



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

L'injection de drogue et le VIH/sida

1

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits

2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

L'injection de drogue et le VIH/sida au Canada : les faits

Ce feuillet d'information présente les faits connus sur le VIH/sida et l'injection de drogue au Canada.



Une situation urgente

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'usage de drogue par injection. La propagation du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections parmi les utilisateurs de drogue par injection, au Canada, requiert une attention sérieuse et immédiate.

- Le nombre élevé de cas d'infection à VIH attribuables à l'injection de drogue demeure inacceptable. En 2002, une étude nationale a estimé que 30 % des nouvelles infections à VIH au Canada touchent des utilisateurs de drogue par injection. D'après le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), la proportion des nouveaux cas de VIH attribuables à l'injection de drogue a atteint un sommet d'un peu plus de 33 % en 1996-1997. Cette proportion a diminué graduellement, mais la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection demeure un important problème. En 2003 et pendant les six premiers mois de 2004, 18 % des résultats positifs aux tests du VIH signalés au CPCMI étaient liés à l'injection de drogue. De récentes données des centres sentinelles de Santé Canada à travers le pays ont révélé qu'entre

55 % et 80 % des utilisateurs de drogue par injection sont séropositifs au VHC.

- Plusieurs études ont documenté une hausse de la prévalence et de l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection dans les plus grandes villes du Canada, mais *on a aussi observé une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue par injection séropositifs à l'extérieur des grands centres urbains.*
- La santé des personnes qui utilisent des drogues illégales est en soi une préoccupation. Compte tenu de la mobilité des utilisateurs de drogue par injection et de leur interaction sociale et sexuelle avec des non-utilisateurs, le double problème de l'injection de drogue et de l'infection par le VIH *affecte en fin de compte toute la société canadienne.*

Des études dans plusieurs régions du Canada illustrent l'urgence du problème :

- en 2002, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection était de 23,3 % à *Montréal* et de 19,7 % à *Ottawa*;

- à *Vancouver*, la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS) a mesuré un taux de prévalence du VIH de 35 % parmi son groupe échantillon d'utilisateurs de drogue par injection; à *Victoria*, la prévalence du VIH est passée de 6 % (au début des années 1990) à 16 % (en 2003);
- à *Toronto*, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection était de 5,1 % en 2003;
- les données de programmes d'échange de seringues, à *Québec* et dans de petites villes du Québec, indiquent que la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est de 9 % à Québec et que, dans certaines régions semi-urbaines, elle atteint 9,6 %;
- à *Winnipeg*, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection, qui était de 2,3 % entre 1986 et 1990, avait augmenté à 12,6 % en 1998; à *Calgary*, parmi les utilisateurs de drogue par injection participant au programme d'échange de seringues de la ville, ce taux est passé de 2,2 % en 1992 à 3,3 % en 1998.

Comportements à risque

Des comportements à risque, parmi les utilisateurs de drogue par injection, sont prévalents dans l'activité sexuelle et les pratiques d'injection.

- Le partage d'aiguilles est très propice à la transmission du VIH (et d'autres infections), et il se pratique assez communément chez les utilisateurs de drogue par injection. Le partage de matériel d'injection autre que les seringues/aiguilles (p. ex. fondoirs, filtres et eau) est aussi associé à la transmission du VIH et du VHC.
- Une tendance à délaissier l'usage d'héroïne au profit de la cocaïne pourrait être un facteur important dans la hausse de la prévalence et de l'incidence du VIH. Certains utilisateurs de cocaïne se font jusqu'à 20 injections par jour. Le taux d'injection de cocaïne est particulièrement élevé à Vancouver, Toronto et Montréal, et la popularité de la cocaïne est en hausse dans d'autres villes.
- Les comportements sexuels à risque sont également répandus. Plusieurs utilisateurs de drogue par injection sont impliqués dans l'activité sexuelle commerciale sans protection. Le port de condoms est rare avec leurs partenaires sexuels réguliers et occasionnels.

Les populations les plus touchées Les problèmes de l'injection de drogue et de l'infection à VIH et à VHC affectent en fin de compte toute la société canadienne. Certaines populations sont cependant affectées de manière particulière.

Les utilisatrices de drogue par injection, au Canada, ont un risque élevé de contracter le VIH. Chez les femmes, la proportion de résultats positifs au test du VIH associés à l'injection de drogue a atteint un sommet de 47 % en 1999, avant de connaître une baisse. L'injection de drogue était associée à presque 30 % des résultats positifs au test du VIH déclarés chez des femmes adultes pendant les six premiers

mois de 2004. Des données de l'étude VIDUS montrent qu'entre mai 1996 et décembre 2000, le taux d'incidence du VIH parmi les femmes utilisatrices de drogue par injection, à Vancouver, était près de 40 % supérieur à celui de leurs congénères masculins.

L'injection de drogue est un grave problème parmi *les jeunes de la rue*; à Montréal, par exemple, un tiers d'un échantillon de jeunes de la rue a déclaré s'être injecté de la drogue dans les 6 mois précédant l'étude.

L'injection de drogue est aussi un problème parmi *les détenus*. Les estimés de la prévalence du VIH en prison varient de 1 % à 4 % chez les hommes, de 1 % à 10 % chez les femmes, et l'infection est étroitement associée dans les deux groupes à des antécédents d'injection de drogue. Incarcérés, plusieurs continuent de s'injecter de la drogue. Par exemple,

- Dans une prison fédérale, en C.-B., 67 % des détenus ayant répondu à un sondage ont déclaré s'injecter de la drogue en prison ou à l'extérieur et 17 % ont déclaré s'en injecter *seulement en prison*.
- Dans un sondage effectué par le SCC en 1995, 11 % des 4 285 détenus interrogés ont déclaré s'être injecté de la drogue depuis leur arrivée dans la prison où ils se trouvaient à ce moment.

En outre, *les autochtones* sont surreprésentés parmi les groupes les plus vulnérables au VIH, tels que les travailleurs du sexe et les détenus. D'après Santé Canada, 63 % des nouvelles infections à VIH parmi les autochtones étaient attribuables à l'injection de drogue, en 2002 – une proportion largement supérieure à celle observée pour l'ensemble des nouveaux cas d'infection (30 %).

Lectures complémentaires

Santé Canada, « L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada » (et « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection

(UDI) au Canada »), dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, Ottawa, mai 2004.

Renseignements supplémentaires sur l'épidémie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada. Disponibles à www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/index_f.html.

Santé Canada, *I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, Rapport sur l'enquête pilote*, février 2004. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index_f.html.

VIH/sida et prisons : feuillet d'information 2, « Comportements à risque élevé derrière les barreaux », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 4^e édition, 2005. D'une série disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm ou au Centre canadien d'information sur le VIH/sida (tél. : 613-725-3434; courriel : aidsida@cpha.ca).

Santé Canada, *L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables*, Ottawa, 2001. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/information1.pdf.

1

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
- 2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada**
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

La criminalisation de la drogue au Canada

Depuis un siècle, il existe au Canada des dispositions législatives visant à contrôler certaines drogues. La *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques* de 1911, puis la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les aliments et drogues* ont régi l'usage de drogue pendant 85 ans. En mai 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) a été sanctionnée.

En général, en vertu de la LDS, les actes *non autorisés* de possession, fabrication, culture, trafic, exportation et importation de substances énumérées dans les annexes de la loi sont des infractions criminelles. Les substances « désignées » sont le cannabis, l'héroïne, la méthadone, la cocaïne, les barbituriques, les amphétamines et bien d'autres. Dans certaines circonstances, obtenir ou chercher à obtenir une telle substance d'un praticien (comme un médecin) est une infraction. De plus, la LDS stipule qu'il est criminel de posséder, importer, exporter ou faire le trafic non seulement de drogue, mais aussi de « toute chose contenant, y compris superficiellement, une telle substance et servant – ou destinée à servir ou conçue pour servir – à la produire ou à l'introduire dans le corps humain ». Donc, si une seringue ou un autre article renferme un

résidu de drogue, cet objet est considéré techniquement comme une « substance désignée » : la personne qui la possède peut être reconnue coupable de possession en vertu de la LDS. Il existe des moyens d'éviter la responsabilité criminelle en vertu de la LDS (voir autres feuillets de cette série, pour plus d'information).

L'impact de la criminalisation de la drogue

Plusieurs importants rapports publiés depuis 1997 concluent que le statut juridique de la drogue, au Canada, contribue aux difficultés à prévenir la propagation de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection et nuit à la fourniture de soins, de traitements et de soutien à ceux qui sont séropositifs.

Dans *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH/sida* (1997), on a reconnu que les effets pharmacologiques des drogues ne sont pas, en soi, nécessairement dommageables. On y affirme que souvent, une grande partie du mal est secondaire et provient soit du statut illégal de la drogue utilisée, soit de facteurs tels que des techniques d'injection non sécuritaires, des comportements criminels et une incertitude quant à la pureté et à la

Le statut juridique actuel de la drogue au Canada

Quel impact le statut juridique actuel de la drogue et de l'usage de drogue a-t-il sur la prévention du VIH et du VHC, parmi les utilisateurs de drogue par injection, et sur les soins, les traitements et le soutien pour ceux qui vivent avec le VIH et/ou le VHC? Quelles sont les alternatives possibles à ce régime?

force de la drogue, qui découlent en partie de son illégalité. On y explique aussi que l'illégalité des drogues empêche les utilisateurs de drogue par injection d'accéder pleinement aux programmes de soins et de désintoxication; que l'approche de ces traitements, leurs protocoles d'admission et l'attitude du personnel et du public sont davantage un reflet de cette illégalité stigmatisante que de la nécessité de traitement pour la population cible.

Dans le *Plan d'action national* (1997) du Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, on indique aussi que le statut juridique des drogues, au Canada, contribue aux difficultés de s'occuper du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Plus de tort que de bien

Plusieurs autres individus et organismes soulignent que l'approche criminelle à l'égard de l'usage de drogue peut aggraver les méfaits de cet usage :

- étant donné qu'on ne peut se les procurer que sur le marché noir, les drogues sont d'une force et d'une composition incertaines, ce qui peut entraîner des surdoses ou d'autres méfaits;



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



- la peur de pénalités criminelles et le coût élevé de la drogue incitent des utilisateurs à la consommer par des moyens plus efficaces, comme l'injection, qui est une activité à risque très élevé de transmission du VIH et du VHC;
- puisqu'ils n'ont pas toujours accès à du matériel d'injection stérile, les utilisateurs peuvent être contraints de partager des seringues et d'autres instruments, ce qui contribue à la propagation d'infections;
- une somme importante de ressources est consacrée à l'application de la loi, au détriment des programmes de prévention ou de l'expansion des capacités de traitement des utilisateurs de drogue.

L'effet le plus marqué est de pousser les utilisateurs de drogue vers la marginalité sociale. La marginalisation complique la tâche de les rejoindre par des messages éducatifs; elle incite des utilisateurs de drogue à ne pas avoir recours aux services sociaux et de santé; elle rend des fournisseurs de services hésitants à donner de l'éducation essentielle sur l'usage plus sûr de drogue, par peur d'avoir l'air de fermer les yeux sur cette consommation; et elle alimente des attitudes négatives envers les utilisateurs.

Des alternatives sont possibles

Ainsi, est-il approprié, dans le contexte de l'usage de drogue, de recourir au droit criminel plutôt qu'à d'autres moyens d'intervention sociale? Le Gouvernement du Canada, dans un rapport novateur intitulé *Le droit pénal dans la société canadienne* (1982), affirme : « On ne doit recourir au droit pénal que lorsque d'autres moyens d'intervention sociale sont inadéquats [...] et de façon à n'empiéter qu'au minimum sur les droits et libertés des personnes, compte tenu des objectifs poursuivis. » Ceci semble exclure l'utilisation du droit pénal, devant au moins certaines activités reliées à la drogue. Il existe d'autres moyens, moins néfastes, de lutter contre l'usage de drogue tout en préservant (voire en améliorant) l'ordre social et la protection du public.

D'autres approches sont possibles. Par exemple, *au sein des politiques actuelles de prohibition*, sans besoin de changement au cadre législatif actuel, les possibilités sont la décriminalisation *de facto* de la possession de cannabis pour usage personnel, la prescription médicale d'héroïne, des programmes d'éducation explicites, etc. Bien que ces mesures soient importantes, des changements plus fondamentaux à notre approche sont requis. On pourrait aussi envisager le *remplacement de l'approche prohibitionniste actuelle*, ce qui nécessiterait que le Canada se retire de conventions internationales anti-drogue.

Des alternatives nécessaires

En 2001, Santé Canada a reconnu qu'il faut « apporter des changements fondamentaux aux cadres législatif et stratégique actuels pour que l'usage de drogues par injection soit traité d'abord et avant tout comme un problème de santé ». Envisager des alternatives à l'approche actuelle est non seulement possible, mais requis d'un point de vue éthique. Certains aspects des politiques actuelles doivent être renversés à cause de leurs conséquences sociales intolérables. Les principes de l'éthique demandent que l'on travaille à des politiques plus cohérentes et intégrées, qui puissent résister à l'épreuve de la raison et de l'intelligence critique, qui soient à la hauteur de la complexité de la situation et qui permettent une discussion publique et critique.

Grands axes d'orientation pour l'action future

1. Le Canada doit renverser les impacts négatifs du statut juridique actuel de la drogue sur les utilisateurs de drogue et les personnes qui leur fournissent des services.

2. Le Canada doit agir pour adopter des alternatives à l'approche actuelle, afin de réduire l'usage de drogue et ses méfaits parmi les Canadiens. L'usage de drogue et les méfaits qui y sont parfois liés doivent être considérés comme un enjeu de santé, plutôt que comme un motif de prohibition criminelle et de châtement.

Lectures complémentaires

Gouvernement du Canada, *Le droit pénal dans la société canadienne*, Ottawa, août 1982.

Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida : réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Ottawa, 2001. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

McAmmond, D., *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, 1997. Disponible via www.ccsa.ca.

2

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada

3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains

4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Injection de drogue et VIH/sida : défis sanitaires mondiaux

L'injection de drogue est de plus en plus pratiquée, dans le monde. Dans de récents estimés, on avance qu'à l'échelle mondiale plus de 13 millions de personnes s'injectent des drogues et qu'elles vivent en majorité dans le monde en développement.

Le nombre de pays qui signalent la présence d'infections à VIH parmi leurs utilisateurs de drogue par injection a plus que doublé, en une décennie : de 52 pays en 1992, à 114 en 2003. On croit que l'injection de drogue est à présent en cause dans 10 % des nouveaux cas d'infection par le VIH, à l'échelle mondiale, bien que la proportion soit beaucoup plus élevée en Europe centrale et de l'Est ainsi que sur le territoire de l'ex-Union soviétique et en Asie. Un estimé basé sur des chiffres de l'ONUSIDA établit que l'utilisation de matériel d'injection contaminé contribue à approximativement 30% des nouveaux cas d'infection par le VIH hors de l'Afrique.

L'approche prohibitionniste

Le régime des Nations Unies, pour le contrôle de la drogue, repose sur trois traités :

Droit international : contrôle de la drogue et droits humains

Quelle est la situation actuelle de l'usage de drogue dans le monde? Quel impact a l'approche prohibitionniste à l'égard de la drogue, telle qu'elle est reflétée dans des traités internationaux? Quelle est la relation entre les droits humains et les mesures de réduction des méfaits?

- *la Convention unique sur les stupéfiants* (1961);
- *la Convention sur les substances psychotropes* (1971); et
- *la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes* (1988).

Trois instances internationales administrent ces traités :

- la Commission des stupéfiants des Nations Unies (CSNU), formée d'États membres de l'ONU, voit aux politiques de l'ONU dans le contrôle de la drogue;
- l'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ODCNU) assiste les États membres de l'ONU dans l'application des traités antidrogue; il est récemment devenu co-parrain du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA); et
- l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), un « organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire », est chargé de surveiller l'application des trois traités par les États membres.

Dans la pratique, les trois conventions sont le fondement d'une approche à

l'égard de la drogue et des utilisateurs de drogue qui est axée sur la prohibition, par des lois punitives et des recours pénaux – plutôt que de considérer la dépendance à la drogue comme un enjeu de santé publique qui appelle une réponse sanitaire.

Le recours au cadre du droit pénal, devant l'usage de drogue, mise sur ces mesures pour éliminer – ou réduire considérablement – l'usage de drogue. En dépit des buts énoncés par l'Assemblée générale de l'ONU et par les instances antidrogue, voulant que l'on vive dans « un monde sans drogue » dès 2008, la littérature disponible montre que la production, le trafic et l'usage de drogues illicites se sont stabilisés à des niveaux élevés, dans le monde industrialisé, et que des problèmes croissants se manifestent dans des pays en développement.

En plus de ne pas avoir de résultats importants et soutenus, en termes de réduction ou d'élimination de l'usage de drogue, les politiques qui reposent principalement ou entièrement sur l'approche du droit pénal se sont révélées entraîner des répercussions indésirables sur la santé et les droits humains des utilisateurs de drogue par injection. En partie à cause de cette approche prohibitionniste, les utilisateurs de drogue figurent souvent parmi les membres les plus marginalisés et vulnérables de la



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



société – quant aux violations de droits humains et à des méfaits comme l'infection à VIH.

Dans plusieurs pays, on impose l'emprisonnement ou l'institutionnalisation aux personnes qui sont trouvées en possession d'une petite quantité de drogue illégale (p. ex. pour consommation personnelle). Dans certains pays, la loi prévoit aussi l'imposition du test du VIH, le traitement obligatoire, une durée minimale aux peines d'emprisonnement, des travaux forcés, voire la peine capitale. Les prisons et les établissements de traitement obligatoire sont caractérisés par des taux élevés d'infection à VIH, de multiples comportements persistants qui entraînent un risque de transmission du VIH (en particulier l'injection de drogue et les rapports sexuels en situation où les mesures de protection pertinentes, comme les condoms et le matériel d'injection stérile, sont rares ou inaccessibles), la propagation d'autres maladies véhiculées par le sang (comme l'hépatite C) et un manque d'accès aux traitements et au soutien, pour les détenus qui vivent avec le VIH. Les pratiques sévères de surveillance, pour l'application de la prohibition de drogue, entraînent souvent de graves violations des droits humains – des assauts empreints de brutalité, des cas de torture et des exécutions extrajudiciaires – tout en incitant les utilisateurs de drogue à des pratiques d'injection risquées et en nuisant à leur accès à des services de santé, ce qui alimente la propagation du VIH.

La réduction des méfaits et les droits humains

À l'opposé de l'approche prohibitionniste, les stratégies de réduction des méfaits visent à réduire des conséquences précises de l'usage de drogue sans exiger l'abstinence de toute substance, bien que cela puisse certainement demeurer un but légitime pour certaines personnes. Ainsi, ces mesures réduisent la probabilité que les utilisateurs de drogue contractent ou transmettent le VIH, les hépatites et d'autres

infections, qu'ils aient une surdose de drogues d'une force ou d'une pureté inconnue, ou qu'ils subissent d'autres préjudices. Les mesures de réduction des méfaits comportent souvent des bienfaits pour les communautés affectées par certains aspects du commerce de la drogue, comme une réduction des crimes commis pour s'en procurer, une diminution des rebuts liés à l'injection ainsi que de la nuisance publique. Les stratégies de réduction des méfaits dont la capacité d'améliorer la santé publique est démontrée incluent les programmes d'échange de seringues, le traitement d'entretien substitutif (p. ex., à la méthadone), le travail de milieu, les lieux sécuritaires pour l'injection, les interventions de pairs, de même que le soutien aux groupes d'utilisateurs de drogue pour qu'ils fournissent des services à leur communauté et fassent valoir les droits et l'intérêt du bien-être des personnes qui utilisent de la drogue.

La souplesse du régime onusien de contrôle des drogues, en ce qui touche les mesures de réduction des méfaits, est un thème de plus en plus débattu. Un nombre croissant de pays – comme l'Australie, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse, et de plus en plus le Canada – ont adopté la position que les termes des traités de l'ONU sur la drogue ne sont pas un obstacle invincible au développement d'initiatives de réduction des méfaits. Dans de tels pays, diverses mesures ont été adoptées afin de réduire le risque de VIH et d'autres méfaits, chez les utilisateurs de drogue, même si ces États ont ratifié lesdits traités.

Le rôle croissant de l'injection de drogue, dans la progression de l'épidémie du VIH, met en relief l'urgence de telles mesures. On reconnaît aussi de plus en plus que les mesures de réduction des méfaits sont des gestes concrets que les gouvernements peuvent et devraient poser pour faciliter l'exercice du droit humain à la plus haute norme de santé atteignable.

Le droit international des droits de la personne établit, pour la majorité des États, une obligation de respecter, de

protéger et de réaliser le droit à la plus haute norme atteignable en matière de santé. L'expression la plus complète de ce droit réside dans l'article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDÉSC) – un traité qui a force d'application légale et qui impose des obligations positives et négatives à ses États signataires. Bien que le PIDÉSC ait été conclu avant l'épidémie du VIH, le comité chargé de son administration a affirmé que le devoir de tout gouvernement de respecter, protéger et réaliser le droit à la santé inclut « la mise en place de programmes de prévention et d'éducation, relativement aux préoccupations sanitaires liées aux comportements, comme les maladies transmissibles sexuellement, et en particulier le VIH/sida » [trad.]. Même les rares États qui n'ont pas ratifié ce traité sont tenus de respecter les efforts des autres pays de se conformer à leurs engagements aux droits humains.

Dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée en 2001, tous les États membres de l'Assemblée générale des Nations Unies se sont engagés à « promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ... [en raison] de facteurs comme ... la toxicomanie ». En particulier, les États ont convenu de fournir « information, éducation et communication » visant à réduire les comportements à risque et à assurer un accès élargi à des commodités essentielles comme le matériel d'injection stérile et à des initiatives de réduction des méfaits liés à l'usage de drogue.

La voie du progrès

En dépit de données claires à l'effet que les mesures de réduction des méfaits atténuent le risque de transmission du VIH (et d'autres conséquences indésirables), des millions d'utilisateurs de drogue par injection n'ont pas, ou pas suffisamment, accès à de tels services. Or le respect des droits humains nécessite que les lois et politiques en matière d'usage de drogue soient

structurées en fonction de mesures de réduction des méfaits. Les programmes de réduction des méfaits constituent des actions concrètes pour respecter, protéger et réaliser les droits humains fondamentaux des utilisateurs de drogue par injection. Dans les cas où des traités internationaux sur le contrôle de la drogue, et où les instances qui insistent sur leur application, font obstacle à des mesures de réduction des méfaits ou y nuisent, ils vont à l'encontre des obligations légales des États de protéger et de promouvoir la santé en tant que droit humain fondamental. En tel cas, les États doivent reconsidérer leur interprétation ou leur adhésion aux traités concernés – et ils devraient s'en retirer, au besoin.

Grands axes d'orientation pour l'action future

1. Les gouvernements doivent reconnaître les préjudices causés par l'approche prohibitionniste, en matière de santé et de droits humains. Ils doivent s'abstenir de faire et appliquer des lois et politiques qui bafouent des droits humains et nuisent à l'intérêt de la santé publique; en revanche, ils doivent se tourner vers des politiques plus humaines, plus pragmatiques et fondées sur des données fiables.
2. Les gouvernements doivent adopter des mesures concrètes pour respecter, protéger et réaliser les droits humains des utilisateurs de drogue, y compris le droit à la santé. Cela inclut des mesures de réduction des méfaits dans le cadre d'une réaction complète à l'usage néfaste de drogue.
3. Les gouvernements ne doivent pas laisser les traités internationaux sur le contrôle de la drogue être interprétés ou appliqués de manière qui nuit à la santé publique ou qui bafoue les droits humains, notamment en faisant obstacle ou en nuisant à des mesures éprouvées de réduction des méfaits. Les gouvernements qui sont engagés à des approches de réduction des méfaits liés à l'usage de drogue

doivent affirmer clairement cet engagement devant les instances internationales. Au besoin, les gouvernements devraient amender les traités qui portent atteinte à la santé et aux droits humains, ou se retirer de ces traités, en conformité avec leurs obligations au regard du droit international des droits de la personne.

Lectures complémentaires

C. Aceijas, G.V. Stimson, M. Hickman, T. Rhodes, *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*, United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries, 2004.

D.R. Bewley-Taylor, « Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 : 171-179.

British Institute of International and Comparative Law, *Opinion on the legality of health promotion measures in light of the United Nations drug conventions regime*, octobre 2003 (www.drug-policy.org/documents/BIICL_opinion_HR).

J. Csete, « Human rights, anyone? », remarques à la 15^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés à la drogue, Belfast, 21 mars 2005.

R. Elliott, « Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 93-98.

N. Hunt et coll., *A review of the evidence base for harm reduction approaches to drug use*, Forward Thinking on Drugs, 2003 (www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html).

A. Wodak, « Health, HIV Infection, Human Rights, and Injection Drug Use », dans K. Malinowska-Sempruch et S. Gallagher (éds), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*, International Debate Education Association, 2004.

D. Wolfe et K. Malinowska-Sempruch, *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic*, Open Society Institute, 2004.

Human Rights Watch a publié une série d'excellents rapports sur des violations de droits humains dans le contexte de la « guerre à la drogue », analysant notamment l'effet néfaste sur les efforts de réaction au VIH parmi les utilisateurs de drogue. www.hrw.org

Le site Internet du programme international de développement de la réduction des méfaits, à l'Open Society Institute, renferme des informations utiles sur la réduction des méfaits et sur les droits humains des utilisateurs de drogue. www.soros.org/initiatives/ihrd

3

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsvida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

4

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains

4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé

5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Contexte

La tolérance de l'usage de drogue dans le cadre de services sociaux et de santé s'écarte de l'abstinence en tant que seul fondement, norme ou but acceptable à l'égard des utilisateurs de drogue. Le principe d'abstinence imprègne fortement les politiques et les programmes nord-américains. Il a cependant été remis en question par des fournisseurs de services qui considèrent que, s'ils doivent exiger l'abstinence de leurs clients, ils ne peuvent pas donner des soins, des traitements et du soutien adéquats. Par exemple, dans certaines résidences pour personnes séropositives, on a le sentiment qu'il ne faut pas rejeter un client ou un candidat s'il n'est pas prêt à cesser l'usage de drogue. Certains professionnels de la santé préfèrent permettre au patient de continuer l'usage de drogue pendant ses soins, plutôt que de le laisser souffrir de symptômes de sevrage de la drogue qui pourraient nuire au traitement médical.

Questions juridiques

Du point de vue technique, les professionnels de la santé qui tolèrent ou permettent l'usage de drogue illégale dans un établissement peuvent être accusés en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et*

L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé

Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées dans les situations où l'on permet l'usage de drogue lorsque l'on fournit des services sociaux ou de santé – soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs, hébergement – aux utilisateurs de drogue par injection?

autres substances (LDS) ou sujets à des mesures disciplinaires (p. ex., amende ou révocation du permis de pratique).

Responsabilité criminelle

1. Un employé en soins de santé ou sociaux peut être accusé de **possession** de substance désignée, en vertu de la LDS, s'il sait qu'il y en a sur les lieux et s'il a un certain contrôle sur cette drogue. Un employé qui recueille des seringues usagées ou d'autre matériel d'injection contenant des résidus de drogue pourrait, techniquement, être déclaré coupable de possession – mais ce risque est surtout théorique.
2. Un employé qui entrepose la drogue d'un patient ou d'un résidant, pour la lui donner à intervalles établis, pourrait être déclaré coupable de **trafic**. « Trafic » est défini en termes larges, dans la LDS, pour inclure tout acte de vente, administration, don, cession, transport, expédition ou livraison d'une drogue illégale. Simplement offrir d'effectuer l'une de ces opérations est aussi une infraction criminelle de trafic.
3. Un employé qui permet ou tolère l'usage de drogue dans un établissement peut être déclaré coupable de **d'aide ou d'encouragement** à une personne pour un crime. L'« aide » est l'assistance à la

perpétration d'un crime. L'« encouragement » implique la présence sur les lieux du crime et l'incitation à le commettre.

4. Un employé pourrait aussi être responsable de négligence criminelle causant des lésions corporelles ou la mort si, en tolérant ou facilitant la possession de drogue, il a causé un préjudice physique ou la mort du patient, ou y a contribué en faisant quelque chose ou en ne faisant pas quelque chose qu'il avait le devoir légal de faire. Par exemple, les employés d'établissements de santé ont le devoir de protéger le bien-être de leurs patients. On pourrait alléguer que la provision de drogues illégales ou la tolérance de leur usage contrevient à ce devoir, même si cela serait à discuter selon le contexte. Il faudrait aussi démontrer que la conduite de l'employé constituait une « dérogation marquée » à la norme comportementale attendue « de toute personne raisonnablement prudente dans les circonstances ».

Poursuites civiles ou mesures disciplinaires

Les codes de conduite professionnels peuvent interdire aux professionnels des soins de santé de laisser des patients consommer de la drogue. Médecins, infirmiers, etc., peuvent

Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



être sujets à des mesures disciplinaires de la part des instances qui réglementent leur profession s'ils contreviennent à ces codes.

Un établissement ou un employé risque d'encourir la responsabilité civile s'il permet ou tolère la possession de drogue illégale. Par exemple, si un hôpital permet à un patient de posséder (et de consommer par la suite) de la drogue en ses murs et que le patient subit un préjudice, l'hôpital pourrait être tenu responsable de négligence dans les soins au patient. La portée de l'obligation dépendrait du type d'établissement. La responsabilité d'un hôpital ou d'un centre de traitement doté d'employés médicaux serait plus grande que celle d'un centre résidentiel qui ne fait que loger des utilisateurs de drogue.

Éviter la responsabilité criminelle ou civile

Bien que ceux qui exploitent les établissements puissent faire l'objet d'accusations criminelles ou de poursuites au civil, ils peuvent avoir des moyens de défense à faire valoir. Un établissement ou un employé visé par une poursuite civile ou criminelle pourrait soutenir qu'il lui était nécessaire de permettre l'usage de drogue illégale pour le traitement du patient ou que, dans la situation où il se trouvait, il aurait été *négligent d'interdire* la possession, par le patient, d'une substance désignée, puisque l'interdiction aurait pu nuire à son accès à un traitement médical essentiel.

De plus, les établissements pourraient faire en sorte que certaines drogues en particulier soient disponibles légalement, en vertu des lois actuelles, de sorte que ces drogues, qui seraient illégales par ailleurs, soient permises, voire administrées aux patients. Le Programme [canadien] d'accès spécial (l'ancien Programme de médicaments d'urgence) est un exemple de mesure qui pourrait prévenir des accusations criminelles contre le personnel de ces établissements.

De plus, la LDS autorise le ministre de la Santé ou le Cabinet à accorder une exemption lorsque c'est dans l'intérêt public ou à des fins médicales ou scientifiques. En avril 2001, le Règlement sur l'accès à la

marihuana à des fins médicales est entré en vigueur; il permet à des individus ayant certaines affections, y compris le VIH/sida, de demander l'autorisation d'utiliser la marijuana comme traitement pour la gestion de leur maladie. En 2003, Santé Canada a accordé une exemption à Vancouver Coastal Health pour l'ouverture d'« Insite », le premier lieu autorisé pour l'injection de drogue au Canada, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. En 2005, la North American Opiate Medical Initiative (NAOMI) a amorcé un essai clinique de traitement d'héroïne prescrite à des utilisateurs qui ont une dépendance chronique à cette drogue, à Vancouver, Toronto et Montréal (voir autres feuillets, pour plus d'information).

Questions éthiques

La question éthique fondamentale est l'impératif de prendre soin adéquatement des utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Des principes d'éthique indiquent que l'on ne devrait pas imposer à un utilisateur de drogue par injection un comportement au delà de ses capacités actuelles. Les personnes qui ont une dépendance à la drogue devraient pouvoir recevoir des soins pour leurs maladies, de la nourriture et un refuge – leur dignité et leur estime de soi doivent être les premières valeurs soutenues; ce faisant, leurs besoins à l'endroit de la drogue doivent être tolérés pour qu'ils puissent s'occuper d'autres choses plus graves. « Libérer une personne de la dépendance » n'est pas le but à poursuivre lorsqu'une personne accoutumée à la drogue depuis longtemps se trouve aux derniers stades d'une maladie mortelle. Dans le contexte de soins palliatifs, aider un mourant à finir sa vie dans la dignité est l'impératif éthique principal. Si cela nécessite que l'on tolère son usage de drogues illégales, cette exigence éthique doit être considérée par le fournisseur de services et devrait guider l'application de la loi dans ce contexte.

Recommandations

1. À long terme, les lois devraient être changées pour permettre la provision de drogues actuellement illégales, aux utilisateurs de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins.

Cela éliminerait un obstacle aux soins de santé et à d'autres services sociaux pour ces personnes ainsi que la menace de responsabilité criminelle pour les fournisseurs de services prêts à donner des soins, des traitements et du soutien sans insister sur l'abstinence auprès des patients qui font usage de drogue.

2. À court terme, des mesures devraient être adoptées pour assurer des soins, des traitements et du soutien améliorés aux utilisateurs de drogue par injection, y compris à ceux qui sont séropositifs. Notamment, les associations professionnelles devraient adopter des directives pratiques et éthiques pour les fournisseurs de soins de divers domaines liés au VIH/sida et à l'injection de drogue.

Lectures complémentaires

McAmmond, D., *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

Gold J., *La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue : discussion sur des questions d'éthique*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

4

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
- 5. Les traitements**
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Les traitements

Est-il légal et éthique d'exiger qu'une personne s'abstienne d'utiliser de la drogue, comme condition de son traitement? Est-il légal et éthique de refuser de donner des antirétroviraux aux utilisateurs de drogue qui vivent avec le VIH/sida?



L'exigence d'abstinence

L'abstinence

Le principe d'abstinence est enraciné dans un modèle d'imposition par la loi qui reflète et perpétue le stigmate lié à la drogue et aux individus qui en font usage. Cette emphase sur l'abstinence domine les politiques nord-américaines sur la drogue, souvent au détriment d'autres approches. Les personnes qui consomment des drogues illégales sont considérées comme méritant une punition plutôt qu'ayant besoin de soins de santé ou d'un traitement.

Les tenants de l'abstinence stricte interdisent aux demandeurs de soins de santé de consommer de la drogue. Ils insistent sur la notion que l'abstinence de drogues non médicinales est un aspect fondamental d'un comportement sain, et que l'abstinence complète et permanente est le seul signe de réussite d'un traitement.

La réduction des méfaits

Depuis quelques années, le sida et la transmission du VIH et du VHC, parmi les utilisateurs de drogue et à d'autres gens, entraînent une réévaluation fondamentale des services et des programmes pour les personnes dépendantes d'une drogue. On en vient peu à peu à reconnaître

qu'un sevrage complet de la drogue est un but auquel certains ne peuvent pas parvenir. D'ailleurs, il est estimé que seule une petite minorité des utilisateurs se sentent capables de participer à des programmes axés sur l'abstinence. Les services de traitement de la dépendance et de soins de santé où l'abstinence est un préalable incitent donc plusieurs utilisateurs de drogue à ne pas demander de soins.

L'accès aux antirétroviraux

L'évolution des traitements antirétroviraux (TARV) permet des améliorations à la santé et à la qualité de vie de plusieurs personnes séropositives et des diminutions de la morbidité et de la mortalité. Toutefois, les utilisateurs de drogue séropositifs se voient offrir moins souvent que d'autres personnes séropositives la possibilité d'amorcer un tel traitement. Par exemple, en Colombie-Britannique, le TARV est offert gratuitement à toutes les personnes séropositives au VIH qui y sont admissibles. Or, en 2001, on a constaté que seulement 60 % des utilisateurs de drogue admissibles recevaient ce traitement. Le tiers des résidents de la C.-B. décédés des suites du sida n'avaient pas reçu de TARV. Les individus qui n'ont pas accès au traitement sont principalement des autochtones,

des femmes, des personnes pauvres et/ou des utilisateurs de drogue par injection.

Au Canada, pendant leurs études, leur résidence ou la formation continue, peu de médecins reçoivent une formation adéquate pour les soins aux utilisateurs de drogue. La maladie mentale, les problèmes psychosociaux et les maladies du foie expliquent en partie la réticence à prescrire un TARV à un utilisateur de drogue. Certains médecins sont d'avis que les utilisateurs de drogue sont incapables de respecter le régime du TARV; ils s'inquiètent que cela entraîne une résistance au traitement.

Les médecins peuvent adopter plusieurs mesures pour assurer des résultats optimaux pour les utilisateurs de drogue qui suivent un TARV. On pourrait simplifier le régime en réduisant la fréquence de la prise du médicament et le nombre de comprimés. Un facteur important est une relation de confiance et d'accessibilité, entre le patient et le médecin. Un autre moyen pour rehausser l'accès des utilisateurs de drogue aux traitements serait un système de traitement intégré et centralisé, aux heures d'ouverture prolongées, où l'on offrirait à la fois le traitement de substitution, l'échange de seringues et le TARV.

Diverses initiatives mondiales portent sur l'accès au TARV pour les personnes vivant avec le VIH/sida. L'Organisation mondiale de la santé coordonne une campagne mondiale pour traiter trois millions de personnes de pays en développement d'ici 2005 (« Initiative 3x5 »). Bien que son potentiel soit énorme, cette campagne est confrontée à un important défi : assurer l'accès équitable au TARV pour les utilisateurs de drogue séropositifs. Pour ce faire, l'intégration de mesures de réduction des méfaits dans les politiques et programmes sera cruciale.

Questions juridiques

Imposer l'abstinence comme condition du traitement ou ne pas fournir un traitement antirétroviral à des utilisateurs de drogue séropositifs, simplement parce qu'ils utilisent des drogues illégales, peut enfreindre la *Charte canadienne des droits et libertés*, les lois sur les droits de la personne, les codes de conduite professionnelle et les pactes internationaux sur les droits humains. Les lois anti-discrimination évoluent; une telle politique ou pratique pourrait être considérée comme de la discrimination fondée sur le handicap (dépendance à la drogue) – un motif de discrimination prohibé par le droit canadien.

Questions éthiques

Il est injustifiable, sur le plan de l'éthique, d'exiger l'abstinence de l'usage de drogue comme condition du traitement, si c'est au delà de la capacité de l'utilisateur à ce moment.

Il est aussi injuste de juger qu'une personne ne respecterait probablement pas son traitement simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue, et de refuser de lui administrer un TARV pour cette raison. Le respect du régime de traitement dépend beaucoup des systèmes de soins. Si on adapte le système de soins de santé aux besoins des personnes marginalisées, on observe une grande amélioration dans leur fidélité au traitement. Baser une évaluation de la fidélité potentielle

d'une personne à son traitement sur le seul critère de son usage de drogues illégales, ou de sa dépendance à celles-ci, serait contraire à l'éthique. En revanche, il peut être justifiable, dans certaines situations, de retarder le TARV ou, en cas extrêmes, de ne pas l'administrer; une telle décision n'est toutefois pas justifiée sur le plan de l'éthique si elle est prise sans égard aux caractéristiques d'une relation thérapeutique vraie : humanité (respecter toute la particularité biologique et biographique de la personne), autonomie (respecter sa façon de vivre et de ses projets de vie), transparence (partage ouvert de toute information pertinente) et fidélité (compréhension et respect des attentes de la personne).

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient s'assurer que la provision de services aux utilisateurs de drogue n'est pas conditionnelle à leur acceptation d'un traitement de la dépendance à la drogue.
2. Les professionnels de la santé ne doivent pas retarder ou refuser un traitement (y compris des antidouleurs appropriés) à un patient séropositif simplement parce qu'il fait usage de drogue.
3. L'approche prédominante dans la fourniture de soins et traitements à des utilisateurs de drogue séropositifs devrait consister à adapter autant que possible le régime thérapeutique à leurs besoins plutôt que de s'attendre à ce qu'ils s'adaptent au régime.
4. On devrait créer un réseau de médecins expérimentés (ou intéressés) dans les soins de santé et les traitements aux utilisateurs de drogue par injection.
5. Le secteur de la santé publique devrait offrir ou rendre disponible du soutien aux utilisateurs de drogue qui ont besoin d'aide pour respecter leur traitement contre le VIH.

Lectures complémentaires

Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users, Open Society Institute, juillet 2004. Disponible via www.soros.org/initiatives/ihrd.

Strathdee S. et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547. Étude canadienne menant au constat que plusieurs utilisateurs de drogue par injection qui sont séropositifs ne reçoivent pas de traitement antirétroviral.

O'Connor P., Selwyn P., Schottenfeld R., « Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection », *The New England Journal of Medicine*, 1994, 331(7) : 450-459. Article affirmant que les utilisateurs de drogue sont moins susceptibles de recevoir un traitement anti-VIH que les autres personnes qui vivent avec le VIH/sida. Suggère des moyens par lesquels les médecins pourraient améliorer les soins aux patients séropositifs utilisateurs de drogue.

Pelude L. et coll., *Facteurs affectant la fidélité au traitement antirétroviral et à d'autres services, chez des utilisateurs de drogue par injection : une étude exploratoire et descriptive*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001.

5

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network | Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



L'injection de drogue et le VIH/sida

6

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
- 6. La provision de substances désignées**
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

La provision de substances désignées

Quelles questions juridiques sont soulevées, au Canada, par la prescription de certaines substances désignées ou par l'autorisation d'en posséder?

Réglementation pénale

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) et le *Règlement sur les stupéfiants* interdisent aux praticiens

d'administrer, de prescrire, de donner, de vendre ou de fournir un stupéfiant à quiconque, sauf pour ce qu'autorise le Règlement. La Loi et le Règlement stipulent que :

- lorsque le ministre de la Santé « estime que des raisons scientifiques ou d'intérêt public le justifient », il peut autoriser quiconque à posséder un stupéfiant;
- le ministre peut également autoriser un praticien à fournir de la méthadone à une personne qu'il soigne ou à fournir un stupéfiant (autre que l'héroïne) à quiconque est autorisé par le ministre à posséder un stupéfiant;
- le responsable d'un hôpital peut permettre que de la méthadone soit fournie ou administrée à un patient hospitalisé ou externe, sur réception d'une ordonnance écrite, signée et datée par un praticien autorisé par le ministre à prescrire la méthadone;
- un praticien ne peut fournir de l'héroïne qu'à un patient hospitalisé; et

- outre ces restrictions, un praticien n'est autorisé à prescrire un stupéfiant qu'aux patients qu'il traite et seulement si le stupéfiant est nécessaire pour l'état pathologique traité.

Par conséquent, il existe des situations soigneusement circonscrites où les praticiens peuvent prescrire des stupéfiants, y compris des opiacés, mais la méthadone est actuellement le seul opioïde autorisé pour le traitement à long terme des utilisateurs de drogue, au Canada.

Dans les situations où le médecin n'a pas le droit de prescrire une substance désignée, le *Règlement sur les stupéfiants* prévoit certaines peines. De plus, si un médecin possède une substance désignée et en donne (ou offre d'en donner) à un patient, alors que lui-même n'a pas le droit de la posséder, le médecin peut contrevenir à la LDS de trois façons – possession d'une substance désignée, possession dans le but d'un trafic, et trafic.

Responsabilité civile et professionnelle

Dans chaque province, des règlements professionnels portent sur la conduite des médecins. Si un médecin commet une faute professionnelle, son droit de pratique peut être suspendu ou révoqué. Ce peut être le cas si un

médecin procure ou prescrit une drogue illégale à un patient.

Un médecin pourrait aussi être tenu civilement responsable de négligence s'il a prescrit une drogue qui a causé un préjudice au patient. Dans une telle poursuite au civil, il faudrait prouver que le médecin n'avait pas un degré raisonnable de compétence et de connaissance ou qu'il n'a pas exercé la diligence raisonnable attendue d'un praticien ordinaire et prudent. S'il n'a pas expliqué au patient les « risques importants » connus au sujet du médicament, ou s'il a prescrit des médicaments d'une manière qui a causé un préjudice « raisonnablement prévisible », le droit conclut à une négligence. La prudence attendue du médecin dépend de la nature du médicament et du cas du patient.

La marijuana médicinale

Le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* et les amendements nécessaires au *Règlement sur les stupéfiants* sont entrés en vigueur le 30 juillet 2001. Le règlement permet l'utilisation de marijuana par des personnes qui ont des maladies graves, pour lesquelles (a) les traitements conventionnels sont inappropriés ou se sont avérés inadéquats pour soulager des symptômes liés à la maladie ou à

son traitement, et (b) l'on prévoit qu'une utilisation de marijuana procurerait un bienfait médical qui l'emporte sur le risque qu'elle peut comporter. Le règlement n'aborde pas la légalisation générale de la marijuana.

Le règlement établit trois catégories de personnes qui peuvent demander à Santé Canada l'autorisation de posséder de la marijuana à des fins médicales. La catégorie 1 concerne les personnes qui ont une maladie en phase terminale et un pronostic de décès dans les 12 mois. La catégorie 2 concerne les personnes qui souffrent de symptômes spécifiques associés à certaines maladies, dont le VIH/sida. La catégorie 3 concerne les personnes qui ont des symptômes associés à une maladie ou une pathologie grave, autre que ceux des deux autres catégories.

La demande d'autorisation de posséder de la marijuana à des fins médicales doit être faite au Bureau de l'accès médical au cannabis de Santé Canada, appuyée par une déclaration médicale d'un médecin ou d'un spécialiste. Dans toutes les catégories, le demandeur doit fournir une déclaration affirmant notamment que tous les traitements conventionnels ont été raisonnablement essayés, ou envisagés, et que les bienfaits d'un usage de marijuana l'emportent sur les risques potentiels.

Si l'autorisation est accordée, le patient peut cultiver sa propre marijuana, désigner un autre individu qui la cultivera pour lui (et qui doit obtenir une licence pour la culture de marijuana) ou demander l'accès à de la marijuana séchée par une entreprise privée qui la cultive à contrat pour Santé Canada. Les détenteurs d'une autorisation peuvent posséder une quantité de marijuana correspondant à leur approvisionnement pour 30 jours. En février 2005, un peu plus de 700 personnes étaient autorisées à posséder de la marijuana pour usage médical.

En octobre 2004, des propositions d'amendements au Règlement ont été publiées pour commentaires. Elles faisaient suite à plusieurs

affaires judiciaires qui ont mis en lumière de nombreux problèmes du système précédent. Entre autres, les amendements proposés visent à simplifier le processus de demande; ils réduisent par ailleurs, de trois à deux, les catégories de symptômes qui rendent un individu admissible, et ils prévoient un projet pilote sur la distribution de marijuana par des pharmacies, à des patients autorisés. On n'y aborde pas le problème du coût de la marijuana. Les utilisateurs de marijuana à des fins médicales demeurent responsables de ce coût, peu importe leur capacité de payer, et sans compensation d'assurance médicale, d'assurance-santé provinciale, ou de crédit d'impôt.

Le traitement d'entretien à la méthadone

La méthadone est le seul opioïde approuvé pour le traitement à long terme de la dépendance aux opiacés, au Canada. Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) offre d'importants avantages. Il est largement reconnu comme une forme importante de traitement pour les personnes dépendantes d'opiacés et il est un élément crucial d'une approche complète pour la réduction des méfaits de l'usage de drogue. Puisque la méthadone est prise par voie orale, ce traitement peut éliminer ou réduire le partage de seringues pour l'injection d'opiacés. De plus, l'accès légal à la méthadone en tant que substitut à l'héroïne illégale peut aussi contribuer à stabiliser le mode de vie de personnes dépendantes d'opiacés et dont la routine quotidienne implique une poursuite constante, et souvent chaotique, d'une prochaine dose. Cependant, ce traitement comporte aussi des limites. Il est efficace pour la dépendance à l'héroïne, mais pas à la cocaïne, aux amphétamines et à d'autres non-opiacés. Il n'est pas indiqué dans le cas de pluri-dépendance. Autre limite, la méthadone entraîne elle-même une dépendance. En fait, les symptômes du sevrage de la méthadone peuvent être pires et plus difficiles à gérer que ceux du sevrage de l'héroïne. Ainsi, bien

que le traitement à la méthadone soit efficace dans la poursuite d'objectifs de réduction des méfaits, en soi il ne résout pas tous les problèmes associés à la dépendance à la drogue. C'est pourquoi il est nécessaire d'explorer aussi des méthodes additionnelles.

L'essai clinique canadien sur la prescription d'héroïne

On estime qu'entre 10 et 20 % des personnes dépendantes de l'héroïne ne tirent pas de bienfait du TEM. Depuis quelques années, plusieurs personnes sont d'avis que les traitements de substitution de l'héroïne et d'entretien à l'héroïne sont des alternatives raisonnables qui ont leur place au sein de l'approche sanitaire canadienne à l'égard de l'injection de drogue. Après plusieurs années de préparatifs, l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), a débuté en février 2005. La NAOMI est un essai clinique qui consiste à examiner si la prescription d'héroïne peut attirer et retenir des utilisateurs d'héroïne qui n'ont pas eu de réussite avec des programmes antérieurs de TEM ou d'abstinence. D'une durée de deux ans, l'essai implique 470 volontaires dans trois sites (Vancouver, Toronto et Montréal). Environ la moitié des participants recevront de l'héroïne, et les autres recevront de la méthadone. Les participants auront un accès direct à des travailleurs sociaux et à des médecins; l'étude mesurera à quel degré les participants sont capables d'améliorer leurs indicateurs de santé physique et sociaux (comme le fonctionnement social, l'emploi, les activités illégales, le logement, etc.).

L'étude NAOMI est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et a reçu l'approbation de Santé Canada. De l'héroïne y est légalement fournie en vertu d'une exemption pour des études scientifiques approuvées par le fédéral.

Bien que cet essai soit une première en Amérique du Nord, la thérapie au moyen d'héroïne n'est pas nouvelle. Elle a été étudiée dans un

certain nombre de pays d'Europe. Au Royaume-Uni, l'héroïne est disponible pour gérer la dépendance, depuis 1926. À l'heure actuelle, les médecins britanniques sont autorisés à prescrire de l'héroïne, de la cocaïne, de la morphine, des amphétamines et d'autres drogues. En Suisse, le gouvernement a amorcé en 1994 un essai scientifique multicentrique sur plusieurs années, consistant à fournir de l'héroïne à des utilisateurs dépendants de longue date afin d'évaluer les effets sur leur santé, leur intégration sociale et leur comportement. En 1997, l'essai suisse d'entretien à l'héroïne a été qualifié de succès : la criminalité a chuté de plus de 50 % et le taux d'emploi des participants à l'essai a doublé. Comme suite à ces résultats, le public a voté par référendum en faveur de l'établissement du programme à long terme. Pareillement, deux essais simultanés sur la prescription d'héroïne ont été réalisés aux Pays-Bas entre 1998 et 2001; l'un d'eux portait sur l'héroïne injectée et l'autre, sur l'héroïne inhalée. Les chercheurs ont constaté une amélioration de la santé physique et mentale ainsi que du fonctionnement social, chez les participants qui recevaient de l'héroïne prescrite en combinaison avec de la méthadone, comparés à ceux qui ne recevaient qu'un traitement à la méthadone. Des essais semblables sont prévus ou en cours dans quelques autres pays.

De tels résultats d'autres pays sont encourageants; cependant, vu les spécificités des contextes néerlandais et suisse, les résultats ne sont pas automatiquement applicables à la NAOMI. C'est pourquoi cette dernière évaluera si le traitement assisté à l'héroïne peut être efficace au Canada.

Recommandations

1. Santé Canada devrait régler les éléments qui font encore obstacle à l'accès à la marijuana à des fins médicinales, dans le *Règlement sur l'accès à la marijuana médicale*, en particulier en ce qui concerne le problème du coût pour les personnes qui n'ont pas la capacité de payer leur marijuana.
2. À plus long terme, Santé Canada devrait élaborer des plans, en fonction des meilleures données disponibles, pour permettre aux médecins de prescrire des opiacés et des stimulants désignés.
3. À plus court terme, l'essai NAOMI devrait être appuyé et une attention minutieuse devrait être portée à ses résultats, relativement à l'à-propos d'établir la prescription d'héroïne, au Canada, sur une base prolongée.

Lectures complémentaires

Brissette S., « La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1) : 1, 103-110. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6nos1-22001/f-heroine.htm.

Fischer B., « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1997, 88 : 367.

Santé Canada, *Information*, Bureau de l'accès médical au cannabis, 2005, www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/information.htm.

Van den Brink et coll., « Medical Co-prescription of Heroin: Two Randomised Control Trials », Central Committee of the Treatment of Heroin

Addicts, 2002. Les conclusions de l'essai clinique néerlandais en matière de prescription d'héroïne. Disponible via www.ccbh.nl/ENG/index.htm.

Pour information à propos de l'essai clinique NAOMI, sur la prescription d'héroïne, voir www.naomistudy.ca.

www.drugpolicy.org
Le site Internet de la Drug Policy Alliance (anciennement le Lindesmith Center) offre plusieurs articles et rapports sur l'entretien à l'héroïne.

6

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

7

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
- 7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales**
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales

Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées par (a) l'absence d'essais cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire; (b) l'absence de recherches concernant les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales; et (c) l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection de plusieurs essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Contexte historique

Après la deuxième Guerre mondiale, on a amorcé des efforts concertés pour exclure les personnes vulnérables des expériences scientifiques et médicales, afin de les protéger contre l'exploitation médicale. Le *Code de Nuremberg*, l'*International Code of Medical Ethics* et la *Déclaration d'Helsinki* ont été développés pour protéger les gens contre l'exploitation médicale et scientifique. Les personnes de groupes ethniques et de minorités, celles ayant un handicap mental ou qui sont marginalisées socialement ont été mises à l'abri des recherches expérimentales en médecine.

Cette exclusion est due à des recherches médicales effectuées au dix-neuvième siècle et dans la première moitié du vingtième, où des expériences médicales d'une éthique douteuse ont eu lieu sur des personnes vulnérables dans plusieurs pays.

Nouvelle perspective

Bien que la protection des sujets de recherche demeure une préoccupation importante, on reconnaît de plus en plus la nécessité d'un accès équitable et volontaire aux essais cliniques, fondé sur le consentement éclairé. On estime que les femmes, les personnes désavantagées sur le plan économique, marginalisées socialement ou

appartenant à des groupes ethniques et à des minorités, rencontrent souvent de la discrimination et de l'injustice parce qu'elles sont exclues des essais cliniques sur de nouveaux traitements prometteurs, ou y sont sous-représentées. *L'Énoncé de politique des trois conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains*, publié au Canada en 1998, affirme que « les membres de la société ne devraient jamais supporter plus que leur juste part du fardeau directement associé à leur participation à une recherche, pas plus qu'ils ne devraient être arbitrairement privés de ses éventuels avantages ».

Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales

On manque de renseignements cliniques appropriés pour déterminer les traitements à donner aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Les utilisateurs de drogue sont souvent exclus ou sous-représentés dans les études sur ces médicaments. De plus, peu de recherche a porté sur les effets des drogues illégales sur le système immunitaire et leur interaction avec les médicaments anti-VIH. Ceci nuit à la fourniture de soins et traitements optimaux pour les utilisateurs de

drogue par injection séropositifs, car il est possible qu'ils présentent un registre plus large de déficiences immunitaires, des différences dans la progression de la maladie et des réactions différentes aux traitements.

Questions juridiques

Autorisation légale d'effectuer des recherches

Les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) permettent aux chercheurs et aux utilisateurs de drogue de participer à des essais cliniques impliquant des drogues illégales. Le ministre de la Santé et le Cabinet ont le pouvoir d'exempter des personnes de la LDS pour des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public. Vu leur importance pour la recherche médicale et scientifique, le ministre de la Santé a approuvé un premier lieu sécuritaire pour l'injection au Canada (l'Insite, dans le Downtown Eastside de Vancouver) et la North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) qui mènera des essais cliniques à Vancouver, Toronto et Montréal.

Obligations juridiques dans l'exécution des recherches

Il n'existe aucune obligation juridique d'effectuer des recherches sur les effets des drogues illégales sur

le système immunitaire et leurs interactions avec les médicaments anti-VIH/sida. Même si la loi autorise les ministres fédéral et provinciaux de la Santé à effectuer des recherches, et bien que ces derniers puissent légalement autoriser des recherches sur les drogues illégales, il est douteux que les mandats larges des autorités sanitaires, « la promotion et [le] maintien » de la santé des Canadiens, soient interprétés par les tribunaux comme imposant au gouvernement une obligation légale d'effectuer des recherches d'un type particulier.

Toutefois, la loi régleme la manière dont les recherches médicales sont régies ou visées par la loi ou d'autres politiques. La conception des recherches doit tenir compte de considérations juridiques et éthiques et on pourrait peut-être invoquer la *Charte canadienne des droits et libertés* ou les lois provinciales sur les droits de la personne pour contester l'exclusion des usagers de drogue, dans des études. On pourrait également contester le refus des autorités gouvernementales ou des organismes privés d'autoriser des recherches sur les drogues illégales.

Par exemple, on pourrait soutenir que l'exclusion des usagers de drogue de diverses études contrevient aux garanties, prévues dans la *Charte*, d'égalité de bénéfice et de protection égale de la loi (art. 15) et aux droits à la vie et à la sécurité de la personne (art. 7). Toutefois, la *Charte* ne s'applique généralement qu'aux institutions gouvernementales (art. 32). L'application de la *Charte* au secteur quasi public, comme les hôpitaux et les universités qui effectuent des recherches sur des médicaments contre le VIH/sida, fait encore l'objet de débats; on ne peut encore tirer de principes clairs des décisions de tribunaux dans ce domaine.

Questions éthiques

Les professionnels de la santé ont une obligation éthique d'acquérir le savoir pour s'acquitter des responsabilités cliniques du traitement, des soins et du soutien. L'exclusion systématique

des utilisateurs de drogue par injection (ou des femmes ou des personnes pauvres), dans les essais cliniques, équivaut au refus d'obtenir le savoir pour traiter adéquatement ceux qui ont souvent le plus grand besoin de soins. Il est scientifiquement non fondé d'assumer qu'un utilisateur de drogue séropositif au VIH suit le même parcours de maladie que les personnes séropositives qui ne consomment pas de drogue. Par ailleurs, il est démontré que certaines drogues interagissent de manière défavorable avec des antirétroviraux. Les utilisateurs de drogue par injection séropositifs peuvent présenter un registre plus large de déficiences immunologiques et des différences dans la progression de la maladie; leurs réactions aux traitements peuvent aussi être différentes de celles d'autres personnes vivant avec le VIH/sida. Par conséquent, il est fautif sur les plans éthique et clinique d'exclure ces personnes d'essais qui pourraient indiquer si leur traitement antirétroviral devrait différer de celui de personnes qui ne consomment pas de drogue.

Recommandations

1. Les Instituts de recherche en santé du Canada et les fabricants pharmaceutiques, en consultation avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, devraient développer un programme détaillé de recherche qui identifie les priorités de la recherche concernant les utilisateurs de drogue par injection.
2. Comme principe général, les chercheurs cliniques et les associations professionnelles devraient adopter des mesures pour assurer que les obstacles à la participation d'utilisateurs de drogue aux essais cliniques de médicaments contre le VIH/sida soient abolis.

Lectures complémentaires

Hankins C., N. Lapointe, S. Walmsley, « Participation in clinical trials among women living with HIV in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 159 : 1359. Cette étude a constaté que les utilisatrices de drogue étaient sous-représentées dans les essais cliniques, au Canada.

Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, août 1998. On y affirme qu'aucun groupe de personnes ne devrait être catégoriquement exclus de l'accès à des essais cliniques, et que des efforts spéciaux devraient être déployés pour joindre les population traditionnellement exclues.

7

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsvida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

8

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales

8. L'information sur l'usage et les effets des drogues

9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

L'information sur l'usage et les effets des drogues

Ce feuillet aborde les questions juridiques et éthiques liées au besoin que les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de l'information exacte et complète au sujet des drogues et de leurs effets.



Où est le problème?

Les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogue et le grand public ne reçoivent pas suffisamment d'information exacte et complète au sujet des drogues illégales. Cela a un impact négatif sur les efforts de prévention du VIH et sur l'accès éclairé à des soins, des traitements et du soutien adéquats pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Programmes d'éducation fondés sur l'abstinence

Plusieurs des programmes d'éducation, en particulier à l'intention des jeunes, reposent sur une philosophie de tolérance-zéro. L'abstinence de drogue en est l'objectif principal. On dit souvent aux jeunes qu'au delà de l'expérimentation d'une seule fois, il s'agit d'abus de drogue; que l'alcool et la cigarette sont les premiers pas vers la consommation de drogues illégales; et que l'usage de drogues illégales comme la marijuana conduira à la consommation d'autres drogues illégales comme l'héroïne et la cocaïne. Or l'optique du *Dites simplement non* est dangereuse :

Quand on a dit aux jeunes que les drogues illégales, y compris la marijuana, sont très dangereuses et qu'elles créent une dépendance, puis qu'ils découvrent par l'expérience que cela est faux, le reste du

message perd toute crédibilité. Une éducation honnête sur la drogue est un des moyens pour assurer que les individus sachent comment prendre des décisions éclairées. Mais cette approche ne cadre pas dans la campagne du *Dites simplement non*.

Pour que l'éducation sur la drogue soit efficace, des analystes soulignent qu'elle devrait être fondée sur des hypothèses réalistes : « Les programmes doivent répondre aux besoins des individus, dans leur contexte social, et ils doivent être souples et créatifs comme le sont les jeunes qu'ils cherchent à informer. »

Programmes d'éducation sur la réduction des méfaits

Les programmes d'éducation sur la réduction des méfaits portent moins de jugement sur l'usage de drogue et se veulent plus informatifs. Ils cherchent à donner de l'information exacte au sujet de la composition et des effets des diverses substances et de proposer des sources d'aide aux personnes qui en consomment. Les programmes à l'intention des adolescents cherchent à développer leurs capacités d'évaluation, de communication, d'affirmation, de résolution de conflit et de prise de décision.

Les programmes d'éducation basés sur le modèle de la réduction des méfaits s'efforcent de réduire la prévalence

des méthodes et des fréquences risquées de consommation de drogue; de réduire le taux de consommation intense ou dépendante; de réduire l'expérimentation de drogues qui sont particulièrement susceptibles de causer des problèmes médicaux; et d'améliorer la capacité des utilisateurs de drogue et d'autres personnes de réagir aux problèmes associés à la drogue.

Au Canada, certains ministères et agences gouvernementales ont publié de l'information basée sur des principes de réduction des méfaits, à l'intention du public. Mais la quantité d'information concernant la drogue et basée sur ces principes, à l'intention des jeunes, des utilisateurs de drogue et du grand public, est encore limitée.

De plus, les fournisseurs de soins de santé, comme les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, ne reçoivent pas suffisamment d'éducation au sujet des drogues, de la dépendance et des traitements pour les personnes qui ont une dépendance à la drogue. Une étude effectuée en Colombie-Britannique, auprès d'étudiants et de résidents en médecine, a conclu que les programmes de formation devraient consacrer plus de temps aux drogues autres que l'alcool.

Questions juridiques

Les responsables de la santé, au palier provincial, sont chargés par les lois de santé publique de fournir de l'éducation sur la santé aux membres du public. Cependant, ils ont le pouvoir discrétionnaire de décider de quels types de documentation il s'agira et à quels segments du public elle s'adressera. Par conséquent, les principes de base appliqués dans la documentation éducative sur la drogue, de même que la question de savoir si de l'information sera destinée aux jeunes, aux utilisateurs de drogue ou au grand public, est généralement laissée à la discrétion des responsables gouvernementaux en matière de santé. Il serait toutefois difficile d'avoir recours au droit pour réagir au défaut de donner de l'information exacte sur les drogues illégales et leurs effets.

Principes d'éthique

Toutefois, les principes de l'éthique exigent que les membres de la société aient de l'information exacte et complète sur toutes les questions qui impliquent une décision, un choix et une action. Le maniement ou la suppression d'information sur les drogues illégales dont devraient disposer les utilisateurs de drogue, les professionnels et les citoyens, pour pouvoir agir de manière responsable, est contraire à l'éthique.

Les utilisateurs de drogue, dans l'exercice de leur autonomie personnelle, ont une responsabilité de chercher à obtenir l'information la plus fiable et la plus complète qui est disponible pour les guider dans les choix et décisions qui feront avancer ou échouer leurs plans de vie, et peut-être les plans de vie d'une autre personne avec laquelle ils interagissent ou sont liés.

Les professionnels des soins de santé ont la responsabilité d'être certains de comprendre l'information et la connaissance au sujet de l'usage de drogue, puisque cela est nécessaire pour prendre soin de personnes dont les besoins concernent leur mandat professionnel. Ils ont aussi une responsabilité de signaler à la communauté médicale et à la communauté de recherche, de même

qu'à la société, les domaines où il manque des informations et des connaissances qui sont nécessaires.

Le public – les individus et leurs représentants au pouvoir – a la responsabilité de devenir adéquatement informé au sujet de l'usage de drogue et des effets de cet usage. Ceci découle de son rôle central et de son pouvoir de formulation, d'adoption et de mise en œuvre de politiques publiques concernant tous les aspects de l'usage de drogue (y compris sa criminalisation; les programmes de prévention, d'éducation et de réduction des méfaits; et les soins, les traitements et le soutien aux utilisateurs).

Recommandations

1. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, devraient octroyer des fonds au développement et à la distribution d'information sur les drogues illégales qui soit exacte, non biaisée et qui ne porte pas de jugement, pour les fournisseurs de soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public.
2. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient élaborer des programmes d'éducation fondés sur les principes de la réduction des méfaits.
3. Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation et de la Santé devraient procéder à une évaluation des programmes d'éducation scolaire portant sur les drogues illégales, pour déterminer comment rehausser leur efficacité à réduire les méfaits liés aux pratiques inadéquates d'usage de drogue chez les jeunes.
4. Les universités et les collèges devraient assurer que les programmes de formation des professionnels de la santé comprennent de la documentation, des exposés et des discussions dont le contenu soit exact, sans biais et ne porte pas de jugement, au sujet de la drogue, de son usage et des approches de réduction des méfaits qui y sont liés.

Lecture complémentaire

Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : documents de fond*, Montréal, 1999. Voir notamment le chapitre sur les questions éthiques rédigé par le Dr David Roy et celui sur les questions de politiques, de la Dre Diane Riley. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

8

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

9

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues

9. Les programmes d'échange de seringues

10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Les programmes d'échange de seringues

Ce feuillet explique comment les règles et règlements entourant les programmes d'échange de seringues, au Canada, font obstacle à la prévention du VIH ainsi qu'aux soins, aux traitements et au soutien des utilisateurs de drogue par injection.

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida



Buts de l'échange de seringues

Les programmes d'échange de seringues (PÉS) sont une composante cruciale de l'approche de la réduction des méfaits liés à l'usage de drogue. Des utilisateurs de drogue par injection partagent souvent des aiguilles et des seringues, ce qui est très propice à la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC). Le raisonnement inhérent aux PÉS est le suivant : en donnant des seringues et aiguilles stériles aux utilisateurs de drogue par injection, on diminue le partage de matériel d'injection, ce qui réduit la propagation d'agents infectieux transmissibles par le sang, comme le VIH et le VHC.

En plus de distribuer des seringues, les PÉS facilitent les contacts avec une population qui est autrement difficile à joindre, pour lui fournir des services d'éducation, de counselling et d'orientation vers des services de santé et de désintoxication.

Ça fonctionne?

Des études montrent que les PÉS :

- sont efficaces pour réduire la propagation du VIH,

- n'entraînent pas d'augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue ni de diminution de l'âge d'une première injection, et
- n'accroissent pas le nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire, dans une communauté, ni ne modifient les lieux où on en jette.

L'échange de seringues au Canada
Le premier PÉS au Canada a été mis sur pied à Vancouver en 1989. En quelques mois, d'autres voyaient le jour à Montréal et à Toronto, puis d'autres villes canadiennes ont rapidement emboîté le pas. Aujourd'hui, on estime qu'il existe plus de 200 sites d'échange de seringues, au Canada. Pourtant, seulement une petite proportion des utilisateurs de drogue par injection a accès aux PÉS. Plusieurs problèmes subsistent :

- Dans plusieurs PÉS, le nombre de seringues remises à chaque utilisateur, à chaque visite, est limité. Des quotas individuels peuvent être imposés et/ou on peut exiger l'échange d'une seringue usagée contre une neuve. De telles limites peuvent être bien intentionnées, mais elles restreignent l'accès à du matériel d'injection stérile. Dans l'ensemble,

le nombre d'aiguilles distribuées, au Canada, est bien inférieur au nombre requis pour la population d'utilisateurs de drogue par injection.

- Le nombre de PÉS au Canada demeure insuffisant et ils sont généralement situés dans les grandes villes. Les personnes qui vivent en milieu rural ou dans de petites villes ont généralement peu d'accès à ces programmes. De plus, même au sein de grandes villes, les PÉS sont centralisés, ce qui crée une autre difficulté d'accès.
- Les heures de fonctionnement des PÉS sont souvent limitées. Dans les régions rurales, du matériel d'injection stérile est fourni par des cliniques communautaires ou l'urgence d'hôpitaux, mais parfois seulement deux heures par semaine.
- À plusieurs endroits, les pharmaciens sont réticents à fournir des seringues aux utilisateurs de drogue par injection. Certains se préoccupent de possibles impacts négatifs sur les revenus de leur commerce. Ceci est un problème, notamment dans des régions rurales ou semi-urbaines, puisque les pharmacies peuvent constituer une des rares possibilités d'accès à du matériel d'injection stérile.

- Les PÉS n'offrent pas tous des services de soins de santé, du counselling et du soutien.
- L'injection de drogue est prévalente en prison, mais aucun PÉS n'est offert dans les prisons fédérales et provinciales du Canada.

Questions juridiques

Il est légal, au Canada, de donner ou de vendre du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogue par injection. Cependant, il est théoriquement possible que les employés et les clients de PÉS fassent l'objet d'accusations criminelles, en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), si les seringues qu'ils possèdent renferment des traces de drogue illégale. Bien qu'il est peu probable qu'une telle accusation soit portée contre un employé de PÉS, le risque est plus grand pour les utilisateurs de drogue. Toutefois, une telle politique d'application de la loi entraverait l'efficacité des PÉS et accroîtrait le risque que les utilisateurs de drogue par injection jettent leurs seringues usagées en public (plutôt que de les retourner au PÉS).

Questions éthiques

Le but ultime ou la fin que visent ces programmes concerne la réduction ou l'élimination d'une constellation de méfaits qui accompagnent la dépendance à des drogues et l'injection de drogue. Les PÉS [...] offrent des moyens de parvenir à cette fin.

Cependant, ces programmes ne sont pas efficaces lorsqu'ils fonctionnent de manière qui impose des restrictions qui les empêchent de satisfaire les besoins des personnes pour lesquelles ils avaient été conçus.

Les limites énumérées ci-dessus empêchent des PÉS, au Canada, de respecter les principes de l'autonomie et de la dignité, de la bienfaisance et de la non-malfaisance, de même que de la justice et de l'équité. La bienfaisance et la non-malfaisance impliquent la maximisation

des bienfaits pour le patient et la minimisation des méfaits. L'autonomie et la dignité requièrent le respect du droit de l'individu à l'autodétermination et de sa capacité de décision éclairée sur son propre bien-être, tout en reconnaissant que la capacité d'action autonome peut être compromise par la dépendance à la drogue. La justice et l'équité commandent l'octroi de ressources aux problèmes de santé des utilisateurs de drogue; la santé de ces individus ne doit pas être considérée comme moins importante en raison de leur dépendance à la drogue.

Recommandations

1. Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux devraient assurer que des programmes d'échange de seringues soient faciles d'accès pour les utilisateurs de drogue par injection partout au Canada.
2. Le gouvernement fédéral devrait abroger les lois criminelles qui exposent les utilisateurs de drogue par injection et les employés des services d'échange de seringues à la responsabilité criminelle en cas de possession de matériel d'injection contenant des traces d'une substance désignée.
3. Les systèmes correctionnels devraient rendre disponible en prison du matériel d'injection stérile.
4. Les associations de pharmaciens ainsi que leurs instances d'accréditation devraient encourager ces professionnels à distribuer du matériel d'injection stérile, afin que les utilisateurs de drogue aient un autre point d'accès à ce matériel.

Lectures complémentaires

C. Hankins, « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129. L'historique et les lacunes actuelles des programmes d'échange de seringues au Canada.

Santé Canada, « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) au Canada », dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, mai 2004. Contient des données sur la prévalence du partage de seringues et d'aiguilles parmi les utilisateurs de drogue par injection. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/index_f.html.

FAQ sur les programmes d'échange de seringues, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004. Disponible via www.ccsa.ca.

R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm.

Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness for sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injection drug users*, OMS, 2004. Disponible à www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf. Document technique de la série « Evidence for Action » de l'OMS, qui examine la recherche actuelle sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues à réduire le risque de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

9

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsvida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues

10. Le traitement d'entretien à la méthadone

11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Le traitement d'entretien à la méthadone

La méthadone est encore le seul opioïde approuvé au Canada pour le traitement prolongé de la dépendance aux opiacés. C'est un narcotique synthétique utilisé pour le traitement de personnes accoutumées à l'héroïne ou à la morphine. C'est un opioïde à action prolongée qui peut être pris par voie orale. Un utilisateur de drogue n'a besoin que d'une dose de méthadone par période de 24 à 36 heures. La méthadone n'a pas d'action euphorisante ou sédative, ce qui contraste avec l'action plus brève et les périodes marquées de hauts et de bas associées à l'héroïne, à la morphine et à d'autres opiacés. L'effet soutenu de la méthadone permet de chercher ou de garder un emploi et favorise la réinsertion dans la communauté.

La sûreté et l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) sont documentées dans des publications scientifiques et médicales. On attribue aux programmes de TEM une diminution de l'usage d'opiacés, une réduction de la criminalité et une amélioration de la santé générale du patient. Le TEM réduit chez les individus la morbidité et la mortalité. Un autre bienfait important est qu'il réduit la propagation du VIH, puisque la méthadone est administrée par voie orale plutôt que par injection.

Le traitement d'entretien à la méthadone

Ce feuillet explique comment les règles et règlements sur les programmes d'entretien à la méthadone, au Canada, peuvent nuire à la prévention du VIH et aux soins, aux traitements et au soutien des utilisateurs de drogue par injection.

Le TEM est donc devenu une « ressource critique dans les efforts contre l'injection de drogue et le VIH/sida ». De plus, les cliniques de méthadone sont d'excellents sites pour l'éducation et la prévention des maladies. On peut y offrir aux patients des tests de MTS et du VIH, de même que du counselling; on peut aussi y donner de l'information sur le sécurisexe, les dangers du partage d'aiguilles et les méthodes pour bien nettoyer le matériel d'injection.

Histoire de la méthadone au Canada

En 1959, le Dr Robert Halliday a reçu l'approbation du ministère fédéral de la Santé pour une étude sur la méthadone comme moyen de traitement de la dépendance aux opiacés. Il a établi que l'entretien à la méthadone était une forme légitime de traitement pour ces personnes. En 1972, il existait au Canada près de 25 programmes d'entretien à la méthadone. La Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain) a conclu que la méthadone est l'arme la moins coûteuse et la plus efficace contre la dépendance à l'héroïne. Elle a recommandé que l'entretien à la méthadone soit rendu disponible partout au pays, pour les personnes dépendantes d'opiacés.

Au début des années 1970, les possibilités d'usage abusif de la méthadone sont devenues une préoccupation pour le gouvernement fédéral. Des règlements ont été adoptés en 72, dans la *Loi sur les stupéfiants*, interdisant à tout médecin ou pharmacien d'administrer, prescrire, donner ou vendre de la méthadone à quiconque sans y être autorisé par le gouvernement fédéral. Cette réglementation a eu un impact marqué : de 1972 à 1975, le nombre de professionnels à prescrire la méthadone et le nombre de patients en recevant ont chuté d'un tiers.

Vers le milieu des années 90, les autorités fédérales de santé ont délégué aux provinces l'accréditation et le contrôle de la prescription de méthadone. Certaines provinces ont confié à leur collège des médecins et chirurgiens la surveillance des programmes, mais un permis fédéral est encore nécessaire pour pouvoir prescrire et administrer de la méthadone à des patients.

Obstacles à l'efficacité des programmes

Malgré leur disponibilité croissante, le TEM et d'autres traitements de substitution (p. ex., la buprénorphine) demeurent illégaux ou fortement restreints dans plusieurs pays.



À la fin de 2004, on a proposé d'inclure la méthadone et la buprénorphine dans la Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé – ce serait un énorme pas dans les efforts mondiaux pour un accès rehaussé aux traitements chez les utilisateurs de drogue par injection.

Au Canada, les restrictions imposées aux programmes de traitement à la méthadone sont dues à plusieurs facteurs. Un d'entre eux est l'opposition philosophique à ce traitement et à son utilisation pour parvenir à une abstinence d'usage de stupéfiants. À plusieurs égards, ce traitement est un bon exemple de l'entrave, par la réglementation, à l'efficacité d'un programme controversé de santé publique pour des « gens qui n'ont pas la faveur populaire ». Le US Institute of Medicine a conclu que les politiques mettent « trop d'emphasis sur la protection de la société contre la méthadone, et pas assez sur la protection de la société contre l'épidémie de dépendance, de violence et de maladies infectieuses que la méthadone peut aider à réduire ». La même remarque a été faite au Canada, où l'on déplore que les règles et les règlements des programmes de méthadone soient souvent des obstacles à la provision de soins efficaces aux utilisateurs. En janvier 1999, un médecin ontarien a écrit :

Une immense controverse entoure les sévères restrictions à l'endroit des patients qui prennent de la méthadone – des restrictions qui ne s'appliquent d'aucune façon à la prescription d'autres stupéfiants aussi dangereux, voire davantage. On en aurait pour un traité complet à expliquer l'histoire politique et philosophique qui sous-tend la sévérité des normes que doivent respecter les patients qui reçoivent de la méthadone en Ontario.

Les programmes de méthadone sont critiqués, au Canada, pour l'arsenal de règles qu'ils imposent à leurs patients – rigoureuses procédures d'évaluation, exigence de visites quotidiennes, abstinence d'autres drogues et analyses d'urine au hasard. Parmi les autres problèmes qu'on observe :

- Même si le nombre de personnes dépendantes de l'héroïne qui reçoivent un traitement à la méthadone a augmenté, ces dernières années, il demeure faible (et l'accès au TEM, inadéquat) dans plusieurs régions du Canada.
- Le financement des programmes de méthadone au Canada est insuffisant et, dans plusieurs provinces, trop peu de médecins et de pharmaciens participent à la provision de TEM.
- L'accès à la méthadone en prison est encore rare. Dans le système correctionnel fédéral et dans certains systèmes provinciaux – mais pas tous –, les détenus qui suivaient un TEM avant leur incarcération peuvent le continuer en prison. Cependant, le TEM devrait être accessible aussi aux détenus qui sont dépendants d'opiacés mais qui ne recevaient pas ce traitement avant l'incarcération, en tant qu'importante mesure de réduction du partage de matériel pour l'injection de drogue, en prison. Bien que certains ressorts aient amélioré leurs politiques, il demeure souvent des obstacles concrets à la provision de méthadone en prison.

Recommandations

1. Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux devraient prendre les mesures pour assurer que des programmes d'entretien à la méthadone soient plus accessibles dans tous les territoires et provinces.
2. Les responsables gouvernementaux de la santé et les Collèges des médecins et chirurgiens devraient assurer que des services complets soient accessibles aux participants aux programmes de méthadone, y compris les soins de santé de premier recours, du counselling, de l'éducation et du soutien.
3. Les systèmes correctionnels devraient assurer que les détenus qui suivaient un TEM avant leur incarcération aient la possibilité de le continuer en prison, et que les détenus puissent amorcer ce traitement en prison d'après les mêmes critères qu'hors de prison.

Lectures complémentaires

Fischer B., « Opiate Addiction Treatment, Research, and Policy in Canada - Past, Present and Future Issues », dans M Rihs-Middel et coll (éd.), *Proceedings of Symposium Heroin-Assisted Treatment for Dependent Drug Users: State of the Art and New Research Participants Perspectives: Scientific Findings and Political Perspectives*, Berne, Université de Berne, 10-12 mars 1999. Discute de l'histoire du TEM au Canada, de l'effet de la réglementation de 1972 et des obstacles actuels à ce traitement pour les utilisateurs de drogue par injection.

Kerr T., R. Jürgens, *Methadone Maintenance Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. Disponible via www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm.

[US]Institute of Medicine, *Federal Regulation of Methadone Treatment*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1995.

10

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsvida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone

11. Les lieux sécuritaires pour l'injection

12. Une obligation de passer à l'action
13. Ressources essentielles

Les lieux sécuritaires pour l'injection

Ce feuillet d'information explique ce que sont les lieux sécuritaires pour l'injection, les développements liés à l'ouverture de l'« Insite », à Vancouver, et pourquoi le Canada devrait continuer d'appuyer la mise à l'essai de tels sites.



Un autre des moyens de solution partielle proposés à la crise de l'injection de drogue, du VIH/sida et du VHC (et des surdoses) consiste à établir – d'abord à titre d'essai – des « lieux sécuritaires pour l'injection » (« LSI », aussi appelés « sites d'injection sécuritaires », « lieux d'injection supervisés », « sites d'injection sous supervision médicale » ou « salles de consommation de drogue »).

Qu'est-ce qu'un lieu sécuritaire pour l'injection?

Un LSI est un endroit où des personnes qui s'injectent des drogues ont la possibilité de le faire au moyen de matériel stérile, sous la supervision de personnel détenant une formation médicale. Aucune drogue n'est fournie sur les lieux : elle y est apportée par les utilisateurs. L'équipe de professionnels n'aide pas à l'administration de la drogue, mais aide les utilisateurs à éviter les surdoses, les infections sanguines et d'autres problèmes de santé (comme les abcès) pouvant résulter de l'utilisation de matériel d'injection non stérile ou de pratiques non sécuritaires d'injection.

Les LSI peuvent aussi diriger des utilisateurs de drogue vers des programmes de traitement et de réadaptation; ils peuvent de plus jouer un rôle de centres de soins de santé primaires. On y fournit gratuitement du matériel d'injection stérile, y compris des seringues, de l'alcool, des cotons ouate, de l'eau, des chauffoirs/cuillères et des garrots. Les buts sont de réduire les incidents de l'utilisation non sécuritaire de drogues par injection et de prévenir les conséquences néfastes qui résultent trop souvent de l'injection non sécuritaire. Il ne s'agit pas de « piqueries », qui ne sont pas reconnues légalement ou officiellement, et qui sont souvent non sécuritaires parce qu'elles n'offrent pas de conditions salubres, d'accès à du matériel d'injection stérile, de supervision, d'accès immédiat à du personnel de soins de santé, ni de lien avec d'autres services de soutien et de santé.

Les LSI peuvent améliorer la santé publique de trois façons principales : (1) en prévenant des surdoses mortelles; (2) en prévenant la propagation d'infections par le sang et d'autres méfaits causés par des pratiques d'injection non sécuritaires; et (3) en servant de portail pour l'accès à de l'éducation, à des traitements et à la réhabilitation.

Le débat

Certains soutiennent que l'établissement de LSI lance un « mauvais message » à la communauté – notamment que l'usage de drogue est acceptable et appuyé de manière officielle – et que cela contribuerait à une augmentation de la consommation. Pourtant, dans des villes européennes où l'on trouve des LSI, le nombre total d'utilisateurs de drogue a diminué.

Certains craignent que l'introduction de LSI fasse augmenter la concentration d'utilisateurs de drogue dans le secteur et affecte le cachet du quartier. En réalité, cependant, les LSI devraient atténuer les problèmes liés à la nuisance et à la visibilité – criminalité, violence, flânage, trafic de drogue et dommages matériels pourraient être réduits; et plusieurs seringues seraient mises au rebut de façon sécuritaire, plutôt que jetées dans les rues. Des études européennes le confirment : les autorités policières rapportent un déclin des vols dans la rue, des vols dans les automobiles, du trafic d'héroïne et d'infractions similaires, après l'introduction de LSI.

Expériences d'autres pays

Des LSI ont été introduits avec succès en tant que stratégie pragmatique, pratique et efficace de réduction des méfaits dans une ville d'Australie, deux villes d'Espagne et d'autres villes de Suisse, d'Allemagne et des Pays-Bas. Ces LSI ont été implantés dans des endroits qui étaient devenus des scènes très publiques de consommation de drogue, auxquelles s'associaient des effets néfastes tels la détérioration de la santé et l'accroissement des nuisances publiques. Les LSI semblent maintenant acceptés dans ces pays, malgré l'opposition initiale.

Aspects juridiques

Le droit international requiert que les États abolissent les obstacles aux essais de LSI, en vertu de l'obligation légale internationale d'atteindre le meilleur état de santé possible pour tous. De plus, les conventions internationales sur la drogue n'interdisent pas la tenue de tels essais. En fait, ces traités sur la drogue permettent expressément les expériences scientifiques et médicales.

Les craintes au sujet de la responsabilité criminelle ou civile, souvent exagérées, ne sont pas des obstacles insurmontables à la mise en place de LSI. Néanmoins, il est souhaitable d'établir un cadre juridique clair pour leur fonctionnement.

Insite – le premier LSI autorisé en Amérique du Nord

À l'issue d'un plaidoyer long et ardu, l'Insite s'est ouvert dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver en septembre 2003. Grâce à une exemption du ministre de la Santé en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, le gouvernement en a autorisé le fonctionnement pour trois ans en tant que projet pilote de recherche scientifique.

Un examen préliminaire de la première année d'existence de l'Insite a montré qu'il fournit un lieu sûr à plus de 3 000 personnes qui s'injectent des drogues illégales, à Vancouver. On y supervise entre 500 et 600 injections par jour. Quelque 100 surdoses sont survenues pendant cette première année, mais aucune n'a été fatale, grâce à l'intervention rapide du personnel. Plusieurs références ont été faites à des services de counselling et de traitement. L'étude révèle que l'ouverture du LSI est associée à des améliorations à l'ordre public, notamment une diminution de l'injection de drogue en public et du nombre de seringues jetées dans les rues. L'évaluation se poursuit.

Conclusion

Les LSI sont une composante importante d'une stratégie complète de réduction des méfaits. Un vaste corpus de données d'autres pays montre que les LSI sont une intervention sanitaire efficace. L'évaluation préliminaire de l'Insite de Vancouver dresse aussi un bilan positif. Devant ces faits, le Canada ne peut rester dans l'inaction et refuser d'introduire des LSI dans d'autres villes où il existe un besoin clair et démontrable d'interventions pour réduire le VIH, l'hépatite C et d'autres méfaits évitables chez les utilisateurs de drogue.

Recommandations

1. Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'essais de LSI dans d'autres villes du Canada.
2. Les fonctionnaires et élus des paliers fédéral, provincial/territorial et municipal qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux ainsi que de l'application de la loi devraient collaborer à faire en sorte que la mise à l'essai de LSI s'amorce dès que possible dans d'autres villes du Canada.

Lectures complémentaires

FAQ sur les centres d'injection supervisés, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004. Disponible via www.ccsa.ca.

R. Elliott, I. Malkin, J. Gold, *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Une analyse détaillée des enjeux juridiques liés à l'introduction de LSI au Canada. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

M. Roberts et coll., *Drug consumption rooms: A Drugscope briefing paper*, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2004. Disponible à www.internationaldrugpolicy.org/reports.htm.

E. Wood et coll., « Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users », *Harm Reduction Journal*, 2004, 1 : 9. Fournit des observations préliminaires sur le projet Insite et décrit la démarche pour l'évaluation ultérieure des impacts du LSI. Disponible à www.harmreductionjournal.com/content/1/1/9.

11

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidsslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
- 12. Une obligation de passer à l'action**
13. Ressources essentielles

Une autre tragédie de santé publique

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'injection de drogue. Le nombre élevé de cas d'infection attribuables à l'injection de drogue est inacceptable. En 2003 et pendant les six premiers mois de 2004, 18 % des résultats positifs au test du VIH signalés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses étaient liés à l'injection de drogue. Entre 55 % et 80 % des utilisateurs de drogue par injection s'avèrent séropositifs au VHC.

La réaction du Canada à cette crise est loin d'être efficace et concertée. Le manque d'action appropriée donne à certains le sentiment qu'une autre tragédie de santé publique est en gestation – comparable à celle qui a éclaté pendant les années 80 dans le dossier du sang contaminé – et montre que peu de leçons, voire aucune, ont été retenues à ce chapitre :

Un groupe marginalisé – les utilisateurs de drogue par injection – est frappé par une vague de décès et de maladie résultant non pas des substances consommées, mais des méthodes inefficaces et inadaptées que nous employons pour lutter contre l'usage de drogue illicite et

Une obligation de passer à l'action

Une crise de santé publique sévit depuis le début des années 1990, au Canada, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'injection de drogue. La réaction du Canada à cette crise n'est ni efficace, ni concertée. Bien des choses peuvent – et doivent – être faites pour freiner la propagation du VIH et d'autres infections parmi les utilisateurs de drogue par injection et pour améliorer les soins, les traitements et le soutien de ceux qui sont séropositifs. Bien des choses doivent être faites, parce que les approches actuelles ne résistent pas à l'analyse éthique.

la toxicomanie. On observe la même réticence à analyser correctement le problème ou à mettre de côté les méthodes conventionnelles et les vieilles idées. On observe une lutte de pouvoir entre les forces de l'ordre et les autorités de santé publique sur la façon d'aborder le problème. On observe parmi les décideurs et bon nombre de professionnels de la santé une profonde méconnaissance des individus à risque. (Skirrow, 1999)

Encore beaucoup à faire

L'illégalité des drogues, au Canada, contribue aux difficultés de réagir au problème du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Cependant, bien des choses peuvent être faites dès maintenant, dans le cadre législatif actuel, pour favoriser les efforts de prévention du VIH et de soins, de traitement et de soutien aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs. De fait, bien des choses *doivent* être faites, parce que les approches actuelles ne résistent pas à l'analyse éthique. Comme l'explique un éthicien (Roy, 1999) :

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de conserver des approches fondées sur la criminalisation pour contrôler l'usage de drogue

alors que ces stratégies échouent à rencontrer les objectifs pour lesquels elles avaient été conçues; qu'elles engendrent des maux qui sont d'ampleur équivalente à, ou pire que, celle des maux qu'elles sont supposées prévenir; qu'elles intensifient la marginalisation de personnes vulnérables; et qu'elles favorisent la montée au pouvoir d'empires violents et destructeurs.

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de continuer de tolérer avec suffisance l'écart tragique entre ce que l'on peut faire et devrait faire dans l'ensemble des soins aux utilisateurs de drogue, et ce qui est fait dans la réalité, devant les besoins fondamentaux de ces personnes.

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de conserver des politiques et des programmes qui insistent sur l'abstinence de l'usage de drogue d'une manière si unilatérale et si utopique qu'on laisse de côté l'urgence qui appelle une attention plus immédiate : réduire les souffrances des utilisateurs de drogue et d'assurer leur survie, leur santé et leur croissance vers la liberté et la dignité.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de négliger complètement de mettre sur pied les études qui sont nécessaires pour générer les connaissances dont il nous faut disposer pour mieux prendre soin des personnes qui font usage de drogue et qui sont séropositives.

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de refuser aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs la participation à des essais cliniques lorsque cette exclusion ne découle pas de raisons scientifiques mais plutôt de préjugés, de discrimination ou simplement de considérations pratiques visant à simplifier la tâche aux chercheurs dans le cours des essais.

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de manipuler ou de supprimer de l'information que les utilisateurs, les professionnels et le public doivent recevoir, au sujet des drogues illégales, pour pouvoir agir de manière responsable.

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de créer des programmes de traitement ou de prévention qui donnent d'une main pour reprendre de l'autre.

Il est *impératif* de reconnaître que les personnes qui font usage de drogue possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.

Beaucoup à faire dès MAINTENANT

En 1997, le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'injection de drogues, dans son *Plan d'action national*, avertissait qu'il était « urgent que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates » – notamment pour régler les problèmes juridiques et de politiques; améliorer les efforts de prévention et d'intervention; améliorer les options de traitement; et porter une attention urgente aux questions touchant les populations autochtones et les femmes. Le

Groupe réaffirmait avec vigueur la responsabilité du ministère fédéral de la Santé de faire preuve de leadership dans ce domaine, en particulier auprès d'autres ministères importants (Justice, Solliciteur général, Service correctionnel) par des mesures concrètes, la surveillance de leur mise en œuvre et l'évaluation des résultats.

En 1998, la Stratégie canadienne antidrogue a affirmé qu'elle avait pour but à long terme la réduction des méfaits liés à la drogue. Or, l'allocation des ressources gouvernementales révèle un point de mire encore largement axé sur la réduction de l'approvisionnement en drogues, par des mesures de prohibition, plutôt que sur l'approche de la réduction des méfaits. En 2001, la Vérificatrice générale du Canada a constaté que 95 % des dépenses du gouvernement fédéral liées aux drogues illégales allaient à des initiatives de réduction de l'approvisionnement, alors que le financement des initiatives de réduction des méfaits était très faible (et le demeure).

En 1999, le Réseau juridique canadien VIH/sida publiait son rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*. En 2001, Santé Canada répliquait à ce rapport et aux recommandations qu'il contient, en s'affirmant « engagé à renforcer et à augmenter ses efforts en ce qui a trait à l'usage de drogues par injection ». La même année, cinq comités gouvernementaux de l'arène fédérale-provinciale-territoriale rendaient public un document axé sur la nécessité et les moyens de « Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada ».

En dépit d'une reconnaissance du problème et d'engagements à l'action, la crise se poursuit en 2005. Nos gouvernements s'en tiennent encore à leurs réponses tièdes, sans conviction – et les gens continuent de contracter le VIH en nombre accablant. L'application des mesures recommandées dans le *Plan d'action national* et dans doit devenir une priorité urgente.

Lectures complémentaires

H. Krever, *Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada – Rapport final*, volumes 1-3, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997. À la lumière de ce rapport, les gouvernements devraient comprendre que leurs approches fragmentées de réaction à la crise du VIH/sida et de l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogue par injection sont inadéquates.

D. Roy, « L'injection de drogue et le VIH/sida : commentaire éthique sur des questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999. Disponible via www.aidslaw.ca.

I. Skirrow, « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3) : 39-47.

R. Jürgens, *Facing up to an epidemic: drug policy in Canada*, octobre 2004. Examine les développements récents au Canada. Disponible à www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws/040924-OSIDrugPolicy-Kiev.doc.

12

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005. Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidssida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.

L'injection de drogue et le VIH/sida

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de treize sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue au Canada
3. Droit international : contrôle de la drogue et droits humains
4. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
5. Les traitements
6. La provision de substances désignées
7. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
8. L'information sur l'usage et les effets des drogues
9. Les programmes d'échange de seringues
10. Le traitement d'entretien à la méthadone
11. Les lieux sécuritaires pour l'injection
12. Une obligation de passer à l'action

13. Ressources essentielles

Bewley-Taylor, D.R., « Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 : 171-179. Décrit les pactes internationaux sur le contrôle des drogues et les façons dont on pourrait les modifier pour qu'ils appuient l'approche de la réduction des méfaits.

Beyerstein, B., et B. Alexander, « Why treat doctors like pushers? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1985, 132 : 337. Les auteurs critiquent l'approche prohibitionniste des politiques sur la drogue au Canada, où les médecins peuvent être poursuivis comme s'ils faisaient du trafic de drogue s'ils prescrivent des stupéfiants. Ils recommandent que les médecins canadiens aient l'autorité légale de prescrire des drogues selon leur jugement sur les besoins du patient.

Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2004. Disponible via www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications.

Bruckner, T., *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, Toronto, Thomson Canada

Ressources essentielles

Les lectures sur le VIH/sida dans le contexte de l'injection de drogue ne manquent pas. Ce feuillet donne de l'information sur quelques ressources choisies pour l'importance de leur apport – des recommandations cruciales au sujet de l'injection de drogue et du VIH, en particulier sur les questions de droit et d'éthique.

Limited, 1997. Discussion sur les dispositions de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et commentaire sur les difficultés que certaines présentent au traitement de patients utilisateurs de drogue.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, Ottawa, mars 2001. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/injectiondrug_f.pdf. Reconnaît la gravité du problème de l'injection de drogue et décrit ce que les gouvernements pourraient et devraient faire.

Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, 1997. Souligne que « Le Canada traverse actuellement une véritable crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection » et qu'« il est donc urgent que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates. » Disponible via www.ccsa.ca.

Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Enquête sur les toxicomanies au Canada : La*

***prévalence de l'usage et les méfaits*, novembre 2004.** Disponible via www.ccsa.ca.

Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *FAQ sur les programmes d'échange de seringues*, Ottawa, 2004. Disponible via www.ccsa.ca.

Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *FAQ sur les centres d'injection supervisés*, Ottawa, 2004. Disponible via www.ccsa.ca.

Clark, P.A., « The Ethics of Needle-Exchange Programs », *AIDS & Public Policy Journal*, 1998, 13(4) : 131-139. Article où il est conclu que les programmes d'échange de seringues sont « une composante à la fois nécessaire et vitale d'une stratégie complète et plus vaste, pour prévenir la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection ».

Elliott, R., Malkin I., Gold, J., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Tout ce que vous devez savoir sur les LSI. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



Elliott, R., « Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 93-98. Aperçu du régime de contrôle des drogues de l'ONU et du lien entre la réduction des méfaits et les droits humains. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm.

Erickson, P.G., D.M. Riley, Y.W. Cheung, P.A. O'Hare, *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, 1997. Recueil d'abrégés de la V^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits associés à la drogue (Toronto, mars 1994).

Fischer, B., « Prescription, power and politics : the turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, 2000, 21(2) : 187-210. Regard sur l'histoire turbulente du traitement à la méthadone au Canada et les règlements et politiques qui le régissent, pour conclure qu'on fait entrave au traitement des personnes qui ont une dépendance à la drogue.

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, Montréal, juin 1994. Présentation des programmes québécois de prévention. Recommandation de nouvelles stratégies.

Hankins, C., « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129. Aborde l'historique et les lacunes actuelles des programmes d'échange de seringues au Canada.

Human Rights Watch, *Abusing the Users: Police Misconduct, Harm Reduction and HIV/AIDS in Vancouver*, New York, mai 2003. Décrit des cas de violation de droits humains d'utilisateurs de drogue dans le Downtown Eastside de Vancouver.

Hunt, N., *A Review of the Evidence-Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use, Forward Thinking on*

Drugs Research Paper, 2003. Examen détaillé d'initiatives de réduction des méfaits et de données à leur appui.

Jürgens, R., *Facing up to an epidemic: drug policy in Canada*, octobre 2004. Examen des développements récents au Canada. Disponible à www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws/040924-OSIDrugPolicy-Kiev.doc.

Kerr T., R. Jürgens, *Methadone Maintenance Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm. Bref document qui fournit des faits et arguments clés à l'appui de l'accès au traitement d'entretien à la méthadone pour les détenus.

Kerr T., R. Jürgens, *Syringe Exchange Programmes in Prisons: Reviewing the Evidence*. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm. Bref document qui fournit des faits et arguments clés à l'appui de l'accès à du matériel d'injection stérile pour les détenus.

Lines, R. et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm. L'aperçu le plus complet des programmes d'échange de seringues en prison dans le monde. Une ressource essentielle pour tout intervenant de ce domaine.

MacFarlane, B., *Drug Offences In Canada*, Toronto, Canada Law Book Inc., 3^e édition, 1997. Discussion approfondie sur les lois canadiennes en matière de drogue.

Malinowska-Sempruch, K., et S. Gallagher (éds.), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights, International Debate Education Association*, 2004. Recueil d'essais rédigés par d'importants penseurs et activistes des domaines de la réduction des méfaits, des politiques sur les drogues et des droits humains.

Malinowska-Sempruch, K., J. Hoover et coll., *Unintended Consequences: Drug Policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*, New York, Open Society Institute, 2003. Document de politiques à l'intention de la Commission des Nations Unies sur les drogues narcotiques et de gouvernements nationaux.

McAmmond, D., *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997. Pointe des problèmes qu'il faut résoudre pour être efficaces dans la provision de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue (en particulier ceux de la rue ou qui sont marginalisés); suggestions susceptibles d'amorcer un processus de solution.

MacPherson, D., *A Framework for Action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver* (2^e édition), Ville de Vancouver, 2001. Propose une réponse coordonnée et multifacette au problème de drogue à Vancouver. Disponible à www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars. Voir aussi le commentaire de Skirrow dans la Revue canadienne VIH/sida et droit, 2001, 6(1/2) : 101-103 (disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm).

Millar, L., *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia – Pay Now or Pay Later?*, Office of the Provincial Health Officer, B.C. Ministry of Health, juin 1998. Le rapport du coroner de la Colombie-Britannique affirme que « la continuation de cette épidémie [de VIH parmi les UDI] est un échec des valeurs et attitudes sociales ». Nombreuses recommandations.

OMS/UNODC/ONUSIDA, *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, document de position, Genève, 2004. Disponible via www.who.int/substance_abuse/publications/treatment. Énoncé de position conjoint à l'appui du traitement de substitution et de sa provision aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness for sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injection drug users* (document technique de la série « Evidence for action »), Genève, 2004. Aperçu de la recherche actuelle sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues à réduire le risque de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Disponible à www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf.

Poulin, C. et coll., « The Epidemiology of Cocaine and Opiate Abuse in Urban Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, 89 : 234. Données sur la prévalence de l'usage de drogue, l'application de la loi, le traitement, la morbidité et la mortalité, venant de Vancouver, Calgary, Montréal, Toronto, Winnipeg et Halifax.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Consommation de drogue et VIH/sida – Déclaration de l'ONUSIDA lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, Session spéciale sur les drogues*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Outils fondamentaux, Genève, ONUSIDA, mars 1999 (UNAIDS 991F; 10 p.). Cet énoncé de l'ONUSIDA fournit un appui important à la réduction des méfaits. Disponible via www.onusida.org.

Protecting the Human Rights of Injection Drug Users: The Impact of HIV and AIDS, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2005. Disponible via www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications.

Rehm J., B. Fischer et E. Haydon (éds.), *Reducing the Risks, Harms and Costs of HIV/AIDS and Injection Drug Use (IDU) – A synthesis of the evidence base for development of policies and programs* (communication n°4 du 2^e Dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida, Varsovie, Pologne, 12-14 novembre 2003), Ottawa, Santé Canada, 2003.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, 1999. Le rapport à la base de la présente série de feuillets d'information. Il s'accompagne de trois documents de fond sur le droit, l'éthique et les politiques, qui approfondissent chaque thème du rapport principal. Voir aussi la réplique de Santé Canada à ce rapport (*infra*, Santé Canada, 2001). Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

Riley, D., *Tour d'horizon mondial des programmes et des politiques axés sur la réduction des méfaits*, Ottawa, Santé Canada, 2003. Document préparé pour le 2^e Dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida, Varsovie, Pologne, 12-14 novembre 2003. Examine la raison d'être de la réduction des méfaits, ses principales composantes et des exemples de meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Santé Canada, *L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables*, Ottawa, 2001. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/information1.pdf.

Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida : réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Ottawa, 2001. La réplique de Santé Canada au rapport sur l'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques (publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida en 1999). Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

Santé Canada, *I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, Rapport sur l'enquête pilote*, février 2004. Étude sur les maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogue par injection à divers endroits au Canada. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/i-track/index_f.html.

Santé Canada, « L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada » (et « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection

(UDI) au Canada »), dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, mai 2004. Renseignements essentiels sur l'épidémie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada, avec multiples références. Disponibles à www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/index_f.html.

Sherer, R., « Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(6) : 567-566. Présente les motifs pour lesquels les médecins sont réticents à prescrire des traitements antirétroviraux (TARV) aux utilisateurs de drogue par injection. Propose des moyens d'aider ces patients à respecter le TARV.

Solomon, R.M., S.J. Usprich, « Canada's Drug Laws », *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(1) : 17-40. Historique (jusqu'en 91) des lois canadiennes relatives aux drogues qui, selon eux, ont été édictées et modifiées en fonction de facteurs raciaux et politiques plutôt que d'une analyse rationnelle.

Strathdee, S.A. et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547. Étude canadienne où l'on a constaté que plusieurs utilisateurs de drogue par injection séropositifs ne reçoivent pas de traitement antirétroviral.

Strathdee, S.A. et coll., « Needle Exchange is Not Enough : Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study », *AIDS*, 1997, 11(8) : F59-65. Conclut que les programmes d'échange de seringues sont cruciaux, mais doivent s'inscrire dans des programmes complets assortis de counselling, de soutien et d'éducation.

VIH/sida et prisons : feuillets d'information (4^e édition), Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005. Série de feuillets d'information essentielle sur le sida et la drogue en prison. Disponible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm.

Ward, J., R.P. Mattick et W. Hall (éd.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1998.

Excellent ouvrage composé de 18 articles sur divers aspects de l'entretien à la méthadone et d'autres traitements de substitution.

Wolfe, D. et K. Malinowska-Sempruch, *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches*, New York, International Harm Reduction Development, Open Society Institute, 2004.

Examine les réponses de l'ONU et de gouvernements nationaux à l'injection de drogue, qui constituent des violations de droits humains contribuant à la propagation du VIH.

Wood, E. et coll., « Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users », *Harm Reduction Journal*, 2004, 1 : 9. Fournit des observations préliminaires sur le projet Insite et décrit la démarche pour l'évaluation ultérieure des impacts du LSI. Disponible à www.harmreductionjournal.com/content/1/1/9.

Bulletins, revues et sites Web

Revue VIH/sida, droit et politiques
Des lectures essentielles pour quiconque travaille sur le VIH/sida et les politiques en matière de drogue au Canada, ou s'y intéresse. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm.

International Journal of Drug Policy
La revue officielle de l'International Harm Reduction Association (www.ihra.net) contient des articles sur le contexte social, politique, juridique et de santé de l'usage de substances psychoactives (légal et illégal). Renseignements de commande : www.elsevier.com/locate/drugpo.

www.ahrn.net
Site Internet de l'Asian Harm Reduction Network, qui donne accès à une vaste collection d'informations et de documents sur l'usage de drogue

et la réduction des méfaits en Asie, y compris le bulletin d'information de l'organisme.

www.aidslaw.ca
Le site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida. Dans la section sur les lois et politiques en matière de drogue (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm), on trouve de nombreux extraits de la *Revue canadienne VIH/sida et droit*.

http://canadianharmreduction.com
Site Web du Canadian Harm Reduction Network, voué à la réduction des méfaits sociaux, économiques et de santé associés à la drogue et aux politiques sur les drogues.

www.ccsa.ca
Le site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie présente des articles sur des sujets comme l'hépatite et l'injection de drogue, les concepts et pratiques de la réduction des méfaits, l'échange de seringues, etc.

www.ceehrn.org
Le site Internet du Central and Eastern European Harm Reduction Network renferme un éventail de renseignements et de documentation sur l'usage de drogue et la réduction des méfaits en Europe centrale et de l'Est, y compris des sections sur les prisons, le travail sexuel et le traitement de substitution.

www.cfdp.ca
Le site Web de la Fondation canadienne des politiques sur la drogue. La ressource la plus complète au Canada, en matière de réforme des lois et politiques sur la drogue.

www.drugpolicy.org
L'excellent site Internet de la Drug Policy Alliance (anciennement le Lindesmith Center) donne accès à une base de données dotée d'un moteur de recherche, qui renferme des milliers d'ouvrages académiques et populaires traitant des politiques sur les drogues, des points de vue économique, pénal et sanitaire; on y trouve aussi un index de documents électroniques par sujet ainsi qu'une excellente liste de liens vers d'autres sites.

www.hrw.org
Le site Internet de Human Rights Watch contient des rapports qui documentent des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue dans plusieurs pays.

www.ihra.net
Site Internet de l'International Harm Reduction Association qui organise les conférences internationales sur la réduction des méfaits et publie *l'International Journal of Drug Policy*.

www.relard.net
Site Internet du Latin American Harm Reduction Network, qui renferme des informations principalement en portugais et en espagnol, et dans une moindre mesure en anglais.

www.soros.org/initiatives/ihrd
Le site Internet de l'International Harm Reduction Development Program de l'Open Society Institute, à New York, renferme de l'information détaillée et d'excellentes publications sur la réduction des méfaits, les politiques sur les drogues et les droits humains, y compris le bulletin **Harm Reduction News**.

Plus d'information

Contactez le Centre de documentation du Réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca/francais/contenu.htm#cdd.

13

Troisième version, révisée et mise à jour, 2005.
Cette série de feuillets, basée sur le rapport *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999), a été mise à jour en 2002 et 2005. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables du site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida (courriel : aidsvida@cpha.ca). On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information, communiquez avec le Réseau juridique à info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Cette publication a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de santé publique du Canada.