



« Bombe virale à retardement » :

Les défis de santé et de droits humains de la riposte à l'hépatite C au Canada



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



University
of Victoria

Centre for
Addictions
Research of BC



CARMHA
Centre for Applied Research
in Mental Health & Addiction

« Bombe virale à retardement » : Les défis de santé et de droits humains de la riposte à l'hépatite C au Canada

© 2008 Réseau juridique canadien VIH/sida, Centre for Addictions Research of BC
et Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction
Traduction française 2012.

Ce document est téléchargeable via www.aidslaw.ca/drogues.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Csete J, R Elliott et B Fischer (2008). « Bombe virale à retardement » : Les défis de santé et de droits humains de la riposte à l'hépatite C au Canada. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, Centre for Addictions Research of BC et Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction

ISBN 978-1-926789-09-5

Note sur la rédaction

Ce rapport a été rédigé par Joanne Csete, Richard Elliott et Benedikt Fischer.

Remerciements

Cette publication a été produite grâce à l'appui financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le biais d'une Subvention aux équipes interdisciplinaires de renforcement des capacités (EIRC) pour la recherche sur la prévention et le traitement du VHC parmi des populations marginalisées. La traduction française a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans cette publication relèvent des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Image : Conny Schwindel
Traduction: Jean Dussault et Josée Dussault
Mise en page : Vajdon Sohaili

Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, à l'aide de recherches et d'analyses, de plaidoyer et d'actions en contentieux, d'éducation du public et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Au sujet du Centre for Addictions Research of BC

Le Centre for Addictions Research of BC (www.carbc.ca) est un réseau provincial de recherche impliquant un partenariat entre la Simon Fraser University, la Thompson Rivers University, l'University of British Columbia, l'University of Northern British Columbia et l'University of Victoria.

Au sujet du Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction

Le Centre for Applied Research in mental Health and Addiction (www.carmha.ca) est un centre de recherche interdisciplinaire se concentrant sur la recherche, l'application du savoir et le renforcement de capacité, dans les importants domaines de la santé que sont la santé mentale et la toxicomanie, dans un cadre fondé sur la santé publique.

Réseau juridique canadien VIH/sida
1240, rue Bay, bureau 600
Toronto (Ontario) Canada M5R 2A7
Téléphone : +1 416 595-1666
Télécopie : +1 416 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
Site Internet : www.aidslaw.ca

Centre for Addictions Research of BC
University of Victoria
PO Box 1700 STN CSC
Victoria (Colombie-Britannique)
Canada V8W 2Y2
Téléphone : +1 250-472-5445
Télécopie : +1 250-472-5321
Courriel : carbc@uvic.ca
Site Internet : www.carbc.ca

Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction
Simon Fraser University — Faculty of Health Sciences
Bur. 2400, 515, rue Hastings Ouest
Vancouver (Colombie-Britannique)
Canada V6B 5K3
Télécopie : +1 778 782-7768
Courriel : info@carmha.ca
Site Internet : www.carmha.ca





« Bombe virale à retardement » : Les défis de santé et de droits humains de la riposte à l'hépatite C au Canada

Réseau juridique canadien VIH/sida, Centre for Addictions Research of BC
et Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction
Avril 2008
(Traduction française : avril 2012)



Table of contents

Sommaire _____	1
Introduction : l'hépatite C au Canada _____	2
Politiques et programmes au Canada _____	4
Les défis liés à la prévention de l'hépatite C au Canada _____	6
(a) Assurer l'accès à du matériel stérile pour l'usage de drogue	7
(b) Prévenir et réduire l'injection de drogue	11
(c) Traitement de la dépendance à l'injection de drogue	13
Les défis du traitement de l'hépatite C _____	15
Le VHC et les populations vulnérables spécifiques _____	17
(a) Le VHC et les prisons	17
(b) Les femmes et le VHC	19
(c) Les défis des programmes sur le VHC pour les communautés autochtones	21
Conclusions et recommandations _____	22



Sommaire

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie le virus de l'hépatite C (VHC) de « bombe virale à retardement », puisqu'il peut se transmettre rapidement et discrètement pendant un certain temps, avant que son impact explosif n'atteigne les systèmes de soins de santé. Selon des estimations prudentes, l'hépatite C affecterait entre 250 000 et 300 000 personnes, au Canada. Maladie chronique causant une insuffisance hépatique, le cancer du foie et d'autres problèmes de santé sérieux, l'hépatite C exerce déjà un lourd fardeau sur le système de soins de santé. On s'attend à voir doubler son impact sur la santé publique et l'économie, d'ici quelques années.

Les personnes qui s'injectent des drogues, y compris celles en prison, sont la population la plus affectée par le VHC. Outre une marginalisation sociale et économique, les personnes qui font usage de drogue sont exposées à des sanctions criminelles. Cela crée d'autres obstacles à leur accès aux services — y compris le test ou le traitement du VHC ou d'autres maladies comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) — qui risqueraient de faire en sorte que leur usage de drogue soit dévoilé ou officiellement documenté, donnant lieu à des poursuites criminelles ou, du moins, à des craintes de telles poursuites. Elles sont aussi confrontées à de la stigmatisation et de la discrimination, dans la société, notamment dans les services de santé. Des éléments portent à croire qu'étant donné que les individus les plus affectés sont des personnes qui s'injectent des drogues, il est plus facile (du point de vue politique) de fermer les yeux sur l'urgence de la situation. Une autre raison du manque d'attention politique à l'hépatite C pourrait être qu'elle est disparue de la conscience publique, après l'affaire de la contamination de l'approvisionnement en sang dans les années 1990.

Au palier fédéral, le financement de la recherche et des programmes de prévention et de soutien en matière de VHC est en situation d'incertitude depuis l'échéance en 2004 d'une initiative de politiques qui avait duré cinq ans. Des organismes communautaires de services aux personnes qui s'injectent des drogues n'ont d'autre choix que d'abandonner leurs programmes sur l'hépatite C; de plus, l'orientation future des stratégies et du financement du gouvernement fédéral demeure floue. Certaines provinces ont consacré d'importantes ressources au VHC, mais il est urgent que les programmes soient élargis, devant des besoins croissants.

Le VHC se transmet beaucoup plus facilement que le VIH par le contact avec du sang. Peu de temps après avoir commencé à consommer des drogues illicites par injection, une personne a déjà un risque élevé de contracter le VHC. De plus, le VHC peut se transmettre par le partage de chauffoirs ou de filtres utilisés pour préparer la drogue. Le partage de pipes et d'autres types d'instruments pour fumer ou consommer des drogues est également risqué, même s'ils ne contiennent qu'une quantité négligeable de sang. Par conséquent, les services d'échange de seringues, importants pour la prévention du VIH, pourraient ne pas être aussi efficaces à prévenir le VHC à moins qu'ils aient une forte couverture et fournissent (en plus de seringues) une gamme complète d'instruments pour l'injection et la consommation sécuritaires de drogue. Des personnes qui s'injectent des opiacés pourraient déjà être séropositives au VHC au moment d'amorcer un traitement d'entretien à la méthadone; mais il a été démontré que certains programmes de méthadone ont un impact sur la prévention du VHC. Des efforts de prévention sont requis de toute urgence pour identifier et joindre les gens,

en particulier les jeunes, avant qu'ils ne commencent à s'injecter des drogues ou très tôt dans leur parcours d'injection. En particulier, il faut des programmes qui visent à prévenir l'injection ou à en réduire la fréquence, sans insister sur l'abstinence de drogue. Il est toutefois probable que ces programmes ne jouissent pas d'une grande popularité politique.

Même s'il existe un traitement efficace contre le VHC, plusieurs individus — y compris la vaste majorité des utilisateurs de drogue séropositifs au VHC — ne sont pas traités. Le traitement est long et peut avoir des effets secondaires débilissants, mais il est efficace et bien toléré par les personnes qui s'injectent des drogues, avec des services de soutien adéquats. Des ressources sont requises pour renseigner les personnes qui s'injectent des drogues sur l'importance du traitement et pour leur fournir un soutien et des services adéquats, afin d'élargir la couverture et l'observance au traitement.

Les efforts du Canada pour freiner la propagation du VHC en prison sont inefficaces, essentiellement parce que ses politiques continuent de faire fi des preuves de l'importance de la fourniture de matériel stérile d'injection et de tatouage, en contexte carcéral. Les besoins particuliers des femmes qui s'injectent des drogues — en prison ou dans la communauté — sont rarement pris en compte dans les programmes sur le VHC. Il existe aussi un urgent besoin de programmes plus nombreux et mieux financés, pour les communautés autochtones. Les jeunes femmes autochtones sont particulièrement vulnérables à l'usage de drogue, au VIH et au VHC.

Bref, le financement incertain, les stratégies non coordonnées et l'absence de programmes efficaces (en particulier pour la prévention du VHC) qui marquent depuis trop longtemps le paysage des politiques canadiennes ne font que contribuer à accroître le fardeau lié au VHC. Le Canada n'a pas de stratégie claire et adéquatement financée pour freiner la propagation rapide anticipée du VHC. Il est urgent d'élargir substantiellement les programmes, à la lumière des pratiques exemplaires du Canada et d'autres pays, afin de joindre les personnes marginalisées et criminalisées qui sont les plus affectées par le VHC.

Introduction : l'hépatite C au Canada

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie le virus de l'hépatite C (VHC) de « bombe virale à retardement », puisqu'il peut se transmettre rapidement et discrètement pendant un certain temps, avant que son impact explosif n'atteigne les systèmes de soins de santé.¹ Selon des estimations prudentes, il y aurait au Canada entre 250 000 et 300 000 personnes vivant avec le VHC.² Des quelque 6 000 nouveaux cas annuels de VHC, au pays, environ les trois quarts sont dus à l'injection de drogue avec du matériel contaminé.³ En raison de ce mode de transmission, le VHC est une coïnfection fréquente chez les Canadien-nes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).⁴ Cela confirme des données internationales qui suggèrent une prévalence élevée du VHC et de la coïnfection à VIH/VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues, à l'échelle mondiale.⁵

Le coût de la maladie liée au VHC est très lourd, pour les individus et les systèmes de santé du Canada. Une forte proportion des personnes atteintes d'infection à VHC aiguë subiront les conséquences à long terme de la maladie.⁶ L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'environ 20 % des personnes vivant avec le VHC mourront des conséquences à long terme de l'infection, qui incluent l'insuffisance hépatique et le cancer du foie.⁷ À l'heure actuelle, la pharmacothérapie recommandée pour le VHC est une combinaison d'interféron

¹ Organisation mondiale de la santé. « Viral cancers: Hepatitis C ». Accessible via www.who.int.

² B. Fischer et coll. « Hepatitis C, illicit drug use and public health ». *Revue canadienne de santé publique* 2006; 97(6) : 485–488, à 485.

³ *Ibid.*

⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Août 2006*. Ottawa, août 2006, p. 83–93.

⁵ C. Aceijas et T. Rhodes. « Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users ». *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5) : 352–358.

⁶ S. Zou, M. Tepper et A. Giulivi. « Current status of hepatitis C in Canada ». *Revue canadienne de santé publique* 2000; 91(Supp 1) : S10–S15, à S10.

⁷ K. Dinner et coll. « Hepatitis C: a public health perspective and related implications for physicians ». *Royal College Outlook* 2005; 2(3) : 20–22.

pégylé et de ribavarin. Le coût annuel de ce régime thérapeutique peut dépasser les 25 000 \$ par personne. Le système de santé canadien est aussi accablé par des demandes de transplantation hépatique liées au VHC et par la prise en charge des complications qui s'y associent.⁸ Le coût annuel de la prise en charge complète de tous les aspects du VHC, y compris ses conséquences sur la santé et la productivité, pourrait frôler les 500 millions \$; et l'on s'attend à ce qu'il atteigne 1 milliard \$ d'ici à 2010, et plus de 3 milliards \$ d'ici à 2021.⁹

Une forte proportion des personnes qui ont contracté le VHC au Canada — possiblement jusqu'à un tiers — ne sont pas au courant de leur infection.



Les personnes vivant avec le VHC peuvent demeurer asymptomatiques très longtemps; certaines pourraient avoir des symptômes, sans toutefois savoir qu'elles ont l'infection, vu la disponibilité limitée du test. Elles pourraient donc la transmettre à leur insu à autrui. Une forte proportion des personnes qui ont contracté le VHC au Canada — possiblement jusqu'à un tiers — ne sont pas au courant de leur infection.¹⁰ Ces facteurs rendent difficile d'estimer la prévalence par la méthode habituelle de la déclaration des cas diagnostiqués. Par conséquent, l'évolution du VHC dans une population est parfois estimée par projection mathématique. En 2000, une telle projection a estimé que la prévalence du VHC allait doubler de 1998 à 2008 au Canada, et que la prévalence de l'insuffisance hépatique et du cancer du foie liés au VHC allaient plus que doubler au cours de la même période.¹¹ Un modèle plus récent (2004) a prédit que l'incidence des résultats de l'insuffisance hépatique liée au VHC allait augmenter de 40 %, de 2004 à 2024, en Ontario.¹²

Certains Canadien-nes ont contracté le VHC par transfusion sanguine avant l'instauration du dépistage du VHC dans les dons de sang, mais la vaste majorité des cas d'infection sont dus à l'injection de drogue. Une prévalence très élevée du VHC (variant habituellement entre 60 % et 90 %) est observée parmi les personnes qui s'injectent des drogues, au Canada et dans le monde.¹³ Quoique incomplets, des rapports de santé publique révèlent que les personnes de 30 à 39 ans sont les plus affectées,¹⁴ bien que certaines études locales aient signalé une prévalence élevée du VIH parmi les jeunes qui s'injectent des drogues.¹⁵ Au Canada, la majorité des cas signalés sont en Colombie-Britannique et en Ontario.¹⁶ En général, on estime qu'environ 10 % des personnes vivant avec le VHC ont aussi le VIH et qu'environ 20 à 30 % des personnes vivant avec le VIH ont le VHC.¹⁷ Dans le cas des personnes qui utilisent des drogues illicites, vu la plus grande transmissibilité du

⁸ *Ibid.*, p. 21–22.

⁹ *Ibid.*; Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network et coll. *Rationale and recommendations for a Canadian hepatitis C strategy*. Ébauche, mars 2004, p. 5. Accessible à : www.hemophilia.ca/pdf_bilingue/HepC_StrategyMar23.pdf.

¹⁰ Dinner et coll., *ibid.*, p. 21.

¹¹ Zou et coll., *supra* note 6, p. S14.

¹² R. Remis. *The Epidemiology of Hepatitis C Infection in Ontario, 2004*. Rapport final au Secrétariat de l'hépatite C, Division de la santé communautaire, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Toronto, 2004, p. 12–13.

¹³ D.W. Shepard, L. Finelli et M.R. Alter. « Global epidemiology of hepatitis C virus infection ». *Lancet Infectious Diseases* 2005; 5(9) : 558–567, à 559.

¹⁴ *Ibid.*, p. S11.

¹⁵ Voir, p. ex., E. Roy et coll. « Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 2001; 165(5) : 557–560.

¹⁶ Zou et coll., *supra* note 6, p. S11.

¹⁷ *Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements. Plan de route pour affronter l'épidémie de la co-infection VIH-hépatite C au Canada : Enjeux, recommandations, priorités et prochaines étapes (rapport d'une consultation nationale)*. Juin

VHC, la vaste majorité de celles qui ont contracté le VIH ont aussi le VHC.¹⁸

La prévalence du VHC est aussi très élevée dans les prisons du Canada et d'autres pays. Certaines études ont estimé un taux de prévalence du VHC entre 19 % et 40 %, parmi les détenus du Canada.¹⁹ Selon le Service correctionnel du Canada (SCC), les estimations générales de la prévalence du VHC dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux varient entre 25 % et 40 %; et la prévalence du VHC est plus élevée parmi les détenus que dans la population générale.²⁰ À la fin de 2004, la prévalence du VHC dans les prisons fédérales était estimée à 37,6% parmi les femmes détenues et à 24,8 % parmi les hommes détenus, comparativement à environ 0,8 % dans la population générale.²¹ En 2003, des chercheurs ont fait état d'un taux de prévalence du VHC de 16,6 % parmi les détenus et de 29,2 % parmi les détenues, dans les prisons provinciales du Québec.²² En 2003-2004, une étude similaire dans des établissements de détention provisoire de l'Ontario (prisons, centres de détention et centres de détention juvénile) a signalé une prévalence du VHC de 15,9 % parmi les détenus et de 30,2 % parmi les détenues.²³ Dans les deux études, la prévalence du VHC était nettement plus élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues, ce qui confirme les faits préalablement documentés par le SCC.²⁴ Des données inédites du SCC, présentées lors d'une consultation communautaire au début d'octobre 2007, ont révélé une augmentation constante de la prévalence annuelle du VHC, de 1999 à 2005. À la fin de 2005, le SCC a estimé qu'un peu moins de 30 % des individus incarcérés dans des prisons fédérales (plus de 3 500 détenus) étaient séropositifs au VHC.²⁵

Politiques et programmes au Canada

Depuis 1999, l'hépatite C est une infection à déclaration obligatoire dans tous les territoires et provinces du Canada. Autrement dit, il est à présent obligatoire de déclarer aux autorités de la santé tous les cas confirmés d'hépatite C.

En 1999, le gouvernement fédéral a créé un Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, totalisant 50 millions \$ sur cinq ans. Environ 28 % des fonds ont été alloués à la recherche, 36 % à des programmes communautaires, 17 % à l'amélioration des traitements, 10 % à la prévention et 9 % à la gestion du programme.²⁶ Depuis la fin du programme en 2004, l'Agence de la santé publique du Canada a octroyé à deux reprises un financement annuel à des activités concernant l'hépatite C. Toutefois, les partenaires de la mise en œuvre se sont heurtés à des délais dans le financement et à une incertitude quant au maintien des programmes.²⁷ Au moment d'écrire ces lignes, le financement fédéral de la lutte contre l'hépatite C demeurerait en suspens, puisque le gouvernement affirmait réviser sa stratégie.

2004, p. 6.

¹⁸ P. Millson et coll., *Injection Drug Use, HIV and HCV in Ontario: The Evidence 1992-2004*. Toronto : Bureau de lutte contre le sida, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, p. 64 et suiv. Accessible à : http://www.ohrdp.ca/Research_Report.pdf.

¹⁹ S. Skoretz et coll. « Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2004; 30(16) : 141-148, à 142.

²⁰ Service correctionnel du Canada. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*. Ottawa : SCC, 2003, p. 15, 20. Accessible à : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index-fra.shtml#toc>.

²¹ Service correctionnel du Canada. « Les maladies infectieuses et les délinquants autochtones ». *Entre Nous* 2006; 31(1) : 13-14. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

²² C. Poulin, M. Alary, G. Lambert et coll. « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons ». *JAMC* 2007; 177 : 252-6.

²³ L. Calzavara, N. Ramuscak, A. Burchell et coll. « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities ». *JAMC* 2007; 177 : 257-61.

²⁴ SCC, *Prévention et contrôle*, supra note 20, p. 19.

²⁵ Service correctionnel du Canada. « Infectious Disease Surveillance in Correctional Services Canada: An Overview », présentation au Comité de consultation communautaire, 2 octobre 2007, documents en filière.

²⁶ Santé Canada. *Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C*, 1999. Accessible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/psrpserv-ppsrserv/pdf/aboutServicesDoc.pdf.

²⁷ Voir, p. ex., Institut de l'anémie recherche et éducation et coll. *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une stratégie canadienne sur l'hépatite C*. Ottawa, septembre 2005. Accessible via www.hepc.cpha.ca.

Plusieurs services liés au VHC, à travers le pays, en particulier des programmes communautaires, ont reçu des fonds du programme fédéral. Cela incluait des programmes d'information et d'intervention pour les jeunes, les communautés autochtones, les détenus, les travailleuses et travailleurs sexuels et les personnes qui s'injectent des drogues, de même que des mesures de réduction des méfaits comme l'échange de seringues.²⁸ Une évaluation détaillée des projets financés en Alberta a révélé que les fonds avaient permis à des personnes qui utilisent des drogues de participer à l'élaboration de diverses interventions, et à des travailleurs de première ligne en réduction des méfaits d'obtenir des informations et une formation sur l'hépatite C qu'ils n'auraient pas eues autrement.²⁹ Malheureusement, plusieurs de ces programmes auprès des communautés les plus vulnérables ont dû fermer leurs portes, depuis la fin du financement en 2004.³⁰ En juin 2007, le Centre canadien d'information sur l'hépatite C (un programme phare du gouvernement fédéral sur l'hépatite C, qui avait survécu aux coupes précédentes) a été fermé – une décision contestée notamment par les ONG nationales de lutte contre le sida.³¹

Des programmes de santé provinciaux et territoriaux fournissent des services de diagnostic et de traitement de l'hépatite C. Par exemple, en 2005, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a estimé qu'il dépensait plus de 100 millions \$ par année pour la prévention et les soins liés au VHC.³² En plus d'allocations aux provinces, à la fin des années 1990, le gouvernement fédéral a octroyé 300 millions \$ (dont 132 millions \$ à l'Ontario et 66 millions \$ à la Colombie-Britannique), en 1999. Cette somme sera répartie sur 20 ans, pour aider les provinces et les territoires à composer avec l'impact majeur de la transmission de l'hépatite par les transfusions sanguines (avant l'instauration du dépistage du VHC dans les dons de sang).³³ Le dernier de ces octrois aura lieu pendant l'année budgétaire 2014-2015. La Colombie-Britannique affirme avoir utilisé une portion de cette allocation pour la prévention et l'intervention, mais surtout pour le traitement et la formation de professionnels de la santé.³⁴ En 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a indiqué que son programme de prévention du VHC appuyait 32 programmes d'échange de seringues et leurs sites satellites, la réglementation et l'inspection des salons de tatouage et la réglementation des services d'acupuncture.³⁵

Il existe aussi des programmes de lutte contre le VHC dans certaines prisons canadiennes. Au palier fédéral, le SCC affirme que son programme à « multiples facettes », pour la prévention et le contrôle du VIH et du VHC, « préconise le recours aux pratiques exemplaires et aux connaissances découlant des études et des politiques actuelles ».³⁶ Le traitement d'entretien à la méthadone est offert dans les prisons fédérales, mais une décision judiciaire a été nécessaire à l'amorce de leur mise en œuvre.³⁷ Le SCC fournit aussi de l'eau de Javel pour « désinfecter le matériel d'injection ».³⁸ Au moment d'écrire ces lignes, on ne fournissait pas de matériel stérile pour l'injection ou le tatouage, dans les prisons canadiennes (voir la discussion ci-dessous).³⁹

²⁸ Une liste complète des projets financés jusqu'en 2003–2004 est accessible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/prsp-ppsr-fra.php>.

²⁹ Agence de la santé publique du Canada. *Hepatitis C prevention and community-based support fund Alberta/NWT: Evaluation summary report*. Edmonton, 2006.

³⁰ Société canadienne de l'hémophilie et coll., *supra* note 9, p. 7, 11; Canadian Hepatitis C Network et coll. *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une Stratégie canadienne sur l'hépatite C*. Ottawa, 2005, p. 7. Accessible à <http://www.hemophilia.ca/files/Responding%20to%20the%20epidemic-FR.pdf>.

³¹ Réseau juridique et six autres organismes nationaux. Lettre à J. Potts, Agence de la santé publique du Canada, 25 juin 2007, en filière.

³² British Columbia Ministry of Health. *Supporting British Columbians infected with hepatitis C: a report on the undertaking between the Government of British Columbia and the Government of Canada, 1999–2004*. Vancouver, 2005, p. 2.

³³ *Ibid.*, p. 1–2; voir aussi Ministère de la Santé de l'Ontario. *Utilisation des fonds versés à l'Ontario dans le cadre de l'Engagement fédéral concernant l'hépatite C*. Toronto, 2007, p. 1.

³⁴ British Columbia Ministry of Health, *ibid.*, pp. 2, 4.

³⁵ Ministère de la Santé de l'Ontario, *supra* note 33, p. 3.

³⁶ Service correctionnel du Canada. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*. Ottawa, 2003, p. 27. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

³⁷ B. Sibbald. « Methadone maintenance expands inside federal prisons ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2002; 167(10) : 1154.

³⁸ *Ibid.*, p. 21.

³⁹ Pour l'aperçu le plus complet et le plus récent des mesures de prévention du VIH et du VHC dans les systèmes de prison du

Les défis liés à la prévention de l'hépatite C au Canada

Le VHC n'apparaît pas sur l'« écran radar » du public canadien. Certains gouvernements y consacrent peu d'attention et de ressources. Au début des années 1990, la maladie avait fait les manchettes à la suite du constat que quelque 160 000 Canadiens avaient contracté le VHC par des transfusions de sang contaminé. Depuis, outre des reportages sur l'indemnisation de ces milliers de cas, peu de nouvelles ou de campagnes de sensibilisation à grande échelle ont abordé le sujet.⁴⁰

Même chez les personnes qui ont des connaissances sur le VHC, son association fréquente à l'usage de drogues illicites pourrait être un obstacle à l'appui public à des programmes complets et rehaussés de recherche, de prévention, de traitement et de soutien. Les personnes qui utilisent des drogues illicites sont confrontées à une importante stigmatisation sociale et à des sanctions criminelles sévères, au Canada; et la fourniture de services sociaux et de santé aux personnes criminalisées et stigmatisées demeure un défi. Les personnes qui utilisent des drogues rencontrent aussi de la discrimination dans les services de santé.⁴¹

Tel qu'expliqué ci-dessous, la vaste majorité des mesures fédérales pour répondre à l'usage de drogues illicites au Canada se concentrent depuis longtemps sur l'application du droit criminel et le maintien de l'ordre. Cette emphase persiste en dépit de nombreuses preuves à l'effet que l'interdiction de la possession de drogue et l'application de cette interdiction (par le maintien de l'ordre et les sanctions pénales) sont largement inefficaces à réduire l'approvisionnement et la demande. Elles peuvent aussi être contre-productives à la fourniture efficace et à l'accessibilité des services de santé (y compris des mesures de prévention du VIH et du VHC) destinés aux personnes qui utilisent des drogues.⁴² Dans le contexte politique de 2008, un virage du Canada vers une approche centrée davantage sur la santé publique que le maintien de l'ordre semble improbable. La nouvelle Stratégie nationale antidrogue lancée par le gouvernement fédéral en 2007 est la première (depuis plusieurs années) à exclure complètement et explicitement tout financement — voire toute mention — des mesures de réduction des méfaits, et à accorder une importante somme additionnelle à l'application de lois criminelles sur les drogues. La nouvelle stratégie promettait des fonds additionnels pour des efforts de prévention et de traitement de la dépendance, mais les constats initiaux donnent à croire qu'une partie de ces fonds pourrait être détournée vers des initiatives liées au système de justice criminelle, comme le traitement obligatoire par le biais des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Il a été démontré que ces tribunaux sont inefficaces et qu'ils soulèvent des préoccupations de droits humains. Ils ne constituent pas une avenue de rechange viable à l'amélioration des services de santé, grandement requise et appuyée par des preuves solides.⁴³ Au palier fédéral, une discussion politique sur la réduction des méfaits s'est enclenchée quand le gouvernement a dû décider si l'Insite, le lieu d'injection supervisée du Downtown Eastside de Vancouver,

Canada, voir : G. Dias et G. Betteridge. *Temps dur : Programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons ou www.pasan.org.

⁴⁰ Société canadienne de l'hémophilie et coll., *supra* note 9, p. 24.

⁴¹ Pour une discussion sur la stigmatisation des personnes qui utilisent des drogues, en particulier dans le contexte du VHC, et un examen de la littérature sur le sujet, voir : B.L. Paterson et coll. « The depiction of stigmatization in research about hepatitis C ». *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5) : 364–373. Voir aussi : M. Hopwood et C. Treloar. « The drugs that dare not speak their name: Injecting and other illicit drug use during treatment for hepatitis C infection ». *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5) : 374–380; L. Brener et coll. « Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice? » *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5) : 381–387.

⁴² Voir, p. ex., K. deBeck et coll. « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur des données ». *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2006; 11(2/3) : 1, 5; J. Csete. *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/drogues.

⁴³ Gouvernement du Canada. « Budget 2007 : Un Canada plus sécuritaire ». Accessible à <http://www.budget.gc.ca/2007/themes/paasc-fra.html>; Gouvernement du Canada. « La Stratégie nationale antidrogue ». Accessible à <http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/sna-nads.html>. Concernant les tribunaux de traitement de la toxicomanie, voir : B. Fischer, « 'Doing good with a vengeance': a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America », *Criminal Justice* 3(3) (2003) : 227–248; « Annexe : tribunaux de traitement de la toxicomanie », dans *Légiférer sur la santé et les droits humains : loi modèle sur l'usage de drogue et le VIH/sida*, Module 1 : Questions de droit criminel. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, p. 29–30.

pouvait continuer de fonctionner en vertu d'une exemption de poursuites criminelles contre ses employés et ses clients pour possession de drogue.⁴⁴ L'opposition du gouvernement fédéral à la réduction des méfaits en général n'augure rien de bon pour la prévention du VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues et qui ne peuvent envisager l'abstinence.



L'opposition du gouvernement fédéral à la réduction des méfaits en général n'augure rien de bon pour la prévention du VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues et qui ne peuvent envisager l'abstinence.

(a) Assurer l'accès à du matériel stérile pour l'usage de drogue

Il a été maintes fois démontré que l'échange de seringues et d'autres programmes de matériel d'injection stérile sont efficaces à prévenir le VIH.⁴⁵ Cependant, le consensus n'est pas clair, dans la littérature, quant à l'efficacité de ces programmes pour prévenir le VHC.⁴⁶ En 2004, une étude de l'OMS a révélé que, dans certains pays, le VHC (beaucoup plus infectieux que le VIH, par le contact avec du sang) était déjà prévalent parmi les personnes qui s'injectent des drogues, avant même l'avènement de programmes d'échange de seringues.⁴⁷ Bon nombre de personnes qui s'injectent des drogues ont probablement contracté le VHC peu après avoir commencé à s'injecter. Lorsqu'elles ont adopté l'échange de seringues, il était déjà trop tard pour éviter l'infection.⁴⁸ Néanmoins, selon la même étude de l'OMS, « un corpus de données croissant démontre que les échanges de seringues ont conduit à une diminution significative des hépatites B et C »[trad.],⁴⁹ et des études ont signalé que le recours aux programmes d'échange de seringues avait un certain impact sur la transmission du VHC.⁵⁰ À Amsterdam, une étude de cohorte à large échantillon a conclu que, lorsque l'échange de seringues, l'entretien à la méthadone et d'autres services sont facilement accessibles, et combinés, ils sont efficaces à réduire l'incidence du VHC, mais que chacun pourrait être inefficace en l'absence des autres.⁵¹ Ces études démontrent qu'un investissement massif et complet dans l'échange de seringues, un lien intégré et adéquatement financé entre ces programmes et d'autres, et une intervention auprès des personnes qui commencent à s'injecter, sont nécessaires pour faire en sorte que les programmes d'échange de seringues aient un effet appréciable sur la prévention du VHC. Or de récentes études révèlent qu'au Canada, en raison de nombreux obstacles, le degré de couverture des programmes actuels d'échange de seringues est nettement inférieur à ce qu'il devrait être.⁵²

⁴⁴ Voir, p. ex., J. Tibbetts, « Tories to shun 'safe drug' sites; lack of money 'ominous' for harm-reduction effort », *National Post*, 23 mai 2007; P. O'Neil, « Foreign pressure trumps drug safety: injection site loses federal support », *Ottawa Citizen*, 26 mars 2007.

⁴⁵ Voir, p. ex., A. Wodak et A. Coonie. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Evidence for Action Technical Papers). Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004.

⁴⁶ Voir, p. ex., H.A. Pollack. « Cost-effectiveness of harm reduction in preventing hepatitis C among injection drug users ». *Medical Decision Making* 2001; 21(5) : 357-367.

⁴⁷ *Ibid.*, p 14.

⁴⁸ S. Zou, L. Forrester et A. Giulivi. « Hepatitis C update ». *Revue canadienne de santé publique* 2003; 94(2) : 127-129, à 129.

⁴⁹ Wodak et Coonie, *supra* note 45, p. 14.

⁵⁰ Voir un récent examen de la littérature sur le sujet, de N.M.J. Wright et C.N.E. Tompkins. « A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users ». *Harm Reduction Journal* 2006; 3 : 27, doi : 10.1186/1277-7517-3-27. Accessible via www.harmreductionjournal.com.

⁵¹ C. Van Den Berg et coll. « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users ». *Addiction* 2007; 102(9) : 1454-1462.

⁵² A. Klein. *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien

Un facteur souvent négligé, probablement parce qu'il est moins pertinent au VIH qu'au VHC, est le partage d'instruments d'injection autres que des seringues. Vu l'infectiosité élevée du VHC, le partage d'instruments pour l'injection (p. ex., tampons, cuillères et garrots) et pour l'inhalation de drogues comme le crack (p. ex., pipes et autres objets pouvant contenir un infime résidu de sang) pourrait être associé à la transmission du VHC même s'il ne comporte pas un risque important pour le VIH.⁵³ À Seattle (É.-U.), une étude a noté un risque élevé de VHC associé au partage de matériel de préparation de la drogue, notamment les chauffoirs et les filtres de coton, même en l'absence d'injection.⁵⁴ L'étude I-Track, qui surveille les comportements de personnes qui utilisent des drogues illicites au Canada, a révélé qu'un nombre considérable (41 %) de personnes qui s'injectent des drogues partagent des instruments autres que des seringues.⁵⁵ L'inhalation de crack a été identifiée comme un possible facteur de risque pour la transmission du VHC,⁵⁶ et une récente recherche a signalé, parmi les personnes qui inhalent du crack et de l'héroïne (plutôt que de se les injecter), une prévalence du VHC supérieure à celle dans la population générale.⁵⁷ Les interventions éducatives visant à réduire le partage de matériel d'injection autre que des seringues et des aiguilles sont rares, au Canada, mais certains programmes d'échange de seringues fournissent des chauffoirs et des filtres stériles.⁵⁸

Dans certaines municipalités canadiennes, les programmes de réduction des méfaits vont au-delà de la réponse aux risques associés à l'injection de drogue, pour inclure la prévention des méfaits liés à d'autres modes de consommation de drogue, comme l'inhalation de crack. Un corpus croissant de données sur le potentiel de transmission du VHC par le partage d'instruments pour la consommation de drogue autrement que par l'injection (p. ex., pipes à crack) a motivé ces mesures. Depuis quelques années, diverses villes canadiennes ont adopté de telles mesures, notamment par la distribution de « trousse pour l'usage plus sécuritaire du crack » qui incluent habituellement du matériel comme des tubes de verre, des embouts buccaux en caoutchouc et des grilles de cuivre. Ces objets permettent aux personnes qui fument du crack de le faire de manière plus sécuritaire, avec du matériel qui leur appartient. Cela réduit aussi les risques de blessures qui peuvent accroître le risque de VHC, comme des brûlures ou des gerçures aux lèvres. Toutefois, à certains endroits, ces programmes ont rencontré de l'opposition. Par exemple, au milieu de 2007, le conseil municipal de la Ville d'Ottawa a révoqué le financement de l'initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack du Département de la santé publique, ce qui a essentiellement mis fin au programme. Cette décision a été prise en dépit d'une évaluation indépendante favorable au programme, des recommandations du médecin hygiéniste de la ville et de l'appui d'organismes de première ligne des quatre coins du pays qui fournissent des services de santé aux personnes qui font usage de drogue.⁵⁹

Dans la mesure où les programmes d'échange de seringues sont utiles à la prévention du VHC dans certaines populations, en particulier s'ils fournissent d'autres types d'instruments, les responsables des politiques devraient s'inquiéter des nombreux obstacles à la mise en œuvre et à l'utilisation des programmes d'échange de seringues, au Canada. Ces obstacles incluent :⁶⁰

VIH/sida, 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/drogues.

⁵³ N. Crofts, C.K. Aitken et J.M. Kaldor. « The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not ». *Medical Journal of Australia* 1999; 170 : 220–221.

⁵⁴ H Hagan et coll. « Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C ». *American Journal of Public Health* 2001; 91(1) : 42–46.

⁵⁵ M Hennink et coll. « Comportements à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection à Regina (Saskatchewan) ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2007; 33(6) : 53–59, à 57.

⁵⁶ B. Fischer et coll. « Hepatitis C Virus (HCV) transmission among oral crack users: Viral detection on Crack Paraphernalia ». *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2008; 20(1) : 29–32; E. Roy et coll. « Risk factors for hepatitis C virus among street youths ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 2001; 165(5) : 557–60.

⁵⁷ S. Tortu et coll. « Hepatitis C among non-injecting drug users: a report ». *Substance Use & Misuse* 2001; 36 : 523–534.

⁵⁸ A. Klein, *supra* note 52, p. 14–15.

⁵⁹ L. Leonard et coll. *Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack : Rapport d'évaluation*. Ottawa : Ville d'Ottawa (Département de santé publique), octobre 2006, p. 43–44. Pour des renseignements détaillés sur les résultats de l'évaluation du programme, voir : L. Leonard et coll. « 'I inject less as I have easier access to pipes' – Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed ». *International Journal of Drug Policy* 2007; doi : 10.1016/j.drugpo.2007.02.008 (sous presse).

⁶⁰ Les facteurs susmentionnés sont examinés dans Klein, *Points de friction, ibid.*, p. 15–41.

- Incertitude quant à la responsabilité criminelle

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* interdit la possession non autorisée de seringues et d'autres objets contenant des traces de drogues illicites.⁶¹ Même si cette interdiction est rarement appliquée, elle peut être intimidante pour les personnes qui voudraient utiliser des services de santé pour se procurer des seringues ou d'autres instruments stériles, et pour les travailleurs de la santé qui distribuent ce matériel. On pourrait théoriquement soutenir, comme défense dans l'éventualité de poursuites ou de menaces à cet effet, que la possession de tels instruments est permise — donc légale — s'ils sont obtenus auprès d'un programme d'échange de seringues financé par le gouvernement. Toutefois, ce raisonnement n'a pas encore été vérifié devant les tribunaux.

Un autre aspect important en prévention de l'hépatite C est l'article du *Code criminel* sur les « accessoires facilitant la consommation de drogues », qui interdit la promotion ou la distribution d'« instruments pour l'utilisation de drogues illicites ». Plus récemment, cette disposition a été citée par des représentants des forces policières (notamment le chef de police de la Ville d'Ottawa), comme fondement de leur opposition à des programmes de santé publique visant la distribution de trousseaux pour l'usage plus sécuritaire du crack aux personnes qui le fument plutôt que de se l'injecter. Or, est explicitement exclu de cette disposition tout objet considéré comme un « instrument », que la *Loi sur les aliments et drogues* définit comme étant « tout article, instrument, appareil ou dispositif... fabriqué ou vendu pour servir, ou présenté comme pouvant servir... à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie ».⁶² Par conséquent, on pourrait soutenir que non seulement les seringues neuves mais aussi les chauffoirs, les filtres, les tampons, les garrots et d'autres instruments associés à la consommation de drogues illicites (y compris les tubes de pipes à crack, pour réduire les méfaits de l'inhalation) sont exemptés de cette interdiction puisqu'ils sont utilisés pour « l'atténuation ou la prévention d'une maladie ». Encore une fois, cette interprétation du droit criminel actuel n'a pas été validée devant les tribunaux.

En 2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a informé les médecins hygiénistes de la province que le manque de recherches sur la valeur des instruments autres que les seringues pour la prévention des maladies transmissibles par le sang pourrait faire en sorte qu'ils soient considérés comme des « accessoires facilitant la consommation de drogues », en vertu du droit. En 2006, le Ministère s'est ravisé, signalant que de nouvelles données avaient démontré le potentiel de transmission d'infections par le partage de matériel d'injection autre que des seringues et des aiguilles. Néanmoins, certains programmes d'échange de seringues en Ontario citent encore l'avertissement désuet pour justifier leur décision de ne pas fournir d'instruments autres que des seringues. Les ambiguïtés de la loi sur le sujet ont indéniablement semé la confusion parmi les personnes qui utilisent des drogues et les fournisseurs de services. D'où l'importance d'un appui politique clair et d'une aide financière à ces programmes. Au début de 2008, en réponse à la décision des conseillers de la Ville d'Ottawa d'annuler le financement de l'initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack, le ministère de la Santé de l'Ontario a décidé d'investir des fonds pour maintenir le programme. Cela a envoyé un message positif aux départements de santé publique de la province, quant à l'importance d'inclure la distribution de tels instruments dans les services de réduction des méfaits.⁶³

⁶¹ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19, tel qu'amendé, art. 2 et 4.

⁶² *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. 1985, ch. F-27, tel qu'amendé, art. 2.

⁶³ « Ottawa gets a spanking ». *Ottawa Citizen*, 15 janvier 2008; Hon. George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée. « Taming the beast of addiction takes effort ». *Ottawa Citizen*, 24 janvier 2008.

- Pratiques policières

Il a été signalé que des descentes et d'autres interventions policières intensives avaient, dans certains cas, intimidé des personnes qui auraient autrement recouru à des services d'échange de seringues. Des tactiques policières agressives sont non seulement inefficaces, mais aussi néfastes aux services de santé pour les personnes qui utilisent des drogues. De nombreux rapports ont documenté, au Canada, des cas d'opérations policières qui ont découragé ou empêché des personnes qui utilisent des drogues de demander des seringues neuves ou d'autres services de santé.⁶⁴ En 2003, après une descente policière à Vancouver, des fournisseurs de services ont constaté que leurs clients demandaient moins de seringues parce qu'ils craignaient de se faire surprendre en leur possession.⁶⁵ Small et coll., et une équipe de Human Rights Watch, ont documenté des cas de personnes qui se cachaient ou qui se débarrassaient de leurs seringues de manière non sécuritaire, par crainte qu'on les trouve sur elles, lors de descentes policières à Vancouver.⁶⁶

Dans certains cas, notamment dans le cadre de la distribution de pipes à crack neuves par des services de santé à Toronto, la police a saisi ou détruit du matériel d'injection ou d'inhalation —⁶⁷ une stratégie peu judicieuse, en termes de santé publique.⁶⁸ À Ottawa, on a documenté de manière systématique les pratiques policières de confiscation et de destruction de pipes à crack appartenant à des personnes en détention. Dans une évaluation de l'initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack à Ottawa, environ le quart des répondants qui fument du crack ont déclaré s'être fait confisquer par la police des tubes de verre qu'ils s'étaient procuré dans le cadre du programme.⁶⁹ De fait, le chef de la police d'Ottawa a déclaré publiquement que cette pratique deviendrait la norme.⁷⁰

Des descentes et d'autres stratégies policières agressives ont parfois entraîné une hausse de l'injection de drogue. Des personnes qui préféreraient fumer de l'héroïne ou d'autres drogues pourraient opter pour l'injection, vu sa rapidité et son intensité (et sa moins grande visibilité que l'inhalation) — des considérations importantes pour une personne qui cherche à se cacher de la police.⁷¹ Des actions policières intensives pourraient aussi inciter des personnes qui utilisent des drogues à s'éloigner de leurs réseaux et aidants habituels, ce qui pourrait occasionner de nouveaux risques d'infection. Elles pourraient aussi repousser ces personnes hors des quartiers où elles sont à l'aise de demander des seringues stériles et d'autres services. Outre les incidents signalés à Vancouver, CACTUS-Montréal (le premier échange de seringues montréalais) a déposé depuis quelques années de nombreuses plaintes à la police, concernant des agents qui se placent à l'entrée de CACTUS et qui entrent parfois même

⁶⁴ Voir, p. ex., T. Kerr et coll. « The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence ». *International Journal of Drug Policy* 2005; 16 : 210–220; W. Small et coll. « Impact of intensified police activity upon injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside: Evidence from an ethnographic investigation ». *International Journal of Drug Policy* 2006; 17(2) : 85–95; Csete, *Interdiction d'accès*, supra note 42; Klein, *Points de friction*, supra note 52, p. 15–25.

⁶⁵ Human Rights Watch. *Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver*. New York, 2003, p. 19–20.

⁶⁶ Small et coll., supra note 64; Human Rights Watch, *ibid.*

⁶⁷ T. Appleby. « New police strategy designed to blanket high-violence areas ». *The Globe and Mail*, 13 février 2006, p. A1.

⁶⁸ J. Csete (Réseau juridique canadien VIH/sida). Lettre au chef de police William Blair, Service de police de Toronto, sur la destruction alléguée de pipes à crack par des policiers à Toronto, 13 février 2006, en filière. Voir aussi L. Maher et D. Dixon. « The cost of crackdowns: policing Cabramatta's heroin market ». *Current Issues in Criminal Justice* 2001; 13(1) : 5–22, p. 7.

⁶⁹ L. Leonard et coll. *Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack : Rapport d'évaluation*. Ottawa : Ville d'Ottawa (Département de santé publique), octobre 2006, p. 43–44. Pour des renseignements détaillés sur les résultats de l'évaluation du programme, voir : L. Leonard et coll. « 'I inject less as I have easier access to pipes' – Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed ». *International Journal of Drug Policy* 2007; doi : 10.1016/j.drugpo.2007.02.008 (sous presse).

⁷⁰ « Ottawa's police stepping in city's crack pipe program: medical chief », *CBC News*, 19 janvier 2007. Accessible à www.cbc.ca/health/story/2007/01/19/crack.html.

⁷¹ Maher et Dixon, *ibid.*, p. 11.

dans l'établissement pour procéder à des arrestations ou à des fouilles.⁷² De plus, plusieurs organismes de lutte contre le sida ont noté que des personnes qui utilisent des drogues se voient parfois interdire (en vertu des conditions d'un accord de libération ou de probation, d'une absolution ou d'une mise en liberté sous caution) de fréquenter les quartiers où les services d'échange de seringues sont situés — une autre pratique malavisée, du point de vue de la santé publique.

- Autres obstacles

Des programmes d'échange de seringues pourraient être difficiles à utiliser en raison d'un emplacement inadéquat, d'heures d'ouverture limitées ou de règlements inopportuns. Dans certains cas, ces services se retrouvent dans des quartiers éloignés ou relativement risqués, puisque des résidents les ont chassés des quartiers plus sécuritaires. Comme dans plusieurs pays, les services d'échange de seringues sont rares dans les régions rurales et les petites villes du Canada. La stigmatisation et les préoccupations liées à la vie privée sont souvent d'importants obstacles au recours à ces services.⁷³

Dans certains cas, la police a saisi ou détruit du matériel d'injection ou d'inhalation — une stratégie peu judicieuse, en termes de santé publique.



Il n'y a pas de réponse définitive, à savoir si l'on satisfait à la demande de seringues neuves et d'autres instruments d'injection stériles, au Canada, puisque ni cette demande ni les efforts de fourniture et de distribution pour y répondre — y compris les ventes de seringues en pharmacie — ne sont mesurés de manière uniforme, au pays.⁷⁴ Néanmoins, des études ont révélé un manque flagrant de seringues, d'aiguilles et d'autres instruments d'injection dans certaines régions du pays. En Colombie-Britannique, où l'on a la plus longue expérience d'échange de seringues au Canada, on recense de tels programmes dans 14 villes seulement.⁷⁵ Un accès facile à du matériel d'injection stérile est essentiel à des efforts efficaces de prévention du VHC et du VIH, mais le Canada est encore loin de cet objectif.

(b) Prévenir et réduire l'injection de drogue

La prévention de l'usage de drogues illicites est un défi majeur de santé publique dont les implications vont bien au delà de l'hépatite C. L'analyse de son importance pour l'hépatite C dépasse la portée du présent document, mais la prévention ou la réduction de l'injection de drogue est particulièrement pertinente, puisque le VHC se transmet très facilement par le partage de matériel d'injection contaminé.

La prévention efficace de l'injection de drogue requiert une compréhension des facteurs qui motivent à commencer à s'injecter. De nombreuses études ont examiné la question, avec des résultats divers, suggérant que les facteurs varient considérablement d'un milieu à l'autre. En 2003, une étude auprès de 415 jeunes de la rue à Montréal a révélé que les plus susceptibles de commencer à consommer des drogues par injection sont ceux qui avaient récemment été sans abri, qui avaient un ami utilisateur de drogue, qui s'étaient fait tatouer,

⁷² *Ibid.*, p 21.

⁷³ Pour une discussion plus approfondie de ces préoccupations, voir A. Klein, *supra* note 52, p. 25–37.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 11–12.

⁷⁵ *Ibid.*

qui avaient récemment utilisé des hallucinogènes et de la cocaïne ou du crack épuré, ou qui avaient déjà subi des abus sexuels.⁷⁶ Dans un groupe de personnes plus âgées utilisant l'Insite (lieu d'injection supervisée de Vancouver), environ 75 % des répondants ont déclaré qu'une autre personne leur avait fait l'injection, lors de leur première expérience de consommation de drogue par ce moyen.⁷⁷ Des études dans d'autres milieux ont signalé l'influence de facteurs comme d'avoir un ami ou un membre de la famille qui s'injecte des drogues, d'avoir quelqu'un qui aide à la première injection, et de se fier à quelqu'un d'autre pour obtenir des seringues, comme corrélats de l'initiation de l'injection.⁷⁸ Une étude à Baltimore (É.-U.) a révélé que les facteurs liés à l'initiation de l'injection de drogue pourraient varier considérablement entre les adolescents plus jeunes et plus vieux et les jeunes adultes.⁷⁹ L'élaboration de programmes efficaces requiert une meilleure compréhension du comportement complexe de l'initiation de l'usage de drogue ou de l'injection de drogue, ce qui nécessite des recherches et des outils supplémentaires pour évaluer les facteurs de risque et les bienfaits des interventions.



L'élaboration de programmes efficaces requiert une meilleure compréhension du comportement complexe de l'initiation de l'usage de drogue ou de l'injection de drogue.

D'autres études ont porté sur les caractéristiques des personnes qui ont réussi à cesser de s'injecter des drogues, qu'elles aient continué ou non d'en utiliser. À Montréal, une étude à large échantillon a conclu à la fin des années 1990 que plusieurs sujets qui s'injectaient des drogues avaient cessé cette pratique par moments, parfois à la suite d'un contact avec des employés de services d'échange de seringues ou même de pharmacies.⁸⁰ Dans cette étude, l'âge et la durée de la pratique d'injection n'étaient pas des prédicteurs significatifs de la cessation de l'injection. Ces auteurs et d'autres, qui se sont intéressés à des enjeux similaires à New York,⁸¹ ont noté l'importance de facteurs liés au marché de la drogue, en particulier le prix et la qualité des drogues disponibles, comme déterminants de la cessation de l'injection. Cela signifie que des interventions autrement adéquates et potentiellement efficaces, pour inciter les personnes à inhaler plutôt qu'à s'injecter des drogues, seraient inutiles en l'absence de drogues de qualité à inhaler.

Il existe quelques rapports sur des interventions ayant réussi à prévenir l'initiation de l'injection de drogue chez des personnes qui consomment déjà des drogues par d'autres moyens. Hunt et coll. ont examiné diverses interventions du genre, principalement au Royaume-Uni et auprès de petits échantillons. Ils ont conclu à la nécessité d'une compréhension beaucoup plus large de la capacité d'inhaler, de fumer et d'autres moyens de rechange à l'injection qui « procurent des sensations équivalentes, sans le risque ».⁸² Ils ont aussi noté

⁷⁶ E. Roy et coll. « Drug injection among street youths in Montreal: Predictors of initiation ». *Journal of Urban Health* 2003; 80(1) : 92–105.

⁷⁷ T. Kerr et coll. « Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility ». *American Journal of Public Health* 2007; 97(7) : 1228–1230.

⁷⁸ Voir p.ex., J. Abelson et coll. « Some characteristics of early-onset injection drug users prior to and at the time of their first injection ». *Addiction* 2006; 101(4) : 548–555; M.C. Doherty et coll. « Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults ». *Journal of Urban Health* 2000; 77(3) : 396–414.

⁷⁹ C.M. Fuller et coll. « Factors associated with adolescent initiation of injection drug use ». *Public Health Reports* 2001; 119(Supp) : 136–145.

⁸⁰ J. Bruneau et coll. « Intensity of drug injection as a determinant of sustained injection cessation among chronic drug users: the interface with social factors and service utilization ». *Addiction* 2004; 99 : 727–737.

⁸¹ D.C. Des Jarlais et coll. « The transition from injection to non-injection drug use: long-term outcomes among heroin and cocaine users in New York City ». *Addiction* 2007; 102 : 778–785.

⁸² N. Hunt et coll. « Preventing and curtailing injecting drug use: a review of opportunities for developing and delivering 'route transition interventions' ». *Drug and Alcohol Review* 1999; 18 : 441–451, à 448.

un obstacle à ces efforts, soit le fait qu'aucun pays ou région n'ait adopté la réduction de l'injection — par opposition à la cessation de l'usage de drogue — comme objectif de politique ou de programme. Dans le contexte politique canadien du début de 2008, avec un gouvernement fédéral rébarbatif aux mesures de réduction des méfaits et insistant sur l'abstinence dans la lutte antidrogue, il est peu probable que la réduction de l'injection soit proposée comme objectif de politique nationale sans point de mire sur l'abstinence.

Au Canada, un programme aurait récemment réussi à favoriser la transition de l'injection de crack vers son inhalation. Une évaluation commandée en 2006 par la Ville d'Ottawa a observé, parmi les participants à l'initiative municipale pour l'usage plus sécuritaire du crack, un délaissement de l'injection au profit de l'inhalation au cours de l'année à l'étude.⁸³ En outre, plusieurs participants qui n'ont pas cessé complètement de s'injecter ont déclaré qu'ils le faisaient moins souvent en obtenant des instruments stériles pour fumer, auprès du programme. L'impact du programme sur l'incidence du VHC a été difficile à mesurer, puisque la plupart des participants avaient déjà l'infection. (D'autres chercheurs canadiens ayant détecté des traces de VHC transmissible sur des pipes à crack ont conclu que des pipes à crack neuves pourraient contribuer à réduire le risque de VHC.⁸⁴) Comme nous l'avons déjà mentionné, l'évaluation du programme a révélé que 25 % des participants avaient vu leurs pipes à crack confisquées ou détruites par la police —⁸⁵ une pratique qui nuit aux possibles bienfaits individuels et de santé publique d'une telle initiative.

(c) Traitement de la dépendance à l'injection de drogue

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est bien établi, au Canada; il permet à des personnes qui s'injectent de l'héroïne et d'autres opiacés de stabiliser leur envie de consommation, par la prise régulière de méthadone non injectée. La grande majorité des personnes qui utilisent des drogues illicites, au Canada, consomment une forme ou une autre d'opioïdes.⁸⁶ Dans un document de position publié en 2004, l'OMS a affirmé que le TEM « peut atténuer le coût élevé de la dépendance aux opioïdes pour les individus, leurs familles et la société, en réduisant l'usage d'héroïne, les décès qui s'y associent, les comportements à risque pour le VIH et les activités criminelles » [trad.]. L'OMS reconnaît aussi que le TEM est une composante cruciale des ripostes nationales au VIH, là où la dépendance aux opioïdes est prévalente.⁸⁷ Le TEM est le seul traitement de la dépendance aux opioïdes présentement disponible à grande échelle au Canada. La buprénorphine, qui joue un rôle important dans le traitement de la dépendance aux opioïdes dans certains pays,⁸⁸ a été approuvée au début de 2005 par Santé Canada pour usage domestique. Des initiatives ont été menées entre 2005 et 2007, pour éduquer les médecins à sa prescription; elles devraient favoriser son accessibilité élargie.

L'efficacité du TEM en tant que mesure de prévention du VIH est bien acceptée, mais son efficacité à prévenir le VHC dans la population est moins claire. Le TEM pourrait évidemment prévenir le VHC chez les individus qui ne l'ont pas encore contracté et pour lesquels un traitement impliquerait de cesser ou de réduire considérablement leurs injections de drogue. Au palier populationnel, puisque le VHC se transmet très facilement après l'initiation de l'injection de drogue, des programmes de TEM devraient probablement joindre les individus avant qu'ils ne commencent à s'injecter, ou peu après, pour prévenir le VHC. En réalité, dans plusieurs milieux, les patients du TEM ont souvent des antécédents d'injection relativement longs, et plusieurs

⁸³ L. Leonard, E. DeRubeis et N. Birkett. *Santé publique Ottawa : Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack (Rapport d'évaluation)*. Ottawa, octobre 2006, p. 18–19.

⁸⁴ B. Fischer et coll. « Hepatitis C Virus (HCV) transmission among oral crack users: Viral detection on crack paraphernalia ». *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2008; 20(1) : 29–32.

⁸⁵ L. Leonard, *supra* note 83, p. 7.

⁸⁶ B. Fischer et coll. « Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study) ». *Journal of Urban Health* 82(2) : 250–266, à 250.

⁸⁷ Organisation mondiale de la santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper*. Genève : Nations Unies, 2004, p 2.

⁸⁸ Voir, p. ex., European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. « Country drug treatment overviews: France ». Accessible à : www.emcdda.europa.eu.

décrochent du traitement et le reprennent, s'exposant entre-temps à des risques liés à l'injection.⁸⁹ Toutefois, des experts soulignent que les programmes de méthadone sont une occasion de fournir une éducation et du counselling aux personnes vivant avec le VHC, sur la prévention de la transmission de l'infection. Ils peuvent aussi servir de points de référence à des services de distribution de matériel stérile, pour celles qui continuent de s'injecter.⁹⁰

Le ciblage de candidats au TEM exposés depuis peu au VHC est difficile, à la fois pour la fourniture de services et pour l'étude de l'impact du TEM sur l'hépatite C. En 2006, un examen de la littérature sur les méthodes de prévention du VHC a donné des résultats équivoques, la plupart des études signalant un lien entre le TEM et l'incidence réduite du VHC, sans qu'il ne soit statistiquement significatif, en général.⁹¹ L'étude de cohorte d'Amsterdam a conclu que des programmes de TEM facilement accessibles et à seuil bas, combinés à l'échange de seringues et à d'autres services pour les personnes qui utilisent des drogues, étaient associés à une incidence réduite du VHC.⁹²

Dans la mesure où le TEM est utile à la prévention de l'hépatite C, le fait qu'une proportion estimée à seulement 25-30 % des individus susceptibles de bénéficier du TEM soient inscrits à de tels programmes, au Canada, est matière à préoccupation.⁹³ Le taux d'utilisation des programmes de TEM canadiens est faible, comparativement à ceux de l'Australie, de la Suisse, de la Belgique — pays ayant investi massivement dans le traitement de la dépendance aux opioïdes — et même des États-Unis, selon certaines estimations.⁹⁴ L'accès au TEM est inégal, au Canada; il est disponible presque exclusivement dans de grands centres urbains.⁹⁵

La couverture des programmes de TEM est limitée en partie par le nombre de médecins autorisés à prescrire de la méthadone. Pour ce faire, ils doivent être exemptés de poursuites en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LCDAS) et doivent habituellement être agréés par le collège des médecins de leur province ou territoire.⁹⁶ (Certains collèges provinciaux, au Canada, exigent que les médecins qui souhaitent prescrire de la buprénorphine détiennent aussi une exemption en vertu de l'art. 56 de la LCDAS pour la prescription de méthadone; d'autres ne l'exigent pas, mais l'encouragent.) Certains médecins de pratique familiale pourraient être réticents à intégrer des patients qui utilisent de la méthadone au sein de leur clientèle.⁹⁷ Un médecin pourrait aussi hésiter à devenir le seul à prescrire de la méthadone dans sa communauté — et cela est certainement le cas dans plusieurs villes canadiennes —, par crainte que cette capacité ne surcharge le reste de sa pratique.⁹⁸ Certains médecins pourraient tout simplement ne pas vouloir s'occuper des problèmes complexes des personnes ayant une dépendance à la drogue.

L'utilisation relativement faible des programmes existants de TEM au Canada est probablement due principalement à la perception négative de tels programmes chez les patients potentiels ou antérieurs. L'étude OPICAN (auprès d'utilisateurs d'opioïdes et d'autres drogues à Vancouver, à Edmonton, à Toronto, à Montréal et à Québec) a conclu que, dans plusieurs régions du pays, les programmes de TEM ne prennent pas adéquatement en compte les défis quotidiens des personnes qui utilisent des drogues, qui vivent dans la pauvreté, sans logement permanent, et qui consomment aussi de la cocaïne et d'autres drogues (un critère

⁸⁹ Fischer et coll., « Hepatitis C, illicit drug use and public health », *supra* note 2, p. 486.

⁹⁰ H. Thiede et coll. « Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area ». *Journal of Urban Health* 2000; 77(3) : 331–345, à 343.

⁹¹ Wright et Tompkins, *supra* note 50, p. 5.

⁹² Van Den Berg et coll., *supra* note 51.

⁹³ Fischer et coll., « Illicit opioid use in Canada », *supra* note 86, p. 251.

⁹⁴ *Ibid.*; Réseau juridique canadien VIH/sida. *L'injection de drogue et le VIH/sida : Questions juridiques et éthiques*. Montréal, 1999, p. 85.

⁹⁵ Santé Canada et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*. Ottawa, 2005, p. 22.

⁹⁶ Voir Santé Canada, « Traitement d'entretien à la méthadone ». Accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/substancontrol/exemptions/methadone-fra.php>.

⁹⁷ M. Erdelyan. *Methadone maintenance treatment : a community planning guide*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000, p. 11.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 21.

d'exclusion de plusieurs programmes de TEM).⁹⁹ Une étude qualitative menée à Toronto, à Montréal et à Vancouver a révélé que des patients étaient découragés par les règles strictes sur les tests d'urine, l'attitude condescendante de fournisseurs de services, les restrictions concernant les doses à emporter et les heures d'ouverture inadéquates.¹⁰⁰ Par ailleurs, les lignes directrices de 2002 de Santé Canada sur les « meilleures pratiques » en matière de TEM font état de préoccupations, parmi les patients, quant à des dosages inadéquats de méthadone et au point de mire sur l'abstinence dans certains programmes.¹⁰¹

Fischer et coll. ont documenté un important virage dans l'utilisation d'opioïdes, au Canada, de l'héroïne vers des médicaments d'ordonnance comme l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et la codéine, dont la plupart sont détournés de sources médicales.¹⁰² Ce virage soulève d'importantes questions, notamment à savoir si ces opioïdes d'ordonnance sont principalement injectés, ou consommés d'autres façons,¹⁰³ et si le traitement à la méthadone conçu pour traiter la dépendance à l'héroïne est une réponse adéquate à la dépendance à ces médicaments d'ordonnance. Ces deux questions nécessitent des recherches additionnelles. Des données émergentes suggèrent que les personnes qui utilisent des opioïdes d'ordonnance seulement, plutôt que de l'héroïne, seraient moins susceptibles de s'injecter.¹⁰⁴

Les défis du traitement de l'hépatite C

D'importants progrès ont été réalisés dans le développement d'un traitement efficace contre l'hépatite C. Le traitement habituel est une combinaison d'interféron pégylé et de ribavirine. Pour traiter le génotype 1 du VHC, la souche dominante au Canada, un régime de 48 semaines est requis; pour les génotypes 2 et 3, le régime est de 24 semaines.¹⁰⁵ Le traitement du génotype 1 a un taux de succès moindre — la probabilité de réduction substantielle du VHC dans le sang (i.e., éliminer le virus du corps) est de 40 à 45 %, comparativement à 75-80 % pour les autres génotypes. Le traitement combiné est relativement bien toléré, mais les effets secondaires peuvent inclure des symptômes semblables à la grippe (surtout au début du traitement), la fatigue, une perte de cheveux, l'anémie et la dépression.¹⁰⁶ Les effets secondaires rares mais sérieux du traitement à l'interféron incluent la maladie thyroïdienne, des tendances suicidaires et l'insuffisance cardiaque ou rénale. Les femmes enceintes ne devraient pas prendre d'interféron ni de ribavirine.

Le traitement anti-VHC est coûteux. Toutefois, vu les coûts élevés des conséquences à long terme d'une infection non traitée, on estime que chaque dollar investi dans le traitement génère des économies de 4 \$ en soins de santé (et plus encore, si l'on tient compte de la productivité économique).¹⁰⁷

Certains pays — comme le Canada, jusqu'à plutôt récemment — ont explicitement exclu du traitement combiné les personnes qui s'injectent des drogues.¹⁰⁸ Certains experts ont jugé que des utilisateurs de drogue

⁹⁹ Fischer et coll., p. 262.

¹⁰⁰ B. Fischer et coll. « Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: An exploratory qualitative study ». *Substance Use and Misuse* 2002; 37(4) : 495-522.

¹⁰¹ Santé Canada. *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa, 2002. Accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/index-fra.php>.

¹⁰² B. Fischer et coll. « Change in illicit opioid use across Canada ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 2006; 175(11) : 1385-1387; B. Fischer et coll. « Changes in illicit opioid use across Canada ». *JAMC* 2006; 175(11) : 1-3; S. Sigmon. « Characterizing the emerging population of prescription opioid abusers ». *Am J Addict* 2006; 15 : 208-12; B. Fischer et J. Rehm. « Illicit opioid use in the 21st century: witnessing a paradigm shift? (editorial) ». *Addiction* 2007; 102(4) : 499-501; J. Havens et coll. « Prevalence of opioid analgesic injection among rural nonmedical opioid analgesic users ». *Drug Alcohol Depend* 2007; 87(1) : 98-102.

¹⁰³ Havens et coll., *ibid*. Cette étude a révélé un taux élevé d'injection d'opioïdes d'ordonnance, dans une population appalachienne de l'État du Kentucky (É.-U.)

¹⁰⁴ Fischer et coll. « Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site poulaion of illicit opioid users ». *Drug Alcohol Rev* (sous presse); Sigmon, *ibid*.

¹⁰⁵ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. « Fact sheet: hepatitis C virus (HCV) infection and illicit drug use ». Accessible via www.ccsa.ca.

¹⁰⁶ Société canadienne de l'hémophilie. *Hepatitis C: common disabling symptoms and treatment side effects*. Toronto, 2006. Accessible via www.hemophilia.ca.

¹⁰⁷ Société canadienne de l'hémophilie et coll., op. cit., p. 6.

¹⁰⁸ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, op.cit.; L.E. Taylor, B. Schwartzapfel et P.M. Gholan.

actifs ne seraient pas capables de respecter un long régime de traitement et qu'un traitement incomplet pourrait entraîner une résistance aux médicaments. Certaines politiques stipulent par ailleurs qu'un traitement ne devrait être amorcé que si le patient s'abstient de drogue depuis au moins six mois.¹⁰⁹ Depuis, de nombreuses études ont démontré qu'avec un soutien adéquat — y compris des services sociaux et psychologiques — les personnes qui utilisent des drogues sont aussi fidèles au traitement que d'autres populations.¹¹⁰ Le refus systématique du traitement anti-VHC aux personnes qui utilisent des drogues constitue, dans certains cas, non seulement une pratique contraire à l'éthique,¹¹¹ mais aussi une forme de discrimination illégale, fondée sur le « handicap » (puisque la dépendance à la drogue est reconnue comme un handicap dans les lois anti-discrimination canadiennes).¹¹²



Le traitement anti-VHC est coûteux. Toutefois, vu les coûts élevés des conséquences à long terme d'une infection non traitée, on estime que chaque dollar investi dans le traitement génère des économies de 4 \$ en soins de santé.

Néanmoins, des préjugés demeurent. Dans certaines communautés, des personnes qui s'injectent des drogues pourraient être réticentes à demander des services liés à l'hépatite C, par crainte d'être identifiées publiquement comme utilisatrices de drogue ou que leur consommation soit signalée aux autorités. De plus, le soutien multidisciplinaire aux personnes qui suivent un traitement pourrait comporter des lacunes, en particulier pour les personnes qui utilisent activement des drogues. Qu'elles soient utilisatrices de drogue ou non, les personnes qui n'ont ni un logement ou un réseau social stable, ni les moyens de participer à des séances cliniques, ni un soutien psychologique ou autre pour tolérer les effets secondaires, sont moins susceptibles de compléter leur traitement.

La couverture du traitement anti-VHC doit être élargie de toute urgence. Fischer et coll. ont calculé qu'au taux de traitement actuel, le nombre annuel de personnes traitées est inférieur au nombre annuel de nouvelles infections à VHC. Cela dit, les efforts de traitement du VHC au Canada n'ont pas mené à une nette réduction de la prévalence de l'infection.¹¹³ Des groupes de patients ont signalé divers obstacles au traitement. En 2004, un rapport d'organismes communautaires comme la Société canadienne de l'hémophilie a signalé l'existence de longues listes d'attente pour consulter un spécialiste de l'hépatite, puis des délais supplémentaires pour initier un traitement, en Colombie-Britannique et en Ontario.¹¹⁴ Dans le même rapport, on estimait à seulement 40 le nombre de médecins spécialisés en maladie hépatique, au pays, pour desservir des centaines de milliers de personnes touchées. Des groupes de patients ont aussi critiqué l'exigence (comme condition de l'amorce du traitement) d'anomalies des enzymes hépatiques sur plusieurs mois, citant des études qui démontrent qu'une importante maladie hépatique peut se développer en dépit de taux enzymatiques normaux.¹¹⁵

« Limiting harm from chronic hepatitis C infection for HIV-positive people with drug dependency: prevention and treatment », dans International Harm Reduction Development Program. *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. New York : Open Society Institute, 2006, p. 95–111, à 105.

¹⁰⁹ L.E. Taylor et coll., *ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ B. Eldin et coll. « Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit drug users? » *New England Journal of Medicine* 2001; 345(3) : 211–214.

¹¹² Pour une discussion plus approfondie, voir : J. Csete et R. Pearshouse. *Dependent on Rights: Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007, p. 20–21 (et les règlements et cas de jurisprudence cités aux notes 80–82). Accessible via www.aidslaw.ca/drugpolicy (rubrique Publications).

¹¹³ Fischer et coll., « Hepatitis C, illicit drug use, and public health », p. 486.

¹¹⁴ Société canadienne de l'hémophilie et coll., *supra* note 9, p. 23.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 22–23.

En 2004, le rapport d'une conférence canadienne de consensus sur l'hépatite C, préparé par des cliniciens et chercheurs des quatre coins du pays, a recommandé l'expansion des programmes éducatifs pour les médecins et les infirmières, afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé primaire de prendre en charge efficacement l'hépatite C.¹¹⁶ Une autre mesure concrète propice à un traitement efficace est appuyée par un corpus de données qui démontre que le traitement d'entretien à la méthadone est très utile à favoriser l'observance au traitement anti-VHC¹¹⁷ et anti-VIH, chez les patients ayant une dépendance aux opioïdes. Voilà une raison de plus pour laquelle les responsables des politiques devraient envisager d'améliorer l'accessibilité et la qualité des programmes d'entretien à la méthadone, au Canada.

Le VHC et les populations vulnérables spécifiques

(a) Le VHC et les prisons

À l'instar de plusieurs pays, le Canada est en train de perdre sa lutte contre le VHC en prison. Comme nous l'avons déjà noté, la prévalence du VHC est très élevée dans les prisons canadiennes, comparativement au reste de la population. L'injection de drogue est répandue dans les prisons de nombreux pays, y compris au Canada, mais les politiques canadiennes semblent fermer les yeux sur cette réalité. À la lumière de ses propres données de recherche et de surveillance, le SCC a constaté que la prévalence du VHC est plus élevée dans la population carcérale générale que parmi les détenus nouvellement admis, un fait qui « demeure inexplicé... Même si l'infection peut survenir pendant l'emprisonnement, aucune étude canadienne ne prouve l'existence de ce phénomène. »¹¹⁷ Un récent examen des programmes de prévention du VIH et du VHC dans les prisons canadiennes fait état de données convaincantes à l'effet que des cas de transmission du VHC se produisent, en milieu carcéral.¹¹⁸ Les études susmentionnées de Calzavara et coll. (dans des établissements de détention provisoire ontariens) et de Poulin et coll. (dans des prisons provinciales du Québec) ont aussi mis en relief le lien entre la prévalence du VHC et l'injection de drogue parmi cette population.

Les pays qui ont réussi à réduire la transmission du VHC chez les détenus sont ceux qui ont instauré des programmes d'échange de seringues dans leurs prisons.¹¹⁹ Ces pays incluent la Suisse, l'Espagne et la Moldavie. Des évaluations rigoureuses de programmes d'échange de seringues dans les prisons de divers pays démontrent que ces initiatives rendent possible de réduire à zéro la transmission du VIH et du VHC (plus infectieux), en milieu carcéral.¹²⁰ En 2006, l'Agence de la santé publique du Canada a présenté au SCC des données d'autres pays sur l'efficacité de l'échange de seringues en prison pour prévenir les maladies infectieuses.¹²¹ Ce geste de l'ASPC donnait suite à des années de plaidoyer pour la mise en œuvre de tels programmes, par des groupes d'experts canadiens comme le Comité d'experts sur le sida et les prisons du SCC,¹²² le Réseau juridique canadien VIH/sida,¹²³ l'Association médicale de l'Ontario¹²⁴ et l'Association

¹¹⁶ M. Sherman et coll. *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus 2003/2004*. Publié par l'Association canadienne pour l'étude du foie et d'autres réseaux professionnels, avec l'appui financier de Santé Canada et du Service correctionnel du Canada, 2004, p. 9. Accessible à : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-4-39-2004F.pdf>.

¹¹⁷ Voir, p. ex., D Sylvestre. « Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis ». *Drug and Alcohol Dependence* 2002; 67(2) : 117–123.

¹¹⁸ Betteridge et Dias, *Temps dur*, supra note 39, p. 6–7.

¹¹⁹ Voir R. Lines et coll. *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales* (2^e éd.) Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons (rubrique Publications).

¹²⁰ *Ibid.*, p. i–iii.

¹²¹ Agence de la santé publique du Canada. *Prison needle exchange: review of the evidence*. Ottawa : ASPC, 2006.

¹²² Service correctionnel du Canada. *Le VIH/sida en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services, 1994.

¹²³ R. Jürgens. *VIH/sida et prisons : Rapport final*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996, p. 71. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons; R. Lines. *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002, p. 16–17. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.

¹²⁴ R. Elliott. « Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prison ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 2007; 177(3) : 262–264.

médicale canadienne.¹²⁵ L'échange de seringues en prison est d'ailleurs recommandé dans un document cadre de l'OMS, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD).¹²⁶

Malheureusement, dans le contexte politique du début de 2008, les discussions achoppent, sur le sujet des programmes d'échange de seringues dans les prisons canadiennes. De fait, un programme pilote novateur de tatouage plus sécuritaire (amorcé dans des prisons fédérales en 2005) a même été interrompu par le ministre fédéral de la Sécurité publique, en décembre 2006, avant même que le gouvernement ne complète son évaluation de l'impact préventif du projet.¹²⁷ Le SCC affirme que son programme d'entretien à la méthadone est la meilleure preuve de son engagement à la prévention du VHC et du VIH.¹²⁸ Toutefois, vu la surreprésentation des personnes ayant d'importants antécédents d'injection de drogue parmi la population carcérale, il est possible que plusieurs détenus qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone en prison aient déjà été exposés au VHC ou y soient déjà séropositifs. La méthadone et l'eau de Javel ne suffisent pas, en soi, comme stratégies de prévention du VHC dans les prisons canadiennes.

Les prisons offrent une occasion particulièrement importante de rehausser la sensibilisation au VHC et de fournir des traitements, pour le bénéfice des détenus et des communautés où ils retournent. Toutefois, le milieu carcéral soulève plusieurs défis. Dans certaines prisons, des informations élémentaires sur le VHC étaient fournies par des organismes non gouvernementaux (ONG) dont les programmes étaient financés par le programme fédéral abandonné.¹²⁹ Selon le SCC, « [a]u moment de leur admission dans l'établissement et au cours de leur incarcération », les détenus sont « invités » à passer des tests volontaires de dépistage du VIH, et des hépatites A, B et C, et ceux qui sont trouvés séropositifs sont référés à des services spécialisés.¹³⁰ Le degré d'application de cette politique n'est pas clair, mais un détenu souhaitant se renseigner sur le VHC pourrait être réticent à poser des questions à un employé de l'unité de santé, par crainte d'être étiqueté comme utilisateur de drogue. Comme pour le VIH, le test du VHC devrait toujours être accompagné d'informations et d'un counselling pré-test adéquat (pour assurer le consentement éclairé) et d'un counselling post-test (pour appuyer les efforts de prévention et l'accès aux soins) et ce, en toute confidentialité. Ce dernier aspect d'une pratique de bonne qualité, et fondée, sur les plans juridique et éthique, pourrait être difficile à réaliser en milieu carcéral. Par exemple, selon une étude, les lignes directrices fédérales des É.-U. qui recommandent le test du VHC pour les détenus ayant des antécédents autodéclarés d'usage de drogue ont été inefficaces parce que les détenus étaient réticents à déclarer leurs antécédents, par crainte de bris de confidentialité.¹³¹ Des programmes dirigés par des pairs sont nécessaires, pour dissiper ces craintes, mais ils sont encore trop peu nombreux.

En ce qui concerne le traitement anti-VHC en prison, et plus précisément le régime de traitement de 48 semaines, il pourrait être difficile d'assurer un suivi aux détenus qui purgent une peine de courte durée, particulièrement en l'absence de liens à des services communautaires. Un rapport sur le traitement anti-VHC dans une prison états-unienne a révélé que les détenus qui purgent des peines de 15 mois ou moins étaient exclus du traitement.¹³² Des mesures devraient être adoptées pour assurer la continuité du traitement dans le cas du transfert d'un détenu dans un autre établissement, et pour établir un lien avec des services communautaires lors d'une mise en liberté. Dans l'étude états-unienne, les personnes ayant des antécédents de dépendance

¹²⁵ Association médicale canadienne. Résolution 26 (17 août 2005). Accessible à : <http://www.cma.ca/resolutions-cg2005>.

¹²⁶ ONUDD, ONUSIDA et OMS. *Le VIH/sida : Prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire – Cadre pour une intervention nationale efficace*. New York : Nations Unies, 2006. Accessible à : http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_French.pdf.

¹²⁷ Elliott, *supra* note 125, p. 263.

¹²⁸ SCC, *Prévention et contrôle*, *supra* note 20, p. 21.

¹²⁹ Une liste des programmes financés par le fédéral, y compris ceux de nombreux organismes de services en milieu carcéral, est accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/prsp-ppsr-fra.php>.

¹³⁰ Service correctionnel du Canada. « Les maladies infectieuses et les délinquants autochtones ». *Entre Nous* 2006; 31(1) : 1–4, à 2. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

¹³¹ G.C. Macalino, D. Dhawan et J.D. Rich. « A missed opportunity: hepatitis C screening of prisoners ». *American Journal of Public Health* 2005; 95(10) : 1739–1740.

¹³² S.A. Allen et coll. « Treatment of chronic hepatitis C in a state correctional facility ». *Annals of Internal Medicine* 2003; 138(3) : 187–191.

à la drogue étaient « fortement encouragées » à demander un traitement pour cette dépendance; sinon, elles devaient présenter des preuves documentant leur abstinence de drogue depuis un an, pour être admissibles au traitement anti-VHC.¹³³ Plusieurs prisons pourraient ne pas avoir les programmes ou les ressources humaines nécessaires à assurer un bon soutien psychologique ou autre aux personnes qui sont aux prises avec des effets secondaires, mais ces éléments devraient constituer des priorités pour le système de soins de santé en prison.

Malgré ces défis, une étude de la Colombie-Britannique¹³⁴ a démontré que le traitement anti-VHC peut être efficace en prison. Des médecins de soins primaires œuvrant dans le système carcéral peuvent prendre en charge ce traitement, à moins de complications inhabituelles.¹³⁵ Comme dans la communauté, le traitement anti-VHC est coûteux, en prison, mais il est rentable et se traduit par d'importantes économies en soins de santé, à long terme.

De façon générale, la honte, la stigmatisation et l'exclusion sociale que rencontrent les personnes qui utilisent des drogues sont beaucoup plus prononcées chez les femmes.



(b) Les femmes et le VHC

De façon générale, la honte, la stigmatisation et l'exclusion sociale que rencontrent les personnes qui utilisent des drogues sont beaucoup plus prononcées chez les femmes. Dans la plupart des cultures, les femmes sont perçues comme étant des soignantes attentionnées, des protectrices de la respectabilité, de la responsabilité et de la vertu familiales, des modèles et des appuis pour les enfants.¹³⁶ Plusieurs études ont mesuré des degrés de culpabilité, de honte, d'anxiété et de maladie mentale plus élevés chez les femmes qui utilisent des drogues que chez les hommes du même groupe.¹³⁷ Les mères et les femmes enceintes sont particulièrement affectées par la stigmatisation — en tant qu'utilisatrices de drogue, elle sont considérées comme de « mauvais » parents, de « mauvaises » femmes. L'intervention auprès des femmes qui utilisent des drogues, pour des services de réduction des méfaits ou de traitement médical, requiert une approche particulière qui est rare au Canada.

Au Canada comme dans plusieurs pays, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'être initiées à l'injection de drogue par un partenaire sexuel.¹³⁸ Elles sont plus nombreuses que les hommes à avoir des partenaires sexuels qui utilisent des drogues et à avoir des relations sexuelles avec leurs partenaires d'usage de drogue.¹³⁹ Certaines études ont noté que les femmes sont « deuxièmes sur la seringue », c'est-à-dire que l'homme se fait d'abord l'injection, puis à la femme avec le même matériel.¹⁴⁰ Des femmes pourraient

¹³³ *Ibid.*, p. 187.

¹³⁴ J. Farley et coll. « Feasibility and outcome of HCV treatment in a Canadian federal prison population ». *American Journal of Public Health* 2005; 95(10) : 1737–1739.

¹³⁵ Allen et coll., op.cit., p. 188.

¹³⁶ Voir, p. ex., N.M.J. Wright, C.N.E. Tompkins et L. Sheard. « Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users ». *Health and Social Care in the Community* 2007; doi : 10.1111/j.1365-2524.2007.00700.x (en ligne), p 1.

¹³⁷ L. Nelson-Zlupko, E. Kauffman et M.M. Dore. « Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women ». *Social Work* 1995; 40(1) : 45–54, à 47.

¹³⁸ A.M. de Oliveria Cintra et coll. « Characteristics of male and female injecting drug users of the AjUDE-Brasil II Project ». *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(4) : 791–802; Rhodes et coll., op.cit., p. 7, 8.

¹³⁹ Voir, p. ex., R. MacRae et E. Aalto. « Gendered power dynamics and HIV risk in drug-using sexual relationships ». *AIDS Care* 2000; 12(4) : 505–515.

¹⁴⁰ Voir, p. ex., R. Freeman, G. Rodriguez et J. French. « A comparison of male and female intravenous drug users' risk behaviors

aussi dépendre de partenaires sexuels pour obtenir du matériel d'injection comme des seringues, des filtres, des cuillères et d'autres contenants.¹⁴¹ Au Canada et ailleurs, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide ou d'en demander, pour s'injecter — une aide souvent donnée par un partenaire sexuel. Le besoin d'assistance à l'injection est un important facteur de partage de seringues qui entraîne un risque élevé de transmission d'infections hématogènes.¹⁴² Compte tenu de tous ces éléments, certaines femmes pourraient être portées à partager des seringues malgré la disponibilité de matériel neuf, vu la nature de leurs relations avec leurs partenaires d'injection.¹⁴³ Des dynamiques de pouvoir liées au genre sexuel pourraient aussi réduire le degré de contrôle de la femme sur son usage de drogue, ce qui a des implications pour les programmes et les messages de prévention. Peu de programmes tiennent compte de ces facteurs dans leurs approches d'intervention ou d'éducation adaptées aux femmes.

En ce qui concerne le traitement de la dépendance à la drogue, un important corpus de données et d'expériences indique que les techniques conçues pour les hommes pourraient être inefficaces chez les femmes.¹⁴⁴ Les hommes ont tendance à affirmer que leur principale motivation à consommer des drogues est le plaisir, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'affirmer en prendre pour atténuer une douleur physique ou émotionnelle;¹⁴⁵ les mêmes techniques pourraient ne pas s'appliquer à des motivations aussi différentes. Des approches agressives et de confrontation visant à provoquer la culpabilité et la honte chez des hommes pourraient être encore plus inappropriées pour des femmes qui sont déjà aux prises avec de telles émotions.¹⁴⁶ Les programmes de traitement de la dépendance qui impliquent le partage d'expériences et une catharsis de groupe pourraient traumatiser des femmes ayant vécu des abus.¹⁴⁷ Les femmes enceintes pourraient être particulièrement difficiles à joindre par des programmes de prévention du VHC et de traitement de la dépendance, en raison du lourd stigmate qu'elles subissent en tant que personnes qui utilisent des drogues. Les femmes ayant des enfants pourraient ne pas avoir accès au traitement de la dépendance ou à d'autres services, en raison de l'absence de services de garde d'enfants ou du refus d'accès aux enfants dans les cliniques de traitement, ou si elles craignent que les services de protection de l'enfance leur retire la garde de leurs enfants à cause de leur usage de drogue.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la combinaison de médicaments qui sert au traitement du VHC est contre-indiquée pour les femmes enceintes. Par conséquent, le traitement du VHC chez les femmes en âge de procréer peut être particulièrement difficile, étant donné que de nombreuses femmes à risque élevé n'ont pas facilement accès à des services de contraception.¹⁴⁸

Un autre défi est la fourniture de programmes sur le VHC et pour d'autres enjeux de santé, aux femmes

for HIV infection ». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1994; 6(2) : 129–57; R. MacRae et E. Aalto. « Gendered power dynamics and HIV risk in drug-using sexual relationships », *AIDS Care* 2000; 12 : 505–515; et W.M. Wechsberg et E.R. Cavanaugh. « Differences found between women in and out of treatment: Implications for interventions ». *Drugs and Society* 1998; 13 : 65–82.

¹⁴¹ A.G. Davies et coll. « Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh ». *AIDS Care* 1996; 8(5) : 517–527; ONUDC, op.cit., p 8; G.A. Bennett et coll. « Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England ». *AIDS Care* 2000; 12(1) : 77–87.

¹⁴² Voir, p.ex., E. Wood et coll. « Requiring help injecting as a risk factor for HIV infection in the Vancouver epidemic: Implications for HIV prevention ». *Revue canadienne de santé publique* 2003; 94(5) : 355–359; A. Kral et coll. « Risk factors among IDUs who give injections to or receive injections from other drug users ». *Addiction* 1999; 94(5) : 675–683; C. Tompkins et coll. « Exchange, deceit, risk and harm: the consequences for women of receiving injections from other drug users ». *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2006; 13(3) (2006) : 281–297.

¹⁴³ R. Roman-Crossland, L. Forrester et G. Zaniewski. « Différences dans les pratiques d'injection selon le sexe et l'hépatite C : recension systématique de la littérature ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2004; 30(14) : 125–132.

¹⁴⁴ ONUDC, op.cit., p. 18; CTSM, p. 46–47.

¹⁴⁵ N.P. Langan et B.M.M. Pelissier. « Gender differences among prisoners in drug treatment ». *Journal of Substance Abuse* 2001; 13 : 291–301, à 295.

¹⁴⁶ Voir, p. ex., M.A. Jessup et coll. « Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women ». *Journal of Drug Use Issues* 2003; 33(2) : 285–304.

¹⁴⁷ L. Nelson-Zlupko, E. Kauffman et M.M. Dore. « Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women ». *Social Work* 1995; 40(1) : 45–54, à 49.

¹⁴⁸ A.E. Weber et coll. « High pregnancy rates and reproductive health indicators among female injection-drug users in Vancouver, Canada ». *European Journal of Contraception and Reproductive Health* 2003; 8(1) : 52–58.

incarcérées.¹⁴⁹ Les femmes constituent une petite minorité de la population carcérale dans la plupart des pays, y compris au Canada. Elles sont parfois logées dans de petites unités à proximité d'établissements pour hommes, où les services de santé sont généralement conçus pour ceux-ci.¹⁵⁰ Parfois, le nombre réduit de femmes détenues rend difficile pour les autorités carcérales de justifier des services spéciaux pour elles. Puisqu'il y a moins d'établissements correctionnels pour femmes, les détenues sont plus susceptibles d'être éloignées de leurs familles, de leurs communautés et de leurs réseaux de soutien. Des organismes communautaires qui fournissent des services aux détenus pourraient avoir plus de difficulté à joindre les femmes que les hommes.¹⁵¹

Outre les risques associés à l'injection de drogue (souvent à l'aide d'instruments non stériles et partagés), des femmes détenues pourraient s'exposer à un risque de VHC par le tatouage et le perçage corporel au moyen de matériel contaminé. L'automutilation impliquant des coupures sur la peau, un phénomène peu étudié en prison, est probablement pratiquée davantage par des femmes que par des hommes. En Australie, bien que les femmes représentent de 4 à 5 % de la population carcérale, il a été estimé qu'elles comptent pour 16 % des cas d'automutilation.¹⁵² Au Canada, un expert a conclu que l'automutilation chez les femmes incarcérées est une stratégie d'adaptation souvent liée à des expériences d'abus sexuel pendant l'enfance.¹⁵³

Il existe un important besoin de programmes, y compris de programmes dirigés par des femmes, qui tiennent compte de la réalité complexe des femmes en lien avec le risque de VHC et son traitement — mais ces programmes sont très rares, au Canada.¹⁵⁴

(c) Les défis des programmes sur le VHC pour les communautés autochtones

Au Canada, il est estimé que la prévalence du VHC parmi les Autochtones est sept fois plus élevée que dans le reste de la population.¹⁵⁵ L'injection de drogue, la pauvreté, le piètre accès à des services de santé et la vie dans la rue affectent de manière disproportionnée des personnes autochtones, et les effets de ces facteurs sont exacerbés par la discrimination. Dans plusieurs cas, l'instabilité socioéconomique peut influencer l'initiation ou la continuation de l'usage de drogue.¹⁵⁶ Au Canada, plusieurs études ont recensé des taux alarmants de prévalence du VHC parmi les jeunes Autochtones, y compris les filles et les jeunes femmes.¹⁵⁷ Les jeunes femmes autochtones sont souvent impliquées dans le travail sexuel, ce qui peut accroître leur exposition à des situations où les pratiques d'injection ne sont pas sécuritaires.¹⁵⁸ Une étude à Vancouver a signalé que les jeunes Autochtones sont plus susceptibles de s'injecter de la cocaïne que les non-autochtones.¹⁵⁹ L'injection de cocaïne comporte un risque de VHC très élevé, puisqu'elle implique un plus grand nombre quotidien

¹⁴⁹ Pour une discussion détaillée des défis de la réponse au VIH et au VHC parmi les femmes détenues au Canada, voir : A. DiCenso et coll., *Ouvrir notre avenir : Une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*. Toronto : Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, 2003. Accessible à : http://www.pasan.org/Publications/Ouvrir_Notre_Avenir.pdf.

¹⁵⁰ J. Csete. *Vecteurs, véhicules et victimes : Le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005, p. 41–42. Accessible via www.aidslaw.ca/femmes.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² S. Lazzaro. « Mulawa women's prison campaign ». *Green Left Weekly*, 31 août 1994. Accessible via www.greenleft.org.au.

¹⁵³ J. Heney. *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston*. Ottawa : Service correctionnel du Canada, 2005. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

¹⁵⁴ Pour une discussion des besoins spécifiques des femmes détenues, en matière de VIH et de VHC, et pour des renseignements sur des programmes prometteurs, voir Betteridge et Dias, *Temps dur*, supra note 39, p. 91–98.

¹⁵⁵ S. Zou, L. Forrester et A. Giulivi. « Hepatitis C update ». *Revue canadienne de santé publique* 2003; 94(2) : 127–129, à 128.

¹⁵⁶ H.X. Wu et coll. « Incidence and risk factors for newly acquired hepatitis C virus infection among Aboriginal versus non-Aboriginal Canadians in six regions, 1999–2004 ». *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Disease* 2006; 26 : 167–174, à 173.

¹⁵⁷ Wu et coll., *ibid.*; P.M. Spittal et coll. « The Cedar Project: Prevalence and correlates of HIV infection among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities ». *International Journal of Circumpolar Health* 2007; 66(3) : 226–240. Accessible à : http://ijch.fi/issues/663/663_Spittal.pdf; C.L. Miller et coll. « The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004; 36(2) : 743–749.

¹⁵⁸ Spittal et coll., et Miller et coll., *ibid.*

¹⁵⁹ C.L. Miller et coll. « Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting ». *Harm Reduction Journal* 2006, 3:9, doi :10.1186/1477/7517-3-9. Accessible via www.harmreductionjournal.com.

d'injections que l'héroïne ou d'autres opioïdes. Les personnes autochtones sont aussi surreprésentées dans les prisons du Canada : alors qu'elles forment environ 2,5 % de la population canadienne, une étude de 2004 a révélé qu'environ 17 % des hommes et 26 % des femmes incarcérés dans des prisons fédérales sont Autochtones.¹⁶⁰ Les données disponibles montrent que les Autochtones sont surreprésentés parmi les cas d'hépatite C dans les prisons fédérales.¹⁶¹

Les services de santé aux Autochtones relèvent du gouvernement fédéral. Malgré les divers programmes ainsi financés,¹⁶² des chercheurs et des militants communautaires recommandent la mise en œuvre de programmes dirigés par des Autochtones, adaptés à leur culture et fondés sur leurs valeurs, en particulier par et pour les jeunes et les femmes; et des ressources rehaussées pour pallier les conséquences de nombreuses années d'accès inéquitable aux services de santé.¹⁶³ Selon le Réseau canadien autochtone du sida, les personnes autochtones qui utilisent des drogues ont elles-mêmes identifié le besoin d'une évaluation de la qualité des programmes existants en matière d'usage de drogues illicites, dans leurs communautés, et la nécessité de programmes plus nombreux, mieux financés, fondés sur la réduction des méfaits plutôt que sur l'abstinence et éclairés par une compréhension des réalités autochtones.¹⁶⁴

Conclusions et recommandations

L'hépatite C constitue une véritable « bombe virale à retardement », au Canada. L'état des programmes et des politiques en matière d'hépatite C ne donne pas à croire que l'épidémie est prise au sérieux par les responsables des politiques. L'hépatite C est déjà un lourd fardeau pour le système public de santé et la situation pourrait s'aggraver sans une mise à l'échelle urgente de programmes fondés sur des données. Les personnes qui s'injectent des drogues (la population la plus affectée par le VHC) sont extrêmement marginalisées, dans la société canadienne, et elles tendent à être plus souvent le point de mire de l'application du droit criminel que de programmes de santé judicieux et novateurs. D'un point de vue politique, il est facile d'accorder une priorité moins grande qu'il le faut à une maladie qui affecte principalement un tel groupe marginalisé, surtout lorsque des politiques simplistes, inefficaces et prohibitionnistes dominent les discussions politiques.

De quels pays le Canada pourrait-il s'inspirer? En 2005-2006, l'Hepatitis C Trust s'est appuyé sur l'expérience de la France, pour sa campagne incitant le Gouvernement du Royaume-Uni à intensifier ses actions en matière d'hépatite C.¹⁶⁵ En France, de 1994 à 2004, la proportion de personnes séropositives au VHC informées de leur infection et suivies dans le système de santé est passé de 24 % à 56 %, grâce à une campagne de sensibilisation dirigée par le gouvernement.¹⁶⁶ Selon les autorités françaises, les éléments importants de la riposte nationale à l'hépatite C incluent la disponibilité du test anonyme du VHC dans des cliniques de VIH, des centres de planification familiale et à plusieurs autres endroits; des campagnes annuelles dans les médias de masse; un ou deux centres de ressources sur l'hépatite C par région, qui fournissent des services complets de prévention, de soins et de soutien; des campagnes d'information spéciales pour les personnes qui s'injectent des drogues et pour les salons de tatouage et de perçage; un programme de recherche adéquatement financé; et un financement gouvernemental soutenu à toutes ces composantes.¹⁶⁷ Au Royaume-Uni, en réponse aux pressions de

¹⁶⁰ « A health care needs assessment of federal inmates in Canada ». *Revue canadienne de santé publique* 2004; 95(S1) : S1–S63, p. 15. Accessible à : http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/CJPH_95_Suppl_1_e.pdf.

¹⁶¹ Service correctionnel du Canada. « Les maladies infectieuses et les délinquants autochtones », *supra* note 21. Pour une discussion des besoins spécifiques des détenus autochtones, en matière de VIH et de VHC, et pour des renseignements sur des programmes prometteurs, voir Betteridge et Dias, *Temps dur*, *supra* note 39, p. 99–109.

¹⁶² Voir la liste des projets financés de 1999 à 2004 par le Programme fédéral de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/prsp-ppsr-fra.php>.

¹⁶³ Voir, p. ex., Spittal et coll., *op.cit.*, p. 237.

¹⁶⁴ Réseau canadien autochtone du sida. *Joining the circle: Aboriginal harm reduction – Program manual*. Ottawa : CAAN, 2007, p. 3. Accessible via www.caan.ca.

¹⁶⁵ The Hepatitis C Trust. « France is winning the fight against hepatitis C ». Accessible via www.hepcuk.info.

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ A.M. Julien-Depradeux, Direction générale de la santé, République Française. « National strategy for prevention and control of hepatitis C and B virus infection in France ». Exposé inédit, 18 novembre 2004. Accessible à : www.vhpb.org/files/html/

regroupements de patients et d'organismes communautaires, on a créé un Groupe parlementaire d'hépatologie chargé d'effectuer des « vérifications » des services en matière d'hépatite dans les régions sanitaires du pays.¹⁶⁸ Ces actions démontrent un engagement à la lutte contre l'hépatite C qui n'est pas présent au Canada.



L'hépatite C est déjà un lourd fardeau pour le système public de santé et la situation pourrait s'aggraver sans une mise à l'échelle urgente de programmes fondés sur des données.

Des organismes communautaires desservant des personnes affectées par l'hépatite C au Canada ont maintes fois formulé des recommandations de mise à l'échelle des programmes de prévention, de test, de traitement et de soutien.¹⁶⁹ L'essentiel de ces recommandations demeure valide; en voici un résumé :

- Les composantes du programme fédéral sur l'hépatite C de 1999–2004 devraient être rétablies, largement mises à l'échelle et appuyées par un financement soutenu et prévisible. Cela devrait inclure un financement soutenu et adéquat à des organismes communautaires qui peuvent joindre des personnes marginalisées qui utilisent des drogues, pour leur fournir de l'information, des références à des services de test et de traitement, et du soutien entre pairs pour la réduction des méfaits et le traitement. Certains fournisseurs de services communautaires ont estimé le coût des services d'éducation et de soutien nécessaires à environ 18 millions \$ par année, ce qui dépasse largement les sommes octroyées dans le cadre du programme quinquennal.¹⁷⁰ Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé devraient établir un but pour guider cet important programme — par exemple, réduire de moitié le nombre de nouvelles infections à VHC d'ici cinq ans — et accorder suffisamment de fonds à la surveillance des progrès vers l'atteinte de ce but. L'initiative complète du Canada en matière d'hépatite C devrait accorder une grande priorité et des ressources adéquates à des programmes communautaires élargis, dirigés par des organismes capables de joindre les jeunes qui utilisent des drogues et d'autres individus à risque particulièrement élevé.
- Des services complets de réduction des méfaits devraient être universellement disponibles, y compris une intervention considérablement mise à l'échelle auprès des nouveaux injecteurs, des jeunes, des communautés autochtones et des femmes. L'échange de seringues, l'entretien à la méthadone et d'autres services devraient être intégrés et coordonnés; et il devrait y avoir un accès facile aux chauffoirs, filtres et autres instruments d'injection (et d'inhalation), en plus des seringues et aiguilles. Dans la mesure du possible, les services de réduction des méfaits devraient être reliés à des services sociaux plus généraux, notamment en matière de logement et de soutien psychosocial, et à d'autres services de santé.
- L'accessibilité et la disponibilité du traitement anti-VHC devraient être rehaussées considérablement par le biais de l'accroissement de la capacité et du financement; et l'accès devrait être équitable pour toutes les personnes vivant avec le VHC partout au pays. Les

Meetings_and_publications/Presentations/VDL22Jullien.pdf.

¹⁶⁸ United Kingdom All-Party Parliamentary Group. *A matter of chance: Audit of the Department of Health 2004 Hepatitis C Action Plan for England*. Londres, 2006. Accessible via www.hepcuk.info.

¹⁶⁹ Société canadienne de l'hémophilie et coll., *supra* note 9, p. 47–53; Canadian Hepatitis C Network et coll., *supra* note 30, p. 10–16.

¹⁷⁰ Canadian Hepatitis C Network et coll., *ibid.*, p. 12.

autorités de la santé publique de tous les paliers devraient élaborer des campagnes de sensibilisation pour les professionnels de la santé et établir des systèmes de surveillance afin qu'aucune personne ayant besoin d'un traitement (y compris les utilisateurs de drogue actifs) ne se le voit refuser. De plus, des ressources additionnelles sont requises pour le test du VHC et un soutien psychologique et social complet en cours de traitement. Le test anonyme, non nominatif et confidentiel devrait être offert et accompagné d'information et de counselling, dans une vaste gamme d'établissements de santé.

- Les campagnes d'information du public et la formation des professionnels de la santé devraient inclure non seulement des informations élémentaires sur la prévention et le traitement du VHC, mais aussi des messages pour réduire la discrimination à l'égard des personnes qui utilisent des drogues, dans les services de santé et d'autres secteurs.
- Des services complets de prévention, de test, de traitement et de soutien pour le VHC devraient être disponibles dans toutes les prisons fédérales, provinciales et territoriales, y compris du matériel d'injection et d'inhalation stérile. La capacité et l'infrastructure de traitement du VHC devraient être rehaussées, afin que tous les détenus reçoivent de l'information sur le VHC et puissent avoir accès à des services de test et de traitement du VHC sans délai ni obstacles.
- Un programme de recherche considérablement rehaussé devrait inclure une recherche participative sur l'amélioration de la portée et de l'efficacité des programmes sur le VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues.¹⁷¹ Comme pour le VIH, le programme canadien en matière de VHC devrait investir d'importants deniers publics dans la recherche de méthodes de prévention efficaces (comme un vaccin anti-VHC) et de régimes de traitement améliorés.

¹⁷¹ Pour une discussion du principe d'implication des personnes directement affectées par la réponse au VIH et au VHC, voir : R. Jürgens. « Rien à notre sujet sans nous ». *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005. Accessible via www.aidslaw.ca/lesdrogues.