répondu lors de la première visite au SCS et les données recueillies lors de chaque visite en 2002.	Usager d'un SCS à Genève, Suisse (n=509) dont 27% étaient des femmes, 72,2% des hommes, 0,8% d'autres genres, une moyenne d'âge de 32,5 ans et 15,6% des personnes en précarité de logement.	La recherche a identifié cinq types d'usagers de service : clients standards, les clients utilisant principalement de sur l'héroïne, les clients à forte consommation de cocaïne et les nouveaux arrivants
Paumier	<b>19. Between zero risk and harm reduction: An ethnography of Montreal supervised injection services as a public policy instrument (2022)</b>	Recherche ethnographique et qualitative à partir de 700 heures d'observation participante dans un SCS et 19 entretiens semi-dirigés de novembre 2017 à juillet 2018.	Membre du personnel (assistants sociaux, pairs, chefs de personnel et direction) d'un SCS à Montréal, Canada.	L'article présente des exemples de relations entre le secteur public et le milieu communautaire. Il met de l'avant la confrontation des idéaux de chacun des secteurs que représente un SCS.
Gagnon	<b>20. It's time to allow assisted injection in supervised</b>	Recension systématique des écrits	Usagers dans les SCS du Canada	L'article met de l'avant l'interdiction d'injections assistées, les risques reliés à l'absence d'autonomie dans l'injection, des effets négatifs liés à

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
	<b>injection sites (2017)</b>			l’interdiction d’injections assistées et les autres lieux dans lesquels l’injection assistée est autorisée.
Wolfson-Stofko, Elliott, Bennett, Curtis et Gwadz	<b>21. Perspectives on supervised injection facilities among service industry employees in New York City: A qualitative exploration (2018)</b>	Recherche qualitative d’entrevues semi-dirigées approfondies ayant eu lieu entre septembre 2016 et 2017.	Employé d’entreprises environnantes d’un SCS à New York, États-Unis (n=15) dont 10 superviseurs et cinq salariés de 13 entreprises différentes.	Selon l’article, les entreprises sont généralement favorables à l’implantation d’un SCS à proximité en raison de la réduction des risques pouvant affecter leur clientèle. Ces entreprises seraient des acteurs importants pour le référencement de personnes consommant dans leurs murs. Une sensibilisation peut être faite aux employés de ces entreprises afin de limiter leurs expositions aux risques.
Small, Wood, Tobin, Rikley, Lapushinsky et Kerr	<b>22. The Injection Support Team: A Peer-Driven Program to Address Unsafe Injecting in a Canadian Setting (2012)</b>	Recherche qualitative d’observations terrains, de plus de 30 entretiens auprès de l’équipe et neuf entretiens auprès d’usagers le tout durant trois semaines en 2007.	Usagers d’un SCS de Vancouver, Canada (n=9) et employés de ce SCS (n=10).	L’implication de pairs-aidants dans les interventions d’un SCS permet de lever certaines barrières. Cette implication permettrait de desservir davantage les personnes consommatrices de psychotropes.
Small, Moore, Shoveller, Wood et Kerr	<b>23. Perceptions of risk and safety within injection settings: Injection drug</b>	Recherche qualitative d’entrevues approfondies entre novembre	Usagers d’un SCS à Vancouver, Canada (n=50) dont 28 hommes,	L’étude met de l’avant l’importance de tenir compte de la perception des usagers dans le cadre des interventions en SCS. Dans l’établissement d’un programme de SCS, il est important d’explorer les

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
	<b>users' reasons for attending a supervised injecting facility in Vancouver, Canada (2012)</b>	2005 et février 2006.	21 femmes, une personne d'un autre genre, 13 personnes autochtones, 37 personnes d'autres ethnies et un âge moyen de 38 ans.	besoins prioritaires de la population cible en les questionnant.
León, Cardoso, Mackin, Bock et Gaeta	<b>24. The willingness of people who inject drugs in Boston to use a supervised injection facility (2018)</b>	Recherche qualitative de questionnaires autoadministrés entre janvier 2016 et avril 2016.	Utilisateur de services d'échange de seringues consommant des psychotropes par injection à Boston, États-Unis (n=237) donc 157 hommes, 70 femmes, 2 personnes transgenres, 142 Caucasiens, 15 personnes afrodescendantes, deux personnes autochtones et un âge moyen de 39,6 ans.	L'étude illustre le désir de la population cible d'obtenir des services de SCS à proximité. Les personnes en situation de précarité financière et d'insécurité liée au logement sont plus propices à être en faveur d'un SCS à proximité. L'étude cible quelques autres populations davantage en faveur de l'implantation de SCS.

Auteurs	Titre et année de publication	Méthodes	Population	Conclusions principales
Green, Hankins, Palmer, Boivin et Platt	<b>25. My Place, Your Place, or a Safer Place (2004)</b>	Recherche qualitative d'entrevues informelles entre avril 2001 et février 2002.	Personnes consommatrices sous surveillance pour VIH à Montréal, Canada (n=251) dont 205 hommes, 224 Caucasiens et un âge moyen de 32 ans.	L'étude soulève l'importance de l'implantation de SCS à Montréal pour certaines populations cibles : les personnes consommatrices par injection et les personnes ayant le VIH. L'article soulève les aspects liés à l'acceptabilité sociale vis-à-vis l'implantation de SCS à Montréal.