

Réseau juridique canadien VIH/sida
417, rue St-Pierre, bureau 408
Montréal (Québec)
H2Y 2M4
Téléphone : (514) 397-6828
Télécopieur : (514) 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca
Site Web : www.aidslaw.ca

Réseau juridique canadien VIH/sida

**Usage de drogues par injection, VIH/sida et VHC :
Présentation au Comité spécial de la Chambre des Communes
sur la consommation non médicale de drogues**

Le 19 février 2002

*****Avis : cette traduction a été effectuée par un service
gouvernemental de traduction et est imprimée sans
vérification lexicale ou autre.*****

**Consommation de drogues par injection, VIH/sida et VHC :
Présentation au Comité spécial de la Chambre des Communes
sur la consommation non médicale de drogues**

préparé par Ralf Jürgens
pour le Réseau juridique canadien VIH

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec :
Réseau juridique canadien VIH/sida
Téléphone : (514) 397-6828
Télécopieur : (514) 397-8570
Site Web : www.aidslaw.ca

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce document à l'adresse :
<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws.htm>

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2002

Table des matières

Introduction	1
Présentation du Réseau juridique canadien VIH/sida	4
Analyse	
Réduction des préjudices – définition et amélioration	6
Dans quelle mesure la criminalité contribue-t-elle aux préjudices résultant de la consommation de drogues ?	6
Programmes éducatifs	9
La consommation de drogues par injection	12
Programmes d'échange d'aiguilles	12
Traitement d'entretien à la méthadone	15
Essais cliniques de prescription d'héroïne	16
Lieux d'injection surveillés	19
Organismes correctionnels	25
Conclusion	34
Sommaire des recommandations	37

Introduction

Le Réseau juridique canadien VIH/sida apprécie la possibilité qu'on lui offre de faire cette présentation au Comité spécial de la Chambre des Communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments. Nous espérons que notre contribution aidera le Comité dans le cadre de son étude des « facteurs sous-jacents ou relatifs à la consommation non médicale de drogues ou médicaments au Canada » et à émettre des recommandations visant à réduire « les dimensions du problème que représente une telle consommation ».

Dans le cadre de son mandat, le Comité souhaite recueillir des renseignements sur une grande variété de questions, dont :

- la Stratégie canadienne antidrogue;
- la nécessité de disposer de données fiables sur lesquelles on peut fonder la myriade de décisions politiques nécessaires à l'élaboration et l'administration d'une stratégie antidrogues cohérente et viable au Canada (« étendre la base de connaissances »);
- les questions relatives à la réduction des préjudices (incluant: Dans quelle mesure la criminalité contribue-t-elle aux préjudices résultant de la consommation de drogues ? Quels genres de programmes éducatifs visent à empêcher ou réduire la consommation des drogues illicites au Canada ?); et
- les questions concernant la consommation des drogues par injection au Canada.

La présentation du Réseau juridique sera axée sur les questions relatives à la réduction des préjudices et à la consommation des drogues par injection au Canada, plus précisément en ce qui a trait au VIH/sida et à l'hépatite C (VHC).

Depuis le début des années 1990, le Canada se trouve au centre d'une crise de santé publique concernant le VIH/sida, le VHC et la consommation de drogues par injection. La propagation du VIH (et des autres infections tel le VHC) chez les consommateurs de drogues par injection au Canada mérite qu'on s'y attarde immédiatement.¹

- Le nombre d'infections au VIH attribuables à la consommation de drogues par injection est inacceptable. *En 1999, les consommateurs de drogues par injection présentaient 34,1 pour cent des 4 190 nouvelles infections au VIH (estimation). Plus de 60 pour cent des nouvelles infections au VHC résultent de la consommation de drogues par injection.*

¹ Les données qui suivent proviennent de (1): Santé Canada: Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida: Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, Ottawa : Mai 2001. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/>; (2) Santé Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida: Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Ottawa : Mai 2001. Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/>; (3) Le VIH/sida dans les prisons – feuille d'information 2 : Comportements à risque élevé derrière les barreaux. Montréal. Réseau juridique canadien VIH/sida; 2^e édition, 2001. Disponible à l'adresse [hp://www.aidslaw.ca/maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/maincontent/issues/prisons.htm); (4) Santé Canada, [L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables](#). Ottawa : 2001. Disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/aboutfacts.html.

- Plusieurs études ont révélé une augmentation de la prévalence et de l'incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection dans les grandes villes canadiennes, mais *on avait également observé une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogues par injection infectés par le VIH à l'extérieur des principales régions urbaines.*
- En raison de la mobilité géographique des consommateurs de drogues par injection et de leurs interactions sexuelle et sociale avec les non-consommateurs, le double problème de la consommation de drogues par injection et de l'infection par le VIH en est un dont *l'incidence se fait sentir sur toute la société canadienne.*

Les études entreprises dans différentes parties du Canada révèlent l'urgence du problème :

- La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection à *Montréal* s'est accrue d'environ cinq pour cent de 1988 à 19,5 pour cent en 1997;
- À *Vancouver*, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection a augmenté de quatre pour cent en 1992-93 à 23 pour cent en 1996-97; à Victoria, elle est passée de six pour cent au début des années 1990 à 21 pour cent en 1999;
- La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection à *Toronto* est passée de 4,8 pour cent en 1992-93 à 8,6 pour cent en 1997-98;
- À *Ottawa*, une étude menée en 1992-93 a révélé une prévalence du VIH de 10,3 pour cent chez les personnes participant à des programmes d'échange d'aiguilles; une étude réalisée en 1996-97 a démontré que cette prévalence était passée à 20 pour cent;
- Les données sur les programmes d'échange d'aiguilles à *Québec* et dans les plus petites villes de la province indiquent que la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection est de 9 pour cent dans la ville de Québec et qu'elle atteint 9,6 pour cent dans certaines régions semi-urbaines;
- À *Winnipeg*, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection a augmenté de 2,3 pour cent en 1986-90 à 12,6 pour cent en 1998.

Le problème de la consommation de drogues par injection et de l'infection par le VIH et le VHC concerne toute la société canadienne, malgré que certaines populations soient plus touchées.

Les consommatrices de drogues par injection au Canada présentent un risque élevé d'infection au VIH. Dans le cas des femmes, la proportion de cas de sida attribuables à la consommation de drogues par injection est passée de 0,5 pour cent au cours de la période d'avant 1989 à 45 pour cent en 1998. Depuis ce temps, on a assisté à une légère baisse à 34,6 pour cent en 2000. Chez les hommes, l'augmentation a également été importante, mais moins dramatique, soit de 0,8 pour cent avant 1989 à 19,8 pour cent en 2000.

La consommation de drogues par injection est un problème grave chez les *jeunes de la rue* : par exemple, un tiers d'un échantillon de jeunes dans les rues de Montréal s'étaient injecté des drogues au cours des six mois précédents.

La consommation de drogues par injection est également un problème parmi les *prisonniers*. Les estimations de la prévalence du VIH chez les prisonniers varient d'un à

quatre pour cent chez les hommes, et d'un à dix pour cent chez les femmes, et l'infection dans les deux groupes présente une étroite relation avec la consommation de drogues par injection. Une fois incarcérés, plusieurs continuent cette pratique. Par exemple :

- Dans une prison fédérale de la Colombie-Britannique, 67 pour cent des détenus répondant à un sondage ont déclaré avoir consommé des drogues par injection soit en prison ou à l'extérieur, alors que 17 pour cent admettaient en avoir consommé en prison seulement.
- Dans un sondage mené en 1995 par Service correctionnel du Canada auprès des détenus, 11 pour cent de 4 285 détenus fédéraux ont mentionné s'être injecté des drogues depuis leur admission dans leur institution actuelle.

Enfin, les *peuples autochtones* sont surreprésentés dans les groupes les plus vulnérables au VIH, tels les travailleurs du sexe et les prisonniers. Ils sont particulièrement surreprésentés chez les consommateurs de drogues par injection dans les villes, ainsi que chez les clients des programmes d'échange d'aiguilles et des services de conseil et de référence.

La réponse du Canada à la crise du VIH/sida et du VHC qui sévit chez les consommateurs de drogues par injection est loin d'avoir été concertée et efficace. On peut et on doit en faire encore davantage pour contrer la propagation du VIH et des autres infections chez les consommateurs de drogues par injection et pour dispenser des soins, des traitements et un soutien à ces personnes qui ont déjà contracté le VIH ou le sida. Il est évident qu'on doit en faire encore bien plus, puisque les approches actuelles font piètre figure en matière d'éthique.

Dans le deuxième chapitre de cette présentation, on décrit les activités du Réseau juridique canadien VIH/sida (« Présentation du Réseau juridique canadien VIH/sida »).

Le troisième chapitre (« Analyse ») est consacré aux questions auxquelles s'attarde le comité. Nous discutons premièrement de la mesure dans laquelle les lois et les politiques canadiennes en matière de stupéfiants contribuent aux préjudices découlant de la consommation de drogues, en particulier dans le contexte du VIH/sida et du VHC. Nous parlons alors des programmes éducatifs actuels qui visent à prévenir ou à réduire la consommation des drogues illicites au Canada en soulignant à quel point l'éducation dispensée est en grande partie inexacte et inefficace. Nous poursuivons en discutant des propositions visant (1) à améliorer les programmes d'échange d'aiguilles; (2) à faciliter l'accès aux traitements, incluant le traitement d'entretien à la méthadone; (3) à subir des tests en clinique avec de l'héroïne d'ordonnance; et (4) à entreprendre un projet pilote ou autre impliquant un lieu d'injection surveillé. Enfin, nous examinons les questions soulevées par la consommation de drogues par injection, ainsi que par le VIH/sida et le VHC dans les prisons.

Nous concluons en réalisant qu'on peut en faire encore davantage pour réduire les préjudices résultant de la consommation de drogues par injection au Canada, en particulier en ce qui concerne le VIH/sida et le VHC.

Présentation du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est une organisation nationale impliquée dans l'éducation, l'analyse juridique et éthique et l'élaboration de politiques. Nous comptons 250 membres au Canada, dont environ la moitié sont des organismes communautaires s'intéressant à la question du VIH/sida.

Nous préconisons les réponses au VIH/sida qui :

- vont dans le sens des directives internationales en matière de VIH/sida et de droits de la personne;
- respectent les droits des personnes aux prises avec le VIH/sida et des personnes concernées par la maladie;
- facilitent les efforts de prévention du VIH;
- minimisent les effets néfastes du VIH/sida sur les individus et les communautés;
- concernent les facteurs sociaux et économiques permettant d'accroître la vulnérabilité au VIH/sida et aux abus des droits de la personne.

Nous produisons et facilitons l'accès à une information et une analyse précises et à jour sur les question d'ordres juridique, éthique et politique en rapport avec le VIH/sida au Canada et ailleurs dans le monde.

Nos efforts dans le domaine de la consommation de drogues par injection et le VIH/sida, ainsi que dans celui du VIH/sida et la consommation de drogues dans les prisons constituent la base des activités du Réseau depuis le début des années 1990. Tout particulièrement dans le domaine du VIH/sida, de la consommation de drogues et des prisons, nous avons :²

- publié en 2001 une série révisée de 13 feuillets d'information sur le VIH/sida en prison;
- publié plus de 100 articles sur le VIH/sida en prison dans la Revue canadienne VIH/sida et droit;
- publié une section sur le test de sérodiagnostic du VIH des détenus dans « Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: rapport final »(1998);
- publié VIH/sida et prisons: rapport final (septembre 1996), une des analyses les plus détaillées sur les questions soulevées par le VIH/sida en prison;
- présenté le Rapport final lors d'une conférence de presse (septembre 1996);
- et participé à plusieurs conférences dont la Conférence internationale sur le sida (en anglais seulement), en 1998, à Genève;

Dans le domaine de la consommation de drogues par injection et du VIH/sida, nous avons entrepris d'examiner en profondeur les questions d'ordres juridique et éthique entourant le VIH/sida et la consommation de drogues par injection et nous avons continué de suivre ces questions. Tout particulièrement, nous avons :³

- Entrepris un examen en profondeur des questions juridiques et éthiques en rapport avec la création de lieux sécuritaire pour l'injection au Canada (un rapport intitulé

² Les documents suivants sont disponibles à l'adresse <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>.

³ Les documents suivants sont disponibles à l'adresse <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws.htm>

Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques, sera publié au mois de mars 2002); et produit le document intitulé *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, un rapport de 116 pages comprenant 66 recommandations et accompagné d'une documentation de référence et de dossiers sur les questions d'ordres juridique, éthique et politique entourant la consommation de drogues par injection et le VIH/sida, ainsi qu'une série de feuillets d'information sur la consommation de drogues par injection et le VIH/sida accompagnés d'une information concise et accessible sur les questions d'ordres juridique, éthique et politique entourant la consommation de drogues par injection et le VIH/sida.

Le 31 août 2001, Santé Canada a réagi au rapport du Réseau juridique. La même journée, le Réseau a réagi à la réponse de Santé Canada.

De plus, le Réseau :

- En avril 2001, a commenté le rapport intitulé « Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada », le document de travail destiné à la consultation et rédigé par cinq comités gouvernementaux;
- En avril 1996, il a présenté au Comité sénatorial sur les affaires constitutionnelles l'impact des lois antidrogues canadiennes sur la propagation du VIH; et
- Publie régulièrement un vaste éventail d'articles sur les questions d'ordres juridique, éthique et politique en rapport avec le VIH/sida, le VHC et la consommation de drogues par injection dans la Revue canadienne VIH/sida et droit.

Les efforts du Réseau sont reconnus à l'échelle nationale et internationale. Entre autres, le Programme des Nations unies sur le VIH/sida a inclus nos activités dans sa collection des « pratiques exemplaires ».

Analyse

Dans cette section, nous aborderons les questions d'intérêt pour le Comité. Comme nous l'avons mentionné précédemment, notre attention sera axée sur les questions ayant trait à la réduction des préjudices et sur les questions concernant la consommation de drogues par injection au Canada.

Définition et amélioration de la réduction des préjudices

Dans quelle mesure la criminalisation contribue-t-elle aux préjudices résultant de la consommation de drogues ? Les lois et les politiques antidrogues au Canada doivent-elles faire l'objet d'une révision et d'une réforme ?

On a conclu dans plusieurs rapports d'importance publiés depuis 1997 que le statut juridique des drogues au Canada nuit aux efforts devant permettre d'enrayer la propagation du VIH chez les consommateurs de drogues par injection, ainsi qu'aux efforts servant à dispenser des soins, un traitement et un soutien aux consommateurs de drogues par injection qui sont séropositifs.

Dans le rapport de consultation intitulé *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*,⁴ on précise que les effets pharmacologiques des drogues illégales utilisées par les consommateurs de drogues par injection ne sont pas en tant que telles nécessairement nocifs. On ajoute dans le rapport que bien des préjudices sont secondaires, causés par le statut juridique des drogues en soi ou par des facteurs tels des pratiques d'injection à risque, un comportement criminel et une certaine concentration ou pureté des drogues qui résulte de leur statut juridique. On reconnaît également dans ce rapport que le statut juridique des drogues constitue un obstacle à l'utilisation par les consommateurs de drogues par injection des services offerts aux toxicomanes ou des services médicaux; et que les approches en matière de traitement, les protocoles d'admission et l'attitude du personnel et du public reflètent davantage le statut juridique des drogues que celui des besoins en traitement des consommateurs de drogues par injection.

Dans le *Plan d'action national* préparé par le groupe de travail sur le VIH/sida et la consommation de drogues par injection⁵, on a également observé que le statut juridique des drogues au Canada contribue aux difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de s'attaquer au VIH chez les consommateurs de drogues par injection.

⁴ McAmmond, D. *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection : Un rapport de consultation*. Ottawa. Santé Canada, mars 1997.

⁵ *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*. Ottawa : Association canadienne de santé publique et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1997. Disponible à l'adresse www.ccsa.ca.

De nombreuses autres personnes ont souligné que l'approche criminelle entourant la consommation des drogues peut accroître plutôt que réduire les préjudices associés à la consommation de drogues.⁶

- Puisqu'on ne peut se procurer les drogues que sur le marché noir, on n'en connaît pas la concentration et la composition, de sorte qu'elles peuvent causer des surdoses ou d'autres préjudices chez le consommateur.
- La crainte de pénalités criminelles et le prix élevé des drogues font en sorte que les consommateurs les utilisent de façon plus efficace comme par injection, ce qui contribue à la transmission du VIH et du VHC.
- L'équipement d'injection stérile n'étant pas toujours disponible, les consommateurs de drogues peuvent se voir obligés d'échanger les aiguilles et l'équipement.
- On consacre des ressources considérables à l'application des lois, alors qu'on pourrait investir ces mêmes montants dans la prévention et dans la mise sur pied de lieux de traitement pour les toxicomanes.

L'effet le plus évident consiste dans ce que les consommateurs de drogues souffrent de marginalisation. Ainsi, il leur est difficile de réagir aux messages éducatifs; ils craignent de faire appel aux services de santé ou aux services sociaux; ils peuvent repousser les dispensateurs de service dont le but consiste à les éduquer sur la façon sécuritaire de consommer les drogues, de crainte d'être vus comme des personnes qui condamnent une telle habitude; et cela encourage les attitudes antidrogues envers l'utilisateur.

Dans le contexte de la consommation de drogues, est-il alors indiqué de recourir au droit criminel plutôt qu'aux autres moyens d'intervention sociale ? Dans un rapport intitulé *Le droit pénal dans la société canadienne*⁷, on déclarait « ...on ne doit recourir au droit pénal que lorsque d'autres moyens d'intervention sociale sont inadéquats ou inappropriés à l'égard d'un certain mode de comportement et de façon à n'empiéter qu'au minimum sur les droits et libertés des personnes, compte tenu des objectifs poursuivis ». Cela semblerait exclure le recours au droit criminel dans le cas au moins des activités relatives aux drogues. D'autres mesures, moins drastiques, existent pour contrer la consommation des drogues de façon à préserver (et même encourager) l'ordre social et la protection du public.

Des alternatives à l'approche actuelle face à la consommation et aux consommateurs de drogues sont possibles. Des alternatives entrant dans le cadre de la politique prohibitionniste actuelle qui ne demanderaient aucune modification du cadre juridique actuel pourraient inclure de fait la décriminalisation de la possession de cannabis à des fins personnelles, les ordonnances médicales d'héroïne, les programmes éducatifs explicites, etc. Les alternatives à l'approche prohibitionniste actuelle peuvent exiger que le Canada dénonce plusieurs conventions internationales en matière de contrôle des stupéfiants.

Il est cependant important de mentionner qu'en 2001, Santé Canada, dans sa réponse au rapport de 1999 du Réseau juridique sur le VIH/sida et la consommation de drogues par injection (appelé ci-après le « rapport de 1999 du Réseau juridique », a reconnu ce

⁶ Pour une discussion détaillée accompagnée de nombreuses références, voir : Réseau juridique canadien VIH : Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques. Montréal : Le Réseau, 1999, pages 26-27.

⁷ Gouvernement du Canada. *Le droit pénal dans la société canadienne*. Ottawa, Août 1982.

qui suit : « Il faudra apporter des changements fondamentaux aux cadres législatif et stratégique actuels pour que l'usage de drogues par injection soit traité d'abord et avant tout comme un problème de santé. »⁸

D'un point de vue éthique, il n'est pas seulement possible, mais essentiel de tenir compte des alternatives à l'approche actuelle. On doit inverser certains aspects de la politique antidrogues actuelle en raison de leurs conséquences intolérables sur la société. En vertu des règles d'éthique, il nous faut une politique antidrogues plus cohérente et mieux intégrée, capable de subir les enquêtes rationnelles et les examens, de réagir à la complexité de la situation actuelle et de permettre la discussion publique et critique.

Par conséquent, on a identifié dans le rapport de 1999 du Réseau juridique deux orientations prédominantes qui devraient guider nos efforts à venir :

- Le Canada doit renverser les impacts négatifs du statut juridique actuel des drogues sur les consommateurs de drogues par injection et sur les services dont ils bénéficient.
- Le Canada doit adopter des alternatives à l'approche actuelle afin de réduire la consommation de drogues et les préjudices causés par celles-ci dans la population canadienne.

Recommandations

1. À long terme, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient élaborer une approche plus constructive du cadre juridique actuel et offrir la recherche, ainsi que les programmes éducatifs et sociaux nécessaires pour réduire les préjudices découlant de la consommation de drogues. Les gouvernements et tous les Canadiens doivent :

- reconnaître l'étendue de la consommation de drogues et la diversité des consommateurs de drogues au Canada;
- reconnaître que les lois antidrogues présentement en vigueur au Canada ont un impact disproportionné sur les éléments les plus vulnérables de la société canadienne, dont les peuples autochtones, les minorités raciales et les femmes;
- reconnaître que les lois actuelles augmentent plutôt que de réduire les préjudices causés par les drogues et, tout particulièrement, qu'elles marginalisent les consommateurs de drogues;
- reconnaître les droits fondamentaux des consommateurs de drogues, ainsi que les façons dont les lois et les traités actuels violent les droits fondamentaux des consommateurs de drogues au Canada; et
- au besoin, dénoncer les conventions internationales en matière de lutte antidrogues si celles-ci constituent des obstacles insurmontables à la mise en application de politiques et de lois antidrogues plus constructives au Canada, lesquelles reposent sur un modèle de réduction des préjudices.

⁸ Santé Canada. Injection de drogue et VIH/sida. La réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique. Ottawa. 2001. Disponible à l'adresse <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws.htm>.

2. À court terme, en vertu du cadre juridique actuel, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient subventionner la recherche sur l'impact différent des lois, politiques et pratiques antidrogues actuelles en fonction de la race, la classe, le sexe et d'autres facteurs socioéconomiques.
3. En consultation avec les consommateurs de drogues et les agences communautaires qui leur offrent des services, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient évaluer les résultats positifs des initiatives tels les politiques de diversion, les mesures alternatives et les projets pilotes dans le cadre desquels on fait appel à ces alternatives. Si le résultat est favorable, on devrait développer davantage ces initiatives afin de tempérer l'approche punitive qui transpire actuellement des lois et politiques antidrogues au Canada.
4. Le gouvernement fédéral devrait faire appel à ses pouvoirs de réglementation et d'exemption en vertu de la loi actuelle pour exclure expressément l'équipement d'injection présentant des traces de drogues illégales de la définition de « substance réglementée » dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.
5. Le gouvernement fédéral devrait prendre les mesures nécessaires afin de préciser que les programmes d'échange ou de distribution d'aiguilles ne risquent pas de poursuites criminelles en vertu des dispositions du code criminel touchant les accessoires facilitant la consommation de drogues et relatives à la « vente d'instruments ou de documents de consommation de drogues illicites. »
6. Le gouvernement fédéral devrait faire appel à ses pouvoirs de réglementation et d'exemption en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin de décriminaliser la possession, du moins lorsque médicalement prescrites par un professionnel de la santé compétent et autorisé.
7. Le gouvernement fédéral devrait s'assurer d'implanter un processus juste et opportun permettant aux Canadiens et à leurs professionnels de la santé de demander un accès médical aux drogues présentement illégales.

Quels genres de programmes éducatifs visent à empêcher ou à réduire la consommation des drogues illicites au Canada ? Existe-t-il une éducation réaliste et honnête en matière de drogues, tout en étant axée sur la santé et le bien-être ?

Dans son rapport de 1999, le Réseau juridique en est venu à la conclusion qu'on ne fournit pas suffisamment d'information précise et complète sur les drogues illégales aux dispensateurs de soins de santé, aux consommateurs de drogues et au public en général, et que ce manque d'information (précise) a un impact négatif sur la prestation des soins, les traitements, le soutien, ainsi que sur les efforts de prévention.⁹

⁹ *Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques*. ci-dessus, remarque 6, pages 73-79.

Programmes éducatifs fondés sur l'abstinence

Plusieurs programmes éducatifs, en particulier ceux qui s'adressent aux jeunes, reposent sur une philosophie de tolérance zéro. L'abstinence de la consommation de drogues est l'objectif ultime. On répète souvent aux jeunes que la consommation de drogues après une première expérience avec une drogue illégale constitue un abus, que l'alcool et les cigarettes sont les « premières étapes » vers la consommation de drogues, et que la consommation de drogues telles la marijuana mène à la consommation de stupéfiants tels l'héroïne et la cocaïne. Les analystes des politiques considèrent un tel programme « Dites tout simplement non » comme étant dangereux en soi :

Lorsqu'on dit aux enfants que les drogues illégales, incluant la marijuana, sont extrêmement dangereuses et qu'elles peuvent engendrer une dépendance, et qu'ils apprennent en expérimentant que cela est faux, le reste du message est discrédité. Une éducation honnête en matière de drogues est essentielle si on veut s'assurer que les individus soient en mesure de prendre des décisions informées. Cependant, une telle approche est contraire à la campagne « Dites tout simplement non ».¹⁰

Pour être efficace, ils allèguent que l'éducation en matière de drogues doit reposer sur des hypothèses réalistes relatives à la consommation: « Les programmes doivent répondre aux besoins des individus dans leur contexte social et être aussi flexibles, ouverts et créatifs que les jeunes qu'ils doivent éduquer. »¹¹

Programmes d'éducation sur la réduction des préjudices

Les programmes d'éducation sur la réduction des préjudices adoptent une approche non appréciative de la consommation de drogues. On tente de présenter une information précise sur la composition et les effets des différentes substances et on recommande des sources d'assistance aux personnes qui en consomment. Dans le cas des programmes adaptés aux adolescents, on tente d'inculquer aux jeunes des compétences en matière d'évaluation, communication, affirmation de soi, résolution de conflits et prise de décisions.

Avec les programmes d'éducation dont les objectifs consistent à réduire les préjudices, on tente de réduire la prévalence des fréquences et méthodes non sécuritaires d'ingestion de drogues, de réduire la consommation excessive ou dépendante; de réduire l'expérimentation avec des drogues qui sont plus susceptibles d'entraîner des problèmes médicaux; et d'améliorer la capacité des utilisateurs et autres personnes à réagir face aux problèmes de drogue.

Certains ministères et agences du gouvernement canadien ont publié à l'intention du public de l'information sur les principes de réduction des préjudices. Cependant, l'éducation dans ce domaine et les publications distribuées aux jeunes, aux consommateurs de drogues et au public et qui reposent sur ces principes se font rares.

De plus, les dispensateurs de soins de santé tels les médecins, les pharmaciens et les infirmières ne reçoivent également pas une formation adéquate en matière de

¹⁰ Rosenbaum, M. Just Say What ? An Alternative View on Solving America's Drug Problem. San Francisco : National Council on Crime and Delinquency, 1990.

¹¹ Ibid, à 17.

toxicomanie, drogues illégales et traitements pour les toxicomanes. Par exemple, une étude effectuée en Colombie-Britannique impliquant des étudiants en médecine et des résidents a révélé qu'on devrait consacrer davantage de temps aux drogues autres que l'alcool.¹²

Principes d'éthique

En vertu des principes d'éthique, les individus dans la société devraient avoir accès à une information précise et globale sur toutes les questions devant faire l'objet d'une décision, d'un choix ou d'une mesure précise. Sur le plan de l'éthique, il est incorrect d'altérer ou d'éliminer l'information sur les drogues illégales que les utilisateurs, les professionnels et les citoyens doivent généralement connaître afin de pouvoir agir de façon responsable.

Les consommateurs de drogues, au nom de leur autonomie personnelle, doivent consulter l'information la plus fiable et la plus complète qui existe afin de guider leurs choix et leurs opinions de façon à pouvoir faire progresser leurs plans de vie et peut-être le plan de vie de la personne avec laquelle ils vivent ou à laquelle ils sont liés.

Les professionnels des soins de santé doivent s'assurer qu'ils connaissent parfaitement l'information relative à la consommation de drogues dont ils ont besoin pour s'occuper de ces personnes dont les exigences cadrent avec leur mandat professionnel. Ils doivent également aviser la communauté de soins de santé, la communauté de chercheurs et la société lorsqu'ils remarquent un besoin criant d'information et de connaissances.

La responsabilité du public en général (soit des citoyens et de leurs représentants politiques) qui consiste à s'informer adéquatement sur la consommation de drogues et ses effets découle de son rôle central et de son pouvoir de formulation, de transmission et de mise en application de la politique publique en ce qui concerne tous les aspects de la consommation de drogues, incluant la criminalisation de la consommation de drogues; les programmes de prévention et d'éducation; les programmes de réduction des préjudices; ainsi que les soins, le traitement et le soutien des consommateurs de drogues.

Dans son rapport de 1999, le Réseau juridique a présenté certaines recommandations qui, une fois mises en application, contribueraient grandement à fournir aux dispensateurs de soins de santé, aux consommateurs de drogues et au public en général une information précise et complète sur les drogues illégales. À son tour, cet effort aura un effet bénéfique sur la prestation de soins, le traitement et le soin des consommateurs de drogues, ainsi que sur nos efforts de prévention.

Recommandation

- 8. Les autorités sanitaires aux niveaux fédéral, provincial et territorial devraient financer l'élaboration et la diffusion généralisée d'une information précise, impartiale et dépourvue de tout jugement sur les drogues illégales à l'intention des prestataires de soins de santé, des consommateurs de drogues et du public.***

¹² Towle, A. Faculty of Medicine, University of British Columbia. Addiction Medicine and Intercollegial Responsibility (AMIR) : Evaluation report, 1996.

- 9. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient mettre sur pied des programmes d'éducation basés sur les principes de réduction des préjudices.**
- 10. Les ministères provinciaux et territoriaux de l'éducation et la santé devraient entreprendre une évaluation des programmes scolaires en matière de drogues illégales.**
- 11. Les universités et les collèges devraient s'assurer que le programme des professionnels des soins de santé comporte une matière, des présentations et des discussions précises, impartiales et dépourvues de tout jugement sur les drogues, la consommation des drogues et les approches de réduction des préjudices en matière de consommation de drogues.**

Le problème de la consommation de drogues par injection

Tel qu'énoncé dans son cadre de référence, le Comité souhaite entendre les commentaires sur les recommandations contenues dans le rapport du comité consultatif fédéral/provincial/territorial intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada* afin :

- d'améliorer les programmes d'échange d'aiguilles;
- de faciliter l'accès aux options de traitement dont l'entretien à la méthadone;
- d'entreprendre des essais cliniques sur l'héroïne d'ordonnance;
- d'examiner un projet pilote ou autre concernant un lieu d'injection surveillé.

Le Réseau juridique soutient sans hésiter ces recommandations qui vont dans le sens des recommandations de son rapport de 1999.

Programmes d'échange d'aiguilles

Objectifs des programmes d'échange d'aiguilles

Les programmes d'échange d'aiguilles (PÉA) constituent une stratégie importante de l'approche de réduction des préjudices en matière de consommation de drogues par injection. Le principe fondamental de leur utilisation consiste dans ce que les consommateurs de drogues par injection s'échangent habituellement les aiguilles et les seringues, ce qui constitue un mode fréquent de transmission du VIH et du VHC. Ces programmes reposent sur la philosophie selon laquelle si on remet aux consommateurs de drogues par injection des seringues et des aiguilles stérilisées, on coupera court à l'échange de ces articles d'injection pour ainsi réduire la transmission des maladies sanguines telles le VIH et le VHC.

En plus de distribuer de l'équipement d'injection stérile, les PÉA facilitent la prise de contact avec les consommateurs de drogues par injection dans le but de les éduquer et les conseiller et pour les mettre en relation avec les services de soins de santé et les programmes de traitement de la toxicomanie.

Ces programmes sont-ils efficaces ?

Selon les études, les PÉA :

- contribuent vraiment à réduire la propagation du VIH;
- n'augmentent pas le nombre de consommateurs de drogues par injection ni ne réduisent l'âge de la première injection; et
- n'augmentent pas le nombre d'aiguilles qu'on rejette dans la communauté ni ne modifient les endroits où l'on jette ces aiguilles.¹³

Dans un compte-rendu de recherche sur « l'accès aux seringues » mis à jour pour la dernière fois au mois de mars 2001, on déclare que « tous les organismes médicaux, scientifiques et juridiques mis sur pied pour étudier la question en sont venus à la conclusion qu'un meilleur accès à des seringues stériles est un moyen efficace de réduire la propagation des maladies infectieuses. »¹⁴

Les programmes d'échange d'aiguilles au Canada

Le premier PÉA au Canada fut mis sur pied en 1989 à Vancouver. En quelques mois à peine, on avait implanté des PÉA à Montréal et à Toronto. Peu de temps après, d'autres villes d'importance au Canada avaient également leurs programmes. On estime à l'heure actuelle que plus de 100 PÉA sont en vigueur. Néanmoins, seulement une faible proportion des consommateurs de drogues par injection ont accès à ces programmes. Plusieurs problèmes demeurent :¹⁵

- En vertu de certains PÉA, on limite le nombre de seringues remises aux consommateurs de drogues par injection lors de chaque visite. On peut imposer des quotas individuels et/ou on peut n'échanger que des seringues usagées pour des neuves. De telles limites reposent peut-être sur des intentions louables, mais on a limité l'accès à l'équipement d'injection stérile. En général, le nombre d'aiguilles distribuées au Canada est de beaucoup inférieur au nombre que requièrent les consommateurs de drogues par injection.
- Le nombre de PÉA au Canada demeure insuffisant et ces programmes sont habituellement offerts dans les grandes villes. Les personnes vivant en régions rurales ou dans les petites villes ont difficilement accès à de tels programmes. De plus, les PÉA se trouvent souvent centralisés dans les grandes villes, ce qui limite même l'accès aux citadins.
- Malgré que la consommation de drogues par injection soit chose répandue dans les prisons, on ne trouve aucun PÉA dans les prisons fédérales et provinciales.
- Les heures d'accès aux PÉA sont souvent très limitées. Dans les régions rurales, des aiguilles stériles offertes dans les cliniques communautaires ou dans les

¹³ Voir, par exemple : Santé Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Ottawa : Mai 2001 (on y fait référence aux études ayant démontré que le PÉA fonctionne). Disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/>. Voir également les articles sur l'échange d'aiguilles et la disponibilité des seringues en rapport avec le VIH/sida sur le site Web de la Drug Policy Alliance à l'adresse http://www.lindesmith.org/library/syringe_index.html.

¹⁴ Drug Policy Alliance. Focal Point : Needle Exchange/Syringe Availability à l'adresse www.lindesmith.org/library/lib.html.

¹⁵ Voir, par exemple, Hankins, C. Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use and Misuse* 1998; 33 :1129 (discussion de l'historique et des déficiences actuelles des programmes d'échange d'aiguilles au Canada); Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques, ci-dessus, remarque 6, pages 80-91.

urgences des hôpitaux peuvent n'être disponibles que durant deux heures par semaine.

- Dans plusieurs endroits, les pharmaciens sont toujours réticents à remettre des seringues aux consommateurs de drogues par injection. Plusieurs s'inquiètent des effets négatifs possibles sur le revenu de leur entreprise s'ils le font. Il s'agit là d'un problème, puisque les pharmacies, en particulier dans les régions rurales, peuvent compter parmi le peu d'endroits où l'on peut obtenir des seringues stériles.
- On n'offre pas des soins de santé, des conseils et des services de soutien dans le cadre de tous les PÉA.

Questions d'ordre juridique

Il est légal au Canada de donner ou de vendre des aiguilles stériles aux consommateurs de drogues par injection. Cependant, le personnel des PÉA et les consommateurs de drogues peuvent faire l'objet de poursuites au criminel en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* s'ils sont trouvés en possession de drogues illégales contenues dans des seringues utilisées.

Questions d'ordre éthique

La finalité ou le but premier des PÉA consiste à réduire ou à éliminer la panoplie de préjudices qui accompagnent la toxicomanie et la consommation de drogues par injection. Les PÉA sont un moyen d'y parvenir.

Cependant, ces programmes ne sont pas aussi efficaces lorsqu'ils font l'objet de restrictions qui condamnent les programmes parce qu'ils arrivent difficilement à répondre aux besoins des gens pour lesquels on les a conçus.¹⁶

En raison de toutes ces limites, les principes éthiques d'autonomie et de dignité, de bienfaisance et de non-malfaisance, de justice, de loyauté et d'utilitarisme ne sont pas observés dans le cadre de certains PÉA au Canada. La bienfaisance et la non-malfaisance consistent dans la maximisation du bien et dans la minimisation du préjudice au consommateur de drogues. L'autonomie et la dignité impliquent le droit du consommateur de drogues à l'autodétermination, notamment le droit de prendre des décisions informées sur la voie à suivre. La justice et l'équité signifient qu'on doit offrir des ressources suffisantes pour résoudre les problèmes des consommateurs de drogues. Enfin, le principe d'utilitarisme signifie qu'on doit prendre les mesures pour maximiser le bien dans la société.

Recommandations

Dans son rapport de 1999, le Réseau juridique a présenté certaines recommandations qui, pourvu qu'on en tienne compte, contribueront grandement à assurer que les PÉA au Canada cadrent davantage avec leur raison d'être :

12. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux devraient s'assurer que les programmes d'échange d'aiguilles sont

¹⁶ Roy, D. *Injection de drogue et VIH/sida: un commentaire d'éthique sur les questions prioritaires*. Dans *Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques – documents de base*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, page B48.

facilement accessibles aux consommateurs de drogues par injection dans tous les coins du pays.

13. Le gouvernement fédéral devrait rejeter les lois criminelles qui criminalisent les consommateurs de drogues par injection et les personnes qui procèdent à l'échange d'aiguilles parce qu'ils ont en leur possession des articles de consommation contenant des résidus de substances illégales.

14. Les associations de pharmaciens et les organismes de réglementation professionnelle devraient encourager les pharmaciens à distribuer des seringues stériles.

(Voir ci-dessous une recommandation concernant l'accès à un équipement d'injection stérile dans les prisons.)

Traitement d'entretien à la méthadone

Au Canada, la méthadone demeure le seul opioïde approuvé pour un traitement à long terme de la dépendance à l'opiacé.

La sécurité et l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) a fait l'objet de nombreuses publications scientifiques et médicales.¹⁷ On attribue aux programmes de TEM la baisse de la consommation d'opioïde, la baisse de la criminalité et l'amélioration de la santé générale du consommateur de drogues. De plus, le TEM réduit la mortalité individuelle et la morbidité. Le TEM présente un autre avantage important en ce sens qu'il aide à contrer la propagation du VIH, puisqu'on administre habituellement la méthadone par voie orale plutôt qu'au moyen d'une seringue. Le TEM est ainsi devenu une « ressource indispensable dans la lutte contre la consommation de drogues par injection et le sida ». De plus, les cliniques de méthadone sont possiblement des lieux importants pour prévenir la maladie et éduquer les gens. On peut offrir aux patients un service de dépistage et des conseils en matière de maladies transmissibles, sans compter qu'on peut les informer sur les pratiques sexuelles sans risques, sur les risques d'échanger les aiguilles et sur les façons de nettoyer les seringues.

Obstacles à l'efficacité des programmes

Les restrictions imposées aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone s'expliquent par plusieurs facteurs dont l'opposition philosophique à ce genre de traitement et la confiance qu'on accorde à un tel traitement pour atteindre l'abstinence des drogues. Le TEM constitue de plusieurs façons un exemple de la façon dont les règlements « peuvent réduire l'efficacité sur la santé publique d'un programme controversé s'adressant à des gens impopulaires ». Le US Institute of Medicine en a déduit que les politiques actuelles placent « trop d'emphasis sur le besoin de protéger la société contre la méthadone et pas assez sur le besoin de la protéger contre les épidémies de toxicomanie, violence et maladies infectieuses que la méthadone peut contribuer à réduire. »¹⁸ On a observé le même phénomène au Canada où on a déclaré

¹⁷ Voir *Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques*. ci-dessus, remarque 6, page 85, avec de nombreuses références.

¹⁸ [US] Institute of Medicine, *Federal Regulation of Methadone Treatment*. Washington DC : National Academy Press, 1995.

que les règles et règlements des programmes de méthadone constituent fréquemment des obstacles à l'efficacité des soins dispensés aux consommateurs de drogues par injection. Au mois de janvier 1999, un médecin de l'Ontario écrivait :

Une controverse incroyable entoure les graves restrictions imposées aux patients prenant de la méthadone – des restrictions qui ne touchent d'aucune façon la prescription d'autre stupéfiants tout aussi ou même plus dangereux. Il faudrait un traître pour expliquer l'histoire politique et philosophique sous-jacente à la sévérité des normes auxquelles doivent répondre les patient ontariens qui prennent la méthadone.¹⁹

On a critiqué les programmes en raison des interminables règles et règlements auxquels les patients doivent se soumettre. Ceux-ci comprennent des méthodes d'évaluation rigoureuses, des visites quotidiennes obligatoires, l'abstinence afin de pouvoir subir le traitement et des échantillonnage aléatoires d'urine. Parmi les autres questions d'intérêt, mentionnons :

- Le nombre d'héroïnomanes, où que ce soit au Canada, qu'on a traités à la méthadone demeure faible, malgré qu'il ait augmenté au cours des dernières années.
- Le financement des programmes de méthadone au Canada est inadéquat, et dans plusieurs provinces, trop peu de médecins et de pharmaciens offrent les TEM.
- L'accès aux TEM en prison demeure limité. Dans le système fédéral, ainsi que dans plusieurs institutions provinciales (mais pas toutes), les détenus qui bénéficiaient déjà de ce traitement à l'extérieur continuent de le recevoir en prison. Cependant, on devrait également offrir le TEM aux personnes dépendantes des opiacés qui n'en ont pas bénéficié avant leur incarcération.

Recommandations

On compte dans le rapport de 1999 du Réseau certaines recommandations qui, une fois mises en pratique, contribueraient grandement à permettre aux programmes de TEM de mieux atteindre leurs objectifs au Canada :

15. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient adopter des mesures pour rendre les programmes d'entretien à la méthadone plus accessibles aux personnes dépendantes des opiacés dans toutes les provinces et tous les territoires.

16. Les fonctionnaires de la santé du gouvernement et les collèges de médecins et chirurgiens devraient s'assurer qu'on offre des services complets aux personnes prenant part à des programmes de traitement à la méthadone, incluant des soins de santé primaire, des conseils, une éducation et des services de soutien.

(Voir ci-dessous la recommandation concernant l'accès au TEM dans les établissements correctionnels.)

¹⁹ Lettre datée du 7 janvier 1999 de P. Berger, D. Ph., cité dans *Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques*, ci-dessus, remarque 6, page 86.

Essais cliniques de prescription d'héroïne

Comme on l'a mentionné précédemment, la méthadone est à l'heure actuelle le seul opioïde approuvé pour le traitement à long terme des toxicomanes au Canada. Quoique le TEM présente plusieurs avantages, il est limité à certains égards. La méthadone est efficace chez les héroïnomanes mais elle n'a aucun effet dans un cas de dépendance à la cocaïne, aux amphétamines, ainsi qu'aux autres drogues non à base d'opiacés. De plus, la méthadone ne convient pas aux cas de toxicomanies multiples. Enfin, la méthadone crée une accoutumance. En réalité, les symptômes de sevrage de la méthadone sont pires et plus difficiles à gérer que ceux de l'héroïne. Ainsi, le TEM ne constitue pas une solution adéquate à plusieurs des problèmes de toxicomanie, et il est nécessaire d'examiner d'autres méthodes pour s'y attaquer.

En particulier, les membres des communautés scientifique et médicale canadiennes, ainsi que les consommateurs de drogues, ont demandé qu'on fournisse aux toxicomanes des drogues autres que la méthadone. Ils ont déclaré que le Canada est en retard sur les autres pays comme l'Angleterre, où l'on permet aux médecins de prescrire de l'héroïne, de la cocaïne, de la morphine, des amphétamines, ainsi que d'autres drogues; ou comme la Suisse où, en 1994, le gouvernement a entrepris dans plusieurs villes un essai s'échelonnant sur plusieurs années visant à offrir des drogues aux toxicomanes de longue date dans le but d'en évaluer les effets sur leur santé, leur intégration sociale et leur comportement. En 1997, l'expérience d'entretien à l'héroïne fut un succès alors que la criminalité a diminué de 60 pour cent et le chômage de 50 pour cent, sans compter qu'on a économisé des montants importants grâce à la réduction du nombre de procédures criminelles, d'emprisonnements et de traitements des maladies.²⁰

L'héroïne au banc des accusés au Canada ?

En raison des limites du TEM, plusieurs prétendent depuis les dernières années que le remplacement de l'héroïne et l'entretien à l'héroïne sont des alternatives raisonnables qui ont leur place dans une approche de santé publique globale relative à la consommation de drogues par injection au Canada.²¹ Les chercheurs canadiens et américains ont élaboré un protocole (Initiative nord-américaine relative aux médicaments opioïdes) visant à évaluer l'efficacité des ordonnances d'héroïne lorsqu'il s'agit d'attirer et de retenir les personnes résistant aux traitements conventionnels. Cette étude clinique aléatoire comprendra un groupe de contrôle recevant de la méthadone par voie orale, alors que le groupe expérimental recevra un opiacé injectable avec ou sans méthadone par voie orale. L'étude durera deux ans alors que le traitement expérimental sera d'une année. Le protocole est en attente d'approbation.²²

²⁰ Voir Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques, ci-dessus, remarque 5, page 59, avec références.

²¹ Voir, par exemple, Fischer B. Le cas du procès d'un traitement de remplacement de l'héroïne au Canada. *Revue canadienne de santé publique* 1997; 88 : 367. Consulter également le site Web de la Drug Policy Alliance (anciennement le Lindesmith Center) où l'on trouve plusieurs articles et rapports sur l'entretien à l'héroïne : www.drugpolicy.org/.

²² Pour de plus amples renseignements, voir Brissette S. La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon. *Revue canadienne VIH/sida et droit* 2001 ; 6(1/2) : 1, 92-98. Disponible à l'adresse www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/vol6nos1-22001/heroin.htm.

Questions d'éthique

La question d'éthique à savoir si on doit ou non prescrire des opiacés ou des stimulants sous contrôle aux consommateurs de drogues doit reposer sur une compréhension adéquate de la toxicomanie et du traitement efficace de cette maladie. La recherche et la pratique ont démontré que la toxicomanie est un état chronique (et non pas un comportement sociopathique qu'on gère idéalement par l'emprisonnement et non pas simplement une condition aiguë qu'on doit traiter ou guérir par détoxication) et que son traitement repose sur un programme complet de services continus, dont des services médicaux, psychologiques et sociaux.²³ Cette évaluation possède des implications éthiques en matière de travaux cliniques, de recherche et de société.

Une bonne compréhension de la toxicomanie comme un état chronique et du traitement de cet état comme un programme complexe de services continus est bénéfique pour *l'éthique sur le plan clinique*. L'amélioration de la santé et de l'intégration sociale, et non l'abstinence, devraient constituer le principal objectif du traitement. Roy ajoute :

L'éthique sur le plan clinique entourant le traitement à la méthadone ou, au besoin, faisant appel à l'héroïne ne peut, en raison de la nature chronique de cette accoutumance, être régi par un objectif qui consiste à parvenir à une abstinence totale et permanente.

Le but clinique régissant l'éthique sur le plan clinique qui consiste à prescrire de la méthadone ou de l'héroïne dans le cadre d'un programme de traitement comprenant des services médicaux et psychosociaux complets a pour but d'améliorer la santé physique et psychologique de la personne et d'aider celle-ci à s'intégrer au maximum dans la société et à y vivre de façon satisfaisante.²⁴

Roy en conclut qu'il serait cliniquement contraire aux règles d'éthique de ne pas recourir aux traitements à la méthadone et à l'héroïne pour les personnes consentantes et qui pourraient en tirer des avantages :

Il est inhumain de pas offrir ces traitements aux personnes qui en ont besoin, qui les désirent et qui peuvent en profiter. C'est le refus d'offrir ces traitements et non le fait de les offrir qu'on doit justifier sur le plan de l'éthique. On ne peut justifier ce refus aussi longtemps qu'on parvient à prouver la sécurité et l'efficacité des traitements à la méthadone et à l'héroïne.

En ce qui a trait à *l'éthique dans la recherche*, il est impératif de mener une recherche qui servirait de base solide à la prise de décisions cliniques, dont la recherche relative à la prescription d'opiacés ou de stimulants contrôlés. « La recherche fiable sur le plan méthodologique et les essais en clinique forment une partie intégrante de l'impératif fondamental en matière d'éthique à l'effet que les médecins et autres professionnels devraient *savoir* ce qu'ils font lorsqu'ils interviennent au niveau du corps, de l'esprit et de la vie des gens malades. » Ces personnes qui s'opposent à des essais cliniques fiables sur le plan de la méthodologie dans le cadre des programmes de traitement aux opiacés encouragent les gens qui ne peuvent profiter des traitements actuels à abandonner la thérapie.

²³ Roy, ci-dessus, remarque 16, à B22, avec référence à O'Brien CP, AT McLellan. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996; 347 :240; et autres.

²⁴ Ibid, à B25-B26. Toutes les citations à venir dans cette section proviennent de Roy, pages B25 à B27.

Quant à l'éthique sociale, le nombre de programmes de traitement généraux dispensés au Canada aux toxicomanes ne suffit pas et trop peu de médecins ont reçu une formation en matière de toxicomanie au Canada. Et d'ajouter Roy : « la complexité des soins ne correspond pas à la complexité de la maladie. » De telles insuffisances font ressortir les impératifs éthiques de justice sociale et d'humanité.

L'écart entre ce qu'on devrait faire et ce qu'on fait pour aider les toxicomanes ayant besoin d'un traitement nous démontre l'ampleur de l'injustice qui entache la société actuelle. Cette injustice repose sur une situation qui transpire l'incohérence morale et scientifique. On doit renverser cette situation, selon Roy, puisqu'elle « trahit l'éthique d'une société civilisée et mène à ce genre d'humanisation provoquée par la logique de l'exclusion ».

En conclusion, du point de vue de l'éthique, il peut être urgent de procéder à un essai clinique qui consiste à prescrire l'héroïne au Canada. Évidemment, une recherche fiable sur le plan de la méthodologie et des essais cliniques font partie intégrante d'un impératif fondamental en matière d'éthique à l'effet que les médecins et autres professionnels devaient *savoir* ce qu'ils font lorsqu'ils agissent au niveau du corps, de l'esprit et de la vie des personnes souffrant de toxicomanie. On peut prétendre que ces personnes qui s'opposent à des essais cliniques fiables sur le plan de la méthodologie dans le cadre des programmes de traitement aux opiacés encouragent les gens qui ne peuvent profiter des traitements actuels à abandonner la thérapie.

Recommandations

Dans son rapport de 1999, le Réseau juridique recommandait des mesures pour améliorer l'accès des toxicomanes à des options de traitement plus globales, dont :

17. À plus long terme, Santé Canada devrait élaborer des plans visant à permettre aux médecins de prescrire des opiacés et des stimulants contrôlés.

18. À court terme, on devrait autoriser, financer et débiter les essais impliquant la prescription d'héroïne au Canada.

Lieux d'injection surveillés

Une autre solution partielle qu'on a suggérée pour atténuer la crise de la consommation de drogues par injection, du VIH/sida et du VHC (ainsi que des surdoses) consiste dans la création – au départ dans le cadre d'un projet pilote – de lieux d'injection surveillés (appelés également « lieux (ou lieux) d'injection sécuritaires »).

Le Réseau juridique vient de compléter une vaste étude des questions d'ordres juridique et éthique que soulève la création de lieux d'injection sécuritaires au Canada.²⁵ Dans cette étude, on en vient à la conclusion suivante:

²⁵ Elliott R, Malkin I, Gold J. *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*. Montréal. Réseau juridique canadien du VIH/sida, 2002 (à venir).

Alors que les lieux d'injection sécuritaires ne représentent qu'un élément d'une stratégie globale de réduction des préjudices, le Canada ne peut se croiser les bras et refuser d'implanter des mesures raisonnables qui se sont révélées efficaces dans les autres pays alors que le VIH, l'hépatite C et d'autres maladies qu'on peut prévenir continuent d'assaillir les consommateurs de drogues. Les responsables des politiques au sein du gouvernement ont l'obligation juridique et morale au moins de permettre et d'appuyer la mise à l'essai des lieux d'injection sécuritaires qui sont des mesures permises en vertu des traités de lutte anti-drogue, de favoriser nos obligations en matière de droits de la personne et, de par leur logique, il doivent faire preuve de compassion et d'une décence élémentaire.²⁶

Que sont ces lieux d'injection sécuritaires ?

Les lieux d'injection sécuritaires sont des endroits où les consommateurs de drogues peuvent s'injecter au moyen d'un équipement propre sous la surveillance d'un personnel ayant reçu une formation médicale. On ne fournit pas les drogues à cet endroit, puisque ce sont les consommateurs qui les apportent. Le personnel professionnel ne facilite aucunement l'administration des drogues, mais il aide les consommateurs à éviter les conséquences d'une surdose, les maladies sanguines ou autres effets néfastes sur la santé (tels des abcès) qui peuvent autrement résulter de l'utilisation d'un équipement impropre et de pratiques d'injection non sécuritaires.

Les lieux d'injection sécuritaires permettent également d'orienter les consommateurs de drogues vers les programmes de traitement et de réhabilitation, sans compter qu'ils peuvent servir d'unité de soins primaires. On retrouve dans ces installations un équipement stérilisé gratuit, dont des seringues, de l'alcool, des tampons secs, de l'eau, des cuillères et des réchauds, ainsi que des tourniquets. Ces installations ont pour but de réduire les cas d'injection non sécuritaire de drogues et d'éviter les conséquences négatives qui résultent trop souvent des pratiques d'injection imprudentes. Il ne s'agit pas de « piqueries », qui ne sont pas légalement ou officiellement sanctionnées et qui sont souvent dangereuses puisqu'on n'y retrouve pas des conditions hygiéniques, un équipement d'injection stérile, une surveillance et un accès immédiat à des soins de santé ou un lien avec d'autres services de santé et de soutien.²⁷

Les lieux d'injection sécuritaires peuvent réussir de trois façons à améliorer la santé publique : (1) en empêchant les surdoses fatales, (2) en empêchant la propagation des maladies transmissibles par le sang²⁸ et d'autres blessures causées par une injection non sécuritaire, et (3) en favorisant l'éducation, le traitement et la réhabilitation. Les personnes qui s'opposent à ces lieux d'injection sécuritaires prétendent qu'il existe peu de preuves dans les juridictions où l'on a implanté de telles installations à l'effet qu'elles sont favorables : essentiellement, ils prétendent que ces lieux sont inefficaces ou même néfastes.

²⁶ Ibid, à iii.

²⁷ Cette description provient du Drugs and Crime Prevention Committee (DCPC), Parlement de Victoria, « Safe Injecting Facilities – Their Justification and Viability in the Victorian Setting », Occasional Paper no. 2 (1999), page 1-2 (disponible à l'adresse www.parliament.vic.gov.au/dcpc).

²⁸ Ibid, page 12-13.

Cependant, les preuves nous démontrent le contraire. On détient la « preuve de l'expérience européenne à l'effet... que ces lieux réduisent les risques pour la santé et les risques pour la communauté d'une mauvaise utilisation des substances. »²⁹ En fait, on n'a fait état d'aucune surdose mortelle dans ces installations en Europe et le nombre de décès par overdose dans les communautés où l'on retrouve de telles installations a diminué.³⁰ Une des principales raisons favorisant l'introduction de ces installations repose dans le fait élémentaire mais quand même important que le personnel formé est en mesure d'empêcher les surdoses.³¹

Le débat

Certains croient qu'en procédant à la mise sur pied de lieux d'injection sécuritaires, on envoie le « mauvais message » à la communauté, soit que la consommation de drogues par injection est acceptable et qu'elle bénéficie d'un soutien des autorités. On prétend que cela contribuera à accroître la consommation.³² Cet argument n'est appuyé par aucune preuve, et dans tous les cas, il repose sur la prémisse selon laquelle une approche d'abstinence a permis d'éliminer (ou de limiter) la consommation de drogues et qu'un relâchement de la prohibition – d'une façon ou d'une autre – donnerait des résultats inacceptables telle une consommation encore plus étendue.³³

En fait, l'augmentation de la consommation de drogues que l'on craint est « sans fondement et contraire à la preuve » - on a prouvé dans les villes où l'on retrouve des lieux d'injection sécuritaires que le nombre de consommateurs de drogues a diminué.³⁴

Une autre inquiétude consiste dans ce que l'introduction de lieux d'injection sécuritaires viendrait accroître la concentration de toxicomanes dans la région, nuisant ainsi à la qualité de vie dans le voisinage. Pour implanter avec succès de tels lieux d'injection sécuritaires, les communautés et les entreprises locales doivent être convaincues que leur présence peut vraiment améliorer la qualité de vie dans la région : en détournant au moins une partie de la consommation vers des lieux légitimes, on réduirait plusieurs des nuisances découlant de la consommation de drogues par injection dans les rues.

²⁹ MacPherson D. *A Framework for Action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver* (révisé). 24 avril 2001.

³⁰ Si on se base sur l'expérience dans les autres juridictions, on a laissé croire que les installations d'injection surveillées pourraient empêcher les décès par surdose à tous les cinq jours : NSW Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms. *Report on the Establishment of or Trial of Safe Injecting Rooms* (1998), page 79; DCPC, remarque 27 ci-dessus, page 6. Voir également K. Dolan et al. *Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. Drug and Alcohol Review* 2001; 19 : 337-346; T. Kerr. *Safe Injection Facilities : Proposal for a Vancouver Pilot Project*. Prepared for the Harm Reduction Action Society. Vancouver, 2000, page 22. Kerr réexamine les données de l'Allemagne et la Suisse qui font état de « réductions substantielles dans le nombre de décès par surdose suivant la mise sur pied d'installations d'injection sécuritaires ».

³¹ L'Hon. juge Wood. Royal Commission into the New South Wales Police Service, Final Report. Sydney : Government of the State of New South Wales, mai 1997.

³² Drugs and Crime Prevention Committee (DCPC), Parliament of Victoria. *Safe Injecting Facilities – Their Justification and Viability in the Victorian Setting*. Occasional Paper No. 2 (1999), page 9.

³³ Présentation à la ville de Port Philip [Australie], Report to the Drug Policy Expert Committee on Community Consultation Regarding the Provision of Injecting Facilities within the City of Port Philip (2000), page 17.

³⁴ Kerr, remarque 30 ci-dessus, page 4. Voir également Royal Australasian College of Physicians, *From Hope to Science : Illicit Drugs Policy in Australia* (2000), page 13.

On s'attend à ce que les lieux d'injection sécuritaires réduisent les problèmes de nuisance et de visibilité tels le crime, la violence, le vagabondage, le commerce de la drogue et les dommages à la propriété, et on se débarrasserait de façon sécuritaire de plusieurs aiguilles plutôt que de les jeter dans la rue. Les études européennes vont dans ce sens, alors que la police de Frankfurt fait état d'une baisse dans le vol à la tire, les infractions dans les automobiles, ainsi que le trafic d'héroïne et les offenses connexes après avoir mis sur pied des lieux d'injection, et on a remarqué dans les villes suisses que ces lieux ont permis de réduire le nombre de seringues jetées.³⁵ Il est probable que le public en général en vienne éventuellement à apprécier et reconnaître les avantages de la mise sur pied de lieux d'injection sécuritaires lorsqu'on compare à leurs expériences actuelles. Comme l'a déclaré Clover Moore, un membre de l'assemblée législative des Nouvelle-Galles du Sud, « mes électeurs sont découragés lorsqu'ils constatent le niveau croissant de délinquance urbaine en rapport avec les drogues, le commerce, les surdoses et la présence de seringues contaminées dans les rues, à la sortie de leur maison et sur les terrains de jeux de leurs enfants. »³⁶ Les lieux d'injection sécuritaires peuvent permettre d'atténuer ces problèmes.

Tirer profit de l'expérience des autres pays

On peut mettre sur pied des lieux d'injection. On l'a prouvé par la mise en application réussie de stratégies de réduction pragmatiques, pratiques et efficaces des préjudices dans une ville d'Australie, ainsi que dans plusieurs villes d'Allemagne et de Hollande.³⁷ Comme le précisent Dolan et al, on a instauré ces lieux dans les endroits publics où les toxicomanes sévissaient en grand nombre avec toutes les conséquences néfastes normalement associées à ce phénomène, telle la détérioration des conditions de santé et un accroissement de la nuisance publique.³⁸ On semble maintenant accepter les lieux d'injection sécuritaires sur ces territoires, malgré qu'on s'y opposait quelque peu au départ.

La question juridique

Dans son étude, le Réseau juridique s'est également attardé sur les aspects pertinents du droit canadien et international. Il en a déduit que le droit international exige qu'on fasse le procès des lieux d'injection sécuritaires dans le cadre de l'obligation juridique qui consiste à offrir aux Canadiens le niveau de santé le meilleur possible. De plus, en vertu des conventions internationales relatives aux drogues, la mise à l'essai de lieux d'injection sécuritaires n'est pas impossible. En fait, on permet expressément l'expérimentation scientifique et médicale dans ces traités relatifs aux drogues.

Quant à la question juridique au pays, on trouve dans l'étude du Réseau un examen général des responsabilités criminelles et civiles en vertu du droit canadien touchant l'exploitation de lieux d'injection sécuritaires. On conclut que la question de la responsabilité à ces deux niveaux, souvent exagérée, ne constitue pas un obstacle insurmontable à la mise sur pied de tels lieux. On aborde ensuite dans ce chapitre certaines questions d'importance qu'on devrait examiner dans un cadre de

³⁵ Kerr, remarque 30 ci-dessus, page 35-36; R. Haemming, Speech on Swiss Experiences with Heroin Dispersion, Fixer Rooms and Harm Reduction in Prison. Conference Overlasterverlichting. Trimbo Institute, 21 novembre 1996, cité par DCPC, ci-dessus, remarque 27.

³⁶ C. Moore, Transcription des débats, Sommet sur la drogue de 1999 aux NGS, le 18 mai 1999 (disponible à l'adresse <http://drugsummit.socialchange.net.au>).

³⁷ Kerr, remarque 30 ci-dessus, pages 68-74.

³⁸ Dolan et al, remarque 30 ci-dessus (disponible à l'adresse www.lindesmith.org/library/pdf_files/harm_reduction_digest_injecting_centres.pdf).

réglementation régissant les lieux d'injection sécuritaires tel qu'élaboré par le gouvernement fédéral.

Recommandations

Le rapport du Réseau sur les lieux d'injection sécuritaires renferme six recommandations de mesures immédiates par le (s) gouvernement (s) au Canada en rapport avec de tels lieux :

19. Le gouvernement fédéral devrait mettre à jour la Stratégie canadienne antidrogues afin de soutenir expressément la mise sur pied de lieux d'injection sécuritaires en tant que mesures de réduction des préjudices qui constituent un élément important de la politique globale en réponse aux préjudices découlant de la consommation de drogues par injection.

20. Le gouvernement fédéral devrait élaborer un cadre de réglementation en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS) afin d'encadrer les lieux d'injection sécuritaires qui permettraient d'éliminer les risques de responsabilité criminelle pour le personnel et les clients, ainsi que les risques de responsabilité civile relatifs à l'exploitation de tels lieux.

21. On devrait aborder dans le cadre de réglementation de telles questions, ainsi que les conditions d'accès à ces lieux, les activités et les services qu'on y permet, ainsi que les normes administratives minimales visant à assurer l'exploitation sûre et efficace de ces installations. Le cadre de réglementation élaboré en vertu de la LRDS permettrait tout particulièrement d'exempter les lieux approuvés de la loi :

- ***ne pas restreindre l'accès aux lieux d'injection sécuritaires exclusivement aux adultes, mais en permettre l'utilisation par les jeunes toxicomanes;***
- ***ne pas refuser l'accès aux femmes enceintes;***
- ***ne pas refuser l'accès aux toxicomanes accompagnés par des enfants;***
- ***ne pas refuser automatiquement l'accès aux toxicomanes pour la seule raison qu'ils sont intoxiqués;***
- ***défendre l'échange d'équipement d'injection entre les clients des lieux d'injection sécuritaires;***
- ***défendre l'échange ou la vente de drogues sur place;***
- ***permettre aux clients de s'injecter soi-même et défendre au personnel de les aider à s'injecter;***
- ***exiger qu'on respecte les mesures de sécurité lors de l'implantation physique des lieux d'injection sécuritaires et que le personnel de sécurité soit sur place durant toute la période d'ouverture; et***
- ***exiger que certains employés soient des infirmières ou des médecins compétents et que tout le personnel ait reçu une formation en matière de premiers soins afin d'être en mesure de réagir en cas de surdose, de gestion de crise, sans compter qu'ils devraient connaître toutes les politiques et méthodes du site relatives aux questions telles la***

sécurité, la confidentialité de l'information sur les clients, le renvoi vers d'autres services, etc.

22. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en place, le ministre fédéral de la Santé devrait accorder aux lieux d'injection sécuritaires (et aux programmes d'échange d'aiguilles), ainsi qu'à leur personnel et leurs clients des exemptions ministérielles relatives à l'application des dispositions de la LRDS qui considèrent comme une infraction la possession d'une substance réglementée, de façon à ce qu'on puisse procéder à une mise à l'essai de telles installations.

23. Santé Canada devrait financer l'exploitation et l'évaluation d'une recherche scientifique en plusieurs endroits de lieux d'injection sécuritaires, incluant des études de recherche visant à évaluer l'impact des lieux d'injection sécuritaires sur la santé et le bien-être des toxicomanes, sur la santé publique en général, ainsi que sur les communautés concernées.

24. Les fonctionnaires fédéraux, provinciaux/territoriaux et municipaux jouissant de responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'application des lois devraient joindre leurs efforts pour assurer la mise à l'essai dès que possible de lieux d'injection sécuritaires.

La recommandation relative à l'introduction de lieux d'injection sécuritaires ne devrait pas être interprétée comme la reconnaissance de la consommation de drogues en tant que phénomène souhaitable. Il s'agit plutôt d'une politique limitée, autonome et responsable de réduction des préjudices qui permet de répondre de façon réaliste aux risques et aux dangers immédiats pour la santé qu'on pourrait, du moins dans certains cas, minimiser.

De plusieurs façons, il semble bizarre qu'on soit allé si loin pour mettre sur pied des programmes d'échange d'aiguilles et qu'on ait cessé d'offrir cette stratégie additionnelle et possiblement efficace de réduction des préjudices. On fait état de la « nature anormale » de cette situation dans le Rapport Wood en Australie, qu'on a rédigé avant la mise à l'essai d'un site d'injection en Nouvelle-Galles du Sud :

À l'heure actuelle, dans le cadre les programmes bénéficiant de fonds publics, on offre des seringues et des aiguilles aux consommateurs de drogues par injection en comprenant clairement qu'on devra administrer les drogues prohibées. *Dans ces circonstances, il est quelque peu prévoyant de refuser d'offrir des lieux sanitaires où les personnes peuvent s'injecter en toute sécurité.*³⁹

M. Van Beek, directeur médical des installations en Nouvelle-Galles du Sud déclare :

Dans un sens, ce que nous faisons (pour l'instant) est passablement immoral, puisque nous remettons aux toxicomanes des aiguilles pour qu'ils s'injectent,

³⁹ L'Hon. Juge Wood, remarque 31 ci-dessus, page 222 (c'est nous qui soulignons) : les avantages pour la santé dépassent les considérations d'ordre politique (ie, en condamnant censément un comportement qui est autrement illégal); par conséquent, la Commission favorise l'implantation de lieux d'injection surveillés.

ensuite ils partent et le font... Il est certain qu'ils ne mourront pas du sida dans l'avenir, mais ils pourraient mourir d'une surdose, ici, à l'instant même. On devrait certainement tenter d'en sauver quelques-uns.⁴⁰

Il y a un certain temps, la mise sur pied d'un programme d'échange d'aiguilles nécessitait un changement d'attitude variant de l'abstention à la minimisation des préjudices. Ce changement est survenu du moins dans la mesure où les échanges d'aiguilles font partie de la réalité. Les lieux d'injection sécuritaires pourraient venir s'ajouter bien confortablement à tout ce qui existe déjà – les échanges d'aiguilles – comme une autre façon de réagir à un problème spécifique, autonome et bien ciblé: il ne s'agit que d'une stratégie plus importante visant à lutter contre les effets néfastes de la consommation de drogues par injection. Les différences entre ces mesures ne sont pas assez significatives ou importantes pour qu'on se refuse à donner une chance à cette initiative lorsque les effets positifs ultimes sur la santé publique seront probablement substantielles. Dans le but d'éviter une maladie grave ou la mort, nous, en tant que communauté, devrions reconnaître le caractère inévitable de la toxicomanie et tenter d'atténuer les effets négatifs sur les individus et la communauté, ce qui signifie que nous devrions chercher à tolérer (sans encourager) un comportement qui est autrement illicite. Il s'agit là du message qu'on désire communiquer en mettant à l'essai des lieux d'injection sécuritaires.

Organismes de correction

Tel qu'énoncé dans le mandat du Comité :

On connaît l'importance du taux de consommation de drogues par injection chez les personnes incarcérées. Existe-t-il des programmes de prévention et de traitement qu'on pourrait mieux adapter aux organismes de correction ? Innove-t-on dans les autres juridictions qui ont connu un succès dans l'environnement carcéral ?

Comme on l'a mentionné précédemment, le VIH/sida, le VHC et la consommation de drogues par injection constituent des problèmes graves chez les prisonniers. On estime que la prévalence du VIH chez les détenus varie d'un à quatre pour cent chez les hommes et d'un à dix pour cent chez les femmes, et dans les deux groupes, l'infection présente une étroite relation avec des antécédents de consommation de drogues par injection. Une fois en prison, plusieurs continuent de s'injecter. Par exemple :

- Dans une prison fédérale de la Colombie-Britannique, 67 pour cent des détenus répondant à un sondage ont déclaré avoir consommé des drogues par injection en prison ou à l'extérieur, alors que 17 pour cent mentionnaient en avoir consommé en prison seulement.
- Dans un sondage mené en 1995 auprès des détenus par Services correctionnels Canada, 11 pour cent des 4285 détenus fédéraux ont reconnu s'être injecté depuis leur admission dans leur institution actuelle.⁴¹

⁴⁰ Cité dans Caroline Overington. Chasing an Answer. *The Age* (Melbourne), le 21 mars 2001, page 15.

⁴¹ Voir le VIH/sida et prisons : rapport final. Montréal : Réseau juridique canadien sur le VIH/sida, 1996 (disponible à l'adresse <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>), avec plusieurs références.

Au Canada, les questions relatives à la consommation de drogues par injection, ainsi qu'au VIH/sida et au VHC ont été étudiées en détail par le Comité d'experts sur le sida dans les prisons qui a publié *VIH/sida et prisons : rapport final du comité d'experts sur le sida et les prisons* en 1994; et par le Réseau juridique qui a publié un rapport de suivi en 1996.⁴² On recommandait dans les deux rapports, entre autres, un accès accru aux TEM et à des programmes pilotes d'échange d'aiguilles. On insistait dans les deux cas sur le besoin de réduire le nombre de toxicomanes incarcérés. Ces recommandations sont conformes aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé⁴³ et au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.⁴⁴ Il est urgent de les mettre en application.

Le traitement d'entretien à la méthadone dans les prisons

À quoi sert ce traitement ?

Plusieurs ont recommandé l'introduction ou l'élargissement du TEM dans les prisons dans le cadre de la stratégie de prévention du sida dans le but d'offrir aux toxicomanes une option de plus pour mettre fin à l'utilisation et l'échange d'aiguilles. *Le but principal du TEM consiste à empêcher les gens de s'injecter et non de consommer des drogues.* Une réduction de la dose de méthadone – dans le but ultime d'aider les clients à mettre fin à leur consommation – est un objectif à long terme.

Les programmes communautaires de TEM ont connu une popularité croissante au cours des dernières années. Comme on le mentionnait précédemment, les données confirment unanimement leur efficacité lorsque vient le temps de réduire l'injection à haut risque et la probabilité de contracter le VIH. On a également prouvé que le TEM est le traitement le plus efficace disponible pour les héroïnomanes lorsqu'il s'agit de réduire la mortalité, la consommation d'héroïne et la criminalité. De plus, le TEM attire et retient plus d'héroïnomanes que toute autre forme de traitement. Enfin, on a prouvé que les gens suivant le TEM et qu'on oblige à cesser de prendre de la méthadone lorsqu'ils sont incarcérés « reprennent souvent la consommation de stupéfiants, souvent à l'intérieur même du système carcéral, et souvent par voie d'injection. » Par conséquent, on n'hésite pas à recommander que les prisonniers qui étaient sur la méthadone à l'extérieur de la prison puissent continuer d'en bénéficier à l'intérieur des murs.⁴⁵

De plus, l'apparition du VIH/sida a fait en sorte que les arguments justifiant qu'on offre le TEM aux personnes qui ne suivaient pas un tel traitement à l'extérieur sont convaincants : les prisonniers consommateurs de drogues par injection sont susceptibles de continuer de s'injecter en prison et plus encore d'échanger les articles d'injection, augmentant ainsi le risque de transmission du VIH. Tout comme dans la communauté, le TEM, si offert aux prisonniers, permet de réduire la fréquence d'injection et l'échange des seringues dans les prisons.

⁴² Ibid.

⁴³ Organisation mondiale de la santé. Directives de l'OMH sur l'infection au VIH et le sida dans les prisons. Genève : OMH, 1993 (OMS/GPA/DIR/93.3). Disponible à l'adresse <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>.

⁴⁴ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Les prisons et le sida : Mise à jour technique d'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA, 1997; et Les prisons et le sida : Point de vue d'ONUSIDA, Genève : ONUSIDA, 1997. Disponible à l'adresse www.unaids.org.

⁴⁵ VIH/sida et prisons : rapport final, remarque 41 ci-dessus, pages 67-73, avec plusieurs références.

Où offre-t-on un tel traitement ?

Partout, un nombre de plus en plus élevé de prisons offrent le TEM à leurs détenus.

Au Canada, on prescrivait rarement la méthadone aux détenus jusqu'à tout récemment. Cependant, cela est en train de changer, partiellement en raison des recommandations qui incitent les systèmes carcéraux à offrir le TEM, partiellement en raison des poursuites. Mentionnons un cas qui s'est produit en Colombie Britannique où une femme séropositive a poursuivi le système carcéral provincial pour ne pas lui avoir offert de méthadone. On avait refusé à la femme de poursuivre son traitement en prison. Elle a prétendu qu'en raison des circonstances dans lesquelles elle s'était retrouvée, sa détention était illégale. En réaction, le système carcéral a fait en sorte qu'un médecin vienne examiner la femme et celui-ci lui a prescrit de la méthadone. Par la suite, la dame a retiré sa demande. Dans un autre cas, un homme présentant depuis longtemps un grave problème d'héroïne s'est vu imposer une sentence de deux ans moins un jour en prison – donc, une sentence purgée au Québec – puisque la prison avait accepté de lui offrir un traitement à la méthadone. La défense a prétendu qu'on se devait de s'attaquer à la raison fondamentale pour laquelle celui-ci commettait des crimes, en l'occurrence son accoutumance à l'héroïne, et qu'un traitement à la méthadone était essentiel pour surmonter ce problème.

En septembre 1996, la Direction des affaires correctionnelles de la Colombie Britannique adopta une politique de maintien du traitement à la méthadone pour les adultes incarcérés qui subissaient déjà le TEM dans la communauté, ce qui en fit le premier système correctionnel au Canada à rendre le TEM uniforme. Le 1 décembre 1997, le système carcéral fédéral emboîta le pas. Aujourd'hui, dans le système fédéral et dans de nombreux systèmes provinciaux – mais pas tous – les détenus qui suivaient déjà le TEM à l'extérieur peuvent continuer de bénéficier du traitement en prison. Cependant, seulement dans le système provincial de la Colombie-Britannique et, dans certains « cas exceptionnels » dans le système fédéral, les détenus peuvent avoir accès au TEM même s'ils ne suivaient pas un tel traitement à l'extérieur. En 2001, on était sensé accroître l'accès initial au TEM dans le système fédéral. Cependant, une demande du Conseil du Trésor demandant un financement dans le but d'étendre le programme a échoué.

Existe-t-il des alternatives ?

Certains systèmes carcéraux demeurent réticents à offrir le TEM ou à l'étendre à ces détenus qui n'en profitaient pas avant leur incarcération. Certains voient la méthadone comme rien de plus qu'un autre médicament psychotrope dont l'absorption ralentit la croissance personnelle nécessaire pour adopter un mode de vie n'étant plus centré sur la drogue. Certains s'objectent également au TEM pour des raisons d'éthique en prétendant qu'il ne fait que remplacer une accoutumance par une autre. Si des méthodes alternatives efficaces et fiables existaient pour parvenir à une abstinence durable, il s'agirait là d'une piètre réalisation. Cependant, comme l'ont expliqué Dolan et Wodak, une telle alternative n'existe pas :

La majorité des patients héroïnomanes retombent dans l'héroïne après leur désintoxication et peu sont attirés par et suivent un traitement visant à les libérer de la drogue suffisamment longtemps pour devenir abstinentes. Tout traitement [tel le TEM] dans lequel demeurent la moitié de ceux qui l'entreprennent, qui réduit de façon substantielle leur consommation illicite d'opioïdes et leur implication dans des activités criminelles et qui améliore leur

santé et leur bien-être fait bien plus que « simplement » remplacer une accoutumance par une autre.⁴⁶

Autres options de traitement

Il est également utile d'offrir d'autres options de traitement pour aider à briser la dépendance aux drogues. Il est crucial d'offrir le TEM et d'autres options de traitement, parce qu'on respecte ainsi les droits des prisonniers à bénéficier des soins et de l'attention auxquels ils auraient accès à l'extérieur, plutôt que de simplement leur refuser de s'injecter à l'intérieur des murs.

Recommandation

25. Les systèmes carcéraux devraient s'assurer que les prisonniers qui suivaient un programme d'entretien à la méthadone avant leur incarcération puissent poursuivre leur traitement une fois incarcérés, et que ceux-ci puissent entreprendre un tel traitement en prison s'ils y étaient admissibles à l'extérieur.

De plus, les prisonniers dépendants des opiacés devraient avoir accès à d'autres options de traitement, incluant les programmes de désintoxication à la méthadone avec des ordonnances basées sur la réduction, qu'on devrait offrir de façon routinière à tous les prisonniers dépendants des opiacés au moment de leur admission.

Programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons

Surtout en raison de l'efficacité douteuse de l'eau de Javel lorsqu'il s'agit de détruire le VIH et autres virus,⁴⁷ on a grandement recommandé l'accès pour les détenus à des aiguilles stériles. Dans son rapport de 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) a fait remarqué que la rareté de l'équipement d'injection dans les prisons garantit pratiquement que les détenus qui persistent à s'injecter des drogues s'échangeront l'équipement :

Certains consommateurs de drogues par injection ont reconnu que la seule fois où ils ont échangé des aiguilles fut durant leur incarcération et qu'ils ne l'auraient pas fait autrement. L'accès à des articles d'injection propres garantirait que les détenus n'auraient pas à échanger leur équipement.⁴⁸

Le Comité est venu à la conclusion qu'il serait « inévitable » de distribuer l'équipement d'injection dans les prisons.⁴⁹

⁴⁶ K. Dolan, A. Wodak. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*. 1996; 4(1) : 85-97.

⁴⁷ US Department of Health & Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Prevention Bulletin*, 19 avril 1993.

⁴⁸ Comité d'experts sur le sida dans les prisons. *VIH/sida et prisons : rapport final du comité d'experts sur le sida et les prisons*. Ottawa : Ministre des approvisionnements et services Canada, 1994. Page 77.

⁴⁹ Id.

Évolution à l'échelle internationale

Au cours des 10 dernières années, on a instauré des programmes d'échange ou de distribution d'aiguilles dans un nombre grandissant de prisons.⁵⁰

En Suisse, la distribution d'articles d'injection stériles est en vigueur dans certaines prisons depuis le début des années 1990. Les détenus ont eu accès pour la première fois à ces articles en 1992, à la prison pour hommes d'Oberschöngrün. M. Probst, un médecin à temps partiel travaillant à cet endroit, s'était vu confronté au dilemme déontologique alors que 15 des 70 détenus s'injectaient régulièrement des drogues sans mesures préventives adéquates. Probst entrepris alors de distribuer des articles d'injection stériles sans informer le gardien. Lorsque ce dernier s'en rendit compte, plutôt que de congédier Probst, il prêta l'oreille à ses arguments et demanda l'approbation de sanctionner la distribution des aiguilles et des seringues. Dix années plus tard, la distribution se poursuit, elle n'a jamais entraîné de conséquences négatives et elle bénéficie du soutien des prisonniers, du personnel et de l'administration carcérale. Le scepticisme dont le personnel faisait preuve au départ a fait place à leur soutien inconditionnel.

Le personnel a réalisé qu'on distribue des articles d'injection stériles dans leur propre intérêt. Ils se sentent maintenant plus en sécurité qu'avant la distribution. Il y a trois ans, ils craignaient constamment de se piquer avec une aiguille cachée lorsqu'ils procédaient aux fouilles dans les cellules. Maintenant, les détenus peuvent garder des aiguilles, mais exclusivement dans un verre dans leur pharmacie au-dessus de l'évier. Aucun employé n'a subi de blessures causées par les aiguilles depuis 1993.⁵¹

En juin 1994, une autre prison suisse – l'institution Hindelbank pour femmes – a mis sur pied un programme pilote de prévention du sida d'une durée d'un an incluant la distribution d'aiguilles. Des experts externes ont évalué le programme de Hindelbank et l'ont considéré comme étant très positif : l'état de santé des détenues s'est amélioré; on n'a relaté aucun nouveau cas d'infection au VIH ou à l'hépatite; on a observé une baisse significative de la consommation de drogues; on n'a jamais utilisé les aiguilles pour se défendre; et seulement environ 20 pour cent du personnel contestait l'installation de distributrices d'aiguilles.⁵² Suivant la première évaluation, on a pris la décision de maintenir le programme en vigueur.

Depuis ce temps, d'autres prisons suisses ont implanté leurs propres programmes.

⁵⁰ H. Stöver. Étude sur l'aide aux toxicomanes dans les prisons. Lisbonne. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2001 (OEDT/2001). L'étude la plus récente sur les programmes d'échange d'aiguilles dans les prisons. Pour obtenir un exemplaire : info@emcdda.org.

⁵¹ VIH/sida et prisons : rapport final, remarque 41 ci-dessus, page 59.

⁵² J. Nelles, A. Fuhrer. Les drogues et la prévention du VIH au pénitencier de Hindelbank. *Rapport abrégé des résultats d'évaluation du projet pilote*. Berne : Bureau fédéral suisse de la santé publique, 1995 (première évaluation jamais effectuée d'un programme de distribution d'aiguilles; disponible en anglais, français ou allemand. Exemplaires : Bureau fédéral suisse de la santé publique, 3001 Berne, Suisse). Voir également Nelles et al. *Drug, HIV, and hepatitis prevention in the Realta Cantonal Men's prison : summary of the evaluation*. Berne : Bureau fédéral suisse de la santé publique, 1999 (évaluation d'un autre programme de distribution d'aiguilles).

En Allemagne, on a donné le feu vert à l'élaboration et la mise en application des deux premiers programmes pilotes en 1995, après que le premier projet pilote ait vu le jour le 15 avril 1996. À la fin de 2000, on avait implanté avec succès des programmes d'échange d'aiguilles dans sept prisons, et d'autres menaient des pourparlers afin d'adopter de tels programmes. En Espagne, le premier projet pilote a débuté en août 1997. On retrouvera bientôt de tels programmes dans toutes les prisons. Enfin, en Australie, une étude a permis de conclure que l'échange d'aiguilles et de seringues est réalisable.

Évolution au Canada

Aucun système carcéral canadien n'a encore mis sur pied un projet pilote de distribution d'aiguilles. Cependant, quelques systèmes, dont le système des prisons fédérales, se penchent présentement sur la question. Les gens s'opposant à la distribution d'aiguilles ont prétendu que ce serait comme si on fermait les yeux sur la consommation de drogues. En réalité, cependant, il ne s'agit pas d'un endossement de la consommation des drogues illicites par les détenus. Il s'agit plutôt d'une mesure pratique en matière de santé publique par laquelle on reconnaît que la consommation de drogues par injection dans les prisons est une réalité, peu importe les efforts que l'on dévoue pour l'enrayer. Le refus d'entreprendre des études pilotes de distribution d'aiguilles, sachant qu'on transmet le VIH et d'autres infections dans les prisons, pourrait être considéré comme si on fermait les yeux sur la propagation des infections chez les détenus et le public en général.

Quelle leçon pouvons-nous en tirer ?

1. L'expérience dans les prisons où l'on a procédé à la distribution d'aiguilles démontre qu'on peut le faire de façon à ne pas menacer le personnel et il semble même que sa sécurité s'en trouve accrue.
2. Il existe divers modèles de distribution des articles d'injection stériles. Jusqu'à présent, chaque institution a choisi son propre modèle. Ce qu'on peut et ce qu'on devrait faire dans une institution en particulier dépend de plusieurs facteurs : la taille de l'institution, l'étendue de la consommation de drogues par injection, le niveau de sécurité, le type de prison, i.e. pour hommes ou pour femmes, l'implication du personnel de soins de santé, et la « stabilité » des relations entre le personnel et les détenus.
3. Une bonne façon pour un système carcéral de mettre sur pied un programme de distribution d'aiguilles et de contrer les objections consiste à considérer celui-ci comme une expérience et à l'évaluer après la première année de fonctionnement.

Recommandation

26. Les articles d'injection stériles doivent être accessibles dans les prisons. Dans les systèmes carcéraux où l'on n'a pas encore débuté la distribution, la sélection des prisons où on peut entreprendre des projets pilotes devrait commencer immédiatement.

Réagir à la consommation des drogues

De façon générale, les systèmes carcéraux fédéraux et provinciaux doivent adopter une approche plus pragmatique à la consommation des drogues en reconnaissant que l'idée d'une prison exempte de drogues est aussi peu réaliste que celle d'une société

dépourvue de toute drogue et que, en raison du VIH/sida et du VHC, on ne peut continuer d'orienter les efforts vers une réduction de la consommation comme étant l'objectif premier de la politique antidrogues.

Il est important de réduire la consommation de drogues, mais il est encore plus important de réduire la propagation du VIH et des autres infections – en particulier le VHC : à moins que les systèmes carcéraux ne prennent des mesures drastiques pour réduire la propagation des infections, on parviendra peut-être à réduire légèrement la consommation des drogues dans les prisons, mais un plus grand nombre de prisonniers seront aux prises avec le VIH/sida et/ou le VHC et d'autres infections. On doit à tout le moins coordonner leurs efforts dans les domaines du VIH/sida et de la consommation de drogues pour s'assurer que les programmes qu'ils entreprennent dans le but de réduire la consommation ne se traduisent pas par une augmentation des préjudices.

Des inquiétudes particulières entourent les programmes d'analyse d'urine dont des experts externes devraient examiner l'impact sur la consommation de drogues et sur les efforts de prévention, mais également leur rentabilité. On devrait à tout le moins mettre fin aux tests de dépistage des produits du cannabis. On parviendrait ainsi à réduire substantiellement les coûts des programmes d'analyse d'urine en s'assurant que les détenus craignant la détection ne passeraient pas des produits relativement inoffensifs à base de cannabis vers d'autres drogues plus néfastes administrées par injection. On utilise déjà cette approche, par exemple, dans les prisons de Suisse et d'Allemagne. À ce sujet, un gardien d'une des prisons a commenté :

Il n'y a aucun doute dans mon esprit qu'on ferait une erreur de procéder à des tests de dépistage de la marijuana. Les tests sont très dispendieux et les détenus pourraient consommer des drogues plus dangereuses et moins faciles à détecter. Et ensuite, pour être honnête, la consommation de marijuana ne dérange pas vraiment le personnel. Ils peuvent s'y faire, puisqu'elle ne cause aucun problème. On se doit d'être pratique et de se concentrer sur le sida qui constitue le principal problème.⁵³

Recommandation

27. Les systèmes carcéraux fédéraux et provinciaux doivent adopter une approche plus pragmatique de la consommation de drogues en reconnaissant que, en raison du VIH/sida et du VHC, ils ne peuvent se permettre de prioriser la réduction de la consommation de drogues comme étant le principal objectif de leur politique antidrogues : la réduction de la consommation de drogues est un but important, mais il est encore plus important de réduire la propagation du VIH et des autres infections – en particulier le VHC.

À tout le moins, ils doivent coordonner leurs efforts dans les domaines du VIH/sida et de la consommation de drogues; permettre l'évaluation de l'enseignement, des traitements et, le cas échéant, des programmes de test d'urine actuels par des experts externes; et offrir davantage d'options de traitement aux détenus, incluant des prisons ou des ailes dépourvues de drogues.

⁵³ Communication personnelle avec M. Fäh, gardien au pénitencier d'Oberschöngrün, le 1 mars 1996.

Politique antidrogues

Enfin, plusieurs des problèmes soulevés par le VIH/sida dans les prisons résultent de la politique antidrogues du Canada qui, plutôt que de fournir aux toxicomanes les traitements, les soins et le soutien dont ils ont si besoin, criminalisent leur comportement et les emprisonne en grand nombre.

Les coûts monétaires et humains de cette politique sont énormes et les systèmes carcéraux sont aux prises avec un problème dont la société ne s'occupe pas et ils sont bien moins équipés pour le combattre. Comme l'a déclaré l'Organisation mondiale de la santé, « les gouvernements peuvent... souhaiter revoir leurs politiques d'admission dans les prisons, en particulier en ce qui concerne les toxicomanes, à la lumière de l'épidémie du sida et de son impact sur les prisons. »⁵⁴ En effet, comme l'a souligné le Comité d'experts sur le sida et les prisons, la priorité immédiate consiste à réduire le nombre de toxicomanes qui sont incarcérés.⁵⁵ On pourrait réduire plusieurs des problèmes découlant de l'infection par le VIH et de la consommation de drogues dans les prisons si on élaborait et on offrait des alternatives à l'emprisonnement, en particulier dans le cas des crimes de drogues.

Recommandation

28. La réduction du nombre de toxicomanes incarcérés doit devenir une priorité immédiate. Pour réduire les problèmes causés par le VIH, d'autres maladies infectieuses et la consommation de drogues dans les prisons, on doit élaborer et offrir des alternatives à l'emprisonnement, en particulier dans le cas des crimes liés à la drogues

⁵⁴ Organisation mondiale de la santé. Énoncé de la Consultation sur la prévention et la lutte au sida dans les prisons. Programme mondial de lutte contre le sida. Genève : OMS, 1987.

⁵⁵ Comité d'experts sur le sida et les prisons, voir ci-dessus, remarque 48, page 6.

Conclusion

Le Canada se trouve au centre d'une crise de santé publique en rapport avec le VIH/sida, le VHC et la consommation de drogues. Le nombre d'infections attribuables à la consommation de drogues par injection est inacceptable. En 1999, 34,1 pour cent des 4 190 nouveaux cas d'infection au VIH (estimation) étaient des consommateurs de drogues par injection. Plus de 60 pour cent des nouvelles infections au VHC résultent de la consommation de drogues par injection.

La réponse du Canada à cette crise est loin d'être concertée et efficace. En effet, le manque de mesures appropriées en a poussé certains à conclure qu'une autre tragédie en matière de santé publique, comparable au scandale du sang contaminé dans les années 1980, est en voie d'éclater, ce qui démontre qu'on a peu, sinon rien appris des leçons que nous a enseignées cette tragédie. Comme Skirrow l'a déclaré :

Une communauté marginalisée (dans ce cas-ci, les consommateurs de drogues par injection) connaît une épidémie de décès et de maladies ne résultant pas des drogues en tant que telles, mais plutôt des méthodes inefficaces et dysfonctionnelles qui caractérisent nos efforts de contrôle des drogues illégales et des consommateurs. On assiste à la même inertie lorsque vient le temps d'analyser soigneusement le problème ou de s'écarter des méthodes traditionnelles ou de la pensée conventionnelle qui ont caractérisé la tragédie du sang contaminé. On assiste à une lutte de pouvoir pour le contrôle de la question de l'application des lois et de la santé publique. On remarque un manque flagrant de compréhension chez les décideurs et plusieurs professionnels de la santé en ce qui concerne la nature de la communauté et des individus à risque.⁵⁶

On peut faire encore davantage pour réduire les préjudices résultant de la consommation de drogues par injection au Canada. En effet, on *doit* faire bien plus, comme le révèle une analyse sur le plan de l'éthique, puisque les approches actuelles font défaut à ce niveau. Comme Roy l'a déclaré :

Il est *mal* sur le plan de l'éthique de maintenir les approches actuelles pour limiter la consommation de drogues lorsque ces approches ne permettent pas d'atteindre les buts pour lesquels on les a conçues; qu'elles entraînent des préjudices égaux ou supérieurs à ceux qu'elles devraient prévenir; et qu'elles intensifient la marginalisation des gens vulnérables.

Il est *mal* sur le plan de l'éthique de continuer de tolérer les bras croisés cet écart tragique qui existe entre ce qu'on devrait offrir en termes de soins globaux au consommateurs de drogues et ce qu'on fait réellement pour répondre aux besoins élémentaires de ces personnes.

Il est *mal* sur le plan de l'éthique de maintenir les politiques et les programmes qui insistent de façon si unilatérale et utopique sur l'abstinence de la

⁵⁶ Skirrow J. Leçons de Krever – une perspective personnelle. *Revue canadienne VIH/sida et droit* 1999; 4(2/3) : 35-41. Comparaison de la tragédie du sang avec la nouvelle tragédie du VIH/sida chez les consommateurs de drogues par injection.

consommation de drogues et qui ignorent l'urgence extrême et plus immédiate de réduire la souffrance des consommateurs de drogues et d'assurer leur survie, leur santé et leur croissance dans la liberté et la dignité...

Il est *mal* sur le plan de l'éthique de modifier ou de supprimer l'information sur les drogues illégales que les consommateurs, les professionnels et les citoyens en général doivent connaître afin de pouvoir agir de façon responsable.

Il est *mal* sur le plan de l'éthique d'instaurer des programmes de traitement ou de prévention de façon à ce qu'on vous retire de l'autre main ce que le programme vous apporte d'une main.

Il est *impératif* qu'on reconnaisse les consommateurs de drogues comme ayant autant de dignité que tous les autres êtres humains.⁵⁷

On doit en faire bien plus et dès maintenant...

En 1997, le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et la consommation de drogues par injection, dans son *Plan d'action national*, demandait « qu'on agisse immédiatement... à tous les niveaux de leadership gouvernemental et communautaire. »⁵⁸ Tout particulièrement, le groupe de travail demandait qu'on aborde la question des politiques et des lois; qu'on intensifie les efforts de prévention et d'intervention; qu'on améliore les options de traitement dans les cas de consommation et de VIH; qu'on accorde une attention spéciale et urgente aux questions particulières aux peuples autochtones; et qu'on examine les questions spécifiques aux femmes. Le groupe de travail a « reconfirmé avec insistance » la responsabilité du Ministre de la Santé qui consiste à faire preuve de leadership en la matière, en collaboration avec les principaux ministères (Justice, Solliciteur général, Affaires correctionnelles) en prenant des mesures, en surveillant la mise en application et en évaluant les résultats.

En 1999, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié son rapport sur *l'Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques*.

En 2001, Santé Canada réagissait au rapport du Réseau juridique et à ses recommandations en s'engageant à « consolider et accroître ses efforts en matière de consommation de drogues par injection. »⁵⁹ De plus, en 2001, cinq comités fédéraux/provinciaux/territoriaux ont publié leur document sur la « réduction des préjudices en rapport avec la consommation de drogues par injection au Canada. »

Néanmoins, en 2002, la crise se poursuit. Les gouvernements continuent de réagir mollement. Et malgré tout, un nombre alarmant de personnes continuent de s'infecter. La mise en application des recommandations du plan d'action national dans le document intitulé *Injection de drogue et VIH/sida: questions juridiques et éthiques* et dans *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques* (le document le plus pertinent parmi ceux qu'on reprend ici) doit devenir une priorité urgente.

⁵⁷ Roy, ci-dessus, remarque 16.

⁵⁸ Ci-dessus, remarque 5.

⁵⁹ Ci-dessus, remarque 8.

Enfin, comme Skirrow l'a indiqué, nous ne pouvons plus nous contenter de marcher sur la pointe des pieds...

... avec des questions telle la mesure dans laquelle les conséquences de la consommation de drogues résultent dans un degré important de notre réponse juridique aux drogues; ou à l'effet que la consommation de drogues possiblement néfastes est un phénomène que pratiquement tout le monde expérimente à un moment donné au cours de sa vie; ou que la consommation de drogues n'est pas comme la toxicomanie; ou que les gens qui développent de graves problèmes de consommation sont souvent dysfonctionnels à plusieurs niveaux, et cette dysfonction précède habituellement leur introduction aux drogues.⁶⁰

Il est plus sécuritaire et bien plus facile d'oublier les questions difficiles, de reconnaître que les drogues constituent le problème et de revenir ensuite avec ces approches des programmes passés qui ont échoué. Cependant, nous ne pouvons plus nous permettre d'agir ainsi.

Selon Skirrow :

Nous avons choisi de faire des drogues notre priorité – plutôt que, disons, les possibilités sur le plan économique, la réussite scolaire, les dysfonctions familiales, les comportements à risque ou tous ces autres facteurs qui déterminent si une personne consommera ou non des drogues et si un problème grave résultera ou non d'une telle consommation...

La prévention devant nous permettre de sortir du trou doit être axée sur plusieurs facteurs afin de permettre aux gens de partir du bon pied. Peu de ces facteurs concernent les drogues en tant que telles. La véritable prévention sera axée sur la façon de mieux préparer tous les jeunes aux défis de notre société complexe, dangereuse et souvent impardonnable. Elle permettra d'élaborer de meilleurs moyens de composer avec la maladie mentale, ainsi qu'avec les problèmes économiques et sociaux uniques auxquels les Autochtones font face. Il est évidemment plus logique de s'occuper de ces questions en amont des rues de Vancouver.

À la fin, le succès entourant notre façon d'aborder les problèmes, et certainement la question des drogues, dépend de notre compréhension et de notre courage.⁶¹

⁶⁰ Skirrow, J. Une revue de « A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 2001; 6(1/2) : 89-91.

⁶¹ Idem

Sommaire des recommandations

Les lois et les politiques antidrogues

1. À long terme, les gouvernements fédéraux et provinciaux devraient élaborer une alternative plus constructive au cadre juridique actuel et offrir les programmes de recherche, d'éducation et de société permettant de réduire les préjudices inhérents à la consommation de drogues. Les gouvernement et tous les Canadiens doivent :

- reconnaître l'étendue du problème de consommation de drogues et la diversité des consommateurs de drogues au Canada;
- reconnaître que les lois antidrogues actuelles au Canada ont un impact disproportionné sur les éléments les plus vulnérables de notre société, soit les peuples autochtones, les minorités raciales et les femmes;
- reconnaître que les lois actuelles entraînent une augmentation plutôt qu'une baisse des préjudices résultant de la consommation de drogues et, tout particulièrement, qu'elles marginalisent les consommateurs de drogues;
- reconnaître les droits des consommateurs de drogues et les façons dont les lois et les traités actuels violent les droits de ces personnes au Canada; et
- au besoin, dénoncer les conventions antidrogues internationales si celles-ci constituent des obstacles insurmontables à la mise en application au Canada de politiques et de lois antidrogues plus constructives qui reposent sur un modèle de réduction des préjudices.

2. À court terme, en vertu du cadre juridique actuel, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient financer la recherche sur l'impact des lois, politiques et pratiques antidrogues qui varie selon la race, la classe, le sexe et d'autres facteurs socioéconomiques.

3. En consultation avec les consommateurs de drogues et les agences communautaires leur offrant des services, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient évaluer les résultats positifs des initiatives telles les politiques de diversion, les mesures alternatives et les projets pilotes dans le cadre desquels on fait appel à de telles alternatives. Si leur évaluation est favorable, on devrait étendre davantage ces initiatives afin de tempérer l'approche punitive qui se dégage à l'heure actuelle des lois et politiques antidrogues canadiennes.

4. Le gouvernement fédéral devrait recourir à ses pouvoirs de réglementation et d'exemption en vertu de la loi actuelle afin d'exclure expressément l'équipement d'injection contenant des traces de drogues illégales de la définition de « substances réglementées » dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

5. Le gouvernement fédéral devrait prendre les mesures nécessaires afin de préciser que les personnes offrant des programmes d'échange ou de distribution d'aiguilles ne feront pas l'objet de poursuites criminelles en vertu des dispositions du *Code criminel* sur les accessoires facilitant la consommation de drogues et concernant la « vente » ou les « instruments ou la documentation sur la consommation illicite des drogues ».

6. Le gouvernement fédéral devrait recourir à ses pouvoirs de réglementation et d'exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin

de décriminaliser la possession de faibles quantités de drogues qui sont présentement illégales pour usage personnel, du moins lorsqu'elles sont prescrites par un professionnel de la santé compétent et autorisé.

7. Le gouvernement fédéral devrait s'assurer qu'un processus juste et opportun permet aux Canadiens et à leurs professionnels de la santé de demander un accès médical aux drogues qui sont présentement illégales.

L'éducation en matière de drogues

8. Les fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé devraient financer l'élaboration et la diffusion à grande échelle d'une information précise, non biaisée et impartiale sur les drogues illégales à l'intention des dispensateurs de soins de santé, des consommateurs de drogues et du public.

9. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient élaborer des programmes d'éducation reposant sur les principes de réduction des préjudices.

10. Les ministères de l'éducation et la santé des provinces et des territoires devraient entreprendre une évaluation des programmes scolaires en matière de drogues illégales.

11. Les universités et les collèges devraient s'assurer que le programme des professionnels de la santé comprenne des présentations, des discussions et des documents précis, non biaisés et impartiaux sur les drogues, la consommation de drogues et les approches de réduction des préjudices en matière de consommation de drogues.

Programmes d'échange d'aiguilles

12. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux devraient s'assurer que les consommateurs de drogues par injection aient facilement accès aux programmes d'échange d'aiguilles dans tous les coins du Canada.

13. Le gouvernement fédéral devrait abroger les lois criminelles rendant les consommateurs de drogues et les personnes procédant à l'échange d'aiguilles criminellement responsables lorsqu'elles ont en leur possession des accessoires facilitant la consommation de drogues contenant des résidus de substances illégales.

14. Les associations de pharmaciens et les organismes de réglementation professionnelle devraient encourager les pharmaciens à distribuer des seringues stériles.

Traitement d'entretien à la méthadone

15. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux devraient prendre des mesures pour s'assurer que des programmes d'entretien à la méthadone soient davantage accessibles aux personnes dépendantes des opiacés dans toutes les provinces et tous les territoires.

16. Les fonctionnaires de la santé et les collègues des médecins devraient s'assurer qu'on dispense des services complets aux personnes prenant part à des programmes de méthadone, incluant les soins de santé primaires, les conseils, l'éducation et les services de soutien.

Prescription d'héroïne

17. À plus long terme, Santé Canada devrait élaborer des plans pour permettre aux médecins de prescrire des opiacés et des stimulants réglementés.

18. À court terme, on devrait autoriser, financer et débiter au Canada des essais touchant la prescription d'héroïne.

Lieux d'injection surveillés

19. Le gouvernement fédéral devrait mettre à jour la stratégie canadienne antidrogues afin d'accorder expressément son soutien aux essais de lieux d'injection sécuritaires en tant que mesures de réduction des préjudices qui constituent un élément important de la politique globale de réponse aux torts découlant de la consommation de drogues par injection.

20. Le gouvernement fédéral devrait créer un cadre de réglementation en vertu de la Loi régissant certaines drogues et autres substances afin d'encadrer les lieux d'injection sécuritaires qui permettraient d'éliminer le risque de responsabilité criminelle pour le personnel et les clients et de réduire le risque de responsabilité civile des personnes exploitant de telles installations.

21. Le cadre de réglementation devrait concerner des questions telles les conditions d'accès à ces installations, les activités et services qu'on y permet, ainsi que les critères administratifs minimaux visant à assurer l'exploitation sûre et efficace de tels lieux. Tout particulièrement, le cadre de réglementation élaboré en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances qui exempterait les installations approuvées de la Loi :

- ne devrait pas limiter l'accès aux lieux d'injection sécuritaires aux adultes seulement, mais permettre également aux jeunes consommateurs de drogues de les utiliser;
- ne devrait pas refuser l'accès aux femmes enceintes;
- ne devrait pas refuser l'accès aux consommateurs de drogues accompagnés d'enfants;
- ne devrait pas refuser automatiquement l'accès aux consommateurs de drogues pour la simple raison qu'ils sont intoxiqués;
- devrait empêcher l'échange d'équipement d'injection entre les clients des lieux d'injection sécuritaires;
- devrait empêcher l'échange ou la vente de drogues sur le lieu d'injection sécuritaire;
- ne devrait permettre aux clients que de s'injecter soi-même et défendre au personnel de les aider à s'injecter;
- devrait exiger qu'on tienne compte de la sécurité dans la mise sur pied des lieux d'injection sécuritaires et que le personnel de sécurité demeure sur place durant les heures d'ouverture; et

- devrait exiger que le personnel compte des infirmières ou des médecins compétents et que tous les employés aient reçu une formation de base en matière de premiers soins afin d'être en mesure de réagir en cas de surdose, de gestion de crise et en ce qui a trait à toutes les politiques et méthodes touchant des questions telles la sécurité, la confidentialité des renseignements touchant les clients, les renvois vers d'autres services, etc.

22. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en place, le ministre fédéral de la Santé devrait accorder des exemptions ministérielles relativement aux dispositions de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances qui considèrent comme une infraction la possession d'une substance réglementée par les lieux d'injection sécuritaires (de mêmes que les programmes d'échange d'aiguilles), ainsi que par leurs employés et clients, de façon à ce que ces installations puissent fonctionner à titre d'essai.

23. Santé Canada devrait financer l'exploitation et l'évaluation d'une recherche expérimentale scientifique de plusieurs lieux d'injection sécuritaires, incluant des études visant à évaluer l'impact des lieux d'injection sécuritaires sur la santé et le bien-être des consommateurs de drogues, sur la santé du public en général et sur les communautés concernées.

24. Les fonctionnaires fédéraux, provinciaux/territoriaux et municipaux jouissant de responsabilités dans les domaines de la santé et des services sociaux, ainsi que de l'application des lois devraient unir leurs efforts pour s'assurer que la mise à l'essai des lieux d'injection sécuritaires devienne réalité dans un avenir prochain.

Organismes correctionnels

Traitement d'entretien à la méthadone

25. Les systèmes correctionnels devraient s'assurer que les prisonniers qui participaient à un programme de traitement d'entretien à la méthadone avant leur incarcération puissent poursuivre leur traitement une fois incarcérés et que les prisonniers soient en mesure de débiter un tel traitement en prison dès qu'ils y seraient admissibles à l'extérieur.

De plus, les prisonniers souffrant de toxicomanie opiacée devraient avoir accès à d'autres options de traitement, incluant les programmes de désintoxication à la méthadone avec ordonnances réduites qu'on devrait leur offrir de façon routinière dès leur admission.

Échange d'aiguilles

26. Les articles d'injection stériles doivent être accessibles dans les prisons. Dans le cas des systèmes carcéraux où la distribution n'a pas encore débuté, la sélection des prisons où l'on pourrait entreprendre des projets pilotes devrait débiter immédiatement.

Réagir à la consommation de drogues

27. On doit adopter dans les systèmes carcéraux fédéraux et provinciaux une approche plus pragmatique de la consommation de drogues en reconnaissant que, en raison du VIH/sida et du VHC, on ne peut se permettre de se limiter à la réduction de la consommation comme un objectif premier de la politique antidrogues : la réduction de la

consommation de drogues est un objectif important, mais il est encore plus important de réduire la propagation du VIH et des autres infections, en particulier le VHC.

À tout le moins, on doit coordonner les efforts dans les domaines du VIH/sida et de la consommation de drogues; permettre à des experts externes d'évaluer l'enseignement actuel, les traitements et, le cas échéant, les programmes d'analyse d'urine, en plus d'offrir un plus grand éventail d'options de traitement aux détenus, incluant des prisons ou des ailes sans drogues.

Politique antidrogues

28. La réduction du nombre de consommateurs de drogues incarcérés doit devenir une priorité immédiate. Dans le but d'atténuer les problèmes entraînés par le VIH, d'autres maladies infectieuses et la consommation de drogues dans les prisons, on doit élaborer et offrir des alternatives à l'incarcération, en particulier dans le cas des crimes liés à la drogue.