



Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques

préparé par
Richard Elliott, Ian Malkin, et Jennifer Gold



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida



CANADIAN RÉSEAU
HIV/AIDS JURIDIQUE
L E G A L CANADIEN
NETWORK VIH•SIDA

Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques

préparé par
Richard Elliott, Ian Malkin et Jennifer Gold

Pour de plus amples renseignements sur cette publication :

Réseau juridique canadien VIH/sida
Tél. : 514 397-6828
Télé. : 514 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca
Site Web : www.aidslaw.ca

Ce document est téléchargeable en fichier électronique à www.aidslaw.ca.
On peut commander le rapport en version imprimée auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
(courriel : aidssida@cpa.ca).

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002

Données de catalogage avant publication (Canada)

Elliott, Richard

Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques

Texte en français et en anglais, tête-bêche.

ISBN 1-896735-39-8

1. Échange de seringues - Canada. 2. Infections à diffusion hématogène - Prévention. 3. Sida - Prévention. 4. Échange de seringues - Droit - Canada. 5. Échange de seringues. I. Malkin, Ian. II. Gold, Jennifer. III. Réseau juridique canadien VIH-SIDA. IV. Titre. V. Titre: Establishing Safe Injection Facilities in Canada.

RA642.B56E44 2002 616.97'9205 C2002-940186-0F

Remerciements

Le présent document est une adaptation canadienne d'un article écrit par Ian Malkin au sujet de la nécessité de créer des lieux sécuritaires pour l'injection : I. Malkin, « Establishing Supervised Injecting Facilities: A Responsible Way to Help Minimise Harm », *Melbourne University Law Review*, 2001, 25(3) : 680.

Les auteurs souhaitent remercier l'adjoint de recherche Jeremy Masters, pour ses efforts inépuisables et son aide fort appréciée; l'Australian Research Council; Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, pour la révision finale du contenu du rapport; toute l'équipe du Réseau juridique canadien VIH/sida; Jean Dussault et Roger Caron pour la traduction française; Thomas Kerr, Harm Reduction Action Society, Vancouver; Michael Linhart, coordonnateur du Prison Outreach Program, British Columbia Persons Living with AIDS Society; Ann Livingston, coordonnatrice des projets communautaires, Vancouver Area Network of Drug Users; le conseiller municipal Darren Ray, City of Port Phillip; professeur Harold Luntz; John Anderson, Department of Psychiatry, University of British Columbia; Craig Jones, avocat, Vancouver; Perry Kendall, médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique, Vancouver; Benedikt Fischer, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto; Eugene Oscapella, Fondation canadienne des politiques sur les drogues, Ottawa; Michael R. Smith, conseiller principal aux politiques, Division du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Santé Canada, Ottawa; Walter Cavalieri, Toronto; Mark Haden, Interim Regional Addictions Team Leader, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Vancouver; et Richard Cloutier, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Montréal. Jennifer Gold remercie ses parents et Leigh Turner pour leurs encouragements. Toute erreur est assumée en entier par les auteurs.

Ce projet a été financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées dans le présent document relèvent des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques du ministre de la Santé ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le genre masculin est utilisé pour désigner femmes et hommes, sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

This document is also available in English.

Illustration de la couverture : Reinhard Blumenschein.

Table des matières

Sommaire	i
Aux prises avec une épidémie	1
Le problème	1
La stratégie et les politiques sur la drogue au Canada : de la prohibition vers la réduction des méfaits?	3
Une réponse à multiples facettes : Vancouver et l'« approche à quatre piliers »	6
Les stratégies de la réduction des méfaits : un impératif éthique	6
Les LSI en tant que mesure de réduction des méfaits : le débat	8
Appels à la réforme : la nécessité de mettre à l'essai des LSI	8
La nature du débat	10
Lancer le « mauvais message »?	10
Leçons à retenir de l'échange de seringues : un prolongement du message des soins de santé	11
Une mesure efficace pour la santé publique	13
Attraction de problèmes ou réduction de la nuisance publique?	15
Un obstacle à l'existence de « piqueries »	16
Une mesure rentable	16
L'impératif moral de mettre à l'essai des LSI	16
Apprendre de l'expérience d'autres pays : la mise en œuvre efficace de LSI	19
Suisse	19
Allemagne	21
Pays-Bas	22
Australie	22
Nouvelle-Galles du Sud	23
Territoire de la capitale australienne	24
Victoria	24
Leçons à retenir	24
Aspects juridiques : le droit international	27
Obligations en matière de droits de la personne	27
Obligations en matière de contrôle de la drogue	31
La Convention unique de 1961	33
La Convention de 1971	34
La Convention de 1988	34
L'Organe international de contrôle des stupéfiants : critique à l'endroit des LSI	36
Questions juridiques internes	41
Responsabilité criminelle du personnel et des dirigeants de LSI	41
Possession de seringues usagées en tant que « substance réglementée »	41
Promotion ou distribution d'accessoires facilitant la consommation de drogues	42
Responsabilité pour avoir aidé ou encouragé la possession de drogues illicites	43
Accusations de négligence criminelle	43
Options qui permettraient d'éliminer les craintes de responsabilité criminelle	44
Exemptions ministérielles ou réglementaires de la responsabilité criminelle	45
Modifications des lois sur les drogues	46
Conclusion relative aux craintes de responsabilité criminelle	46
Responsabilité civile du personnel et des dirigeants de LSI	47
Responsabilité fondée uniquement sur le fonctionnement négligent	47
Obligation déontologique de prendre des précautions et d'être assuré	47
Conclusion relative aux craintes de responsabilité civile	48

Responsabilité fondée sur l'inaction de l'État	48
Responsabilité civile : l'allégation de négligence de l'État	49
L'État a-t-il une obligation constitutionnelle d'agir?	49
Élaboration d'un cadre réglementaire pour les LSI	50
Questions de compétence en matière de réglementation des LSI	51
Pouvoirs fédéraux de réglementation	52
Exemptions ministérielles	52
Règlements du Cabinet	52
Questions à aborder dans l'élaboration d'une réglementation	53
Conditions d'accès à des lieux sécuritaires pour l'injection	53
Activités et services à autoriser dans les lieux sécuritaires pour l'injection	57
Exigences administratives	58
Conclusion : la nécessité de réformes responsables	59
Recommandations	61
Annexe A	
Extraits de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>	63
Notes bibliographiques	65



Sommaire

Les utilisateurs de drogue sont des citoyens. Parmi eux, nos fils et filles, nos frères et sœurs, et, de plus en plus, nos parents. Ils méritent une réponse empreinte d'humanité. Ne leur faisons pas la guerre.¹

Pourquoi un rapport sur la question des lieux sécuritaires pour l'injection?

L'injection de drogue est au cœur d'une crise de santé de plus en plus grave, au Canada. Les personnes qui s'injectent des drogues côtoient de graves risques pour leur santé, notamment des surdoses, mortelles ou non, et la transmission d'agents infectieux par le sang, comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). Le Canada a des obligations morales et légales de répondre avec courage et pragmatisme à leur situation critique, afin de réduire les méfaits potentiels pour ces personnes.

Une des solutions proposées consiste à établir – d'abord à titre d'essai – des « lieux sécuritaires pour l'injection » (aussi appelés « sites d'injection sécuritaires » ou « lieux d'injection supervisés »). Cette mesure est utilisée et fonctionne avec succès en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et, depuis récemment, dans un endroit en Australie.

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

Les lieux sécuritaires pour l'injection peuvent en même temps contribuer à diriger des utilisateurs de drogue vers des programmes de traitement et de réadaptation; ils peuvent aussi

Un lieu sécuritaire pour l'injection est un endroit où des personnes qui s'injectent des drogues ont la possibilité de le faire au moyen de matériel stérile et sous la supervision d'un personnel détenant une formation médicale.

jouer un rôle de centres de soins de santé primaires. Les établissements fournissent gratuitement du matériel d'injection stérile, y compris des seringues, de l'alcool, des cotons ouate, de l'eau, des chauffeirs/cuillères et des garrots. Leurs buts sont de réduire les incidents de l'utilisation non sécuritaire de drogues par injection et de prévenir les conséquences néfastes qui résultent trop souvent de l'injection non sécuritaire. Il ne s'agit pas de piqueries : « [Les piqueries] ne sont pas reconnues légalement ou officiellement, et sont souvent non sécuritaires parce qu'elles n'offrent pas de conditions salubres, d'accès à du matériel d'injection stérile, de supervision et d'accès immédiat à du personnel de soins de santé, ni de lien avec d'autres services de soutien et de santé ».²

Quel est le but du rapport?

Le rapport explique que, pour favoriser le bien-être des utilisateurs de drogue et des communautés, il est nécessaire d'apporter des changements aux lois et politiques sur la drogue, notamment pour mettre en œuvre des lieux sécuritaires pour l'injection. De tels changements sont possibles et l'on se doit de les réaliser, en vue de réduire les méfaits associés à l'usage de drogue ainsi que ceux qui découlent à proprement parler des politiques sur la drogue.³

Pour favoriser le bien-être des utilisateurs de drogue et des communautés, il est nécessaire d'apporter des changements aux lois et politiques sur la drogue, notamment pour mettre en œuvre des lieux sécuritaires pour l'injection.

La publication du document s'inscrit dans la suite du rapport publié en 1999 par le Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, qui abordait de nombreuses problématiques mais n'offrait pas une analyse juridique et éthique des questions particulières aux lieux sécuritaires pour l'injection. Il s'inscrit aussi dans la lignée de plusieurs rapports canadiens qui ont abordé expressément le dossier des lieux supervisés pour l'injection et qui ont demandé la mise en œuvre de telles initiatives, ou du moins la mise à l'essai d'un tel site, comme une facette importante de la stratégie générale du Canada pour réagir à l'usage de

drogue par injection et aux méfaits qui s'y associent.⁴ Le but du rapport est de contribuer à éclairer une évolution des lois et politiques canadiennes de manière à appuyer des mesures de réduction des méfaits comme des lieux sécuritaires pour l'injection.

Que contient le rapport?

Le chapitre I (« Aux prises avec une épidémie ») décrit l'étendue et la gravité de la situation en ce qui a trait à l'injection de drogue, au Canada, avec un point de mire sur la ville de Vancouver où sévit actuellement une crise de santé parmi les utilisateurs de drogue, dans le Downtown Eastside [le quartier Est du bas de la ville]. On y décrit ensuite les types d'approches adoptées en réaction à l'usage de drogue, allant de mesures prohibitionnistes jusqu'aux approches à multiples facettes assorties d'initiatives de réduction des méfaits.

Le chapitre II (« Les LSI en tant que mesure de réduction des méfaits : le débat ») porte sur la nature des propositions de réforme et sur les arguments invoqués fréquemment à l'appui et à l'encontre de la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection. Ce chapitre conduit à la conclusion que plusieurs arguments invoqués contre les lieux sécuritaires pour l'injection sont non fondés ou sont exagérés, et que leur contenu est dépassé en importance par les bienfaits possibles de la création de lieux sécuritaires. Nous concluons à l'impératif éthique d'au moins mettre à l'essai cette forme de service, vu les méfaits inacceptables que subissent actuellement des utilisateurs de drogue et l'ensemble de la communauté, et vu la possibilité que des lieux sécuritaires pour l'injection contribuent à éliminer ou à réduire certains des méfaits observés.

Le chapitre III (« Apprendre de l'expérience d'autres pays : la mise en œuvre efficace de LSI »), examine la réussite de la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection, dans quelques pays européens, en décrivant brièvement les modèles adoptés. Nous présentons aussi un compte-rendu de récentes initiatives amorcées dans certains territoires de l'Australie. Les données disponibles montrent que l'intégration de lieux sécuritaires pour l'injection en tant que volet d'une réaction plus complète à l'injection de drogue est susceptible d'entraîner d'importants bénéfices pour les utilisateurs et pour l'ensemble de la communauté, et que de telles initiatives devraient à tout le moins être mises à l'essai.

Les chapitres IV et V (« Aspects juridiques : le droit international » et « Questions juridiques internes ») aborde les questions d'ordre légal liées à la création de lieux sécuritaires pour l'injection. Premièrement, une brève discussion sur le droit international des droits de la personne démontre que le refus d'introduire une telle mesure peut constituer une violation des obligations du Canada à l'égard des droits humains dans le cadre du droit international. Deuxièmement, nous examinons les traités sur le contrôle de la drogue signés par le Canada; nous concluons que ces traités n'empêchent pas d'ouvrir des lieux supervisés pour l'injection et que, de fait, ils renferment des dispositions qui permettent de créer de tels programmes. Troisièmement, nous abordons des questions liées à la responsabilité criminelle et à la responsabilité civile, en relation avec le fonctionnement de lieux d'injection; nous concluons qu'il est possible de régler ces préoccupations. Nous discutons ensuite brièvement de l'argument selon lequel, en échouant à mettre sur pied ou à tout le moins à mettre à l'essai des lieux supervisés pour l'injection, les gouvernements pourraient être tenus responsables de négligence ou de manquement à leurs obligations constitutionnelles. En outre, les mécanismes légaux disponibles ou nécessaires pour permettre un essai de lieu supervisé d'injection sont abordés; sans s'enliser dans des détails de fonctionnement, nous formulons certaines recommandations spécifiques à propos des principaux éléments d'un cadre légal pour régir le fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection, au Canada.

Le chapitre VI (« Conclusion : la nécessité de réformes responsables ») conclut le document par un rappel : la Stratégie canadienne antidrogue est supposément fondée sur l'objectif de prévenir les méfaits. La mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection a beau n'être qu'une des composantes importantes d'une stratégie complète de réduction des méfaits, le Canada ne peut rester dans l'inaction – et tolérer que le VIH, l'hépatite C et d'autres méfaits évitables continuent de frapper les utilisateurs de drogue – en refusant d'adopter ces mesures raisonnables dont l'efficacité se démontre dans d'autres pays. Les responsables des politiques gouvernementales ont une obligation légale et morale de donner l'aval et d'accorder leur soutien à tout le moins à la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection, en tant que mesures qui sont permises en vertu des traités sur le contrôle de la drogue, qui vont dans le sens de nos obligations à l'égard des droits de la personne et qui sont requises par la logique, la compassion et la décence élémentaire.

L'intégration de lieux sécuritaires pour l'injection en tant que volet d'une réaction plus complète à l'injection de drogue est susceptible d'entraîner d'importants bénéfices pour les utilisateurs et pour l'ensemble de la communauté.

Le Canada ne peut rester dans l'inaction en refusant d'adopter ces mesures raisonnables dont l'efficacité se démontre dans d'autres pays.

Le dernier chapitre présente six recommandations fondées sur l'analyse présentée dans le document, en vue que des lieux sécuritaires pour l'injection soient mis sur pied (à tout le moins à titre d'essai) au Canada, et ce, dans un environnement légal qui leur sert d'appui.

Quelles recommandations formulent les auteurs dans ce rapport?

Le document se termine en adressant au(x) gouvernement(s) du Canada six recommandations d'action, quant aux lieux supervisés pour l'injection :

1. Le gouvernement fédéral devrait rafraîchir la Stratégie canadienne antidrogue afin d'appuyer expressément la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection en tant qu'importantes mesures de réduction des méfaits qui devraient être intégrées aux politiques de réaction aux méfaits associés à l'injection de drogue.
2. Le gouvernement fédéral devrait établir un cadre de réglementation aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), pour éliminer le risque de responsabilité criminelle des employés et clients de lieux sécuritaires pour l'injection; et pour réduire les risques de responsabilité civile liée à l'opération de ces établissements.
3. Ce cadre de réglementation devrait aborder des éléments comme les critères d'accès à l'établissement, les activités et services autorisés sur les lieux, et les exigences administratives minimales pour assurer un fonctionnement sécuritaire et efficace. Ce cadre de réglementation à établir aux termes de la LDS devrait comporter, pour les LSI autorisés, une exemption de l'application des dispositions pertinentes de la LDS; de plus, en vertu de ce cadre réglementaire,
 - l'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection ne devrait pas être réservé à des adultes, mais permis également aux jeunes qui s'injectent de la drogue;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux femmes enceintes;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux clients accompagnés d'enfants;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être refusé automatiquement à un client parce qu'il est en état d'ébriété;
 - le partage de matériel d'injection entre clients devrait être interdit dans tout lieu sécuritaire pour l'injection;
 - le partage et la vente de drogue devraient être interdits dans ces lieux;
 - seule l'auto-injection devrait être permise; on devrait interdire l'aide à l'injection par le personnel des lieux;
 - on devrait assurer la prise en considération d'éléments de sécurité, dans la planification physique des lieux, et stipuler que du personnel de sécurité soit présent pendant toutes les heures d'opération; et
 - on devrait requérir qu'une partie du personnel se compose d'infirmiers/infirmières détenant des qualifications médicales, ou de médecins, et que tous les employés aient reçu une formation élémentaire en premiers soins, en soins d'urgence en cas de surdose, de même qu'en gestion de crise; et soient formés adéquatement au sujet de toutes les politiques et procédures relatives à la sécurité, à la référence à d'autres services, à la confidentialité de l'information sur les clients, etc.
4. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en vigueur, la ministre fédérale de la Santé devrait accorder des exemptions ministérielles de l'application des dispositions pertinentes de la LDS, à certains lieux sécuritaires pour l'injection (et aux programmes

d'échange de seringues) ainsi qu'à leurs employés et clients, de sorte que ces programmes puissent fonctionner à titre d'essai.

5. Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'un essai scientifique multi-sites de lieux sécuritaires pour l'injection – comprenant des études de l'impact de ces programmes sur la santé et le bien-être des personnes qui y ont recours, de même que des retombées générales sur le plan de la santé publique et dans les communautés concernées.
6. Les fonctionnaires et élus des paliers fédéral, provincial/territorial et municipal qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux ainsi que de l'application de la loi devraient collaborer à faire en sorte que la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection s'amorce dès que possible.

Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'un essai scientifique multi-sites de lieux sécuritaires pour l'injection.

Prochaines étapes

Le présent document sera transmis à une vaste sélection d'individus et d'organismes impliqués dans le travail sur la toxicomanie, la réduction des méfaits et/ou la lutte contre le VIH/sida. Il sera aussi transmis aux responsables des politiques pertinentes, notamment aux ministres de la Santé et de la Justice, à des organismes de la profession médicale, à des associations et des responsables des forces policières, de même qu'à des chercheurs et à des défenseurs des droits et intérêts des populations concernées. Les personnes et organismes qui recevront le document seront invités à formuler leurs commentaires et points de vue sur les meilleurs moyens d'assurer l'avènement des actions recommandées.

De plus, le Réseau juridique a mis à jour sa série de feuillets d'information sur l'injection de drogue et le VIH/sida et l'a enrichie d'un feuillet qui résume les enjeux et les recommandations du présent document. Ces feuillets faciles à consulter rendent le contenu de son travail plus accessible à un auditoire plus vaste; ils peuvent servir d'outils pour l'éducation et la discussion sur ces problématiques.

Pour plus de renseignements

Communiquez avec Thomas Haig, au Réseau juridique canadien VIH/sida : info@aidslaw.ca ou par téléphone au (514) 397-6828 (poste 224).

Le présent document et les feuillets d'information peuvent être téléchargés en fichier électronique sur le site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/loisdrogues.htm> ou commandés en version imprimée auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida : tél. : 1-877-999-7740; téléc. : (613) 725-1205; courriel : aidssida@cpha.ca.



Aux prises avec une épidémie

Le problème

Le Canada est aux prises avec une crise de santé publique en ce qui a trait à l'injection de drogue et aux personnes qui s'y adonnent.⁵ Les taux d'infections à transmission sanguine, parmi les personnes qui s'injectent des drogues, ont connu une hausse alarmante pendant les années 1990. En 1996, près de la moitié des nouveaux cas rapportés d'infection à VIH se comptait parmi les personnes qui s'injectent des drogues.⁶ Depuis 1997, cette proportion des nouveaux cas de VIH recensés a légèrement diminué; en 1999, elle avait diminué à 26%.⁷ Cependant, l'infection à VIH et le sida demeurent un problème majeur. Dans l'ensemble, le taux des cas de sida liés à l'injection de drogue avait augmenté à 21,7% des cas de sida diagnostiqués chez les adultes en 2001, alors qu'il était de 8,3% en 1995.⁸ Comme l'a fait remarquer Santé Canada, « le nombre absolu des infections de ce groupe demeure beaucoup trop élevé. »⁹

Les taux d'infections à transmission sanguine, parmi les personnes qui s'injectent des drogues, ont connu une hausse alarmante pendant les années 1990.

Les taux d'infection par le virus de l'hépatite C sont élevés, eux aussi. Chez les jeunes sans-abri à Montréal, par exemple, 35% de ceux qui s'injectent des drogues vivent avec le VHC;¹⁰ à Vancouver, 88% des participants à la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), qui se poursuit, ont le VHC.¹¹ Des données plus récentes ont permis d'observer que l'infection à VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues a atteint une prévalence de 85% à Vancouver, et de 70% à Montréal, avec des taux respectifs d'incidence annuelle de 26% et de 27%.¹²

La prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est en hausse dans les grandes villes du Canada :¹³ 19,5% à Montréal en 1997, soit près du quadruple du taux de 1988;¹⁴ 8,6% à Toronto en 1997-1998, soit une augmentation de 4,8% depuis 1992-1993;¹⁵ et des tendances similaires à Québec, Winnipeg et Ottawa.^{16,17} De plus, les données (limitées) qui sont disponibles sur l'épidémie du VIH hors des grandes régions urbaines, parmi les personnes qui s'injectent des drogues, montrent qu'elle s'y observe de plus en plus.¹⁸ La mobilité des personnes qui s'injectent des drogues et leurs interactions avec des

personnes qui n'en consomment pas portent à croire que le problème n'est pas confiné aux villes ou aux personnes qui s'injectent des drogues, mais qu'il affecte l'ensemble de la société canadienne. De plus, l'injection de drogue parmi les communautés des Premières nations est une préoccupation croissante.¹⁹

Il y a eu plus de 2 000 décès par surdose en Colombie-Britannique, depuis 1992.

Les problèmes sont les plus évidents à Vancouver. Le quartier du Downtown Eastside est le plus pauvre au Canada.²⁰ L'utilisation de drogue sur la rue est répandue, dans ce quartier où la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues se situait entre 23% et 30%, en 2000.²¹ La prévalence du VHC dans cette population, la même année, était effrayante : approximativement 88%.²² Des cas de surdoses mortelles et d'autres préoccupations pour la santé, en lien avec l'injection de drogue, s'observent dans cette région depuis les années 1970,²³ mais on a assisté à une escalade des problèmes : depuis 1992, il y a eu plus de 2 000 décès par surdose, en Colombie-Britannique, faisant de ce phénomène la principale cause de décès parmi les personnes de 30 à 49 ans de cette province, et ce, pendant 5 années de suite.²⁴ Parmi les participants à l'étude de longue durée VIDUS, les surdoses sont la principale cause de décès, sans égard à la séropositivité au VIH.²⁵

La hausse dramatique du problème des méfaits de l'usage de drogue, y compris des surdoses, a plusieurs raisons au Canada, notamment une augmentation de la quantité, de la variété et de la concentration des drogues produites et qui sont vendues et utilisées dans les rues; une baisse du prix de vente des drogues, sur la rue; et le fait que les personnes qui utilisent des drogues commencent à le faire en plus bas âge.²⁶ Par ailleurs, les personnes qui se font l'injection à la hâte, pour éviter d'être repérées et arrêtées, sont susceptibles de le faire de manière plus risquée. De plus, la tendance à délaissier l'héroïne au profit de la cocaïne contribue à une hausse, puisque certains utilisateurs de cocaïne par injection peuvent prendre jusqu'à vingt doses par jour.²⁷ Une plus grande fréquence d'injection et l'incitation à se faire l'injection rapidement sont deux facteurs qui augmentent la probabilité que les individus partagent des aiguilles et d'autre matériel d'injection, ce qui accroît leur risque de contracter le VIH et le VHC. Des études auprès de personnes qui utilisent des drogues, à travers le Canada, ont révélé qu'environ 40% d'entre elles avaient partagé des aiguilles dans les six mois antérieurs.²⁸

On constate clairement, de surcroît, que l'injection de drogue affecte toute la communauté, et pas seulement les utilisateurs de drogue :

L'injection dans des lieux publics génère une grande quantité de déchets peu attrayants et qui coûtent cher à ramasser. Certains de ces rebuts, en particulier les seringues jetées par terre, posent un risque pour la santé, de piqûres accidentelles sur des aiguilles, de transmission de pathogènes par le sang, notamment pour les travailleurs municipaux et les gardiens ou concierges qui ramassent ces ordures, puis pour les éboueurs et les trieurs qui s'en occupent. [...] Mais, en plus du problème d'ordures ayant trait à la drogue, les attroupements d'injecteurs sont largement considérés par le grand public comme une nuisance et une menace. Certains coins du centre-ville ont été expropriés de facto par les injecteurs, y compris de larges pans de parcs municipaux, des carrefours, des terrains désaffectés, des bouts de trottoir et des ruelles. Les LSI sont considérés comme un moyen novateur de réduire considérablement les expropriations de lieux publics, la nuisance et la peur devant la consommation de drogue en public – en donnant

aux utilisateurs un autre lieu, qui est reconnu, et qui répond aux besoins et aux préoccupations des utilisateurs et de la communauté dans son ensemble. Comme l'a observé l'Australian Drug Foundation, l'expérience d'autres pays indique que les communautés trouvent qu'un LSI bien organisé et géré, dans leur voisinage, est préférable aux circonstances intenses de la consommation de drogue en public qui y existait antérieurement.²⁹

La stratégie et les politiques sur la drogue au Canada : de la prohibition vers la réduction des méfaits?

Depuis le début des années 1900, il existe au Canada des dispositions législatives visant à contrôler des drogues.³⁰ La loi actuelle, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS),³¹ adoptée en 1996 et entrée en vigueur en 1997, a consolidé plusieurs lois antérieures.

La LDS interdit l'importation et l'exportation de drogues illégales ainsi que la possession et le trafic de ces substances. Le trafic est défini de manière à inclure les actes de fournir, d'administrer, de transférer ainsi que de vendre les substances illégales.³² La LDS interdit aussi la possession *non autorisée* de matériel destiné à faire pénétrer une drogue dans le corps humain, ou à fabriquer une drogue, et qui contient des traces d'une drogue illégale; en conséquence, la possession de matériel d'injection qui a été utilisé est en soi un crime.³³

La situation légale actuelle relativement aux seringues (neuves) distribuées à des utilisateurs de drogue est par ailleurs incertaine. Puisque ces instruments sont fabriqués et vendus à des fins médicales, ils correspondent techniquement à la définition d'« instrument » donnée dans la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD).³⁴ Cependant, le *Code criminel* interdit la promotion et la vente (notion définie pour inclure la distribution gratuite) d'« instruments pour l'utilisation de drogues illicites », expression qui est pour sa part définie comme incluant « [t]out ce qui est destiné essentiellement ou en l'occurrence à la consommation d'une drogue illicite ».³⁵

Plusieurs conséquences négatives découlent du caractère strictement prohibitionniste des politiques.³⁶ Ces politiques incitent des utilisateurs de drogue à se faire les injections à la hâte, par peur d'être arrêté par la police.³⁷ La « tolérance zéro » est par ailleurs responsable d'un marché noir de la drogue, qui s'accompagne de crime et de corruption.³⁸ De plus, les personnes qui s'injectent des drogues sont souvent poussées à se faire des injections à l'aide de matériel non stérile ou dans des circonstances non hygiéniques (notamment dans le cas de l'injection « dans la rue »), ce qui accroît leur risque de contracter des infections.³⁹ Riley a fait remarquer qu'un modèle de tolérance zéro engendre une culture de personnes marginalisées et stigmatisées qui sont plus difficiles à joindre par des messages éducatifs au sujet des pratiques sécuritaires ou des traitements. C'est un résultat de la mentalité de « guerre à la drogue », de la moralité axée sur l'abstinence, et du fait que « [l]e sida et les autres méfaits associés à l'usage de drogue sont parfois considérés comme des traversées du désert »⁴⁰ pour les personnes affectées. L'esprit de prohibition fait obstacle à la compassion de la communauté en stimulant « au sein du grand public une attitude d'antagonisme véhément à l'égard des utilisateurs de drogue, de même qu'une impression que ces utilisateurs se soucient peu de leur vie ».⁴¹

Simplement dit : la prohibition en tant qu'unique stratégie de santé publique en la matière n'est pas une réussite. Wodak et Owens font remarquer que « la prohibition est considérée

Simplement dit : la prohibition, en tant qu'unique stratégie de santé publique, n'est pas une réussite.

de plus en plus comme défailante en termes de principes, et comme un échec retentissant dans la pratique ».⁴² Ils concluent que

en augmentant les fardeaux sanitaires, sociaux, légaux et économiques liés à l'usage de drogue dans le but de minimiser le nombre de personnes qui s'y adonnent, la base même de la prohibition cause plus de dommages nets aux individus et à la société qu'une acceptation du caractère inévitable d'une certaine consommation [...] De plus en plus de dirigeants, autour du monde, reconnaissent que la plupart des problèmes associés aux drogues illégales résultent de la prohibition, plutôt que d'être des conséquences inévitables de propriétés pharmacologiques des substances.⁴³

Un grand nombre de responsables des politiques et de gens de la communauté ont constaté que des politiques strictement prohibitionnistes sont inefficaces, pour faire cesser l'usage de drogue, et qu'elles sont en plus susceptibles d'avoir des conséquences néfastes, comme susmentionné.⁴⁴ Une politique de « réduction des méfaits » ou d'« atténuation des dommages » est recommandée par nombre d'intervenants. La philosophie qui sous-tend l'approche de la réduction des méfaits a pour objet de réduire les conséquences négatives liées à l'usage de drogue. Ce point de vue, sans admettre l'usage de drogue en fermant les yeux, consiste à le tolérer et à reconnaître qu'il n'est pas réaliste d'exiger l'abstinence de certaines personnes qui s'y adonnent. La consommation de drogue est reconnue comme une réalité et les efforts consistent à en atténuer les conséquences négatives pour l'utilisateur et pour la communauté.⁴⁵

Dans une approche de réduction des méfaits, la dépendance à la drogue et le risque de propagation d'infections sont considérés comme des problématiques relevant de la santé publique. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) indique que, pour combattre la propagation du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, l'implantation de programmes complets et à grande échelle, pour la réduction des méfaits – y compris des mesures d'éducation, de promotion de l'usage du condom, des traitements de la toxicomanie, de même que des services d'échange de seringues – peut permettre de maintenir les taux d'infection à un faible niveau.⁴⁶ L'ONUSIDA souligne que c'est particulièrement le cas « dans les nombreux pays où la consommation de drogue constitue le moteur de l'épidémie de VIH ».⁴⁷

Riley a observé que « [u]n des principaux obstacles à l'adoption de politiques non prohibitionnistes est l'idéalisme. Adopter la réduction des méfaits équivaut à reconnaître qu'un

certain niveau de méfait est inévitable »⁴⁸ et à avouer que l'approche de la tolérance-zéro fondée sur l'abstinence est un échec. Une approche de réduction des méfaits reconnaît que la police ne peut pas éliminer l'usage de drogues illégales ni, en particulier, les problèmes associés à l'injection dans la rue.

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.

La position affirmée par le gouvernement canadien, depuis deux décennies, est que l'« 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 ».⁴⁹ Une telle position va dans le sens d'un appui aux propositions de politiques fondées sur la réduction des méfaits, en matière d'usage de drogue.

On décèle des indices que la politique canadienne à l'égard de la drogue évolue, quoique lentement et pas toujours de manière régulière,⁵⁰ vers une philosophie de réduction des

méfais, avec un accent sur des initiatives comme les programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone. Dans la Stratégie canadienne antidrogue adoptée par le gouvernement fédéral en 1998, il est affirmé que le but à long terme de cette stratégie est de réduire les méfaits associés à la drogue, pour les individus, les familles et les communautés.⁵¹ Il y est aussi affirmé qu'étant donné que « l'abus de drogue est d'abord et avant tout une question de santé plutôt qu'une question d'application de la loi, on est d'avis que la réduction des méfaits qui en résultent constitue une intervention réaliste, pragmatique et humaine par opposition à des efforts ne visant que la réduction de la consommation de drogues ».⁵²

En avril 2000, un Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a été créé dans le but de « développer une politique nationale de réduction des méfaits, afin de réduire l'impact négatif des drogues illégales au Canada [et d']étudier les modèles adoptés en la matière, par d'autres pays, et de déterminer s'il y a un besoin de les mettre en œuvre au Canada, en tout ou en partie » [trad.].⁵³ Par ailleurs, Santé Canada affirme que les programmes pour la prévention de l'hépatite C devraient adopter une approche de réduction des méfaits.⁵⁴

En septembre 2001, les ministres de la Santé du Canada et de ses provinces et territoires ont accueilli un rapport préparé conjointement par plusieurs comités consultatifs intergouvernementaux et qui décrit une approche de réduction des méfaits et un cadre pour l'action.⁵⁵ Les ministres ont chargé un groupe de travail de ce comité d'examiner la faisabilité de mettre sur pied un lieu sécuritaire pour l'injection, à titre de projet scientifique de recherche médicale.

Autre élément encourageant, l'honorable Allan Rock, alors ministre fédéral de la Santé, a indiqué en novembre 2001 que d'autres mesures seraient prochainement mises en œuvre, sur la voie de la réduction des méfaits. Dans la réponse officielle de Santé Canada au rapport final du Réseau juridique canadien VIH/sida sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, le ministre a reconnu que « une réponse globale à l'usage de drogues par injection exige une démarche axée sur le partenariat impliquant d'autres disciplines et secteurs de compétence ».⁵⁶ Le ministre Rock y a par ailleurs exprimé son engagement à appuyer les efforts « pour réduire les méfaits liés à l'usage de drogues en milieu correctionnel ».⁵⁷

D'après cette réplique de Santé Canada, bien que le ministère reconnaisse qu'« il faut apporter des changements aux cadres législatif et stratégique actuels – sur les plans national et international – pour que l'usage de drogues par injection soit traité de manière efficace comme une question de santé [,] [l]es changements nécessaires sont complexes et doivent être élaborés grâce à une collaboration continue ».⁵⁸ Entre-temps, Santé Canada prône une approche de réduction des méfaits dans les limites des cadres actuels. Par exemple, la réponse du ministère fait allusion aux programmes d'échange de seringues comme une importante mesure de réduction des méfaits ainsi qu'un exemple « d'étroite collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'application de la loi » – alors que ni le gouvernement du Canada, ni aucun de ceux des provinces et territoires, n'a adopté de tel programme dans une prison. Le ministre Rock a ultérieurement affirmé publiquement son appui à la mise sur pied de lieux sécuritaires pour l'injection,⁵⁹ à l'instar de la ministre québécoise déléguée à la Santé et aux Services sociaux.⁶⁰

« [I]l faut apporter des changements aux cadres législatif et stratégique actuels – sur les plans national et international – pour que l'usage de drogues par injection soit traité de manière efficace comme une question de santé. »

— Santé Canada, 2001

Une réponse à multiples facettes : Vancouver et l'« approche à quatre piliers »

En novembre 2000, la Ville de Vancouver a rendu public un document de discussion préliminaire intitulé *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*,⁶¹ qui définit un cadre de référence pour l'action, afin de « réagir de manière appropriée et efficace à l'abus de drogue et au crime qui l'accompagne, à travers la ville ». L'approche, dont la mise en œuvre a été réussie à plusieurs endroits en Europe, repose sur « quatre piliers » : prévention, traitement, application et réduction des méfaits :

- la *prévention* concerne l'éducation sur la drogue, de même que la sensibilisation aux raisons de l'usage de drogue et à ce que l'on peut faire pour éviter la dépendance;
- le *traitement* implique plusieurs interventions et programmes de soutien, y compris la désintoxication, le counselling, les programmes sociaux et les soins médicaux;
- l'*application* consiste en un « redéploiement des agents » du Downtown Eastside [en ce qui concerne Vancouver] pour lutter contre le crime organisé et le commerce de drogue, et pour renforcer les liens entre les services de santé et les intervenants connexes;
- la *réduction des méfaits* est une « approche pragmatique qui met l'accent sur l'atténuation des conséquences négatives de l'usage de drogue sur les individus et les communautés ».

Le document est inspiré d'initiatives réussies de réduction des méfaits observées dans d'autres pays. Une des recommandations de ce document [de Vancouver] consiste à ce que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de créer un groupe de travail pour examiner la faisabilité d'un essai de lieu sécuritaire pour l'injection. Nous l'avons déjà mentionné, ce groupe a été créé.

Après la parution du document, le public a été consulté sur les diverses facettes de la proposition. En général, la population s'est montrée favorable au cadre proposé – y compris aux mesures de réduction des méfaits telles les lieux sécuritaires pour l'injection. Le cadre de référence révisé, rendu public au début de 2001, souligne que la mise en œuvre de lieux pour l'injection mérite une « considération attentive » et propose un ou des « site(s) d'essai rigoureusement contrôlés », parmi les méthodes à utiliser pour évaluer une telle initiative.

Les stratégies de la réduction des méfaits : un impératif éthique

L'approche pénale contre l'usage de drogue était supposée être conçue pour réduire les divers problèmes sociaux et de santé qui résultent de l'utilisation de diverses drogues et de

L'approche pénale contre l'usage de drogue était supposée être conçue pour réduire les divers problèmes sociaux et de santé résultant de l'utilisation de diverses drogues et de la dépendance. Cependant, elle a tout simplement échoué à atteindre ses objectifs.

la dépendance. Cependant, cette approche a tout simplement échoué à atteindre ses objectifs. Plutôt que de résoudre des problèmes, le modèle exacerbe des dilemmes existants et en a créé d'autres. L'approche de la criminalisation a été qualifiée ainsi : elle échoue à atteindre les buts pour lesquels on l'a conçue et pour lesquels on en fait la promotion; elle conduit les personnes qui s'injectent de la drogue à être exclues de la communauté; elle gaspille des ressources qui sont limitées; elle « stimule la montée au pouvoir d'empires violents et socialement destructeurs »; et elle « alimente une spirale de déclin de l'humanité, humanité qui est essentielle aux sociétés civilisées ».⁶²

Le fait d'adopter une éthique de la réduction des méfaits constitue une reconnaissance de l'échec des approches prohibitionnistes à l'égard de l'usage de drogue. L'approche de réduction des méfaits n'identifie pas l'abstinence comme le but nécessaire de toute intervention – demander à un individu quelque chose dont il est incapable, physiquement ou mentalement, est considéré contraire à l'éthique. Ceci dit, les tenants des mesures de réduction des méfaits reconnaîtraient certainement que l'abstinence peut être un but valable pour certaines personnes; « bien que les approches de la réduction des méfaits ne ferment pas la porte à l'abstinence comme but valable, elles remettent en question la notion en place depuis longtemps, d'après laquelle l'abstinence est l'unique issue acceptable des politiques ou programmes en matière de drogue ».⁶³

L'éthique de la réduction des méfaits met l'accent sur le pragmatisme, pour réagir aux problèmes associés à l'usage de drogue – notamment, le recours à des programmes de traitement au moyen de méthadone pour combattre la dépendance à l'héroïne, et la mise sur pied de sites d'échange de seringues pour réduire le partage d'aiguilles et la propagation de maladie qui l'accompagne. Le point de mire est placé sur la protection de la vie et de la santé des personnes qui utilisent des drogues, tout en conservant la possibilité d'une réadaptation. La réduction des méfaits évite de porter des jugements moralisateurs sur les maux intrinsèques de la drogue et de son utilisation : elle reconnaît plutôt que plusieurs des maux associés à l'usage de drogue découlent en fait de l'approche à laquelle nous avons recours, en tant que société, pour réagir aux personnes qui en consomment.



Les LSI en tant que mesure de réduction des méfaits : le débat

Appels à la réforme : la nécessité de mettre à l'essai des LSI

Les lieux sécuritaires pour l'injection (LSI) ont pour principal objectif de permettre aux utilisateurs de drogue d'effectuer leurs injections dans un endroit sécuritaire, hygiénique et contrôlé, plutôt que dans un lieu non sûr, insalubre, et souvent public ou quasi public. Les LSI peuvent sauver des vies en permettant une intervention immédiate en cas de surdose et en contribuant à réduire la transmission d'infections par voie sanguine, grâce à l'accès au matériel d'injection stérile et à une éducation sur les pratiques d'injection sécuritaires. Ils peuvent faciliter la fourniture de soins de santé nécessaires ainsi que la provision d'information et de conseils, de références et de counselling. Ils peuvent réduire la nuisance publique souvent liée à l'injection de drogue dans des lieux publics.

Pour ces raisons, il est recommandé de mettre à l'essai des LSI au Canada.⁶⁴ La Harm Reduction Action Society de Vancouver insiste fortement sur ce point, en exhortant à la mise en œuvre à Vancouver d'une étude pilote de LSI pendant 18 mois, d'après le modèle européen.⁶⁵

Le site proposé comprendrait une salle d'attente ouverte; des salles pour la consultation médicale et le counselling; un comptoir d'échange de seringues; des toilettes; des salles pour le personnel et le matériel; et une salle d'injection. Les services incluraient la provision de collations nutritives; des soins de santé primaires; l'échange de seringues; de l'information sur les pratiques d'injection sécuritaires; la supervision des injections; la réanimation en cas de surdose; du soutien par les pairs; et du counselling. Le personnel serait composé d'infirmières certifiées, de conseillers et de travailleurs sociaux – cinq employés seraient au travail en tout temps. Le site proposé pourrait accueillir 35 personnes à la fois et ne serait accessible qu'aux 18 ans et plus (du moins, pendant l'étude). Il serait ouvert au minimum huit heures par jour, sept jours sur sept. À chaque

Réduire les dommages, ce n'est pas battre en retraite. C'est le seul moyen de rencontrer les toxicomanes maintenant.

mois, le jour où les chèques d'aide sociale sont émis – communément appelé le « mercredi de l'aide sociale » – et le jour suivant, le site demeurerait ouvert 24 heures sur 24, puisque des données indiquent qu'une proportion importante de surdoses se produisent durant cette période.⁶⁶

De nombreux professionnels de la santé et travailleurs de rue, et certains conseillers municipaux, appuient la mise en œuvre de LSI. En août 2001, le *Journal de l'Association médicale canadienne* affirmait avec véhémence que

Réduire les dommages, ce n'est pas battre en retraite. C'est le *seul* moyen de rencontrer les toxicomanes maintenant, dans un contexte qui peut inclure, outre une toxicomanie chimique qui dévore tout, la pauvreté, le manque d'éducation, le chômage, des antécédents de violence et une famille dysfonctionnelle. Jusqu'à maintenant au Canada, ce terrain de rencontre est constitué d'activités de communication et d'éducation, d'entretien à la méthadone et d'échange d'aiguilles [...] Il faudra du sang-froid pour concrétiser cette idée [des LSI]. Nous devons faire face à la gravité du problème de toxicomanie que connaissent des communautés du Canada. Il n'y a pas de solution rapide, que ce soit aux toxicomanies, à leurs facteurs de risque ou à leurs répercussions. Nous pouvons toutefois améliorer un peu la vie des toxicomanes et rendre les quartiers un peu plus sécuritaires. Les centres d'injection supervisée constituent une étape logique qui conjugue les avantages du réalisme à ceux de la compassion.⁶⁷

La sécurité des agents de police, ambulanciers, pompiers et autres intervenants d'urgence serait également améliorée par l'adoption d'une approche de réduction des méfaits assortie de LSI.

À Toronto, un conseiller municipal a proposé d'accueillir un LSI dans son district du centre-ville.⁶⁸ Défenseur de ces lieux depuis sa visite à Francfort en 1993, le conseiller croit qu'ils permettraient d'éloigner des yeux du public la nuisance liée à la consommation de drogue en public.

Les autorités policières semblent accorder un appui croissant à l'idée. Le surintendant principal Robert Lesser, officier responsable de la Sous-direction de la police des drogues, à la Gendarmerie royale du Canada (GRC), a signalé que la police est consciente du besoin urgent de freiner la propagation d'infections transmissibles par le sang telles le VIH et les hépatites; il a déclaré publiquement que l'établissement de LSI est « une option que nous devons examiner. »[trad.]⁶⁹ Le chef de police de Toronto a aussi reconnu le problème (bien que d'une manière qui perpétue la stigmatisation à l'endroit des utilisateurs de drogue) : « Nos prisons sont remplies de "drogués". Lutter contre la drogue est comme creuser un trou dans le désert du Sahara. »⁷⁰

« Les données d'autres pays sont très convaincantes et plus solides que celles dont nous disposons au moment d'amorcer l'échange de seringues. »

— Dr P. Kendall, 2001

Par ailleurs, il faut souligner que la sécurité des agents de police ainsi que celle des ambulanciers, des pompiers et d'autres intervenants d'urgence serait également améliorée par l'adoption d'une approche de réduction des méfaits assortie de LSI. Elle réduirait l'intervention policière auprès d'utilisateurs de drogue transportant du matériel d'injection possiblement contaminé, ce qui diminuerait le nombre potentiel d'altercations durant lesquelles un agent pourrait être blessé par une seringue. De façon plus générale, les LSI freineraient la propagation du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de drogue; donc, moins d'individus rencontrés par des agents de police, des pompiers et des ambulanciers pourraient être porteurs d'une infection.

Pour ce qui est de l'opinion du public, 71% des résidents de Vancouver interviewés à ce sujet appuyaient la création de LSI dans le Downtown Eastside de la ville.⁷¹ Le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique partage ce point de vue : dans un récent article du *Journal de l'Association médicale canadienne*, le Dr Perry Kendall affirme que « les données provenant d'autres pays sont très convaincantes et plus solides que celles dont nous disposions au moment d'amorcer l'échange de seringues. »[trad.]⁷²

Par ailleurs, en plus de démontrer l'adoption des LSI par les utilisateurs de drogue dans diverses villes européennes (décrite plus en détail ci-dessous), des conclusions d'études du Canada et de l'Australie révèlent que les utilisateurs de drogue par injection « appuient fortement la création de salles sécuritaires pour l'injection. »[trad.]⁷³ À Melbourne, 96% des 215 individus interviewés (utilisateurs de drogue de la rue) étaient en faveur de l'établissement de LSI près des endroits où ils apportent et consomment leur héroïne; 89% y auraient recours plutôt que de s'injecter de la drogue dans la rue.⁷⁴ À Montréal, 94,4% des 195 utilisateurs de drogue participant à une enquête ont jugé qu'un LSI était une bonne idée; ils ont évoqué la sécurité, des questions de santé et les services qui pourraient y être offerts, comme principales raisons de leur opinion.⁷⁵

Il y a bien sûr des opposants à la création de LSI. Dans le quartier du Plateau Mont-Royal, à Montréal, la proposition a soulevé une vive opposition de l'Association des marchands de l'avenue Mont-Royal.⁷⁶ Le travailleur de rue qui en a fait la proposition fut traité d'« alarmiste ». ⁷⁷ Divers groupes de quartiers rejettent également l'idée : à Vancouver, la Community Alliance accuse la Harm Reduction Action Society de placer la sécurité des utilisateurs de drogue avant celle du reste de la communauté.⁷⁸

Au palier de la politique municipale, on se fait prudent. En novembre 2000, comme on l'a mentionné auparavant, le maire de Vancouver, Philip Owen, a proposé une approche complète fondée sur quatre composantes, pour réagir au problème de l'usage de drogue dans sa ville : prévention, traitement, application et réduction des méfaits.⁷⁹ Cette dernière composante soulève une controverse considérable, puisque le plan prévoit l'établissement de LSI et l'amorce d'essais cliniques de prescription d'héroïne.⁸⁰ Toutefois, le maire demeure prudent : « Nous en aurons éventuellement »[trad.], a-t-il dit à propos des LSI.⁸¹ Mais il considère d'abord nécessaire d'obtenir l'appui d'un public informé. Le maire Owen a critiqué l'approche militante de la Harm Reduction Action Society, dans ce dossier; il considère que l'organisme devrait collaborer au mécanisme initié par la ville : « Ils devraient nous permettre de solliciter l'engagement du public. Les initiatives isolées ne sont jamais efficaces. »[trad.]⁸²

La nature du débat

Lancer le « mauvais message »?

Certains soutiennent que l'établissement de LSI lance un « mauvais message » à la communauté – notamment que l'usage de drogue est acceptable et appuyé de manière officielle – et que cela contribuerait à une augmentation de la consommation.⁸³ Cette allégation n'est corroborée par aucune donnée et, de toute façon, elle repose sur l'hypothèse qu'une approche axée sur l'abstinence a effectivement réussi à éliminer (ou à limiter) l'usage de drogue et qu'un relâchement de la prohibition – d'une façon ou d'une autre – entraînerait des conséquences inacceptables, telles un usage de drogue plus répandu.⁸⁴ Un exemple illustre bien ce genre de réflexion : le Vatican a décrété qu'aucune organisation catholique à travers le monde ne devait s'impliquer dans des mises à l'essai de LSI, puisque le fait d'y participer – même avec de bonnes intentions – reviendrait à « collaborer au grand mal de l'abus de drogue. »[trad.]⁸⁵

Cette perspective est naïve et irréaliste. La stricte prohibition n'atteint pas son objectif. Comme l'a conclu l'honorable juge Wood, qui présidait la Commission royale sur le service de police de la Nouvelle-Galles du Sud, « il est illusoire de penser que l'on peut empêcher des toxicomanes de se procurer et d'utiliser des drogues illégales. »[trad.]⁸⁶ En vérité, la crainte d'un usage de drogue accru est « non fondée et contraire aux preuves actuelles – des données démontrent que le nombre total d'utilisateurs de drogue a diminué, dans des villes accueillant des LSI. »[trad.]⁸⁷

La recommandation d'établir des LSI ne devrait pas être interprétée comme une manière de dire que l'usage de drogue est souhaitable. Il s'agit plutôt d'une politique limitée, indépendante et responsable, pour la réduction des méfaits, qui réagit avec réalisme aux risques et dangers immédiats pour la santé, que l'on peut atténuer du moins dans certaines circonstances. De plus, la mise à l'essai d'un LSI ne doit pas être considérée comme véhiculant un message négatif : si les lieux sont établis avec discernement et sensibilité, « les messages défavorables pourront être évités, au profit d'une image positive et constructive. »[trad.]⁸⁸ Par exemple, on pourra mettre en relief les véritables avantages que comportent les LSI, pour la santé.

La recommandation d'établir des LSI ne devrait pas être interprétée comme une façon de dire que l'usage de drogue est souhaitable. Il s'agit plutôt d'une politique limitée, indépendante et responsable, pour la réduction des méfaits, qui réagit avec réalisme aux risques et dangers immédiats pour la santé.

Leçons à retenir de l'échange de seringues : un prolongement du message des soins de santé

Les programmes d'échange de seringues sont une mesure de réduction des méfaits souvent citée en exemple d'une réaction tangible, sensible et réussie, devant de graves risques de santé publique. Ces programmes sont particulièrement pertinents à la discussion sur les LSI, puisqu'ils mettent en évidence la tolérance de la société à l'égard de politiques autres que la prohibition. Ils démontrent concrètement la fausseté des allégations selon lesquelles les politiques de réduction des méfaits lancent le « mauvais message ».

Les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles fournissent du matériel d'injection stérile à des utilisateurs de drogue (souvent de pair avec des mesures d'éducation) afin de réduire leur risque de contracter des infections transmissibles par le sang, telles le VIH et les hépatites B et C.⁸⁹ Les programmes d'échange sont « pour plusieurs, l'exemple type de l'approche de réduction des méfaits. »[trad.]⁹⁰ Même s'ils soulevèrent d'abord la controverse, ils sont aujourd'hui largement reconnus comme un important moyen de contrer la propagation de maladies graves.

L'efficacité des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles est un fait généralement reconnu : la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est beaucoup plus faible dans des villes où l'on retrouve de tels services que dans celles qui n'en ont pas.⁹¹ En plus d'avoir un impact direct de réduction des méfaits chez les utilisateurs de drogue, par la provision de matériel stérile, les programmes d'échange facilitent l'accès des utilisateurs à du counselling et à des références pertinentes.⁹² L'éducation sur la drogue – plus facilement réalisable après la création de programmes d'échange de seringues – augmente la possibilité d'adoption de comportements plus sécuritaires par les UDI.⁹³

Les programmes d'échange sont l'une des nombreuses stratégies qui devraient être mises en œuvre pour réagir aux problèmes complexes liés à l'usage de drogue. Une autre stratégie

L'efficacité des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles est un fait généralement reconnu.

– connexe mais bien différente – est la mise à l’essai de LSI. Ces lieux ne sont qu’un petit pas, une suite logique à l’approche déjà mise en œuvre – et acceptée – avec l’échange de seringues : une reconnaissance de la réalité de l’usage de drogues illégales. Warren O’Brian, de l’organisme AIDS Vancouver, considère que le mécanisme d’établissement de LSI serait probablement semblable à celui mis en œuvre pour l’amorce de programmes d’échange de seringues, il y a dix ans.⁹⁴ Des programmes d’échange de seringues ont aussi été créés par des organismes sans but lucratif, à l’aide de fonds gouvernementaux. O’Brian souligne que les intervenants impliqués dans ces initiatives ont été confrontés à des difficultés juridiques semblables : par exemple, une seringue usagée peut contenir une trace de substance illégale, ce qui signifie que des employés de programmes d’échange de seringues pourraient, techniquement, être accusés de possession de drogue.⁹⁵

Bien que les LSI et les programmes d’échange de seringues puissent avoir en commun certains objectifs de réduction des méfaits, ce n’est pas nécessairement le cas. Ces initiatives sont *différentes* et *toutes deux* nécessaires – en tant que mesures complémentaires – pour réagir à différents types de méfaits parmi des populations spécifiques. Les programmes d’échange de seringues visent principalement à réduire le risque de contracter le VIH, les hépatites B et C et d’autres infections transmissibles par le sang (en plus de référer des clients à des services de traitement, de soins de santé et d’éducation). En revanche, les LSI offrent aux utilisateurs non seulement du matériel stérile, mais aussi l’opportunité d’éviter des surdoses mortelles et non mortelles, puisque l’injection y est supervisée.⁹⁶ Fait important, « contrairement aux comptoirs d’échange de seringue que la plupart des clients fréquentent brièvement, les LSI permettent une interaction prolongée entre le personnel de soins de santé et la clientèle. »[trad.]⁹⁷ En ce sens, les LSI offrent une expérience rehaussée, en comparaison avec l’échange de seringues.

Simplement dit, dans le cas de l’échange de seringues, on sait que la personne qui vient au comptoir d’échange va s’injecter de la drogue; par conséquent, on lui donne un moyen de réduire le risque de contracter et de propager des infections transmissibles par le sang. D’une façon, on lui dit « vas-y – la société sait ce que tu fais – mais va le faire *ailleurs* », tout en sachant bien que cette personne peut avoir des comportements non sécuritaires à d’autres

Avec les LSI, la communauté va au delà de la demi-mesure qu’est l’échange de seringues, en reconnaissant le besoin d’un effort plus complet pour protéger et favoriser la santé.

égards (p.ex., en partageant du matériel d’injection; en s’injectant de la drogue seule dans un endroit non supervisé, sans assistance en cas de surdose; ou en situation de possible violence) et qu’elle représente peut-être un risque ou une nuisance pour d’autres gens du voisinage.

Avec les LSI, la communauté va au delà de la demi-mesure qu’est l’échange de seringues, en reconnaissant le besoin d’un effort plus complet pour protéger et favoriser la santé. La communauté est prête à (i) fournir des seringues à la population ciblée, et à (ii) assurer que les individus s’injectent leur drogue de manière hygiénique

et évitent la surdose. Pour certains, l’aspect le plus controversé semble être « l’implication officielle » dans l’usage de drogue en soi – la supervision ou la surveillance, que d’aucuns apparentent au fait de sanctionner un comportement illégal de façon plus directe, ou plus active, que dans le cas de l’échange de seringues.

Pourtant, en réalité, ce n’est pas si différent que d’offrir une seringue à une personne pour qu’elle fasse ce qu’on sait qu’elle fera – s’injecter une drogue illégale. La principale différence positive entre ces deux mesures est que les LSI offrent un endroit *relativement* sécuritaire pour l’injection. La sécurité n’est pas garantie, mais elle est rehaussée – du moins

pour certains utilisateurs – comparativement à l’injection dans la rue et/ou seul, sans accès à des services de santé en cas de besoin. Il est indéniable que cette mesure procure une sécurité accrue. Il est indéniable qu’elle réduit le risque. Pourtant, certains la considèrent dangereuse. Or, il semble absurde de se rendre jusqu’au point d’offrir des programmes d’échange, mais de s’arrêter avant d’adopter une stratégie supplémentaire de réduction des méfaits potentiellement efficace. L’« anormalité » de cette situation a été soulignée dans le rapport Wood de l’Australie, rédigé avant la mise à l’essai d’un LSI en Nouvelle-Galles du Sud :

À l’heure actuelle, des programmes financés par le gouvernement offrent des seringues et des aiguilles à des utilisateurs de drogue par injection, tout en sachant qu’elles serviront à la consommation de drogues illégales. *Dans ces circonstances, le fait de reculer devant la provision de lieux sûrs et hygiéniques, où les utilisateurs pourraient s’injecter de façon sécuritaire, dénote un manque de perspective.*[trad.]⁹⁸

Le Dr Van Beek, aujourd’hui directeur médical du LSI à l’essai en Nouvelle-Galles du Sud, avait affirmé :

D’une façon, ce que nous faisons [alors] est immoral parce que nous donnons à des toxicomanes des seringues pour s’injecter de la drogue; puis ils repartent et vont les utiliser [...] D’accord, ils ne mourront pas du sida, dans l’avenir, mais ils pourraient mourir d’une surdose, ici et maintenant. Nous devrions certainement tenter de sauver des vies.[trad.]⁹⁹

Il y a quelque temps, l’introduction de sites d’échange de seringues a nécessité un virage sur le plan des attitudes, de l’abstention vers la réduction des méfaits. Ce changement s’est opéré au moins jusqu’à un degré permettant de réaliser l’échange de seringues. Les LSI pourraient exister paisiblement aux côtés de ce qui fonctionne déjà – l’échange de seringues – comme un autre moyen de réagir à un problème spécifique, distinct et ciblé : il s’agit simplement d’une autre stratégie importante pour lutter contre des effets néfastes de l’injection de drogue. Aucune des différences entre ces deux mesures n’est suffisamment importante ou marquante pour empêcher la mise à l’essai de LSI, qui pourrait s’accompagner d’effets positifs considérables sur la santé publique, en définitive. Pour la prévention de maladies graves ou de décès, nous devrions, en tant que communauté, reconnaître le caractère inévitable d’un certain usage de drogue et chercher à réduire ses effets néfastes sur les individus et la communauté – ce qui signifie que nous devrions être disposés à tolérer (non à promouvoir) des comportements par ailleurs illégaux. Voilà le message pertinent que véhicule la mise à l’essai d’un LSI.

Les LSI peuvent améliorer la santé publique de trois façons principales : en prévenant des surdoses mortelles; en prévenant la propagation d’infections par le sang et d’autres méfaits de l’injection non sécuritaire; et en servant de portail pour l’accès à de l’éducation, des traitements et la réhabilitation.

Une mesure efficace pour la santé publique

Les LSI peuvent améliorer la santé publique de trois façons principales : (1) en prévenant des surdoses mortelles; (2) en prévenant la propagation d’infections transmissibles par le sang¹⁰⁰ et d’autres méfaits causés par des pratiques d’injection non sécuritaires; et (3) en servant de portail pour l’accès à de l’éducation, des traitements et la réhabilitation. Les opposants aux LSI affirment que peu de preuves solides attestent de la réussite de ces

initiatives, dans les endroits où il en existe; essentiellement, ils prétendent que les LSI sont inefficaces, voire néfastes.

Or, les données disponibles indiquent le contraire. « Des données émanant d'initiatives européennes montrent que [...] les LSI réduisent les risques associés à l'usage de drogue, pour la santé et la communauté. »[trad.]¹⁰¹ En fait, aucun décès par surdose n'a été recensé dans les sites européens et le nombre de décès par surdose a diminué, dans les communautés munies d'un LSI.¹⁰² L'un des principaux arguments en faveur de l'introduction de LSI est le simple fait – d'une grande importance – que le personnel qualifié est en mesure de prévenir les surdoses.¹⁰³

Même s'il y avait une insuffisance de preuves empiriques solides pour démontrer spécifiquement l'efficacité des LSI à prévenir les surdoses, la logique et l'expérience indiquent que *certain*s utilisateurs de drogue bénéficieront de l'existence de tels lieux, et qu'ils auront ainsi la possibilité de recevoir une assistance professionnelle en cas de besoin – contrairement à une personne qui s'injecterait de la drogue dans la rue et/ou seule, sans accès à des services de santé. Il est difficile de déterminer un degré précis de réussite, dans la prévention des méfaits, car il faudrait alors prouver ce qui aurait pu arriver en d'autres circonstances. Mais il y a peu de doute que l'on pourrait sauver quelques vies, à tout le moins.

Les données disponibles portent à croire que les LSI pourraient à aider à prévenir les blessures et les cas d'infection liés à des pratiques d'injection non sécuritaires. Les utilisateurs de drogue par injection de la rue sont souvent pressés et font leurs injections rapidement, parce qu'ils ont peur d'être vus par la police¹⁰⁴ et de se faire arrêter, ou parce qu'ils s'inquiètent du comportement d'autres utilisateurs. Il y a donc un risque plus élevé que les pratiques sécuritaires d'injection soient négligées : par exemple, des seringues ou du matériel sera partagé; la drogue ne sera pas préalablement examinée; de l'eau propre ne sera pas utilisée; ou le matériel partagé ne sera pas doublement désinfecté avec de l'eau de Javel (ou autrement) avant chaque réutilisation.

Par conséquent, l'un des principaux avantages des LSI est que certains individus s'y rendront d'abord pour utiliser le matériel stérile fourni par le personnel, dans un endroit calme, sécuritaire et non menaçant. Ces salles permettent aux utilisateurs de procéder à leur injection dans un climat exempt de menaces de poursuites; cela favoriserait, à terme, l'injection dans un contexte plus détendu qui réduirait le risque de méfaits évitables.¹⁰⁵ Un utilisateur de drogue a offert le commentaire suivant : « Ce ne serait pas à la vue de tout le monde [...] Tu n'aurais pas devant toi quelqu'un qui menace de te tabasser pour avoir ta dose, et ça aiderait à sauver des vies. »[trad.]¹⁰⁶ Des données de l'Europe et de l'Australie indiquent que les clients de LSI ont aussi recours à d'autres services de santé tels le traitement d'abcès, de maladies de la peau, etc.¹⁰⁷

Le troisième avantage, pour les clients, serait d'entrer en contact avec des professionnels qui pourraient au moins les diriger vers des agences appropriées de santé et d'aide sociale, selon les besoins de chacun.¹⁰⁸ Par l'introduction de LSI, on peut offrir des services de santé, d'aide sociale et de réadaptation à des individus vulnérables qui n'y auraient pas accès autrement. L'expérience allemande démontre que des centaines de clients peuvent être référés directement à des services de traitement de la toxicomanie, de désintoxication, de méthadone, ou à des programmes fondés sur l'abstinence.¹⁰⁹ Des études suisses font état de conclusions semblables, selon lesquelles les clients de LSI sont orientés vers des services et programmes de santé, y compris ceux qui offrent de la méthadone et un traitement de la toxicomanie.¹¹⁰ Les LSI ne sont pas conçus pour être une mesure isolée, mais plutôt pour s'intégrer à une stratégie plus complète, en interaction avec un vaste éventail de services de soins de santé.

Attraction de problèmes ou réduction de la nuisance publique?

L'un des arguments les plus souvent évoqués contre l'introduction de LSI est que cela attirerait des utilisateurs et des trafiquants de drogue de l'extérieur de la région – une idée que certains appellent à tort le principe du « pot de miel ». ¹¹¹ Des commerces, surtout, évoquent cet argument pour justifier leur opposition à l'établissement de LSI dans leur quartier. Par exemple, l'Association des marchands de l'avenue Mont-Royal, à Montréal, qui s'oppose à la création de ces lieux, estime qu'une telle initiative ne ferait qu'exacerber les problèmes de drogue, de criminalité et de prostitution.

Ceux qui souhaitent l'introduction de LSI soutiennent que cette crainte n'est pas fondée, puisqu'il se produirait plutôt l'effet contraire : le service est conçu pour répondre aux besoins d'une population d'utilisateurs de drogue par injection de la rue qui « côtoie déjà le marché local de drogue de la rue. » [trad.] ¹¹² Le lieu choisi pour établir le site est habituellement reconnu pour son volume de trafic de drogue et sa concentration élevée d'utilisateurs. Des preuves démontrent que cette population n'est pas particulièrement mobile – en général, les utilisateurs de drogue par injection de la rue ne se déplacent pas d'un bout à l'autre de la ville pour faire leurs injections : « Les toxicomanes se déplacent seulement sur une courte distance, entre le point d'achat et le lieu d'usage de la drogue. » ¹¹³

La Harm Reduction Action Society doute que des LSI attirent plus d'utilisateurs de drogue à Vancouver – elle cite en exemple l'expérience de Francfort, où l'on n'a pas observé de hausse du nombre d'utilisateurs de drogue malgré l'existence de LSI depuis huit ans. L'initiative récente de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, ajoute des preuves au non-fondé des craintes de problèmes exacerbés : d'après le directeur médical du projet, les autorités policières n'ont rapporté aucune augmentation d'activités liées à la drogue dans la région, jusqu'ici, et le site n'a pas attiré d'utilisateurs de drogue d'autres régions. ¹¹⁴

Les craintes de conséquences potentielles peuvent être atténuées par l'inscription des utilisateurs de drogue qui sont autorisés à accéder au LSI, pour le restreindre aux clients locaux établis. De plus, la surveillance policière soutenue dans le quartier permettrait de décourager le trafic de drogue. Il est probable que cela empêcherait l'affluence d'utilisateurs de drogue de l'extérieur. On dit aussi que l'établissement du LSI devrait se faire discrètement et que sa présence ne devrait pas être annoncée à grande échelle. Mais une mise en garde s'impose : certaines de ces suggestions, qui visent probablement à rendre plus acceptable l'existence de LSI dans la communauté, pourraient nuire ou aller à l'encontre des objectifs de l'initiative en imposant des obstacles à des utilisateurs de drogue locaux (qui seraient pourtant des clients souhaitables qui bénéficieraient du LSI).

On craint aussi que l'introduction de LSI fasse augmenter la concentration d'utilisateurs de drogue dans le secteur, ce qui affecterait le cachet du quartier. Pour implanter des LSI avec succès, les communautés et entreprises locales doivent être convaincues que la présence du service risque plutôt d'améliorer la situation du quartier : en déplaçant au moins une partie de l'usage de drogue vers un lieu légitime, on réduirait plusieurs nuisances liées à l'injection de drogue dans la rue.

Les LSI devraient atténuer les problèmes liés à la nuisance et à la visibilité : criminalité, violence, flânage, trafic de drogue et dommages matériels pourraient être réduits; et plusieurs seringues seraient mises au rebut de façon sécuritaire, plutôt que jetées dans les rues. Des études européennes confirment cette supposition : les autorités policières de Francfort rapportent un déclin des vols dans la rue, des vols

Les LSI devraient atténuer les problèmes liés à la nuisance et à la visibilité : criminalité, violence, flânage, trafic de drogue et dommages matériels pourraient être réduits; et plusieurs seringues seraient mises au rebut de façon sécuritaire, plutôt que jetées dans les rues.

dans les automobiles, du trafic d'héroïne et d'infractions similaires, depuis l'introduction de LSI; et dans des villes suisses qui offrent des LSI, moins de seringues sont jetées à la rue.¹¹⁵ Éventuellement, il est probable que le public constatera et reconnaîtra les avantages de l'établissement de LSI, comparativement à la situation actuelle. Clover Moore, député à l'Assemblée législative de la Nouvelle-Galles du Sud, a affirmé : « Les citoyens de ma circonscription sont désespérés devant la croissance de la criminalité de rue liée à la drogue, du trafic de drogue, des surdoses et du nombre de seringues jetées dans leurs rues, devant leurs portes et dans les lieux où jouent leurs enfants. »¹¹⁶ Les LSI ont le potentiel d'atténuer ces problèmes.

Un obstacle à l'existence de « piqueries »

En l'absence de lieux sanctionnés par le gouvernement, une portion de l'injection de drogue se déplace de la rue vers des lieux surnommés « piqueries » – une alternative dangereuse et non hygiénique, qui favorise des comportements à risque dont les conséquences sont graves, pour la santé. Les LSI doivent être « régis officiellement [...] puisque dans les circonstances, il est inévitable qu'il en naîtrait, mais de manière illégale et sans surveillance officielle. »[trad.]¹¹⁷ Les utilisateurs de drogue devraient être en mesure de se faire leurs injections dans un lieu calme et hygiénique où les risques sont faibles, contrairement aux piqueries illégales et à but lucratif qui ne se soucient pas de la santé et de la sécurité de leurs clients. L'approbation légale est cruciale à la capacité des LSI d'offrir des avantages de soins de santé et d'amélioration de la réduction des méfaits.

Dans les pourparlers sur la mise à l'essai d'un LSI en Nouvelle-Galles du Sud, des membres de l'opposition (et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants) ont utilisé l'expression « piqueries » pour désigner les LSI. Le ministre d'État délégué au dossier, John Della Bosca, a rejeté cette allusion trompeuse : « [Dans les « piqueries »] on s'injecte de la drogue de façon illégale [...] aucune mesure de sécurité n'est en place [...] aucun traitement n'est offert et [...] aucun souci n'est démontré pour le bien-être des clients. »[trad.]¹¹⁸

Une mesure rentable

Le rapport coût-efficacité avantageux de l'instauration de LSI pourrait inciter des décideurs à l'action.¹¹⁹ Outre la perte tragique et coûteuse de vies humaines, certains méfaits peuvent être évités ou atténués et entraîner des gains sur le plan économique – à l'instar de l'introduction de l'échange de seringues pour limiter la propagation du VIH. On ne peut nier qu'il est moins coûteux d'offrir l'échange de seringues (ou de remettre du matériel stérile dans un LSI) que de traiter un patient atteint d'une maladie à long terme qui était évitable. Une étude de 1998 a estimé que les coûts directs et indirects du VIH/sida liés à l'injection de drogue s'élèveraient à 8,7 milliards \$ en six ans, au Canada, si la tendance se maintient.¹²⁰ Des économies considérables seraient réalisées en soins de la santé si moins d'individus avaient besoin de traitement pour des maladies chroniques telles le VIH, la septicémie ou l'endocardite. Avec l'établissement de LSI, moins de fonds seraient dépensés en services d'urgence (dans les cas de surdose mortelle ou non mortelle). Les coûts d'application de la loi pourraient également diminuer; ces ressources pourraient être consacrées à la prévention, au traitement et aux soins de santé.

L'impératif moral de mettre à l'essai des LSI

Si le rapport coût-efficacité ne suffit pas à justifier l'attrait de créer des LSI, il pourrait s'avérer plus convaincant d'examiner cette mesure d'un point de vue moral. Il est vrai que cela est difficile – la « moralité » étant un concept abstrait et philosophique à propos duquel

les gens ont diverses opinions. Néanmoins, on ne peut en faire abstraction dans aucune discussion sur les mesures de réduction des méfaits, parce que les valeurs morales ont une influence inéluctable et inévitable sur toute tentative d'analyse « rationnelle ». Des valeurs morales divergentes et conflictuelles se manifestent. Lors du débat sur la mise à l'essai d'un LSI en Nouvelle-Galles du Sud, le Joint Select Committee de cet État australien a remarqué que les valeurs sociales et les expériences personnelles (qui construisent les attitudes individuelles) étaient souvent fondamentales dans les arguments pour et contre l'établissement de LSI : « Il est important de reconnaître que les valeurs et les systèmes de valeurs entrent inévitablement en ligne de compte, dans le débat, et qu'ils sont liés à nos choix personnels de solutions à privilégier. »[trad.]¹²¹

Certains soutiennent que tout usage de drogue est nécessairement mauvais et immoral en soi; d'autres disent que l'usage de drogue en soi n'est pas condamnable au point que l'on continue de vouloir criminaliser et punir cet usage – dans tout contexte imaginable – sans tenir compte des coûts engendrés :

Les drogues ne sont pas répréhensibles en soi [...] les prohibitions dont font l'objet les « substances désignées » doivent être justifiées par des motifs autres qu'un simple caprice de l'autorité; il doit y avoir une preuve objectivement solide et acceptable qui démontre de façon convaincante la validité de la criminalisation d'activités liées à certaines drogues, mais non à d'autres [comme l'alcool ou le tabac].¹²²

Les idéaux liés à la valeur de la préservation de la vie humaine, tout en prêtant attention au besoin immédiat d'améliorer la santé publique – prévenir les surdoses, freiner la propagation de maladies et inciter au traitement –, sont primordiaux. Il est immoral d'empêcher l'accès à des mesures de réduction des méfaits, en présence d'une somme considérable de preuves d'autres pays qui en démontrent l'efficacité :

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de conserver des approches fondées sur la criminalisation pour contrôler l'usage de drogue alors que ces stratégies échouent à rencontrer les objectifs pour lesquels elles avaient été conçues; qu'elles engendrent des maux qui sont d'ampleur équivalente à, ou pire que, celle des maux qu'elles sont supposées prévenir; qu'elles intensifient la marginalisation de personnes vulnérables; et qu'elles favorisent la montée au pouvoir d'empires violents et socialement destructeurs.

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

Il est incorrect, d'un point de vue *éthique*, de conserver des politiques et des programmes qui insistent sur l'abstinence de l'usage de drogue d'une manière si unilatérale et si utopique qu'on laisse de côté l'urgence qui appelle une attention plus immédiate : celle de réduire les souffrances des utilisateurs de drogue et d'assurer leur survie, leur santé et leur croissance vers la liberté et la dignité [...] il est *impératif* de reconnaître – avec toutes les conséquences éthiques de cette réalité éthique – que les personnes qui font usage de drogue possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.¹²³

Il est immoral d'empêcher l'accès à des mesures de réduction des méfaits, en présence d'une somme considérable de preuves d'autres pays qui en démontrent l'efficacité.

Bien que les valeurs personnelles jouent indéniablement un rôle crucial dans la détermination des réactions individuelles au problème de l'injection de drogue dans la rue, on ne devrait pas permettre que des sermons de morale sur les « maux de l'usage de drogue » fassent dérailler le débat sur la mise au point d'une réaction communautaire appropriée. Les observations d'experts du domaine – médecins, scientifiques, chercheurs, travailleurs sociaux – et l'expérience d'autres pays devraient plutôt être dûment prises en considération, de même que les objectifs fondamentaux des soins de santé¹²⁴ et la précieuse contribution des personnes dont la vie et la santé sont en jeu.

Des incitatifs éthiques d'importance primordiale – et les données disponibles (quoique limitées) – incitent à mettre en œuvre cette mesure particulière de réduction des méfaits, de

Une réaction éthique fondée sur les soins et sur un contrat social est nécessaire – une approche qui ne blâme pas les utilisateurs et qui ne repose pas sur la notion de faute.

telle façon que nous prenions soin de manière responsable des individus de notre communauté qui sont confrontés à d'importants risques de santé. L'échec des politiques d'abstention a de sombres conséquences.

Une réaction éthique fondée sur les soins et sur un contrat social est nécessaire – une approche qui ne blâme pas les utilisateurs et qui ne repose pas sur la notion de faute. Il faut reconnaître que les problèmes liés à la drogue et leurs causes sont complexes, et que les réactions requises le sont aussi. Il faut reconnaître que du point de vue moral, la protection de la vie des utilisateurs de drogue prévaut sur la « tare morale » de l'usage de drogue. Il est impératif que les responsables de

politiques approchent le problème de façon réaliste, en adoptant ce qui pourrait être perçu comme une perspective radicalement pragmatique.



Apprendre de l'expérience d'autres pays : la mise en œuvre efficace de LSI

On *peut* établir des lieux sécuritaires pour l'injection (LSI) – comme en témoigne la mise en œuvre réussie de cette stratégie pragmatique, pratique et efficace de réduction des méfaits dans une ville d'Australie et d'autres villes de Suisse, d'Allemagne et des Pays-Bas.¹²⁵ Dolan et coll. soulignent que ces LSI ont été implantés dans des endroits qui étaient devenus des scènes très publiques de consommation de drogue auxquelles s'associaient des effets néfastes tels la détérioration de la santé et l'accroissement des nuisances publiques.¹²⁶ Les LSI semblent maintenant acceptés dans ces pays, malgré l'opposition initiale. La présente section décrit l'expérience de ces quatre pays, en matière de LSI, puis elle tire des leçons du premier essai de LSI récemment amorcé en Australie.

Suisse

En Suisse, des lieux pour l'injection autorisés par le gouvernement fonctionnent sur une base relativement étendue depuis le milieu des années 80, avec le soutien financier du gouvernement et d'organismes non gouvernementaux.¹²⁷ L'avènement de la crise du VIH découlant de pratiques d'injection non sécuritaires a stimulé le dynamisme et la motivation nécessaires à l'établissement de LSI à Berne, Bâle, Zurich et, tout récemment, Genève.^(*)

Le processus qui a conduit à l'introduction de centres sanctionnés par le gouvernement fut évolutif et étalé sur plusieurs années : il y eut d'abord un certain degré de tolérance à l'égard d'un lieu public de consommation de drogue, mais des pressions forcèrent le gouvernement à

(*) Note de dernière heure : « Genève ouvre le premier espace d'injection de Suisse romande », Le courrier (Genève), 29 décembre 2001, <http://www.lecourrier.ch/essai.htm/Selection/sel2001_568.htm>; « Un lieu d'injection à Genève dès le 26 décembre », Le courrier (Genève), 19 décembre 2001, <http://www.lecourrier.ch/selection/sel2001_557.htm>. Voir aussi le Groupe sida Genève, <<http://www.hivnet.ch/gsg/espacema2001.htm>>; « Politique genevoise en matière de toxicomanies - vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection » et la résolution pertinente du Conseil d'État de Genève, notamment, à <<http://www.geneve.ch/social/presse/welcome.html>>.

fermer l'endroit.¹²⁸ Devant l'échec de ce geste, des lieux sanctionnés par le gouvernement ont été créés. Leurs objectifs sont semblables à celui que l'on souhaite faire valoir dans d'autres pays comme l'Australie et le Canada : lutter contre les surdoses mortelles et non mortelles, la propagation d'infections transmissibles par le sang et la nuisance publique.

Chaque LSI comprend généralement un café, une salle de counselling, une clinique de soins médicaux et des salles d'injection.¹²⁹ Celles-ci sont petites et comportent des tables en acier inoxydable sur lesquelles les clients préparent leur drogue et se l'injectent à l'aide du matériel fourni (p.ex. : seringue, bougie, eau stérilisée, cuillère, coton ouate, pansement et boîte à déchets). Anne Marxer, directrice de la Low Threshold Agency, à Berne, insiste sur ce qui n'est pas fourni ou permis :

Pas la drogue, bien sûr, ils doivent apporter la leur. Nous ne distribuons pas de drogue ici. Nous avons aussi des règles très strictes; les clients peuvent rester ici pendant une demi-heure et ils ne peuvent pas vendre ou acheter de drogue, ni même en faire cadeau à quelqu'un, dans l'établissement. S'ils désobéissent à ces règles, ils reçoivent une sanction et ne peuvent plus revenir durant deux jours.[trad.]¹³⁰

Les employés ne peuvent pas aider les clients à s'injecter. Un employé doit être présent dans la salle d'injection en tout temps; des médecins y travaillent quelques heures par semaine; et le site est ouvert sept heures par jour, de cinq à six jours par semaine.¹³¹

« Nous acceptons les gens comme ils sont. »

Tous les employés reçoivent une formation en réanimation et sont en mesure de référer les clients à des centres de traitement de la toxicomanie ou à des services de counselling. Marxer explique :

Ici, nous acceptons les gens comme ils sont. Nous ne leur disons pas de devenir sobres, mais quand ils veulent le faire, nous les aidons à franchir la prochaine étape. Mais nous les acceptons d'abord comme ils sont; aussi, ils doivent avoir plus de [...] 16 ans. Et la première injection n'est pas permise ici. C'est très important [...] c'est tout à fait interdit.[trad.]¹³²

Des données décrivent le degré de succès des mesures suisses pour réduire les méfaits associés à l'usage de drogue. Par exemple, chaque jour, les LSI de Zurich et celui de Bâle reçoivent environ 100 clients chacun.¹³³ Dans trois centres de Zurich, on a compté près de 68 000 injections en un an; 3 000 abcès ont été traités; 22 individus ont été réanimés; et 10 appels téléphoniques ont servi à demander des services ambulanciers.¹³⁴ Dolan souligne qu'« aucun décès n'est survenu dans les salles d'injection suisses, jusqu'ici; des travailleurs croient que cela aurait entraîné une diminution du nombre de décès par surdose, dans la communauté. »[trad.]¹³⁵

Les LSI sont décrits « comme un aspect normal du paysage urbain de Berne. »[trad.]¹³⁶ Un comité d'enquête raconte son expérience de localisation d'un LSI suisse :

En arrivant à la gare de train de Berne, nous avons demandé des renseignements au Centre d'information touristique, pour savoir où se trouve le LSI. Sans en faire un cas, l'assistant nous a donné de bonnes indications. Sur la rue de l'établissement, nous avons demandé à une passante, une religieuse âgée, dans quel édifice nous devions nous diriger. Sans froncer, elle a pointé une porte voisine. L'endroit avait l'air d'un mélange entre un simple café et une clinique médicale.[trad.]¹³⁷

Les LSI suisses ont eu un impact positif, au delà de l'amélioration immédiate de la santé des utilisateurs de drogue et de la communauté : ils ont atténué la nuisance publique en réduisant le nombre de seringues jetées à la rue.¹³⁸

Allemagne

En Allemagne, il existe treize LSI et l'on entend en créer de nouveaux. Ils sont financés au moins partiellement par des autorités locales et dirigés par des organismes non gouvernementaux, en tenant compte à la fois des intérêts de la police et de la communauté. Les établissements furent d'abord informels, puis ils reçurent l'approbation officielle du gouvernement en dépit de l'opposition de certaines parties :

Fonctionnant avec un statut semi-légal depuis 1994, les salles financées par la ville furent entièrement légitimées par le Parlement allemand en février [2000]. Cette décision a consterné les conservateurs allemands et suscité une protestation des Nations Unies qui considèrent que la politique sous-jacente à ces services est incompatible avec les accords internationaux de lutte contre le commerce de drogue.[trad.]¹³⁹

L'introduction de LSI est passée par un constat d'échec des politiques prohibitionnistes, accompagné d'un accroissement des risques de santé et des nuisances publiques; des LSI furent éventuellement créés après consultation auprès de la police, des résidents, du gouvernement et des entreprises locales.¹⁴⁰ À Francfort, la communauté a demandé l'introduction de LSI, à la suite d'un mécanisme d'éducation et de discussion; des banques ont même versé des dons monétaires pour appuyer l'initiative.¹⁴¹ Dolan commente :

À Francfort, la communauté a demandé l'introduction de LSI, à la suite d'un mécanisme d'éducation et de discussion; des banques ont même versé des dons monétaires pour appuyer l'initiative.

Comme en Suisse, l'établissement de ces lieux a été un geste concret pour réduire l'impact de vastes endroits ouverts de consommation de drogue, où l'injection en public, la situation de sans-abri et la prévalence élevée des infections virales transmissibles par le sang étaient des phénomènes évidents. Plusieurs considèrent aussi que les LSI sont une suite logique aux services de toxicomanie axés sur l'acceptation, et aux politiques sur la drogue qui favorisent la compassion.[trad.]¹⁴²

En vertu de la loi, les LSI doivent satisfaire à certaines normes :¹⁴³ provision de counselling; mécanismes d'évaluation de l'efficacité; système d'identification des clients; et mesures pour prévenir les infractions criminelles, en particulier le trafic de drogue. Certaines d'entre elles visent à garantir que l'Allemagne respecte ses obligations internationales, en présentant les initiatives comme des essais médicaux ou scientifiques.

Dolan et coll. décrivent quelques-unes des principales caractéristiques des LSI allemands.¹⁴⁴ Les clients ont plus de 18 ans; ils n'en sont pas à leur première injection; ils ne suivent pas une thérapie de substitution; ils ne démontrent pas de tendance à la violence; ils ne marchandent pas ou ne partagent pas de drogue sur le site; ils ne font pas d'injection à d'autres clients; et ils peuvent rester sur le site 30 minutes au plus. Les clients n'ont pas à s'inscrire, mais leur identité est vérifiée. Le personnel se compose de travailleurs sociaux, d'infirmières, de médecins examinateurs et, dans certains cas, d'anciens UDI. Un employé supervise le lieu en tout temps et aucun membre du personnel ne peut offrir d'assistance pour l'injection. Dolan et coll. notent que les lieux sont hygiéniques, calmes et humains et qu'ils comportent des salles privées pour certaines pratiques : « La provision des services se fonde sur [les principes de] la réduction des méfaits, l'acceptation et l'anonymat. »[trad.]¹⁴⁵

Il y a quatre salles d'injection, à Francfort. D'après le fonctionnaire municipal en charge du dossier des drogues, Juergen Weimer, l'introduction de LSI à Francfort a fait chuter

L'introduction de LSI à Francfort a fait chuter presque à zéro le nombre d'individus s'injectant de la drogue dans la rue.

presqu'à zéro le nombre d'individus s'injectant de la drogue dans la rue – alors qu'il y a dix ans, 1 000 toxicomanes « traînaient dans un parc », « y jetaient leurs seringues et leurs déchets, marchandaient de l'héroïne et vendaient leur corps. »[trad.]¹⁴⁶ De plus, les LSI sont « un moyen efficace de joindre les plus marginalisés parmi les utilisateurs de drogue et de réduire les méfaits de leur usage de drogue sur leur santé et sur celle de la communauté, ainsi que sur l'ordre public. »[trad.]¹⁴⁷ D'après Weimer, la politique de Francfort en matière de drogue, y compris la création de LSI, « sauve des vies humaines » : les décès liés à la drogue ont chuté de 147 (en 1992) à 26 (en 1999), alors qu'à travers l'Allemagne, ce taux augmentait de 8% en 1999.¹⁴⁸ Les taux d'infection à VIH parmi les UDI semblent aussi avoir décliné – une diminution que l'on peut attribuer en partie à la présence de LSI :

D'après des résultats d'autopsie, le taux d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue est passé de 63%-65% (en 1985), à 12%-15% (en 1994). Cette baisse est attribuée à la stratégie intégrée de réduction des méfaits de Francfort, qui comprend [des LSI] et une variété d'autres services de toxicomanie à critères d'accès facilités.[trad.]¹⁴⁹

Pays-Bas

Bien que les LSI néerlandais existent depuis plusieurs années, ce n'est que récemment qu'ils ont reçu l'appui officiel du gouvernement – reflet d'un changement d'approche en matière de politiques sur les drogues.¹⁵⁰ En 2000, il y avait 16 LSI officiels dans neuf villes néerlandaises; trois autres villes prévoyaient en introduire « dans un proche avenir. »[trad.]¹⁵¹ Dolan et coll. signalent que ces initiatives se fondent sur un principe de tolérance de la drogue, plutôt que sur celui de l'abstinence, et qu'elles ont été conçues pour voir aux besoins de jeunes qui ont des « problèmes psychosociaux »[trad.]¹⁵² Comme dans le cas des LSI d'autres pays, la nature des services offerts a évolué avec le temps et, comme ailleurs, l'élément déclencheur ayant incité à l'établissement de LSI était le besoin de réduire la nuisance publique et les risques de santé souvent associés à l'injection de drogue dans la rue.¹⁵³

À Rotterdam, un établissement « offre un lieu supervisé pour l'injection ainsi qu'une cafétéria, un centre d'activités et des leçons d'artisanat, de peinture, de dessin et d'étude de la bible. »[trad.]¹⁵⁴ Un sondage auprès des clients de cet établissement a révélé que 60% d'entre eux y avaient recours pour des motifs autres que la simple injection sécuritaire.¹⁵⁵ Quant aux caractéristiques démographiques de la clientèle, 40% sont des sans-abri (dont plusieurs dorment à l'établissement), 80% sont des hommes et 84% ont 30 ans et plus.¹⁵⁶

Même si l'impact des LSI n'a pas fait l'objet d'études approfondies, aux Pays-Bas, une évaluation du site d'Arnhem a indiqué un déclin de l'usage de drogue dans la rue, ayant entraîné une diminution des comportements dangereux parmi les utilisateurs de drogue.¹⁵⁷

Australie

Trois gouvernements d'États australiens – Nouvelle-Galles du Sud, Victoria et Territoire de la capitale australienne – ont tenté de mettre à l'essai des LSI, avec divers degrés de réussite. Ces initiatives ont fait l'objet de controverse et de débats considérables et elles se sont heurtées à une résistance.

La plupart des observateurs conviennent que l'amendement du droit criminel – plutôt que l'adoption de mesures administratives ou de réglementation – est le moyen le plus efficace

d'assurer le succès des LSI, en protégeant le personnel et les clients contre les poursuites criminelles.¹⁵⁸ Les trois projets australiens ont suivi cette voie, pour assurer une plus grande confiance vis-à-vis du fonctionnement et du recours aux LSI.

Nouvelle-Galles du Sud

En 1997, en Nouvelle-Galles du Sud, la Commission royale Wood a recommandé la mise à l'essai de LSI, dans le cadre de son enquête sur le Service de police de cet État australien. En mentionnant que le gouvernement de cet État finance déjà des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles pour réduire la propagation de d'infections par le sang, le commissaire Wood a déclaré qu'il serait insensé de ne pas aller plus loin pour offrir des lieux sanitaires où se ferait l'injection de drogue.¹⁵⁹ En réaction à la suggestion du juge Wood, le Parlement de la Nouvelle-Galles du Sud a formé en 1997 un Comité conjoint qui, dans un rapport détaillé, a recommandé de ne pas procéder à la mise à l'essai de LSI pour diverses raisons,¹⁶⁰ y compris des préoccupations de sécurité liées à l'administration et au fonctionnement des établissements, un risque d'accroissement de la criminalité, des questions liées à l'impact sur les attitudes face à l'usage de drogue et des questions d'allocation des ressources. Toutefois, le comité a également établi des conditions obligatoires à respecter si l'on décidait d'introduire des LSI. Entre-temps, en 1998, une salle d'injection non sanctionnée mais supervisée fut ouverte pendant quelques semaines dans la chapelle Wayside – un local de la Uniting Church, à Kings Cross. La police a fermé les lieux, mais elle a ensuite retiré les accusations qu'elle avait déposées contre le révérend.¹⁶¹

Une salle d'injection non sanctionnée mais supervisée fut ouverte pendant quelques semaines, en 1998, dans la chapelle Wayside – un local de la Uniting Church.

En 1999, le gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud parrainé un « Sommet sur les drogues » afin d'élaborer une réaction à facettes multiples, devant le problème croissant d'usage de drogue à travers l'État. À l'issue du Sommet, qui a mené à la formulation de plus de 170 recommandations, le gouvernement a annoncé qu'il appuierait la mise à l'essai d'un LSI pendant 18 mois, à un endroit, qui « servira de porte d'accès aux traitements et qui vise-
ra à réduire l'impact de l'usage de drogue sur la communauté »[trad.] :¹⁶²

Le gouvernement ne devrait pas opposer son veto aux propositions d'organismes non gouvernementaux pour l'essai strict et contrôlé de salles d'injection supervisées par du personnel médical, dans des zones précises où l'on observe une prévalence élevée du commerce de drogues illégales dans la rue, lorsque ces propositions comprennent des options de soins de santé primaires, de counselling et de référence à des traitements – dans la mesure où l'initiative est appuyée par la communauté et le gouvernement local.[trad.]¹⁶³

Il s'est avéré difficile de trouver une instance capable de diriger un LSI et disposée à le faire. Par exemple, les Sœurs de la Charité (qui sont en charge d'un hôpital public près de Kings Cross) étaient prêtes à diriger un établissement, mais le Vatican s'y est opposé.¹⁶⁴ Cet obstacle fut vaincu lorsque la Uniting Church reçut une licence d'exploitation. Le local choisi, une ancienne galerie de jeux, fut complètement réaménagé.¹⁶⁵

« Le premier centre d'injection du monde anglophone »¹⁶⁶ fut créé en vertu de l'Annexe 1 de la *Drug Summit Legislative Response Act 1999* (Nouvelle-Galles du Sud) modifiant la *Drug Misuse and Trafficking Act 1985* (Nouvelle-Galles du Sud). Le directeur général du Département de la Santé et le commissaire du Service de police de la Nouvelle-Galles du Sud furent alors en mesure d'émettre une licence d'exploitation de LSI pour une période d'essai de 18 mois.

Cette licence allait être accordée à condition que les protocoles internes de gestion du LSI soient satisfaisants et que le gouvernement local et la communauté expriment un appui suffisant à l'initiative.¹⁶⁷ Lors de la sélection du lieu, on a dû tenir compte de considérations de santé publique et de sécurité, de la visibilité à partir de la rue, et de la proximité d'écoles.¹⁶⁸

Des règlements ont été élaborés pour préciser les normes et les protocoles internes de gestion du centre, les règles de conduite des clients ainsi que les fonctions et qualifications du personnel.¹⁶⁹ Tous les employés supervisant les activités d'injection doivent être des professionnels de la santé qualifiés. Au moins un employé, disponible en tout temps, doit posséder une expérience ou des qualifications satisfaisantes en matière de soutien des jeunes et de protection des enfants.¹⁷⁰ De plus, l'établissement doit comprendre ou disposer d'un accès satisfaisant aux services suivants : counselling en matière d'alcool et de drogue; désintoxication et réadaptation; éducation sur la santé; provision de méthadone; test de dépistage d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang; et échange de seringues et d'aiguilles.

La Loi prévoit un examen de l'essai ainsi que la production d'un rapport sur les conclusions de cet examen, qui sera déposé devant le Parlement.¹⁷¹

Territoire de la capitale australienne

En décembre 1999, l'Assemblée législative du Territoire de la capitale australienne a édicté une loi permettant l'introduction d'un LSI ainsi que la formation d'un vaste comité consultatif dans ce dossier.¹⁷² La *Supervised Injecting Place Trial Act* [Loi pour l'essai d'un lieu supervisé pour l'injection] a pour objet l'ouverture temporaire d'un LSI afin de mener un essai scientifique sur les avantages et les risques d'un tel établissement, pour la santé publique. En vertu de cette loi, le LSI serait évalué à tous les six mois par un comité consultatif qui, avant l'échéance de la loi, mènerait une évaluation complète de l'essai scientifique. Toutefois, des dissensions politiques et des problèmes budgétaires ont entraîné la perte du financement; la date de début de l'essai fut repoussée.¹⁷³ Le Parti travailliste récemment élu s'est engagé à concrétiser la politique qu'il avait élaborée en la matière : évaluer les conclusions de l'essai effectué en Nouvelle-Galles du Sud et déterminer si l'introduction d'un LSI est souhaitable, dans le Territoire.

Victoria

L'État de Victoria fut la scène d'importants débats à propos des LSI, en 1999-2000. Le gouvernement a proposé la création de LSI dans les cinq communautés de Melbourne qui présentent la plus haute prévalence d'usage de drogue dans la rue.¹⁷⁴ L'initiative proposée était un essai d'une durée limitée, comprenant une période de démarrage de six mois suivie de 18 mois d'opération. Elle avait pour buts de réduire la transmission d'infections par voie sanguine, ainsi que de fournir du counselling et des soins de santé primaires. Le personnel devait être composé de professionnels qualifiés du domaine médical. Contrairement au modèle de la Nouvelle-Galles du Sud, l'approche à sites multiples de l'État de Victoria aurait eu l'avantage de permettre une comparaison entre divers types d'établissements. Cependant, la tentative du gouvernement de faire édicter le projet s'est heurtée à des difficultés et elle fut bloquée par les partis de l'Opposition qui sont majoritaires au sein du Conseil législatif de l'État de Victoria.¹⁷⁵

Leçons à retenir

Puisque les initiatives de Victoria et du Territoire de la capitale australienne ont été retardées, seule celle de la Nouvelle-Galles du Sud fut amorcée. Fait qui n'est pas surprenant, l'établissement d'un LSI à Kings Cross, dans la ville de Sydney, a déjà fait l'objet d'un litige. En 2001,

la Chambre de commerce et du tourisme inc. de Kings Cross soutenait devant la Cour suprême de la Nouvelle-Galles du Sud que le Uniting Church in Australia Property Trust n'était pas autorisé par la loi à détenir une licence pour exploiter l'établissement et que la façon de procéder au choix du site avait été illégale.¹⁷⁶ Le juge Sully a tranché que le LSI pouvait être ouvert légalement, que le Trust pouvait louer légitimement l'édifice à Kings Cross, que le commissaire de la police et le directeur général du Département de la Santé avaient « agi raisonnablement et en vertu des critères de la loi »[trad.], et que cette contestation était rejetée.¹⁷⁷

Après le rejet de cette contestation, les dirigeants de l'établissement ont été confrontés à une difficulté quant à la date de début du projet : ils espéraient éviter une frénésie médiatique en n'annonçant pas la date d'ouverture du LSI.¹⁷⁸ En réalité, l'attention scrupuleuse des médias a découragé la participation de plusieurs UDI – seulement huit ont eu recours au LSI la journée de son ouverture, et quatre le lendemain.¹⁷⁹ Le site peut accueillir 16 personnes à la fois et l'on s'attend à ce qu'entre 150 et 200 injections y soient faites chaque jour, durant les deux blocs de quatre heures d'ouverture.¹⁸⁰ Durant les cinq ou six premiers jours, plus de cent individus ont eu recours au LSI.¹⁸¹ Aucune arrestation n'a été effectuée pendant la période de démarrage.¹⁸²

Un « Manuel d'opération » accompagnant la demande d'exploitation du LSI indiquait ce qui suit, à propos de la « population cible » de l'établissement :

Bien qu'un éventail d'études aient démontré que la majeure partie de l'injection de drogue se fait en privé, on estime qu'à Kings Cross, 44% des injections de drogue ont lieu dans des endroits publics (comme des rues, des parcs et des toilettes publiques) ou dans des « piqueries » (Darke, 1999). En août 1999, une enquête a été menée auprès des clients du K2 Needle Syringe Program (situé au cœur de la zone de commerce du sexe et d'usage de drogue, à Kings Cross), à propos de leurs pratiques d'injection. Parmi les 198 répondants, 52 (29%) s'étaient fait leur plus récente injection en public et 77 (44%) l'avaient faite seuls. Quatre-vingt-trois p. cent de ceux qui avaient fait leur injection en public auraient préféré se rendre dans un LSI.

La principale population cible d'une salle d'injection, ce sont les individus qui s'injectent de la drogue en public et ceux qui s'injectent seuls. Ces individus sont généralement très marginalisés; ils sont aux prises avec de nombreux problèmes sociaux et de santé, y compris, dans certains cas, des maladies psychiatriques et la situation de sans-abri.[trad.]¹⁸³

Jusqu'à maintenant, le LSI semble atteindre sa population cible. Une semaine après son ouverture, il a été qualifié de réussite, après que son personnel eût « sauvé la vie d'un homme qui a fait une surdose d'héroïne lors d'une visite [...] Si le centre n'avait pas existé, on dit que l'homme aurait pu mourir. »[trad.]¹⁸⁴ Le révérend Herbert de la Uniting Church souligne que le personnel a réagi immédiatement – et « adéquatement » – à la surdose, en administrant de l'oxygène à l'homme, « et c'est bien, parce que ça démontre que nous répondons précisément au problème auquel nous voulions nous attaquer. »[trad.]¹⁸⁵ De plus, même si peu d'individus avaient eu recours au LSI après deux journées d'opération, « l'un d'eux en était à sa deuxième visite : un jeune homme qui souhaitait qu'on le réfère à un service de réadaptation. »[trad.]¹⁸⁶

Fait important, des messages sur les risques de santé sont communiqués aux visiteurs, ainsi que des « messages d'hygiène de base »[trad.]¹⁸⁷ Après trois mois, on n'a rapporté

Une semaine après son ouverture, le premier LSI australien a été qualifié de réussite.

« aucune violence et aucun incident de vente de drogue, sur le site. Le Dr van Beek a indiqué que la police de Kings Cross n'avait signalé aucun changement dans les tendances du commerce de drogue, dans le quartier. »¹⁸⁸

Wayne Stuart, un UDI de Kings Cross, souligne que parmi les individus qui s'injectent de l'héroïne, il y a des riches et des défavorisés, des professionnels salariés et des sans-abri; mais il note aussi que ceux qui ont de l'argent et un emploi ont une certaine capacité de prendre soin d'eux-mêmes.¹⁸⁹ Au sujet du grand potentiel du LSI au chapitre de la provision de soins, il affirme que « le grand bénéficiaire [du LSI] est l'utilisateur de rue, qui est vraiment dans une situation difficile. Il y a beaucoup de gens par ici qui n'ont nulle part où vivre, nulle part où aller. »[trad.]¹⁹⁰ Une autre UDI, Pauline, 31 ans et sans-abri, tient des propos semblables : elle s'est souvent fait des injections dans la rue, durant ses 13 ans d'usage de drogue, parce qu'elle n'a pas les moyens de se payer une salle dans l'une des « piqueries » illégales du voisinage, pour faire ses injections en privé.¹⁹¹

Un rapport publié en janvier 2002 révèle que dans les six premiers mois de fonctionnement du LSI :

- 1 503 individus inscrits ont eu recours aux services de l'établissement, pour un total de 11 237 visites d'une durée moyenne de 30 minutes;
- environ les deux tiers des clients étaient des hommes, et le tiers étaient des femmes;
- la cocaïne et l'héroïne étaient les drogues les plus souvent injectées;
- lors d'environ un tiers des visites, les clients ont reçu un service de soins de santé (des conseils sur l'injection et le soin des veines, dans près de 50% des cas);
- près d'une visite sur 18 conduisait à une référence pour une assistance supplémentaire (42% pour le traitement de la toxicomanie; 33% pour des soins de santé primaires; et 25% pour des services d'aide sociale); et
- 87 incidents cliniques liés à la drogue ont nécessité une intervention médicale, notamment 50 surdoses d'héroïne (dont 42 ont été prises en charge par l'administration d'oxygène) et 28 cas de toxicité liée à la cocaïne.¹⁹²

L'efficacité à long terme du LSI sera surveillée par un comité d'évaluation, qui mesurera son impact sur la réduction des surdoses dans la communauté de Kings Cross, sa capacité d'agir comme service de référence et porte d'accès à des programmes de traitement et de réadaptation, ainsi que son impact sur l'activité criminelle dans le quartier.¹⁹³



Aspects juridiques : le droit international

Partant des recherches et données scientifiques, il est manifeste que (i) un grave problème d'injection de drogue existe et que (ii) on peut le prévenir dans certaines circonstances. On *peut* faire quelque chose. De plus, des obligations légales et éthiques requièrent la mise à l'essai au Canada de lieux sécuritaires pour l'injection.

Le chapitre qui s'amorce ici examine les aspects pertinents du droit international. Son contenu indique que le droit international requiert que des essais de tels lieux soient entrepris, en vertu de l'obligation légale internationale de permettre aux Canadien-ne-s d'atteindre le meilleur état de santé possible. De plus, nous expliquons que les conventions internationales sur la drogue n'empêchent pas la mise à l'essai de LSI. De fait, ces traités sur la drogue permettent expressément les expériences scientifiques et médicales. Nous examinons par ailleurs les critiques formulées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, à propos des LSI, et concluons que sa perspective est indûment rigide et ne devrait pas empêcher les États d'adopter ces mesures.

Les questions de droit domestique sont abordées dans le prochain chapitre.

Obligations en matière de droits de la personne

Le Canada est signataire de plusieurs traités des droits de la personne comportant des obligations qui peuvent nécessiter l'implantation de lieux sécuritaires pour l'injection. Le refus de créer de tels établissements pourrait donc s'avérer une violation de nos obligations en vertu de ces traités.

La *Charte des Nations Unies*, qui a force d'application légale pour tous les pays membres de l'ONU, tient compte des droits sociaux, des droits à caractère humanitaire et des droits de la personne. L'article 55 de cette *Charte* stipule que

La mise à l'essai au Canada de lieux sécuritaires pour l'injection est requise par des obligations légales et éthiques.

les Nations Unies favoriseront [...] la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et [...] le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous [...].¹⁹⁴

De plus, en vertu de l'article 56 de cette *Charte*, tous les pays membres des Nations Unies se sont engagés « à agir, tant conjointement que séparément, en coopération avec » les Nations Unies pour atteindre ces buts.¹⁹⁵ En outre, l'article 103 stipule qu'en cas de conflit entre les obligations d'un pays en vertu de la *Charte des Nations Unies* et ses obligations en vertu de tout autre accord international, « les premières prévaudront ». ¹⁹⁶ De toute évidence, cette notion inclut les accords internationaux sur le contrôle des drogues (dont il sera question plus loin).

Le Canada est signataire de plusieurs traités des droits de la personne comportant des obligations qui peuvent nécessiter l'implantation de lieux sécuritaires pour l'injection.

Le corpus du droit international sur les droits de la personne définit les obligations des pays de respecter, de promouvoir et d'atteindre le plein exercice des droits de la personne. Dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, qui a maintenant acquis le statut de droit international coutumier, et qui a par conséquent force d'application légale pour tous les pays, il est affirmé que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». ¹⁹⁷ Comme l'a affirmé Chapman, un expert reconnu dans ce domaine : « Les enjeux de la santé sont cruciaux au bien-être et à la dignité et, par conséquent, sont au cœur des droits de la personne ». ¹⁹⁸ Jamar appuie cette position :

Étant donné [que le droit à la santé] est un *droit* humain et non une simple pré-tention morale, un État est légalement tenu de faire plus que rien, pour que progresse ce droit; cette obligation est inhérente au terme « droit » et réside dans l'approche générale en vertu de laquelle on requiert que les États parties à divers traités « adoptent des mesures » pour concrétiser les droits. ¹⁹⁹

Deux traités internationaux définissent plus précisément les paramètres élémentaires du droit international des droits de la personne : le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDPC)²⁰⁰ et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIRDÉSC).²⁰¹ Le préambule du PIRDÉSC fait référence à « la dignité inhérente à la personne humaine » et à l'obligation de favoriser les droits économiques, sociaux et culturels de toute personne. L'article 12 du PIRDÉSC impose des obligations positives aux États parties au Pacte :

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : [...]
- (c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
- (d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.²⁰²

Toute personne a droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint selon, évidemment, les circonstances économiques propres à l'État.²⁰³ La notion de ce qu'il est possible d'atteindre, ajoutée à l'obligation des États « d'assurer progressivement le plein exercice » [art. 2] du droit à la santé, sous-entend que le but énoncé dans le PIRDÉSC n'est ni un idéal inatteignable, ni un strict minimum, mais plutôt une norme réaliste et adaptée à la situation du développement économique et de la capacité de chaque nation – et une tentative sincère d'améliorer cette norme.²⁰⁴ De toute évidence, on doit tenir compte des ressources dont dispose l'État, lorsque l'on détermine s'il satisfait ou non à cette obligation légale qu'il a assumée en vertu du traité.

Fait peu étonnant compte tenu de son caractère général, le PIRDÉSC n'aborde pas les préoccupations particulières de santé publique qui s'associent à l'usage de drogue, telles la dépendance, les surdoses et les infections transmissibles par le sang (comme le VIH). Bien que l'article 12(1) définisse le droit à la santé, l'alinéa 12(2) « cite à titre d'illustration et de manière non exhaustive des exemples d'obligations incombant aux États parties ».²⁰⁵ L'*Observation générale no 14* du Comité des Droits économiques, sociaux et culturels, aux Nations Unies, explique que « le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ».²⁰⁶ Cela résout au moins en partie certaines des préoccupations à l'effet que la santé – en tant que droit – soit une notion ambiguë, reflétant « des situations culturelles, sociales et économiques, ainsi que des perceptions individuelles et médicales quant à ce qui est normal, habituel et atteignable ».²⁰⁷

L'*Observation générale no 14* du CDÉSC souligne que les États ne peuvent assurer une protection contre la panoplie complète des causes de maladie chez les humains, notamment contre les « modes de vie malsains ou à risque ».²⁰⁸ Toutefois, on y ajoute que l'alinéa 12(2)c du PIRDÉSC requiert « la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/sida [...] et [pour] la promotion de déterminants sociaux de la bonne santé, tels que [...] l'éducation. »²⁰⁹

Les violations de l'obligation de protection incluent « le fait de ne pas décourager la production, la commercialisation et la consommation de tabac, de stupéfiants et d'autres substances nocives ».²¹⁰ Bien que d'aucuns puissent être d'avis que la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection irait à l'encontre de cette obligation, il convient de souligner que cette mesure n'a pas pour objet d'encourager la consommation de stupéfiants – et que, de fait, ces services ne sont accessibles qu'à des personnes qui en consomment déjà – en plus de constituer un moyen de mettre des utilisateurs en contact avec des programmes de traitement de la toxicomanie et d'autres services qui peuvent réduire ou éliminer leur dépendance. Ces services ont pour but de réduire les risques pour la santé, dans des situations où l'usage de drogue aurait eu lieu de toute façon, et dans des conditions dangereuses par surcroît. Par ailleurs, ils visent la réalisation d'autres responsabilités fondamentales à l'égard du droit à la santé, soit « adopter des mesures pour [...] contrôler, traiter et prévenir la transmission d'épidémies majeures et de maladies endémiques, y compris [...] le [VIH]/sida ».²¹¹

Certes, l'on ne peut prétendre que l'État viole ses obligations envers les droits de la personne parce qu'il ne contrôle pas tous les comportements d'usage de drogue. Le droit

Le droit à la santé devrait être considéré comme « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé [...] et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé ».

à la santé, en droit international, est plutôt centré sur l'obligation de l'État d'adopter des mesures proactives – en gardant à l'esprit l'ampleur de ses ressources – afin de réduire ou de prévenir des conséquences sanitaires graves qui s'associent à l'usage de drogue, comme la propagation de maladies. De plus, compte tenu de la nature changeante des problèmes de santé auxquels est confrontée la communauté internationale, et vu en particulier la propagation du VIH, il est de plus en plus nécessaire de considérer le droit à la santé comme « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé [...] et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé »,²¹²

Comme l'ont fait valoir plusieurs analystes, et comme l'indique l'expérience d'autres pays, l'un des moyens cruciaux pour joindre certaines personnes de la rue qui s'injectent des drogues, non seulement pour que nous puissions voir à leurs besoins de santé immédiats, mais aussi pour leur donner de l'éducation et de l'information sur les programmes de traitement, réside dans la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection. Par conséquent, la fourniture de tels établissements cadre carrément dans les termes de l'article.

Cela dit, il est important de noter qu'un État jouit d'une marge d'appréciation – ou de discrétion – en lien avec sa propre détermination des mesures qui satisfont le mieux à ses besoins. On peut soutenir que la situation du Canada, où il existe de graves problèmes d'hépatite C et de surdoses de drogue, parmi les utilisateurs de drogue par injection, devrait être mise en comparaison celle de pays de situation semblable et relativement aisés sur le plan financier (comme la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Australie), qui se sont attaqués au problème par l'introduction de mesures novatrices pour réduire les méfaits, entre autres par la mise à l'essai de lieux supervisés pour l'injection. La fourniture de matériel d'injection stérile dans un environnement hygiénique, en présence de personnel formé en soins de santé, afin de prévenir les conséquences néfastes de surdose et de pratiques non sécuritaires d'injection, constitue un exemple évident du type de mesures requises, pour réduire la propagation de maladies évitables et l'incidence élevée des surdoses. Cette mesure a le potentiel d'orienter les utilisateurs vers des traitements et d'autres programmes. Au bout du compte, si un pays riche et développé comme le Canada ne met pas en œuvre *toutes les mesures plausibles* qui peuvent servir à réduire des méfaits, alors il contrevient aux obligations qui lui incombent en vertu du PIRDÉSC.

On peut invoquer le même argument en relation avec l'article 6 du PIRDCP, où il est affirmé : « Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par

Tous les mécanismes internationaux des droits humains chargés de surveiller l'action gouvernementale ont exprimé leur engagement à examiner les implications du VIH/sida sur les obligations des gouvernements.

la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie. » Les traités internationaux sur les droits de la personne protègent le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Cette norme du droit international devrait être interprétée de manière libérale plutôt que restrictive, vu la nature fondamentale de l'enjeu en cause. D'après le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le droit « ne devrait pas être interprété de manière étroite » [trad.] et les États doivent adopter des mesures positives et proactives pour protéger la vie humaine, notamment des mesures qui peuvent aider à prévenir la propagation d'épidémies.²¹³ Les moyens par lesquels ce droit peut être protégé et favorisé, dans le contexte qui nous occupe, où des maladies

et des surdoses potentiellement mortelles peuvent être prévenues, sont clairs : la mise en œuvre de toute mesure possible de réduction des méfaits.

En écrivant sur la situation du VIH/sida et les responsabilités des États en vertu des traités sur les droits de la personne, de promouvoir la santé et de prévenir les maladies lorsque

possible, Gruskin fait remarquer que : « Le droit au meilleur niveau possible de santé physique et mentale apparaît sous une forme ou une autre dans la plupart [de ces traités ... et] presque chacun des articles de chaque document comporte des implications claires pour la santé. »²¹⁴ Elle observe que, bien que le VIH et les droits des personnes vivant avec le VIH/sida ne sont pas expressément cités par les instruments, « tous les mécanismes internationaux chargés de surveiller l'action gouvernementale du point de vue des droits de la personne ont exprimé leur engagement à examiner les implications du VIH/sida en termes d'obligations gouvernementales ». ²¹⁵ Gruskin ajoute, par ailleurs : « Il y a un fossé énorme entre la rhétorique et la pratique ». ²¹⁶ En ce qui concerne les soins aux personnes vivant avec le VIH/sida, d'autres ont soutenu que ces traités « peuvent être interprétés comme obligeant les signataires à garantir l'accès aux soins médicaux appropriés à moins qu'ils puissent justifier le contraire. »²¹⁷

Par analogie, il est plausible que la même chose puisse s'affirmer de la mise en œuvre de lieux supervisés pour l'injection, pour faire face aux problèmes liés à l'injection de drogue dans la rue. Les conventions peuvent se lire comme incluant les questions de soins de santé liées à l'usage de drogue. L'obligation de fournir à toutes les personnes de la communauté *le meilleur état de santé susceptible d'être atteint* est de toute évidence violée si des politiques délibérées empêchent ou font échouer la mise sur pied de ces mesures qui peuvent prévenir des maladies et sauver des vies. En prenant comme point de mire la gravité des dangers associés à l'injection non sécuritaire de drogue – c'est-à-dire le caractère immédiat et urgent du problème –, on peut soutenir que l'obligation de créer des lieux sécuritaires pour l'injection correspond en effet à la description la plus centrale et fondamentale du droit à la santé : « Le droit à la santé impose à l'État l'obligation d'intervenir ou d'agir, dans la limite des ressources dont il dispose, pour réduire ou régler les menaces graves à la santé de ses individus ou de la population. »²¹⁸

Obligations en matière de contrôle de la drogue

Les traités internationaux relatifs à la drogue empêchent-ils que le Canada ouvre des lieux sécuritaires pour l'injection? Le Canada est signataire de trois traités susceptibles d'être pertinents :

- la *Convention unique sur les stupéfiants* (1961), modifiée par le *Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants* de 1961;
- la *Convention sur les substances psychotropes* (1971); et
- la *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes* (1988) [« Convention de Vienne »].²¹⁹

Les traités internationaux relatifs à la drogue empêchent-ils que le Canada ouvre des lieux sécuritaires pour l'injection?

Il est souvent pris pour acquis, à tort, que ces traités nécessitent que les pays signataires s'en tiennent à une approche criminelle strictement prohibitionniste, à l'égard de l'usage de drogue. En réalité, ces traités comportent des dispositions qui permettent diverses approches axées sur la santé, y compris les mesures de réduction des méfaits. De fait, en 1972, une conférence des Nations Unies a conduit à l'adoption d'un *Protocole portant amendement de la Convention unique* [de 1961 sur les stupéfiants], qui « met en relief le besoin de traitement et de réadaptation pour les personnes dépendantes de drogues » [trad.].²²⁰

D'aucuns prétendent que les lieux sécuritaires pour l'injection vont à l'encontre de l'objectif de la réhabilitation, de par leur nature, s'ils contribuent à maintenir la dépendance des utilisateurs. Cependant, aucune donnée n'appuie cette allégation. De fait, nous l'avons mentionné, l'expérience d'autres pays semble indiquer que des drogues qui seraient

Plusieurs articles des traités internationaux sur le contrôle de la drogue peuvent s'interpréter comme acceptant, voire appuyant, les efforts de réduction des méfaits.

autrement utilisées de manière risquée dans la rue sont plutôt utilisées de manière hygiénique dans les lieux sécuritaires pour l'injection, avec une atténuation des risques de surdose et de maladie. Fait important, ces services permettent que des travailleurs de la santé entrent en contact avec une population habituellement inaccessible, et en dirigent au moins une partie vers des traitements. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si la présence de LSI favorise la réhabilitation n'est pas en soi une question juridique : c'est une question de fait qui serait mieux abordée par les experts du domaine – travailleurs sociaux, médecins, scientifiques et chercheurs.²²¹

Plusieurs articles des traités internationaux sur le contrôle de la drogue peuvent s'interpréter comme acceptant, voire appuyant, les efforts de réduction des méfaits, en nécessitant que les États mettent en œuvre certaines politiques qui ne relèvent pas de la pénalité criminelle.

D'importance, à l'article 38(1) de la *Convention unique de 1961*, « Mesures contre l'abus des stupéfiants », il est affirmé :

Les Parties [...] prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; elles coordonneront leurs efforts à ces fins.

Il est intéressant de noter que les traités ne décrivent pas comment ce traitement et cette réadaptation devraient être accomplis, ni quelles mesures devraient être prises afin de réellement atteindre ces objectifs. Les États ont une marge de discrétion, quant à la manière de se conformer à ces obligations qui sont décrites en termes souples et flous.²²² Par exemple, les dispositions ne définissent pas précisément quelles « mesures » les États peuvent prendre, comme voie de rechange ou de complément à la poursuite et au châtement des utilisateurs de drogue.²²³

De plus, il convient de noter qu'aucune des Conventions ne fait mention de lieux sécuritaires pour l'injection, ni d'autres types particuliers de mesures de réduction des méfaits (comme les programmes d'entretien à la méthadone, les échanges de seringues ou les essais cliniques de prescription d'héroïne). Par conséquent, il est souhaitable de garder à l'esprit les caractéristiques élémentaires des LSI, leurs objectifs et leur mode de fonctionnement, afin de déterminer s'ils sont touchés par des instruments internationaux – soit en étant interdits, soit en étant permis, par les leurs dispositions.²²⁴ Relativement aux LSI, les seules violations pertinentes et plausibles de ces conventions concernent la consommation ou l'usage de drogue, ou la possession pour usage personnel. Les articles visant la culture, la fabrication et le trafic n'ont pas de pertinence pour la question, puisque ces activités ne sont pas tolérées dans les LSI.²²⁵

De plus, le flou dans les Conventions laisse aux États le loisir de tenir compte des pratiques nationales afin de déterminer comment interpréter les dispositions.²²⁶ À l'échelle mondiale, les pratiques des États sont indéniablement disparates. D'un côté, la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas (et, plus récemment le Luxembourg, l'Espagne et l'Australie) ont établi des lieux sécuritaires pour l'injection, tandis que des pays comme les États-Unis ne l'ont pas fait. Ceci appuie la perspective d'après laquelle les réponses aux méfaits liés à l'injection de drogue devraient être laissées à la discrétion des États, qui peuvent, de leur propre chef, déterminer les meilleures méthodes pour servir leurs communautés. Les Conventions laissent une latitude en fonction des « conditions qui prévalent », des « limites

constitutionnelles », du « système légal et [d]u droit national ».²²⁷ De fait, ces importantes dispositions semblent permettre la continuation des essais qui s'avèrent fructueux, pour en faire des stratégies permanentes – dont le but ultime concerne les éventuelles opportunités de traitement et de réadaptation.

La Convention unique de 1961

Outre les obligations positives d'aider les utilisateurs de drogue sur le plan du traitement, les Conventions requièrent que les États criminalisent plusieurs aspects de la consommation de drogue. Il existe néanmoins des concessions, dont on peut soutenir qu'elles incluent les essais de lieux sécuritaires pour l'injection.

L'article 4(c) de la *Convention unique de 1961* stipule que « Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires [...] Sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques [...] l'emploi et la détention des stupéfiants ».²²⁸ Aucune autre disposition ne vient y définir la notion de « fins médicales et scientifiques ».²²⁹ De fait, cette définition n'a pas été interprétée de manière concluante. Il est raisonnable d'avancer que des essais de lieux sécuritaires pour l'injection appartiennent au registre de cette expression – il s'agit d'essais cliniques, qui sont destinés à servir de portail à la réadaptation, qui comportent des mesures de tenue de dossiers d'activité, et qui sont évalués après un certain temps.²³⁰ Ces éléments appuient la position que les lieux sécuritaires pour l'injection ne violent pas les obligations du Canada en vertu des traités internationaux sur la drogue.

D'autres éléments viennent appuyer la position que les LSI sont permis par la *Convention unique de 1961*. Bien qu'il y soit affirmé que les États limiteront l'usage et la possession de drogue « exclusivement aux fins médicales et scientifiques », elle stipule également, dans la même phrase, que cette obligation de telles mesures limitatives est assujettie aux « dispositions de la présente Convention ».²³¹ Or, d'autres dispositions de la même Convention, notamment l'exigence même de criminaliser la drogue, prévoient que les obligations des États y sont faites « sous réserve de [leurs] dispositions constitutionnelles ».²³² Ces dispositions [« limites » dans le texte original anglais] constitutionnelles pourraient inclure celles qui visent à protéger la vie et la sécurité de la personne contre les abus de l'État, et qui assurent à toute personne un bénéfice égal de la loi, comme c'est le cas au Canada.

De plus, la Convention stipule que les États « envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer [...] leur réadaptation »²³³ et que, nonobstant l'exigence de criminaliser la possession qui viole les dispositions de la Convention, les États peuvent adopter des mesures « au lieu de [...] condamner ou de prononcer une sanction pénale à leur rencontre, ou comme complément de la condamnation ou de la sanction pénale ».²³⁴ En outre, en référence une fois de plus à l'article 103 de la *Charte des Nations Unies*, les obligations des États en vertu de la Charte (qui incluent la résolution des problèmes de santé et la réalisation universelle du respect des droits de la personne) doivent avoir préséance sur toute obligation conflictuelle qui pourrait découler de toute autre entente internationale.

La *Convention de 1961* stipule que « [L]es Parties ne permettront pas la détention de stupéfiants sans autorisation légale ».²³⁵ On peut soutenir que, tant et aussi longtemps que des lois sur la possession sont en vigueur, il y a une flexibilité vis-à-vis des mesures admissibles aux termes de ces lois. « Autorisation légale » sous-entend, de fait, que la possession peut être permise dans certaines circonstances – pour peu que cela respecte les autres obligations découlant de la Convention (y compris celles qui, susmentionnées, existent en vertu de la Constitution du pays concerné, ou en vertu des dispositions mêmes de la Convention qui

prévoient des soins, traitements et mesures de réadaptation sociale pour les utilisateurs de drogue). Comme l'a fait remarquer l'Institut suisse de droit comparé, « Ceci nous place devant la question de savoir si la légalisation de la simple possession de drogue aux fins d'un usage personnel, dans un environnement socio-médical, contreviendrait à l'objet et au but de la Convention » [trad.].²³⁶ En Suisse, l'initiative de fourniture d'héroïne est décrite comme un volet d'un « essai contrôlé de mise en disponibilité » [trad.] visant à réduire les méfaits dans une optique médicale et scientifique. L'argument juridique selon lequel des projets pilotes ne contreviendraient pas à la *Convention de 1961* (ni à la *Convention de 1971* dont nous discuterons ci-dessous) est sans contredit digne de foi.²³⁷ Une perspective semblable peut certainement être adoptée en ce qui a trait aux LSI – compte tenu de leur rôle potentiel de portail vers l'éducation et la réadaptation –, ce qui conduit à réfuter toute allégation de violation de traité.

La Convention de 1971

En vertu de la *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, les drogues figurant au Tableau I de l'appendice (LSD, MDMA/exstasy, mescaline et certains cannabinoïdes) sont abordées différemment de celles figurant aux Tableaux II, III et IV (p. ex. amphétamines et barbituriques), dans le contexte d'un usage personnel.²³⁸

Les États ont l'obligation d'« [i]nterdire toute utilisation de ces substances [du Tableau I], sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées, par des personnes dûment autorisées qui travaillent dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement de leurs gouvernements ou expressément autorisés par eux ».²³⁹ Une fois de plus, il est nécessaire de déterminer si, dans les faits, les lieux sécuritaires pour l'injection cadrent dans cette description. Le cas échéant, les États ont la liberté de décriminaliser la possession de drogue dans ces lieux. Or, il est raisonnable d'affirmer que les LSI servent à « des fins médicales très limitées ».

En comparaison avec les normes applicables aux drogues du Tableau I, celles qui visent les drogues figurant aux Tableaux II, III et IV sont moins rigoureuses : les États ont la discrétion d'adopter les mesures qu'ils considèrent appropriées pour restreindre la possession et l'usage de ces dernières à des fins médicales et scientifiques.²⁴⁰

La *Convention de 1971* (article 20), renferme la même disposition que la *Convention de 1961* (article 38), à l'effet que les États « envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles » pour assurer les soins, le traitement et la réintégration sociale des personnes intéressées. Cette autre disposition d'un traité international sert de fondement supplémentaire à la mise en œuvre de mesures comme les lieux sécuritaires pour l'injection, par les gouvernements.

La Convention de 1988

La *Convention de 1988 des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*²⁴¹ crée un régime exhaustif pour la criminalisation, la poursuite judiciaire et le châtiement des comportements associés au trafic de drogues,²⁴² qui exige que les peines soient sévères et que le pouvoir discrétionnaire des autorités, en matière de poursuites judiciaires contre les infractions liées à la drogue, « soit exercé de façon à optimiser l'efficacité des mesures de détection et de répression [...] compte dûment tenu de la nécessité d'exercer un effet dissuasif en ce qui concerne leur commission ».²⁴³ La possession pour usage personnel est abordée différemment des infractions plus graves, comme la fabrication, le commerce et le trafic de drogue. Les obligations des États en ce qui a trait aux divers types d'infractions plus graves sont beaucoup plus strictes que celles qui sont liées aux activités moins sérieuses de possession pour la consommation : les obligations liées à ces dernières laissent aux États

parties une marge beaucoup plus importante de discrétion, dans la détermination de leur réponse aux délits.

En exigeant que les États criminalisent la possession de substances contrôlées même aux fins d'un usage personnel, cet article pourrait constituer un obstacle (quoique surmontable), pour ceux qui souhaitent la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection. Toutefois, à l'instar de la Convention de 1961, la Convention de 1988 stipule que les États peuvent décider eux-mêmes comment poursuivre cet objectif. Fait possiblement encore plus important, tandis qu'elle stipule que les États adopteront de telles mesures qui sont « nécessaires » pour conférer le caractère d'infraction pénale, en conformité avec leur droit interne, au fait de posséder un stupéfiant ou une substance psychotrope, cette exigence est qualifiée de deux manières.

Premièrement, l'obligation d'imposer des sanctions pénales ne va pas plus loin que les obligations équivalentes énoncées dans les conventions précédentes; et elle stipule que les États peuvent décider eux-mêmes de la manière d'aborder ce comportement. L'exigence est que la possession pour consommation personnelle qui entre « en violation des dispositions » des conventions précédentes soit criminalisée. Comme on l'a fait remarquer, ces conventions comprennent un certain nombre de dispositions qui pourraient accommoder l'opération légale de lieux sécuritaires pour l'injection, en quel cas l'État ne serait pas tenu, en vertu de la Convention de 1988, de criminaliser la possession en toutes circonstances et sans exception.

Deuxièmement, cette obligation d'un État de criminaliser la possession est établie « [s]ous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique ». ²⁴⁴ Par conséquent, l'adoption de mesures et de réponses uniformes n'est pas requise, en ce qui a trait au châtement, à la poursuite judiciaire et à la criminalisation de la possession de stupéfiants (ou de substances psychotropes) à des fins d'usage personnel : les États ont la discrétion de déterminer quelles politiques ils souhaitent adopter (pourvu qu'ils y voient d'une manière ou d'une autre). ²⁴⁵

Cette disposition offre un fondement additionnel en faveur de la conclusion que la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection puisse être acceptable en vertu de la Convention de 1988. Le système juridique du Canada intègre le principe dit *de minimis non curat lex*, une notion de la tradition du droit commun qui signifie, en gros : « Le droit ne se soucie pas de bagatelles ». Dans ce contexte, la simple possession de drogue dans un lieu à des fins d'usage personnel est d'importance minimale lorsque comparée aux genres de conduites qui constituent la préoccupation fondamentale – comme le trafic. La teneur prépondérante du délit abordé dans le traité doit être prise en considération lorsque l'on interprète et applique ses dispositions. Cela est particulièrement pertinent si un pays comme le Canada, aux prises avec une crise de santé publique, s'efforce de réorienter les utilisateurs de drogue vers la réadaptation – par des mesures comme des lieux sécuritaires pour l'injection, qui offrent une occasion d'exposition à des messages, programmes et services tournés vers cette réorientation. De plus, en termes techniques, la possession concrète de drogues sur les lieux ne serait que de brève durée – jusqu'à ce qu'elles soient consommées. Une fois à l'extérieur de l'établissement, la possession demeure une infraction criminelle qui peut être appliquée par les instances locales.

En outre, il semble utile d'insister une fois de plus sur ceci : les conventions de 1961 et de 1988 sont essentiellement dirigées contre le trafic; aucune de ces deux conventions ne requiert la criminalisation de la possession personnelle *en soi*, ni la poursuite judiciaire et le châtement pour possession. « Les conventions n'adoptent pas une approche exclusivement

prohibitionniste, à l'égard des drogues illégales; elles contiennent aussi des dispositions qui permettent aux pays signataires d'adopter des mesures de réduction des méfaits ».²⁴⁶

Il existe, dans le droit international, une marge de manœuvre qui permet une mise en œuvre légitime de lieux sécuritaires pour l'injection. La possession aux fins d'une consommation dans un LSI peut être tolérée – tandis que, par exemple, le trafic, la vente et la distribution demeurerait interdits. Les initiatives en cours dans des pays comme l'Australie, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne cadrent dans la marge d'appréciation conférée par les instruments internationaux pertinents – à titre d'expériences scientifiques ou médicales, ou en tant que moyens susceptibles de conduire (éventuellement) à la réintégration sociale, à la réadaptation ou au traitement.²⁴⁷ L'Institut suisse de droit comparé conclut :

Les [...] conventions n'apportent aucune lumière sur la question essentielle de savoir si les salles publiques d'injection sont ou ne sont pas des éléments propices à court terme à la réadaptation et à la réintégration sociale des personnes dépendantes de drogues, puis à long terme à la réduction de la souffrance humaine et à l'élimination de conditions financières qui stimulent le trafic illégitime. La pratique actuelle des États [...] peut offrir des indications, si on y trouve une uniformité substantielle. En cas contraire, il doit être conclu que les États parties [...] conservent la liberté de choisir leurs politiques. [...] Les [...] États ne sont pas obligés [...] de poursuivre et de châtier la possession et la consommation de drogues (autres que les substances psychotropes figurant au Tableau I de la Convention de 1971) par des personnes qui en sont dépendantes, dans [les lieux établis]. Cette conclusion n'est assujettie qu'à une mise en garde – les activités qui vont à l'encontre de l'objet et du but des conventions ne doivent pas être tolérées – ce qui nous ramène simplement à réaffirmer la question de l'utilité intrinsèque des salles d'injection.[trad.]²⁴⁸

L'Organe international de contrôle des stupéfiants : critique à l'endroit des LSI

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) surveille le respect des conventions. L'OICS est « un organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues [...] et il est indépendant tant des gouvernements que de l'ONU ».²⁴⁹ Créé par la Convention de 1961, il a notamment pour responsabilités d'assister les États à s'acquitter de leurs obligations en vertu des traités.²⁵⁰ L'OICS n'a pas de pouvoir d'interpréter les traités ni de se prononcer de manière exécutoire sur leurs dispositions, puisque cela relève des pratiques des États. Il ne peut que formuler des recommandations; « par conséquent, lorsqu'il fait ses déclarations, il ne s'agit que de d'opinions [d'individus qui en font partie] et cela n'a pas force d'application en droit international et domestique ».²⁵¹

L'OICS formule des commentaires sur la conformité des États à leurs obligations et le degré d'efficacité dans leur application des traités; il « repère les faiblesses des systèmes de contrôle nationaux et internationaux et contribue à améliorer la situation ».²⁵² Il peut recommander des changements aux régimes de contrôle de la drogue²⁵³ et il « entretient un dialogue permanent » avec les gouvernements afin de « promouvoir les objectifs des traités ».²⁵⁴ Dans les faits, si l'OICS détermine que les buts des traités sont sérieusement menacés par un État en particulier, il a le droit de proposer que soient ouvertes des consultations avec le gouvernement concerné, pour lui demander des explications sur la situation.²⁵⁵ L'OICS peut de plus demander à un gouvernement d'adopter des mesures correctives. Si, à son avis, la situ-

ation demeure grave, sans résolution probable ni correctif en vue, le cas peut être en dernier lieu soumis à l'attention de l'Assemblée générale des Nations Unies (après que le Conseil économique et social et sa Commission sur les stupéfiants ont eu l'occasion de tenter de résoudre le problème).²⁵⁶

Il est bien connu que l'OICS est opposé à la création de lieux sécuritaires pour l'injection.²⁵⁷ Dans son rapport annuel de 1999, présenté au Conseil économique et social de l'ONU, il « s'efforce de repérer et de prévoir les tendances inquiétantes et propose les mesures nécessaires ».²⁵⁸ Il y affirme que tout gouvernement qui établit des lieux supervisés pour l'injection, « facilitant l'abus de drogues [...] facilite par là même le trafic ».²⁵⁹ Il souligne les obligations des États de lutter contre le trafic et de criminaliser la possession et l'achat de drogue aux fins d'usage personnel – sous toute réserve des concepts fondamentaux de leurs systèmes juridiques et principes constitutionnels.²⁶⁰

Tout en soutenant que la mise en œuvre de sites sécuritaires pour l'injection constitue une violation de ces dispositions de traités, l'OICS reconnaît la gravité des problèmes qui s'associent à l'injection de drogue – comme la propagation de maladies transmissibles par le sang – et il « encourage les États à mettre en place une large gamme de structures de traitement de la toxicomanie ».²⁶¹ En dépit de sa reconnaissance du problème, l'OICS a inclus dans son rapport de 1999 un avis par lequel il « prie instamment le Gouvernement australien de ne pas autoriser la création et le fonctionnement de salles d'injection (ou “piqueries”) ».²⁶² Le rapport mentionne : « Les traités relatifs au contrôle des drogues ont été conclus il y a plusieurs dizaines d'années précisément dans le but de faire disparaître des lieux tels que les fumeries d'opium, où de la drogue pouvait être consommée en toute impunité ».²⁶³

Or, le fait qu'il établisse cette comparaison entre les lieux sécuritaires pour l'injection, d'une part, et les dangereuses fumeries d'opium illégales et les piqueries, d'autre part, discrédite toute tentative sérieuse de l'OICS de convaincre les États de renoncer à l'adoption de mesures de réforme soigneusement examinées et débattues sur la scène publique par des parties aussi diversifiées que des scientifiques et des responsables de l'application des lois. Les États qui mettent en œuvre des lieux sécuritaires pour l'injection (ou qui envisagent cette possibilité) savent fort bien que c'est un sujet délicat du point de vue politique, mais ils sont aussi conscients du risque perpétuel pour la santé publique devant lequel ils sont placés s'ils refusent de procéder à des essais de LSI. Il est peu probable que l'on les convainque de renoncer à leurs intentions en lançant des hyperboles et en faisant des analogies boiteuses et déroutantes.

Les propositions australiennes d'essais de lieux supervisés pour l'injection ont été controversées, ce qui a entraîné un débat politique tendu.²⁶⁴ Un élément particulier de désaccord entre le premier ministre du pays et les trois dirigeants des États australiens en faveur de la mise en œuvre d'essais de LSI concernait leur légalité en vertu du droit international. On ne s'étonnera pas que le gouvernement du Commonwealth australien ait saisi l'occasion de s'appuyer sur l'opinion de l'OICS qui critiquait les initiatives des États australiens, dans son rapport de 1999.

Les traités et les points de vue de l'OICS ont été aussi un thème du débat des parlements de ces États de l'Australie. Pendant la deuxième lecture du *Drug Summit Legislative Response Bill 1999* (ci-après « le projet de loi de la N.-G.S. »), le ministre d'État délégué à ce projet de loi a affirmé que la *Convention unique* de 1961 permettait la possession et l'usage de drogues illégales à des fins médicales et scientifiques, y compris pour des essais cliniques contrôlés.²⁶⁵

Il a de plus noté que le traité offre une souplesse qui permet aux pays signataires de s'écarter des prohibitions systématiques, lorsqu'il est approprié de le faire dans l'intérêt de protéger la santé publique et le bien-être de la population, en tenant compte des conditions qui prévalent dans le pays concerné.²⁶⁶ Le ministre a souligné que le projet de loi de la N.-G.S. cadrerait précisément dans cette perspective, puisqu'il proposait un essai scientifique limité et évalué, assorti de supervision médicale et dont le but consistait à aider des individus à vaincre leur dépendance à la drogue – le modèle adopté étant un « portail vers le traitement ».²⁶⁷ Le gouvernement de la N.-G.S. a affirmé que, de son point de vue, les traités accordent « une marge pour la réforme et pour l'adoption de mesures de réduction des méfaits ».²⁶⁸ Les auteurs du projet de loi ont affirmé pour leur part que « il n'y a pas de doute que la mise sur pied de salles d'injection sous supervision médicale devrait s'accompagner d'une surveillance et d'une évaluation rigoureuses et systématiques, [...] une approche inhérente au communiqué du Drug Summit »²⁶⁹ émis par le gouvernement de la N.-G.S. en 1999. En faisant remarquer la discrétion accordée aux États, dans leurs conditions particulières, pour l'application des conventions, le gouvernement de la N.-G.S. a soutenu que les LSI sont permis si l'évaluation et la surveillance démontrent qu'ils sont bénéfiques au bien-être et à la santé du public; il a établi l'analogie avec les programmes d'échange de seringues, qui sont aussi considérés conformes aux engagements du droit international.²⁷⁰

Ces traités ne sont pas inflexibles; ils contiennent une gamme de possibilités en relation avec la santé publique et les mesures de réduction des méfaits.

En revanche, des membres de l'opposition de la N.-G.S. ont cité les critiques d'Atthol Moffit à propos des essais proposés. M. Moffit, l'ancien président de la Cour d'appel de la N.-G.S., a avancé que les dispositions du projet de loi étaient clairement en violation des obligations internationales.²⁷¹ Les commentaires de l'OICS ont également été mis à contribution pour affirmer que l'essai ne serait pas acceptable en vertu du droit international.²⁷² Un député a toutefois fait remarquer : « [La question des traités] peut être débattue d'un point de vue ou de l'autre, mais je crois bien que ces traités ne sont pas inflexibles; ils contiennent une gamme de possibilités en relation avec la santé publique et les mesures de réduction des méfaits ».²⁷³

Comme en Nouvelle-Galles du Sud, le plan préparé dans l'État de Victoria (et dont la mise en œuvre n'est pas encore amorcée) semble avoir été conçu de manière à reconnaître les obligations de l'Australie en vertu des traités et à assurer le respect de ses responsabilités internationales.²⁷⁴ Par exemple, on y explique en détail les moyens par lesquels l'essai serait évalué de manière indépendante, y compris par la publication de registres sur le nombre de visites à l'établissement, leur régularité, l'incidence de surdoses et la prévalence d'infections hématogènes.²⁷⁵ Conformément aux exigences internationales, il est prévu que les membres du personnel donnent de l'information et du counselling sur les risques de l'injection et offrent des liens à d'autres fournisseurs de services et de traitements. De plus, le ministère de la Santé collaborerait avec celui des Services humains, en nommant un clinicien de haut niveau, pour la supervision médicale de l'essai.²⁷⁶

Le premier ministre Howard a invité des représentants de l'OICS à se rendre en Australie afin d'offrir des avis au sujet des projets envisagés. L'Organe a envoyé une mission en avril 2000.²⁷⁷ Lors de leur rencontre avec l'OICS, « la N.-G.S., Victoria et le Territoire de la capitale australienne ont tous fait valoir que les projets de salles supervisées pour l'injection cadreraient dans les dispositions des conventions, qui permettent de procéder sous un contrôle strict à des "expériences scientifiques ou médicales" de nouveaux traitements ou de réforme ».²⁷⁸ Néanmoins, dans un autre rapport (février 2001), l'OICS a persisté dans ses cri-

tiques. Il a affirmé que les États australiens désireux de mettre à l'essai des LSI « remettent en question, malheureusement, la politique suivie par le Gouvernement fédéral et optent pour des approches contraires à l'obligation imposée par les traités de limiter l'utilisation des drogues à des fins médicales et scientifiques, en créant des salles d'injection (ou "piqueries" [sic]) où les toxicomanes peuvent s'injecter sous contrôle les drogues qu'ils se sont procurées illicitement ».279 Bill Stronach, directeur général de l'Australian Drug Offensive, fait remarquer que, dans ses critiques des lieux sécuritaires pour l'injection au motif qu'ils n'aideraient pas à réduire « l'abus et le trafic de drogue », l'OICS ne tient pas compte de leur objectif : aider à sauver la vie de personnes qui s'injectent dans des lieux publics, et offrir à ces personnes un accès à des traitements et à des services de soutien, tout en offrant à la communauté un environnement plus sûr et en réduisant les risques liés aux aiguilles usagées.280

Il est manifeste, dans ses rapports, que l'objection de l'OICS vis-à-vis des lieux sécuritaires pour l'injection fait partie intégrante d'une critique plus générale. L'OICS s'oppose à la réduction des méfaits comme « but en soi » et il estime « qu'une telle stratégie ne doit pas être adoptée aux dépens d'un engagement résolu de réduire aussi bien l'offre que la demande de drogues illicites ».281

L'hostilité vis-à-vis de ces mesures de réduction des méfaits peut, en partie, découler de pressions politiques exercées à l'OICS ou sur lui. Dans les délibérations du Joint Select Committee de la N.-G.S., le Dr Mandelson s'est penché sur la réalité de l'interprétation des conventions, du point de vue de la mise en œuvre de LSI :

Il y a certainement des pressions de certaines parties, en particulier des États-Unis, pour qu'elles soient interprétées d'une certaine manière, mais l'interprétation relève de chaque État qui est signataire ainsi que de ses propres pratiques. [...] Le genre de mesures circonscrites de réduction des méfaits dont nous parlons [...] cadre dans les limites acceptables de la discrétion des États aux termes de ces conventions. [...] *A fortiori* depuis dix ans, depuis qu'un virage vers certains de ces [...] principes se produit dans plusieurs pays [...] comme l'Australie. Je crois qu'il y a une bonne pratique des États dans l'interprétation large de la teneur de ces exigences. Certains pays, dans le monde, ont beau se croire les détenteurs du sens de ces traités, ce n'est pas le cas.282

Il est valable de souligner qu'en théorie un État peut dénoncer les obligations que lui impose un traité. Il pourrait envisager de le faire s'il était d'avis que les dispositions de traités le contraignent au point qu'il serait incapable de mettre en application des mesures de réduction des méfaits considérées propices aux meilleurs intérêts de sa population – possiblement en raison des prises de positions négatives de l'OICS en la matière. C'est-à-dire que si ces dispositions sont considérées indûment restrictives pour les responsables des politiques de l'État, et considérées par conséquent indésirables, l'État pourrait réfuter ses obligations – tel que le permettent les conventions elles-mêmes ainsi que la *Convention de Vienne sur le droit des traités*.283 Bien sûr, les ramifications politiques d'un tel geste – par exemple, la réaction des États-Unis sur le plan des échanges commerciaux – pourraient être dévastatrices et l'on ne devrait pas les sous-estimer comme il est fait dans l'hypothèse suivante :

Un élément plutôt fréquent [utilisé par des anti-prohibitionnistes] consiste à blâmer les États-Unis d'avoir imposé les conventions au reste du monde, puis à

Dans ses critiques des lieux sécuritaires pour l'injection au motif qu'ils n'aideraient pas à réduire « l'abus et le trafic de drogue », l'OICS ne tient pas compte de leur objectif : aider à sauver la vie de personnes qui s'injectent dans des lieux publics.

affirmer que les États-Unis ne peuvent pas dicter à l’Australie quelle voie est la meilleure pour elle. Cela n’équivaut pas à nier les obligations. L’Australie, en tant que nation mature et dotée de sa propre pensée, a signé les conventions impliquant une coopération internationale – et après un délai, une prise en considération et une consultation de ses États – elle les a ratifiées.²⁸⁴

Cette affirmation ressemble à une omission plutôt naïve des réalités politiques qui entrent en jeu dans la ratification de tels traités. Elle ne prend pas en considération les questions d’inégalité dans le pouvoir de négociation, ni le degré auquel la souveraineté d’un État est souvent formelle plutôt que substantielle (l’égalité substantive entre pays étant plutôt une illusion). Par ailleurs, les auteurs que nous venons de citer sous-estiment l’importance primordiale des questions de santé – mises en lumière, dans le présent contexte, par l’urgent besoin de mettre à l’essai des LSI.

Somme toute, il convient d’insister à nouveau sur le fait suivant : il n’est pas nécessaire d’aller aussi loin que de dénoncer les traités sur le contrôle des drogues, pour qu’un pays puisse aller de l’avant dans la mise en œuvre de mesures de réduction des méfaits comme les LSI. Comme nous l’avons exposé ci-dessus, les conventions elles-mêmes permettent que l’on crée de tels établissements en tant que mesures qui constituent un pas en avant dans la réalisation de nos obligations internationales à l’égard des droits de la personne.



Questions juridiques internes

Dans ce chapitre, nous faisons l'examen général de la responsabilité criminelle et civile au regard du droit canadien, relativement au fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection. Nous concluons que les craintes au sujet de la responsabilité criminelle ou civile, souvent exagérées, ne sont pas des obstacles insurmontables à la mise en place de tels établissements. Nous faisons ensuite un bref survol de la question de la responsabilité de l'État fondée sur l'omission d'avoir pris de telles mesures visant à protéger et à promouvoir la santé des utilisateurs de drogue et du public. Enfin, nous examinons certaines questions clés qui devraient être traitées par un cadre réglementaire régissant les LSI élaboré par le gouvernement fédéral.

Responsabilité criminelle du personnel et des dirigeants de LSI

Possession de seringues usagées en tant que « substance réglementée »

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LDS)*, entrée en vigueur en mai 1997, a codifié plusieurs lois antérieures sur les drogues. En vertu de la *LDS*, la possession, la fabrication, la culture, le trafic, l'exportation et l'importation non autorisés de substances désignées par la loi sont expressément interdits. Cette loi va jusqu'à viser tout ce qui renferme une drogue illicite, si la chose est destinée à être utilisée pour produire la drogue ou l'introduire dans le corps – par exemple, une seringue usagée qui renferme des traces d'héroïne ou de cocaïne. Cela signifie que les membres du personnel de lieux sécuritaires pour l'injection qui sont en possession de seringues usagées ou d'autre matériel pourraient, en théorie, faire l'objet de poursuites pour possession d'une substance réglementée.

Comme pour les établissements d'échange de seringues, la loi ne prévoit pas d'exemption ou de protection spéciale pour les travailleurs de la santé qui interviennent auprès d'utilisateurs de drogues par injection et qui sont sciemment en possession de matériel usagé. Comme l'a affirmé Bruckner, les employés qui travaillent dans les établissements d'échange

de seringues doivent s'en remettre au « pouvoir discrétionnaire des corps policiers ou du ministère public pour éviter les accusations au pénal » [trad.].²⁸⁵ Les dirigeants et les employés de lieux sécuritaires pour l'injection se trouveraient dans une situation juridique semblable, s'en remettant principalement au pouvoir discrétionnaire de la police et du ministère public pour éviter les accusations au pénal.

Les employés qui travaillent dans les établissements d'échange de seringues doivent s'en remettre au pouvoir discrétionnaire des forces policières ou du ministère public pour éviter les accusations au pénal.

Puisque les programmes d'échange ou de distribution de seringues fonctionnent avec l'assentiment des autorités depuis plusieurs années dans de nombreuses municipalités canadiennes, cette disposition du *Code criminel* ne devrait pas non plus empêcher les lieux sécuritaires pour l'injection de fournir des seringues propres aux utilisateurs de drogues. Néanmoins, il y aurait lieu de lever cette incertitude juridique pour mettre à l'abri de toute menace de responsabilité criminelle le personnel et les dirigeants de ces programmes d'échange de seringues et de lieux sécuritaires pour l'injection.

Promotion ou distribution d'accessoires facilitant la consommation de drogues

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, il est également concevable (quoique peu probable) que les dispositions du *Code criminel* relatives aux accessoires facilitant la consommation de drogue puissent servir à imputer la responsabilité criminelle au personnel de LSI, comme au personnel de programmes d'échange de seringues. En vertu du *Code criminel*, commet une infraction quiconque, sciemment, vend « de la documentation ou des instruments pour l'utilisation de drogues illicites » ou en fait la promotion.²⁸⁶ Est assimilée à la vente la distribution à titre gratuit. L'« instrument pour l'utilisation de drogues illicites » est défini comme étant « tout ce qui est destiné essentiellement ou en l'occurrence à la consommation d'une drogue illicite ou à la facilitation de sa consommation ». ²⁸⁷ Toutefois, la définition exclut expressément les « instruments » au sens de la *Loi sur les aliments et drogues*, ce qui comprend les articles et instruments fabriqués ou vendus pour servir, ou présentés comme pouvant servir, « au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie. » ²⁸⁸

Fort probablement, cette définition comprend au moins les aiguilles et les seringues. Il est moins certain qu'elle comprenne d'autres articles fournis à un lieu sécuritaire pour l'injection (p. ex. les chauffoirs, cuillères, etc.). Dans cette situation, ces articles seraient destinés à faciliter la consommation d'une drogue illicite, mais d'une façon qui réduirait le risque de préjudice comme une infection à VIH, des abcès, etc. Ces articles pourraient donc être visés par la loi qui interdit la distribution d'accessoires facilitant la consommation de drogues. Toutefois, dans un LSI, ces articles seraient présentés et distribués aux utilisateurs de drogue « comme pouvant servir » à l'« atténuation ou à la prévention d'une maladie ». Ils devraient donc être considérés comme des « instruments » au sens de la *Loi sur les aliments et drogues*, plutôt que des « instruments pour l'utilisation de drogues illicites » au sens du *Code criminel*.

La même disposition du *Code criminel* interdit également le fait de distribuer sciemment « de la documentation pour l'utilisation de drogues illicites ». Cependant, ici encore on peut soutenir que cette disposition ne devrait pas interdire la distribution de documentation dans des LSI, où l'on fournit des renseignements et des conseils sur la manière de s'injecter des drogues de la façon la plus sécuritaire possible. La documentation qui est interdite est tout imprimé ou enregistrement magnétoscopique décrivant ou montrant la production, la préparation ou la consommation de drogues illicites et « destiné essentiellement ou en l'occur-

rence à la préconiser, à l'encourager ou à la favoriser ».²⁸⁹ Dans le cas d'un LSI, l'on ne devrait pas considérer que cette définition comprend la documentation sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, puisque cette documentation ne vise pas à préconiser ou encourager l'utilisation de drogues illicites mais plutôt à promouvoir la santé des utilisateurs de drogues en évitant les pratiques dangereuses.

En l'absence de situation juridique claire sur ce point, le personnel de LSI s'en remettrait principalement à l'exercice du pouvoir discrétionnaire de la police et du ministère public de ne pas porter d'accusations. Il serait certainement préférable de prévoir clairement dans la loi que les membres du personnel qui fournissent de tels articles dans des LSI ne courent pas de risque de poursuite au pénal. Toutefois, somme toute, il s'agit d'un risque relativement faible, particulièrement dans le cas de LSI qui seraient ouverts après avoir reçu l'appui du gouvernement.

Responsabilité pour avoir aidé ou encouragé la possession de drogues illicites

Il serait également possible – quoique peu probable – que le personnel soit accusé d'avoir aidé ou encouragé la commission d'une infraction. Après tout, comme nous l'avons vu ci-dessus, l'Organe international de contrôle des stupéfiants avance que l'autorisation d'un État à l'aménagement de tels lieux « pourrait être considéré comme une infraction aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues dans la mesure où l'existence de ces salles risque de faciliter et/ou d'encourager la commission d'infractions comme la détention et la consommation illégales de drogues ainsi que d'autres infractions pénales, notamment le trafic de drogues. »²⁹⁰ Toutefois, le législateur, les corps policiers et les juges canadiens ne sont pas nécessairement liés par une interprétation aussi extrême et rigide.

En vertu du *Code criminel*, quiconque « aide » ou « encourage » quelqu'un à commettre un crime est réputé avoir participé à ce crime.²⁹¹ Bien que la Cour suprême du Canada ait statué qu'une personne n'est pas coupable d'aider ou d'encourager du seul fait qu'elle se trouve sur le lieu du crime, un individu peut être reconnu coupable s'il a « facilité » la commission du crime de quelque façon que ce soit.²⁹² Théoriquement, le ministère public pourrait plaider que le fait de fournir des seringues propres ou de surveiller l'injection « facilite » la possession de drogues et que le personnel des LSI pourrait donc être condamné pour avoir aidé ou encouragé la commission d'une infraction en matière de drogue.

Toutefois, un tel scénario est improbable. Les LSI ne fournissent pas de drogue et n'aident pas les utilisateurs à en acheter. Ils ne font qu'offrir un endroit où ces drogues peuvent être utilisés avec un risque moindre de subir un préjudice. En outre, le personnel de programmes d'échange de seringues pourrait théoriquement être accusé lui aussi d'avoir aidé ou encouragé la possession criminelle de drogues illicites, mais il n'y a apparemment aucun jugement publié faisant état d'une telle poursuite au Canada. Comme nous l'avons vu ci-dessus, le gouvernement enverrait un message positif d'appui à de tels projets s'il précisait que le personnel de programmes d'échanges de seringues et de LSI n'était pas exposé à ce genre de responsabilité secondaire en vertu du droit criminel.

Accusations de négligence criminelle

Enfin, des LSI qui seraient dirigés par des établissements de santé pourraient faire l'objet d'accusations de négligence criminelle si le ministère public pouvait prouver que le fait de faciliter l'utilisation de drogues causait un préjudice à quelqu'un (utilisateur, employé, visiteur, etc.). Pour pouvoir obtenir un verdict de négligence criminelle causant des lésions

corporelles ou la mort, le ministère public devrait prouver au-delà du doute raisonnable qu'en faisant quelque chose (ou en ne faisant pas quelque chose qu'il avait l'obligation juridique de faire) l'accusé a montré « une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui. »²⁹³ Le tribunaux canadiens ont statué que cela signifie que la conduite de l'accusé doit représenter « une dérogation marquée à ce que l'on est en droit d'attendre d'une personne raisonnablement prudente dans les circonstances. »²⁹⁴

Comme tout autre établissement de santé (p. ex. un hôpital), un lieu sécuritaire pour l'injection aurait l'obligation juridique de faire preuve de diligence raisonnable pour protéger tous ses clients et employés.

Comme tout autre établissement de santé (p. ex. un hôpital), un LSI aurait l'obligation juridique de faire preuve de diligence raisonnable pour protéger tous ses clients et employés.

Il appartiendrait au tribunal de juger, eu égard aux faits de l'espèce, si le personnel d'un LSI avait dérogé de façon « marquée » de la norme acceptable d'un fournisseur raisonnable de soins de santé dans la même situation. Toutefois, un LSI n'a rien d'exceptionnel qui le rende particulièrement susceptible à ce genre de responsabilité criminelle pour le personnel. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé dans plusieurs établissements (p. ex. les hôpitaux) sont régulièrement aux prises avec des situations comme des surdoses de drogues, ou avec des patients dont l'état ou l'utilisation de drogue (légalement prescrite ou illégale) peut les exposer à un risque de causer un préjudice à eux-mêmes ou à autrui.

À cet égard, les LSI ne sont pas différents d'autres établissements de santé qui fonctionnent déjà. La seule différence est que les LSI, de par leur nature, toléreraient l'utilisation de drogue illicite dans leurs locaux. Cependant, ce fait à lui seul ne devrait pas suffire pour établir une « dérogation marquée » de la diligence dont devrait faire preuve « une personne raisonnable prudente dans les circonstances. » Or, dans les circonstances, la raison d'être même de l'établissement serait d'aider le client consentant à prévenir le préjudice qui pourrait autrement se produire et qui est facilement prévisible. Il s'agit là de l'antithèse de la négligence causant un préjudice.

Options qui permettraient d'éliminer les craintes de responsabilité criminelle

Il est relativement peu probable que les membres du personnel ou les dirigeants de LSI puissent être tenus criminellement responsables. Néanmoins, les décideurs feraient bien d'exclure expressément cette éventualité.

Comme le démontre l'analyse qui précède, il est relativement peu probable que les membres du personnel ou les dirigeants de LSI puissent être tenus criminellement responsables. Néanmoins, les décideurs feraient bien d'exclure expressément cette éventualité, envoyant ainsi un message important au personnel, aux utilisateurs de drogue et à la collectivité que de telles mesures sont considérées comme des éléments légitimes et importants pour la réduction des méfaits, dans une politique d'intervention face à l'injection de drogue et aux préjudices qui s'y rapportent. Plusieurs voies juridiques pourraient être empruntées pour faciliter le fonctionnement efficace de LSI sans que les dirigeants, le personnel ou les clients de ces établissements n'aient à se soucier de responsabilité criminelle.

Entente administrative

Une option serait la conclusion d'une « entente administrative » entre les diverses autorités compétentes : autorités sanitaires, gouvernement local, ministère public, corps policiers.²⁹⁵ En vertu d'une telle entente, il est tacitement convenu que la police ne pénétrerait dans de

tels établissements que dans des « situations extrêmes ». Ce modèle fonctionne bien dans d'autres pays pour les programmes d'échange de seringues (au Royaume-Uni) et les infractions en matière de drogue (aux Pays-Bas). Le ministère public pourrait également convenir de ne pas porter d'accusation pour les infractions en matière de drogue qui se produisent à l'intérieur de l'établissement – du moins pour ce qui est des infractions de possession, bien que le trafic puisse encore être réprimé.

Bien qu'il y aurait lieu de se réjouir de telles ententes, il ne serait pas souhaitable de devoir s'en remettre à l'exercice bienveillant du pouvoir discrétionnaire de la police ou du ministère public – ou des juges, si une affaire devait aller jusqu'à des accusations – pour contourner ce qui serait autrement considéré comme une violation du droit criminel. Le fait d'avoir à dépendre d'interprétations « indulgentes » de dispositions particulières serait un fondement trop ténu pour des réformes éventuelles et l'évitement de sanctions criminelles. En outre, cette solution laisse les clients et le personnel de LSI à la merci de la bienveillance et du tempérament politique des autorités locales, sans égard au besoin qui peut exister dans un endroit donné pour de telles mesures de réduction des méfaits. Il faut plutôt mettre en œuvre des modifications expresses, ou des exceptions juridiquement définies, à toutes les lois pertinentes qui pourraient autrement rendre illégaux la création, le fonctionnement et l'utilisation de lieux pour l'injection.

La ministre de la Santé pourrait décharger le personnel et les utilisateurs de LSI de la responsabilité criminelle liée à des infractions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* comme la possession d'une substance réglementée.

Exemptions ministérielles ou réglementaires de la responsabilité criminelle

On pourrait notamment faire appel à des dispositions actuelles de la loi pour décharger le personnel et les utilisateurs de LSI de la responsabilité criminelle. Des établissements pourraient demander une exemption de la ministre de la Santé en vertu de la *LDS*. L'article 56 permet à la ministre de soustraire toute personne ou catégorie de personne de l'application de tout ou partie de la loi ou des règlements, si elle « estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient. »²⁹⁶ La ministre pourrait s'appuyer sur cet article pour décharger le personnel et les utilisateurs, dans les LSI, de la responsabilité criminelle liée à des infractions à la *LDS* comme la possession d'une substance réglementée (p. ex. une seringue usagée renfermant des résidus de drogue). Chacune des trois raisons (médicales, scientifiques ou d'intérêt public) mentionnées dans la disposition pourrait être invoquée pour exempter les LSI.

Par ailleurs, le Cabinet fédéral a le pouvoir de prendre des règlements qui auraient le même effet.²⁹⁷ En outre, le Cabinet peut, sur recommandation du solliciteur général du Canada, prendre des règlements « relativement aux enquêtes et autres activités policières menées aux termes de la présente loi par les membres d'un corps policier. »²⁹⁸ Ce pouvoir pourrait être exercé pour prendre des règlements ordonnant aux corps policiers qui sont chargés d'appliquer la *LDS* de ne pas porter d'accusation contre les dirigeants et le personnel de LSI; il pourrait également être exercé pour ordonner aux policiers de ne pas porter d'accusations de possession de drogues ou de matériel d'injection usagé dans les locaux de LSI.

Puisque le pouvoir d'exemption ne vise que les articles de la *LDS*, la ministre ou le Cabinet ne pourrait pas accorder d'exemption relative aux dispositions du *Code criminel* en matière d'accessoires facilitant la consommation de drogue. Toutefois, le Cabinet (mais non la ministre) pourrait indirectement exercer son autorité de réglementation en vertu de la *LDS* pour éliminer non seulement le risque d'une condamnation pour possession en vertu de la *LDS*, mais également le risque minime d'accusations relatives aux accessoires facilitant la consommation de drogue en vertu du *Code criminel*.

En interdisant la distribution d'« instruments pour l'utilisation de drogues illicites », le *Code criminel* définit l'« utilisation de drogues illicites » comme étant la possession d'une drogue illicite « contrairement à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou à ses règlements d'application. »²⁹⁹ Il s'ensuit que le fait de modifier ce qui est interdit en vertu de la *LDS* aura une incidence sur la définition de l'expression « utilisation de drogues illicites » aux fins des dispositions du *Code criminel* relatives aux accessoires facilitant la consommation de drogue. Par conséquent, par règlement du Cabinet, le gouvernement pourrait préciser que, dans les LSI, il n'est pas illégal au regard de la *LDS* de posséder des drogues qui seraient illégales par ailleurs. Parce que la possession et l'utilisation de drogues dans ces lieux ne seraient pas illégales, le fait de fournir des instruments pour leur utilisation ne serait pas illégal non plus. Ceci protégerait indirectement le personnel de LSI contre des accusations d'avoir distribué des « instruments pour l'utilisation de drogues illicites » ou d'en avoir fait la promotion.

Modifications des lois sur les drogues

Enfin, l'État pourrait aller plus loin que l'exemption réglementaire ou ministérielle en adoptant un modèle australien de modifications législatives au droit criminel. En vertu de la *Drug Summit Legislative Response Act 1999*, de la Nouvelle-Galles du Sud, les personnes qui consomment de petites quantités de drogue dans des établissements surveillés sont déchargées de la responsabilité criminelle. De plus, ceux qui sont chargés de la direction et du fonctionnement d'un établissement d'essai bénéficient également d'une exemption.³⁰⁰

Comme nous venons de le voir, la même situation pourrait être créée au Canada, du moins en ce qui concerne la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, soit par l'exercice du pouvoir discrétionnaire de la ministre fédérale de la Santé, soit par des règlements du Cabinet fédéral. Une approche moins alambiquée et plus directe (quoique probablement plus susceptible de soulever la controverse, sur le plan politique) serait que le gouvernement fédéral modifie expressément le *Code criminel* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour rassurer ceux qui ont recours aux LSI (ou à des établissements d'échange de seringues et autres établissements similaires), ou qui y travaillent, qu'ils ne seront pas reconnus coupables d'activité criminelle.

Plus généralement, les modifications à la *LDS* pourraient comprendre ce qui suit : permettre l'utilisation de drogues dans des établissements de santé (qui pourraient être définis pour comprendre les LSI); retirer de la définition de substance réglementée au titre de la *LDS* les seringues et autres articles qui contiennent des traces de drogues; préciser que les dirigeants et le personnel des programmes d'échange de seringues et de LSI sont à l'abri de poursuites sur des accusations de promotion ou de distribution d'accessoires facilitant la consommation de drogues en vertu du *Code criminel*.

Conclusion relative aux craintes de responsabilité criminelle

La question de la responsabilité criminelle ne constitue pas un obstacle insurmontable au fonctionnement de LSI. La question de la responsabilité fondée sur la conduite négligente du personnel n'est pas sensiblement différente du cas de tout autre établissement de santé. Puisque les employés des LSI n'achètent pas ou ne fournissent pas de drogue et qu'ils n'en préconisent pas la possession et l'utilisation, le ministère public aurait de la difficulté à obtenir une condamnation sur des accusations d'avoir aidé et encouragé la possession de drogues. Il y a également peu de risque d'accusation de possession de matériel d'injection usagé ou de fourniture d'accessoires facilitant la consommation de drogues et, comme nous l'avons expliqué, le gouvernement fédéral dispose d'un certain nombre d'options pour éliminer cette crainte chez les dirigeants d'établissements.

Responsabilité civile du personnel et des dirigeants de LSI

Responsabilité fondée uniquement sur le fonctionnement négligent

Il est possible que, malgré toutes les mesures de protection mises en place, un client qui utilise un LSI se blesse, tombe malade ou fasse une surdose à la suite de sa propre conduite ou d'un geste (ou de l'inaction) du personnel. Pareillement, il est possible qu'un client blesse un autre client ou un membre du personnel, ou qu'un client ou un membre du personnel soit blessé par une seringue contaminée. Ces situations ne font pas automatiquement naître la responsabilité civile. Il n'y aurait responsabilité que si l'établissement avait été dirigé de façon négligente ou si un membre du personnel avait agi de façon négligente, auquel cas l'organisme qui dirige l'établissement pourrait être tenu « responsable du fait d'autrui » en raison de la négligence de son employé. La question de responsabilité civile n'interviendrait que s'il y a eu négligence dans la prestation des soins ou dans le fonctionnement du LSI. Dans un tel cas, un dirigeant de LSI pourrait être responsable de négligence s'il n'a pas exercé de diligence raisonnable dans la mise en œuvre de mesures de protection adéquates.

Bien entendu, il faut se rappeler qu'il arrive parfois que des patients d'autres établissements de santé subissent des préjudices attribuables à leur propre conduite ou à celle de fournisseurs de soins de santé. En effet, des établissements qui interviennent auprès de personnes en détresse auront souvent à intervenir dans des situations où des gens subissent des préjudices. C'est la nature de ce travail. Dans de telles situations, il peut arriver que des soins soient prodigués de façon négligente à ceux qui en ont besoin, et des membres du personnel sont parfois blessés (p. ex., par une piqûre d'aiguille). Mais les blessures ne sont pas nécessairement attribuables à la négligence de l'établissement ou de son personnel. En outre, du personnel médical est souvent présent à d'autres emplacements où des gens participent à des activités risquées, comme les manifestations sportives ou de divertissement, justement parce qu'il y a une possibilité prévisible de blessure.

Les LSI n'ont rien d'exceptionnel à cet égard : les établissements surveillés par du personnel de soins de santé sont inévitablement des endroits où des utilisateurs de drogue risquent de subir un préjudice du fait qu'ils se sont injecté de la drogue (le but étant de réduire ces risques) et où il est possible que le personnel subisse un préjudice. Bien qu'il faille évidemment prendre les précautions qui s'imposent dans le fonctionnement de tels établissements, il ne faut pas non plus exagérer la possibilité que les dirigeants de l'établissement soient tenus responsables d'un préjudice subi par un client ou un employé, puisque cette éventualité n'est pas plus importante que dans d'autres établissements de santé.

Obligation déontologique de prendre des précautions et d'être assuré

Sur le plan déontologique, l'établissement doit faire preuve de diligence raisonnable pour se prémunir contre ces risques et faire en sorte qu'une assurance soit maintenue en vigueur pour que ceux qui subiraient un préjudice dans le cours du fonctionnement de l'établissement puissent être indemnisés. Si les employés qui subissent un préjudice dans l'exercice de leurs fonctions dans des LSI ne sont pas admissibles à une indemnité d'accident du travail en vertu des lois de la province ou du territoire, il faut souscrire une assurance responsabilité privée afin de couvrir les préjudices subis par les employés. Pareillement, il faut que l'établissement adopte, entre autres politiques de santé et de sécurité du travail, un protocole pour assurer

Il ne faut pas exagérer la possibilité que les dirigeants de l'établissement soient tenus responsables d'un préjudice subi par un client ou un employé, puisque cette éventualité n'est pas plus importante que dans d'autres établissements de santé.

l'accès à des tests de sérodiagnostic du VIH, du VHC, du VHB et d'autres maladies transmissibles par le sang, et l'accès aux prophylaxies post-exposition pertinentes qui existent, en cas d'exposition éventuelle (puisque'il est raisonnablement prévisible que ce type de préjudice puisse être subi dans un tel milieu de travail).

Il y a lieu de souscrire une assurance responsabilité civile, comme celle qui couvre les professionnels de la santé dans d'autres contextes, pour les cas où un client subit un préjudice en raison de la conduite négligente du personnel de l'établissement. Certains professionnels de la santé sont déjà personnellement couverts en vertu de régimes d'assurance de responsabilité professionnelle qu'ils sont légalement tenus de souscrire. Comme pour d'autres établissements de santé comme les hôpitaux, les dirigeants de LSI auraient sans doute besoin d'une assurance de responsabilité professionnelle pour couvrir le fonctionnement de l'établissement en plus de l'assurance qui couvre la conduite de certains professionnels de la santé. Jusqu'à maintenant, aucune poursuite n'a été intentée contre des employés ou dirigeants de LSI dans les nombreux pays européens où de tels établissements fonctionnent depuis plusieurs années.³⁰¹ Néanmoins, certains assureurs privés ne voudront peut-être pas fournir cette assurance responsabilité à un prix raisonnable, en raison d'une évaluation éventuellement exagérée du risque de responsabilité. Par conséquent, il faudra peut-être que les gouvernements des provinces/territoires assurent ces établissements, du moins au début.

Conclusion relative aux craintes de responsabilité civile

Comme l'affirme Jones :

Le message qu'il faut retenir ici est que la responsabilité civile n'est d'aucune façon un obstacle sérieux au fonctionnement d'un lieu sécuritaire pour l'injection. En effet, à mon avis, la plus grande menace de poursuites vient de citoyens du quartier où se trouve l'établissement, qui peuvent croire que celui-ci est une nuisance publique. Cependant, dans un tel cas, le préjudice et les inconvénients d'un tel établissement seront comparés aux avantages; or, il est certain que la prépondérance de l'utilité joue en faveur de l'établissement – et que ces contestations échoueraient.[trad.]³⁰²

Les craintes au sujet de la responsabilité civile du personnel ou des dirigeants de LSI, comme celles qui sont liées aux traités internationaux de contrôle des stupéfiants et celles qui touchent au spectre de la responsabilité criminelle, ne devraient pas être vues comme

un empêchement. Bien qu'il faille aborder les craintes en matière de responsabilité, sur le plan de la pratique déontologique, ces craintes ne sont ni particulièrement complexes, ni exceptionnelles, et elles ne sauraient justifier l'inaction.

Certains auteurs se sont demandé si les gouvernements pouvaient être tenus civilement responsables pour avoir omis de mettre en œuvre des LSI (du moins à l'essai).

Responsabilité fondée sur l'inaction de l'État

Certains auteurs se sont demandé si les gouvernements pouvaient être tenus civilement responsables pour avoir omis de mettre en œuvre des lieux sécuritaires pour l'injection (du moins à l'essai) ou s'ils pouvaient être contraints à le faire pour répondre à leurs obligations constitutionnelles.

Ces questions méritent un examen plus approfondi, et certains auteurs s'y sont penchés.³⁰³ Puisque le présent document porte principalement sur les questions juridiques plus directement liées au fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection, nous n'aborderons pas

en détail la question de la responsabilité fondée sur l'inaction de l'État. Nous nous contenterons plutôt de brosser un tableau général de leur analyse juridique.

Responsabilité civile : l'allégation de négligence de l'État

On peut concevoir qu'une action au civil fondée sur la négligence du gouvernement puisse être intentée par la famille d'une personne décédée du fait qu'elle n'a pas eu accès à des LSI, ou par plusieurs personnes dans un recours collectif alléguant qu'elles ont subi un préjudice à la suite de la décision du gouvernement de ne pas offrir de LSI. De tels groupes pourraient comprendre par exemple des personnes vivant avec le VIH/sida ou l'hépatite C et qui s'injectent de la drogue, qui ont contracté des infections en raison de pratiques d'injection dangereuses en l'absence d'un accès adéquat à des options d'injection sécuritaires.

Il existe des obstacles importants qui empêchent de faire valoir avec succès que le gouvernement a été négligent en ne mettant pas en œuvre de LSI. Néanmoins, une telle allégation pourrait avoir plus de poids dans certains ressorts que dans d'autres, compte tenu de leurs législations respectives.

Le premier obstacle à franchir – et peut-être le plus important – serait de prouver que l'inaction du gouvernement est une question « opérationnelle » (pour laquelle le gouvernement peut être poursuivi pour négligence), plutôt que d'une décision de « politique » (pour laquelle le gouvernement ne peut pas être poursuivi pour négligence). S'il peut franchir cet obstacle, un demandeur devra, s'appuyant sur les principes fondamentaux du droit de la négligence, prouver trois éléments pour avoir gain de cause dans une action en négligence contre le gouvernement :

- (1) que le gouvernement avait envers lui une « obligation de diligence » pour laquelle il peut être tenu responsable en cas de manquement;
- (2) que le gouvernement a manqué à cette obligation en ne satisfaisant pas à une « norme raisonnable de diligence » dans les circonstances; et
- (3) qu'en raison de ce manquement, la conduite du gouvernement a « contribué de façon appréciable » au préjudice subi par le demandeur.

Si ces trois éléments peuvent être prouvés, le demandeur aurait alors à répliquer à toute défense affirmative que pourrait opposer le gouvernement, par exemple une allégation voulant que les personnes qui utilisent des drogues assument volontairement le risque de préjudice qu'elles ont subi (*volenti non fit injuria*), ou que leur propre négligence a contribué au préjudice qu'elles ont subi (la « négligence contributive »). Un gouvernement défendeur pourrait également plaider qu'une personne ne peut tenter d'action en justice fondée sur un préjudice subi à la suite de son propre geste illégal ou immoral (la doctrine juridique *ex turpi causa non oritur actio*).

L'État a-t-il une obligation constitutionnelle d'agir?

On pourrait également plaider que les obligations constitutionnelles des gouvernements au regard de la *Charte canadienne des droits et libertés*³⁰⁴ vont jusqu'à les obliger à mettre en place des LSI. On pourrait notamment invoquer le *droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne* garanti par l'article 7 de la *Charte*. Cette disposition est appliquée le plus souvent dans le contexte d'accusations au pénal contre un particulier, mais la Cour suprême du Canada a adopté une interprétation large de l'expression « sécurité de la personne »³⁰⁵ et a accepté que cette notion puisse être appliquée en dehors du contexte pénal.³⁰⁶ Cependant, la

Une action au civil fondée sur la négligence du gouvernement pourrait être intentée par la famille d'une personne décédée du fait qu'elle n'a pas eu accès à des LSI.

plus grande difficulté dans ce cas serait de prouver, à la satisfaction du tribunal, qu'il y a un lien de causalité directe entre l'action ou l'inaction du gouvernement et l'atteinte à la sécurité de la personne garantie par la Constitution.³⁰⁷

On pourrait également faire valoir, en s'appuyant sur les dispositions relatives au droit à l'égalité de l'article 15 de la *Charte*, que le défaut du gouvernement de mettre en place des lieux sécuritaires pour l'injection équivaut à de la discrimination inconstitutionnelle fondée sur une déficience puisqu'il prive les utilisateurs de drogue, d'un accès égal aux soins de santé.

Les tribunaux judiciaires et administratifs ont conclu que la toxicomanie équivalait à une déficience, permettant ainsi au moins aux utilisateurs de drogue qui sont toxicomanes de bénéficier de la protection des dispositions de la *Charte* en matière d'égalité.³⁰⁸ En outre, lorsqu'il s'agit d'apprécier le bien fondé des allégations de discrimination fondée sur une déficience en vertu de la *Charte*, il faut examiner la manière dont le gouvernement agit face à la déficience ou au handicap de l'intéressé, et non sur la déficience elle-même. L'action ou l'inaction de l'État a-t-elle pour effet de stigmatiser la déficience ou de ne pas prendre en compte le fait que les droits à l'égalité garantis par la Constitution visent à redresser un désavantage?³⁰⁹ La Cour suprême a statué que le fait de ne pas prévoir des « accommodements raisonnables » pour une déficience représente de la discrimination inconstitutionnelle,³¹⁰ et que les dispositions de la Constitution en matière de droits à l'égalité pouvaient contraindre le gouvernement à prendre des actions positives pour éviter la discrimination. Dans l'arrêt-clé sur cette question, la Cour suprême a jugé que le défaut du gouvernement de la Colombie-Britannique de financer des interprètes gestuels pour les patients sourds dans les hôpitaux était inconstitutionnel.³¹¹

On pourrait donc à tout le moins plaider que le défaut du gouvernement de mettre en place des LSI représente un manquement à son obligation constitutionnelle d'assurer l'accès égal au système de santé. La Constitution impose l'obligation de prendre des mesures positives dont on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'elles permettent de régler au moins quelques-uns de problèmes de santé des toxicomanes.³¹² À tout le moins, on pourrait soutenir que les dispositions de la *Charte* en matière d'égalité obligent le gouvernement à éliminer tout obstacle juridique au fonctionnement sûr et compétent de LSI, même s'il est peu probable que les tribunaux aillent jusqu'à obliger les gouvernements à financer de telles initiatives.

Élaboration d'un cadre réglementaire pour les LSI

Bien qu'il y ait un risque de poursuite au criminel comme nous avons vu ci-dessus, ce risque paraît minime et aucune règle du droit canadien n'interdit en soi le fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection. Par ailleurs, le risque d'accusation est possiblement plus grand si de tels établissements sont créés alors que les corps policiers ou les décideurs politiques locaux s'y opposent. Un établissement fonctionnera sans doute de façon plus efficace s'il a l'appui (ou au moins la tolérance) des autorités gouvernementales, particulièrement si la loi prévoit clairement que ceux qui dirigent l'établissement ne s'exposent pas à des accusations au pénal. En outre, bien que le personnel ou les dirigeants de LSI courent peu de risques d'être tenus criminellement responsables, en l'absence de réforme juridique les clients de ces établissements demeureraient pour leur part très vulnérables à des accusations au pénal pour possession de drogues illicites. Cette situation pourrait sérieusement entraver le bon fonctionnement de LSI. Il est donc souhaitable d'établir un cadre clair, pour que ces lieux puissent fonctionner en toute légalité.

Il est souhaitable d'établir un cadre clair pour faire fonctionner les LSI légalement.

Certaines questions de compétence pourraient se présenter, relativement à la réglementation de LSI, mais un cadre fédéral de réglementation demeure important et nécessaire. Plusieurs questions opérationnelles doivent être examinées, dans la conception et la mise en place de LSI qui fonctionneront de façon efficace. L'analyse qui suit porte sur les aspects juridiques que le gouvernement fédéral devra aborder dans la conception d'un cadre de réglementation.

Questions de compétence en matière de réglementation des LSI

Certaines questions de compétences doivent être signalées d'entrée de jeu. Précisément parce que l'utilisation de drogue continue d'être traitée comme une question criminelle mais qu'elle est de plus en plus reconnue comme une question de santé, les LSI fonctionneraient à l'intersection de deux domaines de la législation : le droit criminel et la santé.

En vertu du régime canadien de répartition des compétences entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces/territoires, le gouvernement fédéral a l'autorité de légiférer dans le domaine du droit criminel (et les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux sont tous les deux chargés de l'administration du droit criminel).³¹³ Toutefois, les deux ordres de gouvernement se partagent l'autorité de légiférer dans le domaine de la santé,³¹⁴ alors que les provinces ont compétence exclusive pour légiférer en matière de fourniture de biens et de services de santé (y compris la gouvernance des établissements de santé) et ces matières ne peuvent être directement réglementées par le gouvernement fédéral.³¹⁵

Le gouvernement fédéral ne peut modifier les lois provinciales ou les règlements municipaux, ce qui veut dire qu'il pourrait y avoir d'autres aspects juridiques à traiter avec les gouvernements des provinces et des municipalités et la police. Par exemple, une province ou un territoire pourrait chercher à exercer son autorité de réglementation à l'égard des LSI en tant qu'établissement de santé; toutefois, selon la législation de la province ou du territoire, la possibilité de réglementer ces lieux pourrait dépendre de la question de savoir si la province ou le territoire couvre les services qu'il fournit en vertu de son régime public d'assurance-maladie. Par ailleurs, la province ou le territoire peut tenter d'exercer un contrôle réglementaire à l'égard des professionnels de la santé qui travaillent dans les LSI. La province ou le territoire pourrait également exercer son pouvoir relatif à l'approbation des plans par des conseils de santé municipaux ou régionaux pour le financement de LSI dans le cadre de leurs services locaux de santé. Une municipalité pourrait tenter de faire appel à ses règlements de zonage pour régir l'emplacement et le fonctionnement d'un LSI.

En raison de la répartition des compétences entre les différents ordres de gouvernement au Canada, en plus des réformes du droit ou de l'élaboration de règlement au niveau fédéral, il faudra peut-être conclure quand même des ententes supplémentaires avec les gouvernements provinciaux/territoriaux ou municipaux, selon le tempérament politique de chacun. Néanmoins, un cadre de réglementation adopté en vertu du droit fédéral pourrait certainement aider à établir avec succès des LSI en éliminant toute imputation de criminalité. De plus, en établissant les exigences relatives au fonctionnement d'un établissement qui doivent être respectées pour être admissible à une exemption de la responsabilité criminelle, le gouvernement fédéral pourrait contribuer grandement à calmer les inquiétudes sur la sécurité ou la nuisance publique que pourraient soulever les gouvernements provinciaux/territoriaux ou municipaux.

Pouvoirs fédéraux de réglementation

Comme nous l'avons vu précédemment, le Cabinet fédéral et la ministre fédérale de la Santé ont des pouvoirs en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui pourraient être exercés de manière à éliminer les problèmes liés à la possibilité de responsabilité criminelle liée au fonctionnement de LSI. Les passages pertinents de la loi sont reproduits à l'annexe A. Cette mesure revêtirait de l'importance à la fois symbolique et pratique, pour le fonctionnement efficace de LSI.

Exemptions ministérielles

Le pouvoir de la ministre de la Santé (article 56) se limite à soustraire une personne ou un groupe, ou une substance réglementée ou une catégorie de substances, de l'application de la *LDS* si la ministre estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient. Ce mécanisme pourrait être utilisé très facilement, sans qu'il soit nécessaire de modifier des lois ou de prendre des règlements, pour décharger du risque de responsabilité criminelle le personnel et les clients de LSI.

Par exemple, la ministre pourrait publier un document officiel énumérant de LSI désignés (et des programmes d'échange de seringues) et accordant une exemption générale, comme suit :

Toute personne au service d'un établissement désigné et toute personne qui y fournit ou reçoit des services, pendant qu'elles se trouvent sur les lieux de cet établissement, sont soustraites de l'application des dispositions de la *LDS* qui créent l'infraction de possession d'une substance réglementée.

Une telle exemption ministérielle ferait en sorte que les personnes qui s'injectent des drogues, dans un LSI désigné (qui serait bien sûr connu de la police), ne risqueraient pas d'être poursuivies au criminel pour possession des drogues qu'elles ont apportées à l'établissement. Elle écarterait également toute accusation criminelle de possession « présumée » ou « conjointe » contre des membres du personnel qui, bien entendu, toléreraient sciemment l'utilisation de drogues illicites sur les lieux, et qui seraient en possession de matériel d'injection usagé (ce qui est théoriquement interdit en tant que « substance réglementée » en vertu de la *LDS*). Comme nous l'avons vu ci-dessus, en autorisant, au titre de la *LDS*, la possession de drogues illicites dans les locaux de l'établissement, on se trouverait à protéger indirectement le personnel contre des accusations en vertu du *Code criminel* pour distribution de « documentation ou d'instruments pour l'utilisation de drogues illicites ». Parce que l'utilisation de drogues ne serait pas illicite dans l'établissement, grâce à l'exemption de la *LDS*, la distribution de matériel d'injection stérile ou d'information sur les techniques d'injection plus sûres ne pourraient pas être considérés comme le fait d'encourager ou de faciliter l'« utilisation de drogues illicites. »

Toutefois, ce mécanisme a ses limites. Le pouvoir de prendre des règlements conféré au Cabinet fédéral est plus étendu que le pouvoir de la ministre d'accorder des exemptions, et offre la possibilité d'adopter une approche plus globale. Les exemptions ministérielles pourraient être utilisées comme mesure initiale et temporaire pour permettre la mise à l'essai immédiate de LSI pendant que l'on élabore un cadre de réglementation plus étoffé.

Règlements du Cabinet

Le Cabinet fédéral jouit de pouvoirs plus étendus qui pourraient être exercés afin de créer une autorisation légale plus globale pour les LSI. En vertu de la *LDS*, le Cabinet a l'autorité non limitative de faire ce qui suit :

par règlement, prendre les mesures nécessaires à l'application de la présente loi, y compris en matière d'exécution et de mesures de contrainte ainsi qu'en matière d'applications médicales, scientifiques et industrielles et de distribution des substances désignées [...], et notamment :

a) régir [...] la fourniture, l'administration, la possession [...] de substances désignées [...] ou d'une de leurs catégories, ainsi que toutes autres opérations portant sur ceux-ci [...]

z) soustraire, aux conditions précisées, toute personne ou catégorie de personnes ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements.³¹⁶

Le Cabinet fédéral a donc l'autorité de prendre des règlements globaux précisant que certaines parties de la loi (par exemple la prohibition de la possession de substances réglementées) ne s'appliqueraient pas dans certaines situations. La définition de ces situations pourrait être le fondement qui permettrait au gouvernement fédéral de présenter un cadre de réglementation régissant l'établissement et le fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection.

Questions à aborder dans l'élaboration d'une réglementation

Nous ne prétendons pas résoudre de manière exhaustive, dans la discussion qui s'amorce ici, toutes les questions qui pourraient se manifester dans le processus d'élaboration d'une réglementation pour régir des lieux sécuritaires pour l'injection.

Nous abordons cependant quelques-unes des questions les plus pressantes. Au moins trois domaines de préoccupation pourraient être abordés dans des règlements et nous en discutons ci-après; il s'agit des conditions d'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection, des activités et services autorisés dans ces établissements, et des exigences administratives pour les établissements.

Conditions d'accès à des lieux sécuritaires pour l'injection

La problématique de déterminer qui peut avoir accès aux services fournis dans les lieux sécuritaires pour l'injection a plusieurs ramifications juridiques et éthiques. Nous effectuons ci-dessous de brèves analyses qui conduisent à des recommandations, pour chacune des questions suivantes : l'accès devrait-il être réservé aux adultes? devrait-il être refusé aux femmes enceintes? devrait-il être refusé aux clients accompagnés d'enfants? devrait-il être refusé aux clients en état d'ébriété?

L'accès devrait-il être réservé aux adultes?

Plusieurs des sites européens refusent l'admission aux personnes de moins de 18 ans;³¹⁷ la proposition de site mise de l'avant par la Vancouver Harm Reduction Action Society envisage de le faire aussi (du moins, pendant la période d'essai).³¹⁸ Cependant, cette exclusion catégorique serait injustifiée et le fait d'imposer une telle exigence par voie de règlement constituerait au moins de la discrimination *prima facie* au regard de l'âge.

La personne de moins de 18 ans qui s'injecte des drogues est aussi (sinon plus) vulnérable que l'adulte, aux méfaits d'une surdose, des maladies transmissibles par le sang ou d'autres méfaits associés à l'usage de drogue. Il n'y a pas de fondement de principe pour conclure que seuls les utilisateurs de drogue âgés de 18 ans et plus ont le droit ou la possibilité de bénéficier des avantages pour la protection et la promotion de la santé qu'offrent des lieux sécuritaires pour l'injection.

Au moins trois domaines de préoccupation peuvent être abordés par règlements : les conditions d'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection, les activités et services autorisés dans ces établissements, et les exigences administratives.

Puisque les clients des LSI n'obtiendraient pas leur drogue sur place, la préoccupation de vouloir éviter d'offrir à ces jeunes une porte d'entrée à l'usage de drogue est sans fondement. Les clients, quel que soit leur âge, ne seraient autorisés qu'à y consommer la drogue dont ils

Il n'y a pas de fondement de principe pour conclure que seuls les utilisateurs de drogue âgés de 18 ans et plus ont le droit ou la possibilité de bénéficier de la protection et de la promotion de la santé qu'offrent des lieux sécuritaires pour l'injection.

sont déjà en possession. Si l'on s'inquiète d'autres risques auxquels ces jeunes pourraient être exposés en partageant un lieu avec des adultes (p. ex. la possibilité d'exploitation), il ne s'ensuit pas nécessairement que la solution acceptable soit de leur refuser l'accès à ces lieux et aux services qui y sont offerts. En fait, les dirigeants d'un LSI seraient plutôt contraints, par l'éthique, de faire des efforts raisonnables pour tenir compte de ces risques dans le mode de fonctionnement de l'établissement; et les dirigeants de LSI et les responsables des politiques devraient faire en sorte que les jeunes aient accès à ces soins de santé dans un milieu où les risques évoqués ne sont pas présents. Il importe de garder à l'esprit que les jeunes demeurent vulnérables à l'exploitation lorsqu'ils sont ailleurs que dans un LSI, et possiblement lors de contacts avec les personnes auxquelles ils s'associent dans le but de se procurer de la drogue. Ainsi, l'inquiétude qu'un lieu sécuritaire pour l'injection conduise à une augmentation des chances d'exploitation semble exagérée.

Limiter l'accès à une clientèle adulte serait désavantager les jeunes qui s'injectent de la drogue. On les priverait ainsi de la possibilité d'éviter ou de réduire les risques de méfaits en s'injectant dans un environnement plus sécuritaire et hygiénique qui offre l'accès à du matériel d'injection stérile, à des soins médicaux lorsque nécessaire, et à un

Limiter l'accès à une clientèle adulte serait désavantager les jeunes qui s'injectent de la drogue.

« portail » vers des programmes de traitement de la toxicomanie et de référence à d'autres services sociaux. Le droit canadien reconnaît, tant dans les lois (variables d'un territoire/province à l'autre) qu'en *common law*, qu'une personne mineure, de moins de 18 ans, peut être apte à prendre ses propres décisions d'ordre médical.³¹⁹ Il serait par conséquent étrange de décider que les personnes de moins de 18 ans qui s'injectent de la drogue ne peuvent pas choisir d'avoir accès aux soins de santé et aux autres soins que fournit un lieu sécuritaire pour l'injection, afin de prévenir des méfaits évitables.

La question de l'accès des jeunes à des services de réduction des méfaits en rapport avec leur utilisation de drogue a été examinée, dans le contexte de l'accès des jeunes aux programmes d'échange de seringues. En réponse à la demande du Centre québécois de coordination sur le sida (ministère de la Santé et des Services sociaux), le Dr David Roy, du Centre de bioéthique de Montréal, a effectué une analyse éthique de la remise d'aiguilles stériles à des jeunes de moins de 18 ans, qui se conclut ainsi :

[D]ans un monde parfait, on ne donnerait certainement pas de seringues à des jeunes afin de les encourager dans l'utilisation de drogue par injection. Au contraire, on mettrait sur pied des programmes exhaustifs de réadaptation psychologique, sociale et familiale afin de protéger ces jeunes contre l'accoutumance à la drogue et la transmission du VIH. Mais — car il y a un mais — notre monde n'est pas parfait. Il nous faut donc composer avec des restrictions qui ne nous permettent tout simplement pas de trouver la solution idéale sur-le-champ.

[S]i un jeune est apte et prêt à entreprendre une réadaptation et peut être convaincu d'éviter l'utilisation de drogues par injection, la question ne se pose plus. On ne donnerait certainement pas de seringues à une telle personne.[...]

[C]e n'est pas l'âge de ces jeunes qui devrait dicter si oui ou non des mesures de protection s'imposent, mais bien le danger qu'ils courent d'être entraînés à utiliser des drogues [d'une manière] qui impliqu[e] un partage de seringues et les dangers qu'ils courent de contracter le VIH. [...]

[N]ous ne devons jamais perdre de vue l'objectif primordial de nos mesures de protection de ces jeunes dont les vies sont extrêmement perturbées et qui sont donc très vulnérables. Cet objectif primordial vise à les protéger avant tout contre une infection par le VIH qui entraîne la mort et il est impératif de tout faire pour atteindre ce but. Il se pourrait même que nous en venions à fournir à ces jeunes, quel que soit leur âge, des seringues stériles. [...]

Ces [...] considérations sont fondées sur le principe éthique que de deux maux il faut choisir le moindre. Le plus important est de protéger ces jeunes contre l'infection par le VIH et peut-être de mort éventuelle; il est encore plus important d'avoir des êtres vivants qui pourront éventuellement être réadaptés que d'insister sur un changement immédiat de mode de vie qui leur semblera incompréhensible, inacceptable et impossible. En d'autres mots, c'est le principe de la réduction des méfaits.³²⁰

Un lieu sécuritaire pour l'injection est un programme rehaussé d'échange de seringues. En plus de fournir du matériel d'injection, ils offrent un endroit plus sécuritaire pour l'injection et un accès à des services sociaux et de santé. L'analyse du Dr Roy s'applique également à la problématique de l'accès à des LSI. Certes, il serait souhaitable, du point de vue éthique, de faire des efforts supplémentaires, dans des LSI, afin d'aider les jeunes à s'orienter volontairement vers un traitement de la toxicomanie. Mais une décision de refuser du matériel d'injection stérile et l'accès à une salle d'injection aux moins de 18 ans serait contraire aux principes de l'éthique, en plus de constituer possiblement une mesure discriminatoire illégale.

L'accès devrait-il être refusé aux femmes enceintes?

Dans le même ordre d'idées, il serait contraire à l'éthique, et illégal, de refuser aux femmes enceintes l'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection. La discrimination au motif de la grossesse est une forme de discrimination fondée sur le sexe et qui porte atteinte de manière injustifiée aux garanties d'égalité enchâssées dans la *Charte canadienne des droits et libertés*.³²¹ De plus, refuser aux femmes enceintes l'accès aux LSI causerait plus de tort que de bien.

Nous devons nous préoccuper du bien-être de la femme et de celui de son fœtus. Or, un refus à une femme enceinte d'utiliser les services d'un LSI ne contribuerait ni à son bien-être ni à celui du fœtus. Tout client d'un LSI se sera déjà procuré de la drogue et se sera rendu à cet endroit parce qu'il a l'intention de se l'injecter. Comme dans le cas de n'importe quel autre client, la santé et le bien-être de la femme enceinte sont certainement moins menacés si elle peut avoir accès à du matériel stérile pour se faire l'injection dans un lieu sécuritaire et hygiénique qui offre un accès à une attention médicale immédiate, en cas de surdose, et à d'autres soins de santé en cas de besoin.

Par ailleurs, bien que la santé du fœtus soit affectée par l'usage de drogue de la mère pendant la grossesse, ce méfait est déjà en cours, ou imminent, sans égard au fait qu'elle puisse

Ce n'est pas l'âge de ces jeunes qui devrait dicter si oui ou non des mesures de protection s'imposent, mais plutôt le danger qu'ils courent d'être entraînés au partage de seringues et de contracter le VIH.

Un refus à une femme enceinte d'utiliser les services d'un LSI ne contribuerait ni à son bien-être ni à celui du fœtus.

ou non aller au LSI. Cependant, le bien-être du bébé est certainement compromis encore davantage si elle est refusée au LSI et qu'au bout du compte elle contracte le VIH ou l'hépatite C en partageant une seringue, ou si elle est en proie à une surdose dans une ruelle ou une maison de chambre. De plus, refuser à cette femme l'accès au lieu sécuritaire pour l'injection entraîne qu'on lui refuse du même coup une voie susceptible de la mener à recevoir des services de santé et de soutien (p. ex. un traitement de la toxicomanie) qui seraient bénéfiques, tant à son bébé qu'à elle-même.

La Cour suprême du Canada a jugé que le droit canadien actuel ne permet pas à l'État d'entraver la liberté d'une femme enceinte contre son gré dans le but de protéger l'enfant à naître contre un éventuel préjudice que pourrait lui porter une conduite de la mère. Dans l'affaire *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (Région du nord-ouest) c. G. (D.F.)*,³²² la cour a conclu que l'État ne pouvait pas détenir une femme enceinte ayant une dépendance aux vapeurs de colle et qui avait déjà donné naissance à deux enfants qui avaient subi des dommages *in utero* de cette manière. La cour a conclu qu'une approche coercitive serait susceptible d'être contre-productive au regard de la santé de la femme et de son enfant, parce que « cela pourrait faire en sorte d'occulter^(*) les problèmes » en incitant des femmes (et en particulier celles qui en ont peut-être le plus grand besoin) à éviter les soins prénatals. Comme dans le cas d'un utilisateur d'âge mineur, l'éthique incite à faire des efforts supplémentaires pour aider les clientes enceintes qui utilisent les services de LSI à avoir accès à des services comme le traitement de la toxicomanie et d'autres services sociaux et de santé. Toutefois, il ne serait pas justifié de leur refuser l'accès au lieu et à du matériel d'injection stérile.

L'accès devrait-il être refusé aux clients accompagnés d'enfants?

Les clients qui se présentent accompagnés d'un ou plusieurs enfants, dans un lieu sécuritaire pour l'injection, donnent naissance à un scénario quelque peu différent. Mais encore dans ce cas, un refus de permettre l'accès aux services de l'établissement serait injustifié. Comme dans le cas d'un jeune ou d'une femme enceinte, l'idéal est que ces clients soient aidés à avoir accès à des services sociaux et de santé (y compris, si nécessaire, pour leurs enfants). Mais refuser l'accès à du matériel d'injection stérile et à un lieu sécuritaire, à un client qui souhaite s'y injecter de la drogue qu'il s'est déjà procurée, n'aura que des conséquences néfastes pour cette personne et ses enfants. Il serait judicieux d'insister pour que les enfants restent dans la salle d'attente de l'établissement, en sécurité sous la supervision du personnel, pendant que le parent utilise la salle d'injection.

De fait, il est bien préférable qu'un parent (ou une personne qui s'occupe d'un enfant) puisse s'injecter sa drogue au moyen de matériel stérile dans un lieu sécuritaire et hygiénique, avec un accès immédiat à des soins médicaux s'il en a besoin, pendant que son ou ses enfant(s) sont en sécurité sous la supervision d'autres personnes, que d'être réduit à aller se faire l'injection dans une ruelle, avec ses enfants, pour être ainsi au plus fort de l'effet de la drogue alors que les enfants sont sous sa responsabilité. Les intérêts de l'enfant seraient mieux sauvegardés en permettant au parent l'accès à l'établissement.

Cela n'empêche pas l'application de la législation régulière pour la protection des enfants, en vigueur dans le territoire ou la province. En présence de motifs raisonnables de croire que, dans un cas en l'espèce, un enfant a « besoin de protection », le personnel du LSI aurait l'obligation légale de porter cette affaire à l'attention des autorités de protection de l'enfance. Il en irait de même dans d'autres points de services en santé et il s'agit, du moins dans certains ressorts, d'une obligation légale applicable à toute personne.

^(*) N.d.t. « Drive underground », l'expression utilisée en anglais dans l'arrêt de la Cour suprême; « occulter » est employé dans la traduction officielle, mais l'expression « pousser dans la clandestinité » se rencontre souvent pour traduire cette locution anglaise.

L'accès devrait-il être refusé aux clients en état d'ébriété?

Il est fort probable que certains clients puissent arriver à un LSI alors qu'ils sont sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues. Comme dans les autres scénarios, le fait de refuser à une personne l'accès à l'établissement, pour cette unique raison, serait injustifié. Cela lancerait un signal étrange à la communauté que compose la clientèle des utilisateurs de drogue, qu'un LSI est supposé aider, si ce dernier refusait d'accueillir une personne qui est sous l'effet de la drogue. De plus, une personne en état d'ébriété qui souhaite s'injecter de la drogue est encore plus susceptible qu'à l'habitude de partager une seringue, de faire une surdose mortelle, de se faire attaquer, ou de se faire l'injection dans d'autres circonstances non sécuritaires, si on lui refuse l'accès à du matériel d'injection stérile et à un lieu sécuritaire doté de supervision médicale.

Les dirigeants de LSI (et les autorités de réglementation) devraient certes se préoccuper du risque plus élevé de surdose d'opioïdes ou de toxicité de la cocaïne, qui s'associerait à une autre injection. Mais le fait de refuser à la personne d'entrer au LSI n'est pas une solution. Il serait plus prudent de demander au personnel d'évaluer, à partir de l'information à sa disposition, les risques que se présentent de tels méfaits. Si, à son avis, la consommation d'autre drogue comporte un risque important de surdose ou de toxicité, le personnel devrait avoir l'autorité de refuser que cette personne utilise la salle d'injection (mais le client devrait, bien sûr, avoir accès aux autres services de l'établissement). Dans un cas où le méfait éventuel d'une surdose est raisonnablement prévisible compte tenu de l'état du client à son arrivée, l'établissement pourrait être tenu responsable de négligence civile s'il laissait le client utiliser l'établissement pour consommer d'autre drogue.

En outre, il est légitime de se préoccuper d'un potentiel accru de violence de la part d'un client en état d'ébriété. D'autres établissements de soins de santé sont régulièrement aux prises avec de telles situations. Cependant, il serait erroné et injustifié de prendre pour acquis que tous les clients qui viennent à un LSI et qui sont visiblement en état d'ébriété représentent une telle menace pour le personnel ou les autres clients. Il pourra y avoir un tel risque avec certains individus, mais ce ne sera souvent pas le cas. Encore une fois, cette décision ne peut être prise que par une évaluation de chaque cas. Les règlements des LSI devraient donner au personnel une autorité claire de refuser à une personne l'accès à l'établissement, en présence de motifs raisonnables de croire qu'elle pose une menace à la santé et à la sécurité d'autrui – que ce soit à cause d'une ébriété belliqueuse, du port d'arme, etc.

Activités et services à autoriser dans les lieux sécuritaires pour l'injection

Des règlements pourraient établir les conditions auxquelles la conduite des clients et du personnel d'un lieu sécuritaire pour l'injection devrait satisfaire pour bénéficier de l'exemption des dispositions pertinentes de la *LDS*. Ces conditions découleraient des objectifs même des établissements, mais elles pourraient aborder aussi certaines des préoccupations rattachées à la responsabilité civile ou criminelle.

1. Puisque l'un des principaux objectifs d'un lieu sécuritaire pour l'injection est d'éviter les méfaits associés au partage de matériel d'injection, les règlements pourraient et devraient exiger que l'établissement interdise le partage de matériel d'injection entre clients.
2. Pour empêcher que des lieux sécuritaires pour l'injection ne deviennent des sites de trafic de drogue, il devrait être interdit aux clients de vendre ou de partager de la drogue sur les lieux. Cela renforcerait la notion que les LSI fournissent des soins de santé, et non des drogues illégales; cela contribuerait aussi à atténuer la crainte

- possible du voisinage, que le LSI crée un « pôle d'attraction » pour des vendeurs de drogue. Cela protégerait par ailleurs le personnel et les dirigeants de LSI contre d'éventuelles accusations d'aide ou de complicité au trafic et à la possession de drogues illégales. De plus, cela n'empêcherait pas que du personnel médical puisse prescrire sur le site certaines substances contrôlées, si une telle autorisation était accordée – dans le contexte d'un essai clinique de prescription d'héroïne, par exemple.
- Il devrait être interdit aux clients de vendre ou de partager de la drogue sur les lieux.
3. On ne devrait autoriser que l'auto-injection. Le personnel ne devrait pas être autorisé à aider les clients à se faire leur injection, car cela ouvrirait la porte à la responsabilité civile ou criminelle dans le cas où un utilisateur subirait des dommages de surdose ou de toxicité, des dommages aux veines, ou contracterait une infection.

Exigences administratives

En outre, bien qu'il serait injustifié et malavisé de chercher à « micro-gérer » les LSI par voie de réglementation fédérale, certaines exigences de base en matière d'administration et de gestion des établissements pourraient être établies comme conditions de l'exemption de dispositions de la LDS. Ces exigences pourraient inclure notamment :

- une prise en considération des aspects liés à la sécurité, dans la conception physique des lieux (p. ex. surveillance adéquate de la salle d'injection et d'autres secteurs, portes barrées contrôlées par le personnel, etc.);
- une présence de personnel de sécurité devrait être assurée pendant la totalité des heures d'ouverture;
- certains employés devraient être des infirmiers détenant des compétences médicales ou des médecins; et
- tous les employés devraient détenir une formation élémentaire en premiers soins, en soins d'urgence en cas de surdose, de même qu'en gestion de crise; et être formés adéquatement au sujet de toutes les politiques et procédures relatives à la sécurité, à la référence à d'autres services, à la confidentialité de l'information sur les clients, etc.



Conclusion : la nécessité de réformes responsables

Le Canada a une obligation éthique, et possiblement une obligation légale (du moins en vertu du droit international) de mettre en œuvre un essai clinique de lieu sécuritaire pour l'injection, en tant que mesure qui protégera et favorisera la santé des Canadien-ne-s. Il est plus que temps que le gouvernement passe à l'action pour prévenir des cas évitables de maladie et de décès qui résultent d'un usage non sécuritaire de drogue. Jusqu'ici, la réponse gouvernementale a été inadéquate et elle nuit à l'atteinte des objectifs de réduction des méfaits qui sont supposés être à la base de la Stratégie canadienne antidrogue.

Les gouvernements des paliers fédéral, provincial et municipal ne peuvent continuer d'ignorer les risques de santé qui s'associent à l'injection de drogue et à l'approche actuelle du droit criminel pour réagir à l'usage de drogue. La Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne ont démontré que la création de lieux sécuritaires pour l'injection est une initiative réalisable et efficace. L'Australie en a reconnu la nécessité et elle est à l'étape d'expérimentation. En ayant jusqu'à maintenant évité même d'essayer d'avoir recours à des approches qui s'avèrent efficaces dans d'autres pays, le Canada est en retard sur ces développements importants et progressistes.

Résister à la possibilité de créer des lieux sécuritaires pour l'injection, en plus d'être contraire à l'éthique, est contraire aux obligations internationales du Canada à l'égard des droits de la personne – par exemple, d'atteindre le meilleur état de santé possible. Les initiatives comme les LSI sont permises en vertu des traités internationaux sur la drogue, à titre d'expériences scientifiques pour prévenir la maladie et pour rehausser les efforts de traitement et de réadaptation. De plus, en cas de constat de réussite aux termes de la mise à l'essai de LSI (ce qui est déjà démontré en Australie, en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas), ils peuvent devenir des volets permanents des stratégies à multiples facettes pour la réduction des méfaits. Une fois de plus, leur continuation contribuerait à la réalisation d'obligations internationales. Par ailleurs, les traités sur la drogue dont le Canada est signataire autorisent la mise en œuvre permanente de LSI, dans le cadre du droit de chaque État signataire de

déterminer à quelles mesures il peut avoir recours en fonction des « conditions qui prévalent » et des exigences de son droit interne. En outre, le droit canadien n'est pas nécessairement un obstacle à la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection et, de fait, il lui serait même relativement facile de s'y accommoder.

La mise sur pied de lieux sécuritaires pour l'injection est une des nombreuses stratégies proposées pour lutter contre certains des méfaits associés à l'injection de drogue. Cette

Il serait malavisé de voir les LSI comme une panacée ou comme une mesure indépendante, car on ne devrait pas détourner l'attention que requièrent d'autres options complémentaires et d'autres besoins de réforme. Mais les LSI sont une initiative qui mérite d'être essayée.

mesure vise à répondre à un problème précis, en apportant une dimension qui manque à un ensemble de mesures qui sont déjà en place – dont certaines cherchent à s'attaquer à la dépendance elle-même, alors que d'autres tentent principalement de réduire les conséquences négatives qui se rattachent à l'usage de drogue par injection et d'atténuer la rudesse improductive des approches punitives. Les LSI poursuivent des buts et objectifs qui sont délibérément circonscrits; leur visée principale est de réduire les risques associés au fait de s'injecter de la drogue, tout en permettant en même temps de mettre les utilisateurs en contact avec d'autres services de santé et de soutien (y compris des traitements de la toxicomanie), et de réduire les retombées négatives que peut avoir un lieu de consommation de drogue à ciel ouvert, dans la communauté.

Au constat des milliards de dollars dépensés pour l'application de la loi, des milliers de personnes incarcérées pour des infractions aux lois sur la drogue, et du fait que la prison n'est pas une solution à la toxicomanie, Peter Cleeland, de l'Australian Drug Law Reform Foundation a fait remarquer ceci :

Des salles d'injection pour les personnes qui utilisent des drogues illégales ne réduiront pas la vente de ces substances. Elles ne réduiront pas l'affluence de nouveaux utilisateurs, ni ne feront cesser le crime associé au trafic. Aucune personne qui connaît et comprend le marché de la drogue illégale n'a jamais cru que ce serait le cas. Mais nous, qui leur offrons du soutien, savons que les personnes sans abri, celles qui sont aux prises avec la maladie mentale, ou avec d'autres maladies, et celles qui cherchent de l'aide, iront dans ces lieux où elles ne seront pas traitées comme des criminels, où elles recevront du counselling, et qui leur permettront de ne pas mourir dans nos rues comme des déchets humains non désirés. Cela est mieux que de perpétuer l'échec d'un système de prohibition.³²³

La proposition de mettre à l'essai des lieux sécuritaires pour l'injection est, à dessein, modeste sur le plan des prétentions quant à ce que cela pourrait permettre de réaliser. De fait, il serait malavisé de considérer les LSI comme une panacée ou comme une mesure indépendante d'autres stratégies, puisqu'il n'est pas souhaitable de détourner l'attention que requièrent d'autres options complémentaires et d'autres besoins de réforme. Mais les LSI sont une initiative qui mérite d'être essayée. Comme l'ont affirmé deux experts :

Il est temps que nous cessions de faire la guerre à la drogue et aux personnes qui en utilisent – il est temps de plutôt faire la paix avec les personnes qui prennent de la drogue. Nous devrions essayer, là où nous le pouvons, de limiter les dommages que les drogues font aux gens, et essayer de garder ces personnes en vie et en bonne santé. Tôt ou tard, la plupart cesseront de prendre de la drogue, lorsqu'elles seront prêtes. Les politiques en matière de drogue se développeront par une évolution, et non par une révolution. Nous devons abandonner la quête de solutions parfaites. Il n'en existe pas.³²⁴



Recommandations

1. Le gouvernement fédéral devrait rafraîchir la Stratégie canadienne antidrogue afin d'appuyer expressément la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection en tant qu'importantes mesures de réduction des méfaits qui devraient être intégrées aux politiques de réaction aux méfaits associés à l'injection de drogue.
2. Le gouvernement fédéral devrait établir un cadre de réglementation aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), pour éliminer le risque de responsabilité criminelle des employés et clients de lieux sécuritaires pour l'injection; et pour réduire les risques de responsabilité civile liée à l'opération de ces établissements.
3. Ce cadre de réglementation devrait aborder des éléments comme les critères d'accès à l'établissement, les activités et services autorisés sur les lieux, et les exigences administratives minimales pour assurer un fonctionnement sécuritaire et efficace. Ce cadre de réglementation à établir aux termes de la LDS devrait comporter, pour les LSI autorisés, une exemption de l'application des dispositions pertinentes de la LDS; de plus, en vertu de ce cadre réglementaire,
 - l'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection ne devrait pas être réservé à des adultes, mais permis également aux jeunes qui s'injectent de la drogue;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux femmes enceintes;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux clients accompagnés d'enfants;
 - l'accès à ces lieux ne devrait pas être refusé automatiquement à un client parce qu'il est en état d'ébriété;
 - le partage de matériel d'injection entre clients devrait être interdit dans tout lieu sécuritaire pour l'injection;
 - le partage et la vente de drogue devraient être interdits dans ces lieux;
 - seule l'auto-injection devrait être permise; on devrait interdire l'aide à l'injection par le personnel des lieux;

- on devrait assurer la prise en considération d'éléments de sécurité, dans la planification physique des lieux, et stipuler que du personnel de sécurité soit présent pendant toutes les heures d'opération; et
 - on devrait requérir qu'une partie du personnel se compose d'infirmiers/infirmières détenant des qualifications médicales, ou de médecins, et que tous les employés aient reçu une formation élémentaire en premiers soins, en soins d'urgence en cas de surdose, de même qu'en gestion de crise; et soient formés adéquatement au sujet de toutes les politiques et procédures relatives à la sécurité, à la référence à d'autres services, à la confidentialité de l'information sur les clients, etc.
4. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en vigueur, la ministre fédérale de la Santé devrait accorder des exemptions ministérielles de l'application des dispositions pertinentes de la LDS, à certains lieux sécuritaires pour l'injection (et aux programmes d'échange de seringues) ainsi qu'à leurs employés et clients, de sorte que ces programmes puissent fonctionner à titre d'essai.
 5. Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'un essai scientifique multi-sites de lieux sécuritaires pour l'injection – comprenant des études de l'impact de ces programmes sur la santé et le bien-être des personnes qui y ont recours, de même que des retombées générales sur le plan de la santé publique et dans les communautés concernées.
 6. Les fonctionnaires et élus des paliers fédéral, provincial/territorial et municipal qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux ainsi que de l'application de la loi devraient collaborer à faire en sorte que la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection s'amorce dès que possible.



Annexe A

Extraits de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19.

Article 55

(1) Le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre les mesures nécessaires à l'application de la présente loi, y compris en matière d'exécution et de mesures de contrainte ainsi qu'en matière d'applications médicales, scientifiques et industrielles et de distribution des substances désignées et des précurseurs, et notamment :

a) régir, autoriser, contrôler ou restreindre l'importation et l'exportation, la production, l'emballage, l'expédition, le transport, la livraison, la vente, la fourniture, l'administration, la possession ou l'obtention de substances désignées ou de précurseurs, ou d'une de leurs catégories, ainsi que toutes autres opérations portant sur ceux-ci;

b) prévoir les circonstances et les conditions dans lesquelles peuvent se faire ces opérations et le mode d'autorisation de celles-ci, ainsi que les personnes ou catégories de personnes pouvant s'y livrer ou habilitées à les autoriser; [...]

h) régir les qualifications requises des personnes qui, sous la supervision du titulaire d'une licence réglementaire délivrée à cette fin, s'adonnent à toute opération — notamment production, conservation, essai, emballage, stockage, vente ou fourniture — portant sur toute substance désignée ou tout précurseur, ou sur une de leurs catégories;

s) régir la communication, à toute autorité provinciale attributive de licences en matière d'activités professionnelles ou à toute personne, ou catégorie de personnes, que le gouverneur en conseil estime nécessaire d'aviser pour l'application ou l'exécution de la présente loi ou de ses règlements, de renseignements

fournis sous leur régime par une personne ou catégorie de personnes — ou relativement à elles — autorisées — ou pouvant l'être — à effectuer quelque opération — notamment importation et exportation, production, emballage, expédition, transport, livraison, vente, fourniture, administration, possession ou obtention — portant sur des substances désignées ou des précurseurs, ou sur une de leurs catégories;

t) prévoir les modalités d'établissement, de signification ou de dépôt des notifications, avis, ordonnances, rapports ou autres documents prévus par la présente loi ou ses règlements ainsi que les modalités de preuve de leur signification;

z) soustraire, aux conditions précisées, toute personne ou catégorie de personnes ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements;

[...]

(2) Sur recommandation du solliciteur général du Canada, le gouverneur en conseil peut prendre des règlements relativement aux enquêtes et autres activités policières menées aux termes de la présente loi par les membres d'un corps policier et toutes autres personnes agissant sous leur autorité et leur supervision [...]

Article 56

S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci.



Notes bibliographiques

¹ Margaret Hamilton, procès-verbal du NSW Drug Summit 1999 [Sommet de la Nouvelle-Galles du Sud sur la drogue], 17 mai 1999, <<http://drugsummit.socialchange.net.au>>.

² Cette description est dérivée de celle offerte par le Drugs and Crime Prevention Committee du Parlement de l'État [australien] de Victoria, « Safe Injecting Facilities – Their Justification and Viability in the Victorian Setting », *Occasional Paper No 2* (1999), p. 1-2, <www.parliament.vic.gov.au/dpcp>.

³ Le présent document est une adaptation canadienne d'un article de Ian Malkin sur la nécessité de lieux pour l'injection en Australie : I. Malkin, « Establishing Supervised Injecting Facilities: A Responsible Way to Help Minimise Harm », *Melbourne University Law Review*, 2001, 25(3) : 680.

⁴ Voir, p. ex., T. Kerr, *Safe Injection Facilities: Proposal for a Vancouver Pilot Project*, préparé pour la Harm Reduction Action Society, Vancouver, 2000; J.V. Cain, *Report of the British Columbia Task Force into Illicit Narcotic Overdoses* (« le rapport Cain »), Victoria, C.-B., ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1994; E. Whymot, *Health impact of injection drug use and HIV in Vancouver*, Vancouver, Vancouver Health Board, 1996; Provincial Task Force on Addictions, « Weaving the Threads », rapport commandé par le premier ministre de la Colombie-Britannique; *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, 2001.

⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999, p. 1.

⁶ Santé Canada (Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001, Ottawa, Santé Canada, 2001, <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/epi_f.html>.

⁷ *Ibid.*

⁸ Santé Canada (Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000*, (p. 31), Ottawa, Santé Canada, 2001, <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspst/hast-vsmst/public_f.html>.

⁹ « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *supra*, note 6.

¹⁰ E. Roy et coll., « Hepatitis C among Montreal street youth cohort participants who injection drugs (MSTC-IDUs) », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 : 60B.

¹¹ S.A. Strathdee et coll., « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, 1997, 11 : F59-65.

¹² « Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1999, 25S2 (suppl., juin 1999), <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99vol25/25s2/index_f.html>.

¹³ « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *supra*, note 6.

¹⁴ C. Hankins, T. Tran, D. Desmarais et coll., « Moving from Surveillance to the Measurement of Programme Impact: CACTUS – Montreal Needle Exchange Programs », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (suppl. A) : 28A (abrégé 223).

¹⁵ P. Millson, T. Myers, L. Calzavara et coll., « Prevalence of HIV and Other Blood-Borne Viruses and Associated Behaviors in Ontario IDUs », actes de la septième rencontre annuelle sur l'épidémiologie du VIH, organisée par la Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, 12-14 novembre 1998; M. Millson, *WHO Multi-City Study on Drug Injecting & Rise of HIV Infection*, Toronto, Programme national de recherche et développement en santé (PNRDS), Santé Canada, 1996.

¹⁶ M. Alary, C. Hankins, R. Parent et coll., « Updated Results from the SurVIDU Surveillance Network », actes de la septième rencontre annuelle sur l'épidémiologie du VIH, organisée par la Division de l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada; *Inventory of HIV Incidence/Prevalence Studies in Canada*, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

¹⁷ J. Blanchard, L. Elliott, « Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study: Interim results », avril 1999, cité dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, supra, note 5.

¹⁸ « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », supra, note 6.

¹⁹ *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, supra, note 5; Réseau canadien autochtone sur le sida, *Joining the Circle: An Aboriginal Harm Reduction Model* (non daté); Santé Canada (Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), « Le VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada: une question pressante », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001, Ottawa, Santé Canada, 2001 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/epi_f.html>).

²⁰ Statistique Canada, *Recensement de la population du Canada*, 1996.

²¹ Kerr, supra, note 4, p. 10, citant B. Fischer, J. Rehm et T. Blitz-Miller, « Injection drug use and preventive measures: A comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162 (12) : 1709-1713.

²² Strathdee et coll., supra, note 11; M. McLean, « Vancouver drug epidemiology and drug crime statistics 2000 », Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (ébauche datée du 21 juin 2000), cité par Kerr, supra, note 4, p. 11.

²³ M.V. O'Shaughnessy et coll., « Deadly public policy », *Conférence internationale sur le sida*, 1998, 12 : 982 (abrégié 44233).

²⁴ Site Internet de la Ville de Vancouver, citant le BC Coroner Service et le médecin hygiéniste en chef de la C.-B., (2000) <<http://www.city.vancouverbc.ca/greaterdot/gv2000/episode9.htm#link7>>.

²⁵ M. Tyndall et coll., « HIV incidence and mortality among injection drug users in Vancouver – 1996-2000 », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 : 69B.

²⁶ *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, supra, note 5, p. 11-13.

²⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida, « L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits » [Feuille # 1 de *L'injection de drogue et le VIH/sida*] (1999 et 2002), <www.aidslaw.ca>.

²⁸ Santé Canada (Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001, Ottawa, Santé Canada, 2001, http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/epi_f.html.

²⁹ R. Broadhead et coll., « Safer injection rooms in public policy and health initiatives », *Journal of Drug Issues* (sous presse).

³⁰ Pour une discussion sur l'adoption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, voir B. Fischer, « The Battle for a New Canadian Drug Law: A Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition? A Chronology », dans P. Erickson et coll. (éds), *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, 1997.

³¹ L.C. 1996, ch. 19 (ci-après « la LDS »).

³² LDS, art. 2(1).

³³ LDS, art. 2(2)(b)(ii). La LDS utilise la définition de « possession » énoncée dans le *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 4(3).

³⁴ L.R.C. 1985, ch. F-27, art. 2 (ci-après « la LAD »).

³⁵ *Code criminel*, art. 462.1.

³⁶ Pour un aperçu général de ces conséquences négatives, voir D. Riley, « L'injection de drogue et le VIH/sida : questions de politiques », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, p. C3-C6; D. Riley, E. Oscapella, « Canada's new drug law: implications for HIV/AIDS », *The International Journal of Drug Policy*, 1996, 7(3) : 180-182.

³⁷ *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, supra, note 5, p. 26, avec renvoi à American Bar Association, *AIDS: The Legal Issues*, document de discussion de l'ABA AIDS Coordinating Committee, Washington (DC), 1998, p. 233.

³⁸ Kerr, supra, note 4, p. 24.

³⁹ Riley, supra, note 36, p. C5-C6.

⁴⁰ *Ibid.*, p. C12. Voir aussi E. Oscapella, R. Elliott, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse juridique de questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, supra, note 36, p. A8-9.

- ⁴¹ Riley, *supra*, note 36, p. C4.
- ⁴² A. Wodak, R. Owens, *Drug Prohibition: A Call for Change*, Sydney, University of New South Wales Press, 1996, p. 4.
- ⁴³ *Ibid.*, p. 7-8.
- ⁴⁴ Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997; J. Millar, « HIV, hépatitis, and injection drug use in British Columbia: pay now or pay later », rapport du Bureau du médecin hygiéniste en chef, Victoria, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1998; rapport Cain, *supra*, note 4; DEYAS, « Something to eat, a place to sleep and someone who gives a damn », *HIV/AIDS and Injection Drug use in the DTES*, Vancouver; Downtown Eastside Youth Activities Society, septembre 1997; R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996; Y. Dandurand, V. Chin, *Towards a Lower Mainland Crime and Drug Misuse Prevention Strategy*, Colombie-Britannique, Lower Mainland Municipal Association, septembre 2000; British Columbia Aboriginal AIDS Task Force, *The Red Road - Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in BC*, Victoria, 1999 <www.htlh.gov.bc.ca/cpa/publications/index.html#R>.
- ⁴⁵ Riley, *supra*, note 36, p. C3-4.
- ⁴⁶ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida* (juin 2000), p. 76, <www.unaids.org>.
- ⁴⁷ *Ibid.*, p. 77.
- ⁴⁸ Riley, *supra*, note 36, p. C11.
- ⁴⁹ Gouvernement du Canada, *Le droit pénal dans la société canadienne*, Ottawa, août 1982, p. 67. Cet énoncé de politique est cité par Oscapella et Elliott, *supra*, note 32, à la p. A10, et dans G. Gilmour, « The international covenants "prohibiting" drug activities », document soumis au Comité sénatorial permanent sur les Affaires juridiques et constitutionnelles, 14 décembre 1995, p. 11, <www.cfdp.ca/gilmour.html>, qui est aussi cité par Kerr [dans sa proposition de lieux sécuritaires pour l'injection à Vancouver], *supra*, note 15, p. 21. La Commission de réforme du droit du Canada a aussi conclu que « le droit pénal est un instrument grossier dont l'utilisation est coûteuse [...] Le droit pénal doit donc être un outil de dernier ressort. On doit y avoir recours le moins souvent possible », dans Commission de réforme du droit du Canada, *Notre droit pénal*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1976, p. 27-28, cité par Oscapella et Elliott, *supra*, note 40, p. A10.
- ⁵⁰ Voir le commentaire de Fischer, *supra*, note 30.
- ⁵¹ *La Stratégie canadienne antidrogue*, préparée par le Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998, p. 5, disponible à <www.hc-sc.gc.ca>.
- ⁵² *Ibid.*
- ⁵³ Fondation canadienne des politiques sur les drogues, *Special Senate Committee on Drug Policy* (2000), cité dans Kerr, *supra*, note 4, p. 19.
- ⁵⁴ *La Stratégie canadienne antidrogue*, *supra*, note 51.
- ⁵⁵ *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, *supra*, note 4. Ce document a été préparé conjointement par : le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, Comité consultatif FPT sur le sida, le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida, ainsi que le Comité multidisciplinaire des hauts fonctionnaires des ministères de la Justice et de la Santé.
- ⁵⁶ Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida : réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
- ⁵⁷ *Ibid.*
- ⁵⁸ *Ibid.*, p. 3.
- ⁵⁹ F. Bula, « Safe-injection site a go if BC wants it: Health minister praises Vancouver mayor for his courage to develop drug policy », *Vancouver Sun*, (15 novembre 2001).
- ⁶⁰ M. Dufour, « Une approche révolutionnaire », *Le journal de Québec*, (20 novembre 2001), p. 3.
- ⁶¹ D. MacPherson, *A Framework for Action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver (Revised)*, 24 avril 2001.
- ⁶² D. Roy, « L'injection de drogue et le VIH/sida : commentaire éthique sur des questions prioritaires », dans Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, le Réseau juridique, 1999, p. B11.
- ⁶³ Kerr, *supra*, note 4, p. 7.
- ⁶⁴ *Ibid.*
- ⁶⁵ *Ibid.*
- ⁶⁶ *Ibid.*
- ⁶⁷ « La réduction des dommages : fermer l'écart » (éditorial), *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001; 165(4) : 389, <<http://www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-4/0391.asp>>.
- ⁶⁸ V. Smith, « Shooting Up Safely », *Eye Magazine* (Toronto), 24 mai 2001.
- ⁶⁹ « Top Drug Cop Calls For Safe-Injection Sites », *The Province* (CNBC), (6 mai 2001).

⁷⁰ Smith, *supra*, note 68.

⁷¹ H. Kent, « Is Australia's safe injection site experiment bound for Vancouver? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 164 (9) : 1332, <<http://www.cma.ca/cmaj/fi/vol-164/issue-9/issue-9.htm>>.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Hugh Martin, « Most Addicts Favour Room Idea: Study », *The Age* (Melbourne), 20 avril 2000, p. 5.

⁷⁴ *Ibid.* Voir aussi DCPC, *supra*, note 2, p. 5 : les auteurs y citent une enquête de 1998 menée auprès de 400 UDI de Melbourne qui révélait que 77% de ceux-ci auraient recours à un LSI.

⁷⁵ T. Craig Green, « My Place, Your Place, or a Safe Place: the Intention to Use a Supervised Injection Facility (SIF) in Montreal Injecting Drug Users », données présentées à l'occasion d'une rencontre sur « Les sites d'injection supervisés », Journée scientifique de l'Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 23 novembre 2001.

⁷⁶ C. Fidelman, « Merchants Decry Shooting-Gallery Plan », *Montreal Gazette* (4 juillet 2001).

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ R. Walker, « Vancouver mulls safe drug sites », *Christian Science Monitor* (28 décembre 2000).

⁷⁹ MacPherson, *supra*, note 61.

⁸⁰ F. Bula, « "This is an International Crisis": Mayor Philip Owen Unveils his Sweeping Plan for City's Drug Crisis », *Vancouver Sun* (21 novembre 2000).

⁸¹ Walker, *supra*, note 78.

⁸² F. Bula, « Activists, drug users seek funds for safe injection rooms », *Vancouver Sun* (24 novembre 2000).

⁸³ DCPC, *supra*, note 2, p. 9.

⁸⁴ *Submission to City of 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), p. 17.

⁸⁵ P. Totaro, « Vatican Decrees All Heroin Off Limits », *The Age* (Melbourne), 23 septembre 2000, p. 5. Ce décret préconise aussi une vive opposition aux mesures existantes de réduction des méfaits comme l'échange de seringues. Cette directive fut formulée un an après l'ordre du Vatican aux Sœurs de la Charité de Sydney d'abandonner leur engagement d'aide au gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud pour l'opération et la gestion du premier essai proposé de LSI en Australie : S. Powell, « Addiction in a Safer Vein », *The Australian* (6 avril 2001), p. 14.

⁸⁶ Hon. Justice Wood, Royal Commission into the New South Wales Police Service, *Final Report*. Sydney, Government of the State of New South Wales, mai 1997, p. 221.

⁸⁷ Kerr, *supra*, note 4, p. 4. Voir aussi Royal Australasian College of Physicians, *From Hope to Science: Illicit Drugs Policy in Australia* (2001), p. 13.

⁸⁸ DCPC, *supra*, note 2, p. 9 : « Il s'agit ici d'un double message : que l'injection de drogue dans ces circonstances est une activité néfaste, et que l'État se montre responsable et compatissant, devant ces méfaits. » [trad.].

⁸⁹ Premier's Drug Advisory Council (PDAC), *Drugs and Our Community* (1996) (Australie). Voir aussi Wodak et Owens, *supra*, note 42, chapitre 3, p. 6, concernant la réduction de la transmission du VIH et des hépatites B et C : « La prohibition rendait plus difficile de contrôler la propagation de ces infections parmi les UDI. On pouvait exercer un contrôle uniquement en ignorant ou en allant à l'encontre de la prohibition. » [trad.].

⁹⁰ *Harm Reduction : Concepts and Practice — A Policy Discussion Paper*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996 (disponible à <www.ccsa.ca/docs/wgharm.htm>).

⁹¹ Alcohol and Other Drugs Council of Australia ("ADCA"), *Drug Policy 2000: A New Agenda for Harm Reduction* (2000) (<www.adca.org.au/_private/DP2000/ADCADrugPolicy2000.pdf>), p. 185 : « On a démontré que [les programmes d'échange de seringues] réduisent la transmission du VIH et de l'hépatite C et qu'ils présentent un bon rapport coût-efficacité [...] 3 000 cas de VIH/sida ont été évités en Australie, en 1991, grâce à leur existence [...] » [trad.], indique Riley, à propos du coût minimal d'un service d'échange de seringues, comparativement aux soins d'une personne vivant avec le VIH, en plus, bien sûr, du coût humain évident quand l'infection est évitable : Riley, *supra*, note 28, p. C53. Voir aussi Deirdre Grusovin, députée à la NSW Legislative Assembly, *Transcript of Proceedings, NSW Drug Summit*, le 20 mai 1999 (disponible à <<http://drugsummit.socialchange.net.au>>) et PDAC, *supra*, note 89, p. 53.

⁹² *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, *supra*, note 5, p. 81, avec renvoi à D.C. Des Jarlais et coll., « Regulating Syringe Exchange Programs: A Cautionary Note » (lettre à l'éditeur), *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 : 431; A. Goldstein, *Addiction: From Biology to Drug Policy*, New York, WH Freeman & Co, 1994, p. 234. Voir aussi : Santé Canada, « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *supra*, note 28.

⁹³ Il faut toutefois rappeler que l'échange de seringues « n'est pas une panacée. Dans certaines villes comme Vancouver et Montréal, le taux d'infection à VIH est élevé malgré la présence de programmes d'échange de seringues [...] Il est maintenant largement reconnu que l'échange de seringues devrait s'intégrer à des programmes plus vastes, complets et novateurs. » [trad.] : Riley, *supra*, note 36, p. C59.

⁹⁴ Bula, *supra*, note 82.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Grusovin, *supra*, note 91.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Hon. Justice Wood, *supra*, note 86, p. 222 (italiques ajoutés)— les avantages pour la santé l'emportent sur les considérations de politiques (i.e., que l'on fermerait les yeux sur des comportements par ailleurs illégaux); en conséquence, la Commission est en faveur de l'introduction de LSI.

⁹⁹ Cité dans C. Overington, « Chasing an Answer » *The Age* (Melbourne), 21 mars 2001, p. 15.

¹⁰⁰ DCPC, *supra*, note 2 aux p. 12–13.

¹⁰¹ MacPherson, *supra*, note 61.

¹⁰² Les expériences d'autres pays portent à croire que les LSI pourraient prévenir un 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), p. 79; DCPC, *supra*, note 2, p. 6. Voir aussi K. Dolan et coll., *infra* note 126; Kerr, *supra*, note 4, p. 33. Kerr examine des données de l'Allemagne et de la Suisse qui indiquent « une diminution importante des décès par surdose après la création de LSI. » [trad.].

¹⁰³ Wood *supra*, note 86, p. 222.

¹⁰⁴ Kerr, *supra*, note 4, p. 32 : on rapporte que 66% des clients des LSI de Francfort avaient recours à ce service parce qu'ils craignent la police, tel qu'indiqué dans U. Kemmesies, *The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995: Final report*, <<http://www.indro-online.de/research.htm>> 20 juillet 2000.

¹⁰⁵ Wood, *supra*, note 86, p. 221.

¹⁰⁶ Ross, un Australien de 30 ans qui consomme de l'héroïne depuis 14 ans, cité dans S. Finlay, « Writing on the Wall for Injecting Rooms », *The Age* (Melbourne), 27 avril 2000, p. 4.

¹⁰⁷ K. Dolan et A. Wodak, *Final report on injecting rooms in Switzerland (1996)*, The Lindsmith Centre - Drug Policy Foundation (non publié), disponible à <www.lindsmith.org/library/dolan2.html>; J. Kaldor, H. Lapsley, R.P. Mattick et D. Weatherburn, « Six month process report on the medically supervised injecting centre [Kings Cross, NSW], 2 janvier 2002 (non publié, en filière).

¹⁰⁸ Wood, *supra*, note 86, p. 222. Voir aussi ADCA, *supra*, note 91, p. 189–190.

¹⁰⁹ Kerr, *supra*, note 4, p. 4.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ DCPC, *supra*, note 2, p. 15–16. Voir, p. ex., les propos du premier ministre du Queensland cités dans A. Pavey, « Beattie Opposes Injecting Rooms », *The Age* (Melbourne), 24 juillet 2000 (disponible à <www.theage.com.au/news/20000724/A25310-2000jul23.html>). La comparaison des utilisateurs de drogue à des insectes reflète la déshumanisation des personnes qui s'injectent de la drogue et le manque de respect à leur égard.

¹¹² Victoria Drug Policy Expert Committee, *Drugs: Responding to the Issues, Engaging the Community - Stage One Report* (2000), p. 43 [ci-après « le VDPEC »].

¹¹³ MacPherson, *supra*, note 61.

¹¹⁴ M. Fyfe, « Addicts revived in drug room », *The Age* (22 juin 2001).

¹¹⁵ Kerr, *supra*, note 4, p. 35-36; R. Haemmig, « Speech on Swiss Experiences with Heroin Dispersion, Fixer Rooms and Harm Reduction in Prison », *Conference Overlastenverlichting*, Trimbos Institute, 21 novembre 1996, cité dans DCPC, *supra*, note 2.

¹¹⁶ C. Moore, *Transcript of Proceedings*, NSW Drug Summit 1999, le 18 mai 1999 (disponible à <<http://drugsummit.socialchange.net.au>>).

¹¹⁷ DCPC, *supra*, note 2, p. 7.

¹¹⁸ J. Della Bosca, *Parliamentary Debates*, Conseil législatif Nouvelle-Galles du Sud, 4 avril 2000, p. 3971.

¹¹⁹ Le coût de fonctionnement d'un LSI suisse est estimé à environ 300 000\$A (dollars australiens) par année : Micallef, *infra* note 127. Voir aussi MacPherson, *supra*, note 61, p. 56. On dit que le LSI de Kings Cross coûte entre 25 000\$A et 33 000\$A par semaine (ou 1,8 millions \$A à 2,4 millions \$A par année) : C. Overington, « The Cross at the Crossroads », *The Age* (Melbourne), 12 mai 2001, p. 16. Mais (*supra*, note 99) Overington rapporte ailleurs qu'il en coûterait seulement environ 500 000\$A par année pour faire fonctionner un LSI. À propos du coût de l'usage de drogue en général, voir, par exemple : Eric Single, « The Economic Implications of Injection Drug Use », document présenté à la Conférence sur l'injection de drogue, Montréal, Canada, mars 1999. Single discute de la façon dont les méfaits de l'injection de drogue entraînent des coûts à grande échelle, en termes de soins publics de santé et de perte de productivité. Il commente également le lien avec la criminalité et les coûts d'application de la loi qui en découlent. Voir aussi Kerr, *supra*, note 4, 3 : on dit que l'injection de drogue coûte à la Colombie-Britannique plus de 207 millions \$CAN par année; le coût de la provision de soins médicaux à un UDI vivant avec le VIH s'éleve à près de 139 000\$CAN. Voir aussi NSW Joint Select Committee, *supra*, note 102, p. 110.

¹²⁰ T. Albert et G. Williams, *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*, Ottawa, Réseau canadien de recherche en politiques publiques, 1998, <www.cprn.org>.

¹²¹ NSW Joint Select Committee, *supra*, note 102, p. 187.

¹²² Oscapella et Elliott, *supra*, note 40, p. A9.

¹²³ Roy, *supra*, note 62, p. B59-B60 (italiques dans l'original).

¹²⁴ Royal Australasian College of Physicians, *supra*, note 87, p. 14.

¹²⁵ Kerr, *supra*, note 4 at 68-74.

¹²⁶ K. Dolan et coll., « Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia », *Drug and Alcohol Review*, 2001, 19 : 337-346 (disponible à <www.lindesmith.org/library/pdf_files/harm_reduction_digest_injecting_centres.pdf>).

¹²⁷ E. Micallef, *Safe Injection Facilities: Should Victoria Have a SIF Pilot-Trial?*, (document de travail), The Lindesmith Center, 1998 (disponible à <<http://lindesmith.org/library/micallef.html>>).

^(*)Note de dernière heure : « Genève ouvre le premier espace d'injection de Suisse romande », *Le courrier* (Genève), 29 décembre 2001, <http://www.lecourrier.ch/essai.htm?/Selection/sel2001_568.htm>; « Un lieu d'injection à Genève dès le 26 décembre », *Le courrier* (Genève), 19 décembre 2001, <http://www.lecourrier.ch/selection/sel2001_557.htm>. Voir aussi le Groupe sida Genève, <<http://www.hivnet.ch/gsg/espacemai2001.htm>>; « Politique genevoise en matière de toxicomanies - vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection » et la résolution pertinente du Conseil d'État de Genève, notamment, à <<http://www.geneve.ch/social/presse/welcome.html>>.

¹²⁸ VDPEC, *Drugs: Responding to the Issues*, *supra*, note 112, p. 15.

¹²⁹ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 339.

¹³⁰ A. Marxer, en entrevue à *The Health Report*, ABC Radio National, 3 août 1998 (disponible à <www.abc.net.au/rn/talks/8.30/helthrp/stories/s11569.htm>).

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

¹³³ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 339.

¹³⁴ *Ibid.* Voir aussi ABC Radio National, *supra*, note 130.

¹³⁵ Dolan et coll., *supra*, note 126, cité dans Micallef, *supra*, note 127.

¹³⁶ DCPC, *supra*, note 2, 9.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ C. Ward, « VIH/sida et questions juridiques en Australie », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 76, p. 80, avec renvoi à W. de Jong et U. Weber; « The Professional Acceptance of Drug Use: A Closer Look at Drug Consumption in the Netherlands, Germany, and Switzerland », *International Journal of Drug Policy*, 1999, 10 : 99, à la p. 100.

¹³⁹ M. Frank, « BYO Heroin », *Mother Jones*, 5 mai 2000 (disponible à <www.motherjones.com/news_wire/byo_heroin.html>). Il faut noter que les critiques à l'endroit des LSI de l'Allemagne ne proviennent pas de l'ONU en entier, mais plutôt de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, affilié à l'ONU, qui évalue le respect des conventions sur le contrôle des drogues par les pays signataires et qui s'est opposé de façon constante à plusieurs mesures de réduction des méfaits. Voir aussi : Bundesministerium für Gesundheit [ministère de la Santé de l'Allemagne], communiqué de presse #26, « 1999 Drug and Addiction Report submitted by the Federal Government's Drug Commissioner » (<www.bmggesundheits.de>), cité dans K. Dolan et coll., *supra*, note 126.

¹⁴⁰ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 340.

¹⁴¹ Riley, *supra*, note 36, p. C15.

¹⁴² Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 339-340.

¹⁴³ VDPEC, *supra*, note 112, p. 13.

¹⁴⁴ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 340.

¹⁴⁵ *Ibid.* Dolan et coll. soulignent par exemple que certaines femmes s'injectent leur drogue dans l'aîne – ce qu'elles peuvent faire en privé.

¹⁴⁶ Frank, *supra*, note 139, avec renvoi à Weimer.

¹⁴⁷ P. Coffin, *Research Summary: Safe Injection Rooms*, préparé pour le Lindesmith Centre (undated), disponible à <www.lindesmith.org>.

¹⁴⁸ Frank, *supra*, note 139, avec renvoi à Weimer.

¹⁴⁹ Coffin, *supra*, note 147. Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 341 : « Bien qu'aucune preuve épidémiologique directe ne démontre une diminution de la transmission d'infections par voie sanguine parmi les clients, la diminution observée du partage d'aiguilles et l'usage accru du condom, tel que rapporté par les clients, révèle un déclin des comportements à risque d'infections transmissibles par le sang. » [trad.].

¹⁵⁰ VDPEC, *supra*, note 112, p. 17.

¹⁵¹ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 338.

¹⁵² *Ibid.*, avec renvoi à H. de Ler, I. van der Zande, « Alternatieve hulpverlening », *Teksten en kritiek*, Amsterdam, SUA, 1978.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 338-339.

- ¹⁵⁴ ADCA, *supra*, note 91, p. 188.
- ¹⁵⁵ *Ibid.*
- ¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 188-189.
- ¹⁵⁷ VDPEC, *supra*, note 112, p. 17.
- ¹⁵⁸ DCPC, *supra*, note 2, p. 11. Voir aussi VDPEC, *supra*, note 112, p. 40.
- ¹⁵⁹ Wood, *supra*, note 86, p. 222.
- ¹⁶⁰ NSW Joint Select Committee, *supra*, note 102, p. 87. Voir aussi Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 342.
- ¹⁶¹ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 342.
- ¹⁶² *Government Response to the Drug Summit — July 1999*, NSW Drug Summit 1999, disponible à <<http://drugsummit.socialchange.net.au>>. Voir aussi ADCA, *supra*, note 91.
- ¹⁶³ NSW Drug Summit 1999 Communiqué, 21 mai 1999 (<<http://drugsummit.socialchange.net.au>>).
- ¹⁶⁴ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 342.
- ¹⁶⁵ Powell, *supra*, note 85. Voir aussi Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 342.
- ¹⁶⁶ S. Powell, « First Addicts Shoot Up in Centre », *The Australian* (Sydney), 8 mai 2001 : p. 5.
- ¹⁶⁷ *Drug Summit Legislative Response Act 1999* (NSW), sch 1, art. 36A, 36B.
- ¹⁶⁸ *Ibid.*, art. 36F.
- ¹⁶⁹ *Ibid.*, art. 36S.
- ¹⁷⁰ *Ibid.*, art. 36L.
- ¹⁷¹ *Ibid.*, art. 36A, 36B.
- ¹⁷² ADCA, *supra*, note 91, p. 189.
- ¹⁷³ Dolan et coll., *supra*, note 126, p. 343.
- ¹⁷⁴ Ces cinq communautés sont Greater Dandenong, Maribyrnong, Melbourne, Port Phillip et Yarra : J. Silvester, « Police Plan Blitz on Rural Heroin », *The Age* (Melbourne), 10 juillet 2000, p. 1-2.
- ¹⁷⁵ « Injecting Room Fears and Reality » (éditorial), *The Age* (Melbourne), 16 juin 2000, p. 14.
- ¹⁷⁶ *Kings Cross Chamber of Commerce and Tourism Inc v The Uniting Church of Australia Property Trust (NSW)* [2001] NSWSC 245 (5 avril 2001) (<http://www.austlii.edu.au/au/cases/nsw/supreme_ct/2001/245.html>) ("Kings Cross"). Voir aussi R. Morris, « PM Blocks Heroin Law for Gallery », *The Daily Telegraph* (6 avril 2001), p. 5 : la Chambre de commerce contestait l'emplacement du LSI; les membres de la Chambre de commerce qui appuyaient la contestation comprenaient des sex-shops et des hôtels.
- ¹⁷⁷ *Kings Cross*, *supra*, note 176, à [91]. Voir aussi des comptes rendus médiatiques sur la décision : S. Powell, « Heroin Injecting Room Can Open Doors Today », *The Australian* (6 avril 2001), p. 1-2; M. Fyfe, « Injecting Room to Go Ahead », *The Age* (Melbourne), 6 avril 2001, p. 2; Morris, *supra*, note 176. La Cour a affirmé ce qui suit (à [2]), quant à son rôle limité dans la résolution de ce litige :

Nul besoin d'ajouter que la proposition même d'un lieu légalisé soulève de vastes questions de politiques publiques, de moralité publique, de philosophie sociale, de politique sociale et de bien-être social. Cela dit, il est important de préciser, à l'issue de cette décision, qu'il ne relève pas de la fonction ni du devoir de la Cour de se prononcer sur l'une ou l'autre de ces préoccupations dans le contexte du présent dossier. L'unique fonction et devoir de la Cour consiste à examiner et à interpréter les dispositions de la licence accordée ainsi que le processus par lequel son application a été évaluée et approuvée, puis de fournir une réponse raisonnée à la question de savoir si la licence a été émise conformément à la loi. [trad.]

La Chambre de commerce a ensuite annoncé qu'elle abandonnait son appel de la décision, en raison d'un manque de fonds : « AIDS Law International Notes (Australia needle exchange programs) », *Lesbian/Gay Law Notes*, septembre 2001, p. 183.

¹⁷⁸ M. Fyfe, « Drug Injecting Centre Faces Siege by Media », *The Age* (Melbourne), 1 mai 2001, disponible à <<http://www.theage.com.au/news/2001/05/01/FFX90B906MC.html>>.

¹⁷⁹ A. Stavrinou, « Addicts Keeping Away from the Spotlight », *The Age* (Melbourne), 8 mai 2001, p. 2 : cent individus qui s'étaient montrés intéressés à visiter le LSI ont affirmé que l'intrusion des médias les avait découragés de s'y rendre.

¹⁸⁰ *Ibid.* Voir Powell, *supra*, note 166, *The Australian* (Sydney), 8 mai 2001, p. 5; Fyfe, *supra*, note 178 : le centre fut d'abord ouvert pendant un bloc de quatre heures par jour, puis des heures ont été ajoutées en soirée, après un mois de fonctionnement.

¹⁸¹ ABC News Online, « Injecting Room Success », *AM*, 12 mai 2001 (<<http://www.abc.net.au/am/s295295.htm>>). Tel qu'expliqué par Powell, *supra*, note 85, on pourrait dire que pour les fins de l'essai, le LSI est implanté à un endroit idéal :

En 12 mois, entre 1999 et 2000, il y a eu 677 appels pour surdose de drogue à Kings Cross – et dans certains cas, on a utilisé du Narcan (un médicament qui renverse les effets de la surdose d'héroïne). Quatre-vingt-dix p. cent (621) de ces cas sont survenus dans un périmètre de 300 mètres du LSI. Cinquante-quatre p. cent (335) étaient des utilisateurs qui avaient fait une

surdose sur le trottoir de Darlinghurst Road ou dans des édifices sur la rue. La mort hante les rues de Kings Cross. C'est ce terrible phénomène que la Uniting Church souhaite atténuer grâce à [...] l'essai.[trad.]

¹⁸² Fyfe, *supra*, note 178.

¹⁸³ Cité dans *Kings Cross*, *supra*, note 159, par. 64.

¹⁸⁴ ABC News Online, *supra*, note 181.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ Powell, *supra*, 166. Le Dr Van Beek explique : « Il y avait un degré de communication sans précédent avec les utilisateurs de drogue et cela a contribué au succès obtenu dans le cas d'un patient. » [trad.] : « Heroin Injecting Room Opens for Business », *The Australian* (Sydney), 7 mai 2001 (disponible à <http://news.com.au/common/story_page/0,4057,1972130%25E421,00.html>).

¹⁸⁷ S. Powell, « Injecting Centre Throws 831 Users a Safety Line », *The Australian* (Sydney), 15 août 2001, p. 2.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ Powell, *supra*, note 85.

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² Kaldor et coll., *supra*, note 107.

¹⁹³ Fyfe, *supra*, note 178; « Operators Relieved As Injecting Room Opens for Business », *ABC News Online*, 7 mai 2001, disponible à <http://abc.net.au/news/2001/05/item20010507091711_1.htm>.

¹⁹⁴ *Charte des Nations Unies*, article 55.

¹⁹⁵ *Ibid.*, art. 56.

¹⁹⁶ *Ibid.*, art. 103.

¹⁹⁷ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, GA Res 217A, UN GAOR, 3^e sess., 183^e renc. plén., 71, UN Doc A/810 (1948), art. 25.

¹⁹⁸ A. Chapman, « Conceptualizing the Right to Health: A Violations Approach », *Tennessee Law Review*, 1998, 65 : 389, à la p. 392. En ce qui concerne la teneur du droit à la santé, voir S. Jamar; « The International Human Right to Health », *Southern University Law Review*, 1994, 22 : 1 ; P. Alston et G. Quinn, « The Nature and Scope of States Parties' Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights », *Human Rights Quarterly*, 1987, 9 : 156.

¹⁹⁹ Jamar, *supra*, note 198, p. 34.

²⁰⁰ (1976), 999 UNTS 171, [1976] Can TS 47 (ci-après le « PIRDCP »).

²⁰¹ (1976), 993 UNTS 3, [1976] Can TS 46 (ci-après le « PIRDÉSC »).

²⁰² PIRDÉSC, art. 12.

²⁰³ Voir, p. ex., les commentaires de J. Weeramantry (dissident, mais en accord avec cette proposition générale) dans *Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons in Armed Conflict*, Advisory Opinion, [1996] ICJ Rep 66, à 143-4 : cela est passé « au delà du domaine des bonnes intentions, vers le registre du droit international ayant force d'application ».

²⁰⁴ Jamar, *supra*, note 198, p. 25.

²⁰⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : Observation générale No 14 (2000) – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) », UN Doc E/C.12/2000/4 (2000), à [7] (ci-après « *Observation générale no 14* du CDÉSC »).

²⁰⁶ *Ibid.*, à [9].

²⁰⁷ Chapman, *supra*, note 198, p. 391.

²⁰⁸ *Observation générale no 14* du CDÉSC, *supra*, note 205, à [9].

²⁰⁹ *Ibid.*, à [16].

²¹⁰ *Ibid.*, à [51].

²¹¹ Chapman, *supra*, note 198, p. 411.

²¹² *Observation générale no 14* du CDÉSC, *supra*, note 190, à [11].

²¹³ *The Right to Life (Art 6): 30/07/82 – CCPR General Comment 6*, UN Doc HRI/GEN/1/Rev.1, 6 (1982) (1982) à [1], [5].

²¹⁴ S. Gruskin, « Droit, éthique et droits de la personne à Genève98 », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 89-93, <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-geneva98.htm>>.

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ O'Connell et Elliott, *supra*, note 40, p. A36.

²¹⁸ Jamar, *supra*, note 198, p. 61.

²¹⁹ Le texte original anglais des Conventions est accessible sur le site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, <www.incb.org>. En français, on trouve les textes de la Convention de 1961, du Protocole de 1972 et de la Convention de 1971 sur un site juridique du gouvernement de la Suisse, à <http://www.admin.ch/ch/fr/rs/0.81.html>; et celui de la Convention de 1988 à http://ue.eu.int/ejn/data/vol_c/9_autres_textes/19930004fr.html (Réseau judiciaire européen).

²²⁰ Organe international de contrôle des stupéfiants, *The International Drug Control Treaties*, Background Note No 1 (23 février 2000).

²²¹ *Ibid.*

²²² Institut suisse de droit comparé, *Use of Narcotic Drugs in Public Injection Rooms under Public International Law*, préparé par Bertil Cottier, Martin Synchold, Deputy Director Staff Legal Advisor, AVIS 99-121c, 7 janvier 2000.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ *Convention de Vienne sur le droit des traités*, 23 mai 1969, 1155 UNTS 331, art. 31(3)(b) (entré en vigueur le 27 janvier 1980).

²²⁷ G. Gilmour, « The International Covenants 'Prohibiting' Drug Activities », document soumis au Comité sénatorial canadien sur les Affaires juridiques et constitutionnelles, 14 décembre 1995. Voir aussi C. Gatto (éd. Allen St Pierre), *European Drug Policy: Analysis and Case Studies*, NORML Foundation, 1999 (disponible à <www.norml.org/legal/european_policy.shtml>).

²²⁸ *Convention unique de 1961 sur les stupéfiants*, 30 mars 1961, 520 UNTS 204 (entrée en vigueur le 13 décembre 1964), art. 36(1)(a) [ci-après la « Convention unique de 1961 »].

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ J. Norberry, « Legal Issues », dans *Feasibility Study into the Controlled Availability of Opioids*, vol. 2, *Background Papers* (1991), p. 87, 90. Voir aussi Gilmour, *supra*, note 227.

²³¹ *Convention unique de 1961*, art. 4(c).

²³² *Convention unique de 1961*, art. 36(1).

²³³ *Convention unique de 1961*, art. 38.

²³⁴ *Convention unique de 1961*, art. 36(2).

²³⁵ *Convention unique de 1961*, art. 33.

²³⁶ Institut suisse de droit comparé, *supra*, note 222, à [10].

²³⁷ Gilmour, *supra*, note 227, p. 7.

²³⁸ À noter : la Convention de 1971 ne mentionne pas l'héroïne (ni d'autres opiacés), ni la cocaïne, puisque son but est de contrôler les drogues (principalement les produits pharmaceutiques) qui n'étaient pas régies par les conventions précédentes, comme celle de 1961, sur les stupéfiants : OICS, *Background Note No 1*, *supra*, note 220, p. 1. Par conséquent, le fait d'autoriser la possession et l'utilisation légales de drogues comme l'héroïne et la cocaïne, dans des lieux sécuritaires pour l'injection, ne contreviendrait en rien à la Convention de 1971, bien qu'il pourrait en être autrement de l'autorisation légale de possession de drogues qui y sont listées.

²³⁹ *Convention sur les substances psychotropes*, 21 février 1971, 1019 UNTS 175 (entrée en vigueur le 16 août 1976), art. 7(a) [ci-après la « Convention de 1971 »].

²⁴⁰ Institut suisse de droit comparé, *supra*, note 222.

²⁴¹ *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 20 décembre 1988, UN Doc E/Conf.82/15 (entrée en vigueur le 11 novembre 1990) [ci-après la « Convention de 1988 »].

²⁴² *Ibid.* l'art. 3(1) stipule :

I. Chaque Partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infractions pénales [...] lorsque l'acte a été commis intentionnellement : a) I) A la production, à la fabrication, à l'extraction, à la préparation, à l'offre, à la mise en vente, à la distribution, à la vente, à la livraison à quelque condition que ce soit, au courtage [...] de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope en violation des dispositions de la Convention de 1961, de la Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971; [...] (iii) iii) À la détention ou à l'achat de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope aux fins de l'une des activités énumérées au sous-alinéa I) ci-dessus[.]

²⁴³ *Ibid.*, art. 3(6). La lecture attentive de cette clause permet de voir que l'on n'a pas à l'interpréter comme nécessitant un biais automatique vers la poursuite judiciaire et des sentences sévères pour toutes les infractions liées à la drogue et pour tous les prévenus; en effet,

les objectifs sont d'optimiser « l'efficacité » des mesures d'application de la loi (sans mention de la norme à appliquer), « compte dûment tenu » d'une recherche d'effet dissuasif. Cela laisse une grande marge, en droit interne, pour des mesures autres que des approches strictes de poursuites judiciaires et de châtement. On devrait également tenir compte de l'article 14, qui requiert que « [l]es Parties adoptent les mesures appropriées pour supprimer ou rédui[r]e la demande illicite ».

²⁴⁴ Convention de 1988, art. 3(2).

²⁴⁵ Institut suisse de droit comparé, *supra*, note 222.

²⁴⁶ Ward, *supra*, note 138, à 73-4. L'OICS note aussi que la Convention 1988 est « conçue pour prévenir le blanchiment d'argent obtenu par trafic illicite et pour procurer des instruments concrets pour la coopération internationale dans l'application de la loi » [trad.]. Voir OICS, *Background Note No 1*, *supra*, note 220, p. 1.

²⁴⁷ Institut suisse de droit comparé, *supra*, note 222.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ OICS, *Mandat de l'Organe* (document non daté accessible à <<http://www.incb.org/ff/index.htm?>>). Les treize membres de l'OICS sont élus par le Conseil économique et social de l'ONU (dix sont élus parmi une liste de personnes désignées par les gouvernements, trois élus sur une liste fournie par l'Organisation mondiale de la santé).

²⁵⁰ *Ibid.*

²⁵¹ Australian Capital Territory, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 1 mars 2000, 422-3 (K. Tucker).

²⁵² *Mandat de l'Organe*, *supra*, note 250.

²⁵³ *Ibid.*

²⁵⁴ *Ibid.*

²⁵⁵ *Convention unique* de 1961, art. 14; *Convention de 1971*, art. 19; *Convention de 1988*, art. 22.

²⁵⁶ Voir p. ex., la *Convention unique* de 1961, art. 14.

²⁵⁷ Ward, *supra*, note 138.

²⁵⁸ *Mandat de l'Organe*, *supra*, note 250.

²⁵⁹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999*, E/INCB/1999/1, Vienne, OICS, 2000, p. 29 (par. 176) (disponible à <www.incb.org>) [ci-après « le Rapport de l'OICS pour 1999 »].

²⁶⁰ *Ibid.*

²⁶¹ *Ibid.*, p. 27 (par. 177).

²⁶² *Ibid.*, p. 67 (par. 500).

²⁶³ *Ibid.*, p. 27 (par. 177).

²⁶⁴ Ward, *supra*, note 138, p. 73.

²⁶⁵ NSW, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 21 octobre 1999, 1773 (J. Della Bosca).

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.* Voir aussi NSW Joint Select Committee, *supra*, note 102, p. 146, où le professeur Carney fait remarquer que si l'essai est caractérisé (tel qu'il le considère) comme étant axé sur les objectifs « de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation ou de réintégration sociale [...], en plus du fait qu'il s'agisse d'un essai contrôlé et évalué, [alors il] serait, à mon avis, indubitablement conforme aux traités internationaux ».

²⁶⁸ NSW, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 9 septembre 1999, p. 193 (J. Shaw, procureur général).

²⁶⁹ *Ibid.* Voir aussi les commentaires de Stanhope, dans Australian Capital Territory, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 7 décembre 1999, p. 3800-03.

²⁷⁰ New South Wales, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 9 septembre 1999, 193-4 (J. Shaw).

²⁷¹ NSW, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 18 novembre 1999, p. 3270 (M. Kerr), 9 septembre 1999, 193-4 (F. Nile). Voir A. Moffitt, Malouf et Thompson, *Drug Precipice* (1998), p. 131-41.

²⁷² NSW, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 18 novembre 1999, p. 3270 (M. Kerr).

²⁷³ NSW, *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 9 septembre 1999, p. 194 (J. Shaw).

²⁷⁴ « Injecting Facilities Trial Framework for Service Agreements », reproduit dans : Victoria, *Parliamentary Debates*, Legislative Assembly, 1 juin 2000, p. 2151.

- ²⁷⁵ *Ibid.*, p. 2153. Les conséquences des établissements sur la communauté (quantité d'ordures et ampleur du trafic) ont aussi été documentées.
- ²⁷⁶ *Ibid.*, p. 2153–54.
- ²⁷⁷ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000*, E/INCB/2000/1, Vienne, OICS, 2001, p. 68 (par. 522) (www.incb.org) [ci-après le « Rapport de l'OICS pour 2000 »].
- ²⁷⁸ P.Totaro et K.Taylor, « UN Fails to Veto Needle Rooms », *The Age* (Melbourne), 11 juillet 2000, p. 5. J. Della Bosca commente les entretiens qu'il a eus avec des membres de l'OICS : « Ils ont clairement montré qu'ils étaient très impressionnés par l'ensemble de la réaction des gouvernements de la Nouvelle-Galles du Sud et du Commonwealth, en matière de drogue. Le mieux que je puisse dire est qu'ils ont compris la position qu'occupe l'essai de salle supervisée pour l'injection, au sein d'un cadre complet de réponse à la drogue. » Voir *Parliamentary Debates*, Legislative Council, 2 mai 2000, p. 4913.
- ²⁷⁹ *Rapport de l'OICS pour 2000*, *supra*, note 277, p. 69 (par. 525).
- ²⁸⁰ B. Stronach, « World Drug Body Ignores Injecting Objectives », *The Australian* (Sydney), 13 juillet 2000, p. 10.
- ²⁸¹ B. Foley et M.A.Toy, « UN Hits Heroin Room Attempts », *The Age* (Melbourne), 21 février 2001, p. 2, citant le *Rapport de l'OICS pour 2000*, *supra*, note 277, p. 71 (par. 513).
- ²⁸² Voir NSW Joint Select Committee, *supra*, note 102, p. 146.
- ²⁸³ *Supra*, note 226.
- ²⁸⁴ Moffitt, Malouf et Thompson, *supra*, note 271, p. 136.
- ²⁸⁵ T. Bruckner, *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, Toronto, Thomson Canada Limited, 1997, p. 20. Pour une analyse plus étoffée de la question des lois pénales qui s'appliquent en théorie aux programmes d'échange de seringues, voir Oscapella et Elliott, *supra*, note 40, aux p. A59-A65.
- ²⁸⁶ *Code criminel*, art. 462.2.
- ²⁸⁷ *Code criminel*, art. 462.1.
- ²⁸⁸ *L.A.D.*, art. 2.
- ²⁸⁹ *Code criminel*, art. 462.1.
- ²⁹⁰ *Rapport de l'OICS pour 1999*, *supra*, note 260, p. 27.
- ²⁹¹ *Code criminel*, art. 21.
- ²⁹² *Dunlop c. R* [1979] 2 R.C.S. 881, 47 C.C.C. (2d) 93.
- ²⁹³ *Code criminel*, art. 219.
- ²⁹⁴ *R c. Anderson* (1990), 53 C.C.C. (3d) 481 (C.S.C.); *R c. Waite* (1989), 48 C.C.C. (3d) 1 (C.S.C.) (motifs des juges McChytre et L'Heureux-Dubé); *R c. Canhoto* (1999), 140 C.C.C. (3d) 321 (C.A. Ont.).
- ²⁹⁵ Kerr, *supra*, note 4.
- ²⁹⁶ *LDS*, art. 56.
- ²⁹⁷ *LDS*, art. 55.
- ²⁹⁸ *LDS*, art. 55(2).
- ²⁹⁹ *Code criminel*, art. 462.1.
- ³⁰⁰ *Drug Summit Legislative Response Act 1999* (NSW) sch. 1, 36N-36O.
- ³⁰¹ C. Jones, avocat, Bull, Housser et Tupper, « Civil Liability and Safe Injection Sites: Symposium address given at Safe Injection Facilities – Opening the Legal Doors », Vancouver, 18 juin 2001.
- ³⁰² *Ibid.*
- ³⁰³ C. Jones, « Fixing to Sue: Is There a Legal Duty to Establish Safe Injection Facilities in British Columbia? », *University of British Columbia Law Review*, 35(2) [à paraître].
- ³⁰⁴ Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, ch. 11 [ci-après appelée la *Charte*].
- ³⁰⁵ *R c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30; *Rodriguez c. Colombie-Britannique*, [1993] 3 R.C.S. 519 (constitutionnalité de l'interdiction criminelle relative au suicide assisté); *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G.(J)*, [1999] 3 R.C.S. 36.
- ³⁰⁶ *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307 (long délai dans une instance en matière de droits de la personne); *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. K.L.W.* (2000), 191 D.L.R. (4th) 1 (C.S.C.) (appréhension d'un enfant du parent par les autorités de protection de l'enfance); *B.(R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, [1995] 1 R.C.S. 315 (fait de passer

autre aux objections des parents contre une transfusion sanguine pratiquée sur un enfant); *Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, [1985] 1 R.C.S. 177 (iniquité administrative dans le règlement d'une revendication du statut de réfugié), etc.

³⁰⁷ *Operation Dismantle c. La Reine*, [1985] 1 R.C.S. 441; *Blencoe*, *supra*, note 306; *Rodriguez*, *supra*, note 306; *Morgentaler*, *supra*, note 305.

³⁰⁸ *Entrop c. Imperial Oil Ltd.*, (1995), 23 C.H.R.R. 196 (Ont. Bd. of Inquiry), [2000] O.J. n° 2689 (C.A.); *Banque Toronto-Dominion c. Commission des droits de la personne* (1998), 163 D.L.R. (4th) 193 (C.A.F.); *R c. Nguyen* (1995) 56 B.C.A.C. 290 citant *R c. Ping Li* (inédit, 19 novembre 1993), Vancouver Registry No. CC930521 (C.S.C.-B., motifs du juge Oliver); *Cominco Ltd. c. USWA Local 9705*, [2000] B.C.C.A. n° 62; *Canadian Union of Distillery Workers c. Hiram Walker & Sons Ltd.*, 77 C.L.L.C. 16087 (B.C.L.R.B.).

³⁰⁹ *Granovsky c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, 2000 C.S.C. 28.

³¹⁰ *Eaton c. Brant County Board of Education*, [1997] 1 R.C.S. 241.

³¹¹ *Eldridge c. Colombie-Britannique*, [1997] 3 R.C.S. 624. Voir également : *Auton (Guardian ad litem of) c. British Columbia (Minister of Health)*, 2000 C.S.C.-B. 1142.

³¹² Pour une analyse plus approfondie des arguments constitutionnels qui peuvent être invoqués, voir *Jones*, *supra*, note 303.

³¹³ *Loi constitutionnelle de 1867* (R.-U.), 30 & 31 Vict. c. 3, reproduit dans L.R.C. 1985, app II, n° 5, arts. 91 et 92.

³¹⁴ *R c. Schneider*, [1982] 2 R.C.S. 112.

³¹⁵ *Reference Re Employment and Social Insurance Act*, [1936] R.C.S. 427.

³¹⁶ *LDS*, art. 55(1) [italiques ajoutés].

³¹⁷ Pour un résumé de détails de cet ordre, voir *Lieux d'injection supervisés: aperçu et expériences internationales*, Ottawa, Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue (Santé Canada), mai 2001 (rév.).

³¹⁸ *Kerr*, *supra*, note 4, p. 39.

³¹⁹ Pour une discussion, voir J. Gilmour, « Minors », dans *Canadian Health Law and Policy* (J. Downie et T. Caulfield, éd.), Toronto, Butterworths, 1999.

³²⁰ D. Roy, « Avis éthique sur l'accès aux seringues stériles pour les moins de 14 ans », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3) : 4, <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1996/000PRELSF.html>>.

³²¹ *Brooks c. Canada Safeway Ltd.*, [1989] 1 R.C.S. 1219.

³²² [1997] 3 R.C.S. 925.

³²³ P. Cleeland, « There is No Solution. Injecting Rooms Can Help », *The Age* (Melbourne), 8 juin 2000, 18.

³²⁴ *Wodak et Owens*, *supra*, note 42, p. 58-9.