CANADIAN HIV•AIDS LEGAL NETWORK | RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH•SIDA

La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue :

discussion sur des questions d'éthique

preparée par
Jennifer Gold

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida

La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue :

discussion sur des questions d'éthique

preparée par
Jennifer Gold

Pour de plus amples renseignements sur cette publication :

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

On peut télécharger ce document à
www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm
ou le commander auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
(www.clearinghouse.cpha.ca)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002
ISBN 1-896735-43-6

Données de catalogage avant publication (Canada)

Gold, Jennifer

La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue : discussions sur des questions éthiques

Texte en français et en anglais, tête-bêche.

ISBN 1-896735-43-6

1. Sidéens. Services aux - Aspect moral. 2. Toxicomanes, Services aux – Aspect moral. 3. Sidéens – Usage des drogues. I. Réseau juridique canadien VIH-sida. II. Titre. III. Titre: Provision of HIV-related Services to People who inject drugs : a discussion of ethical Issues.

RA643.8.G64 2002 362.I'969792 C2002-9417058-F

Remerciements

L'auteure remercie Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, pour ses conseils et son assistance, et pour son aide éditoriale à la version finale. Un merci tout spécial aux personnes qui ont pris le temps de me donner des entrevues et de formuler leurs commentaires; sans elles, ce document n'aurait pu voir le jour. Remerciements aussi aux examinateurs, Thomas Kerr, Maxine Davis, Philip Berger, Don Kilby, Richard Cloutier, Walter Cavalieri, David Roy et Richard Elliott. Merci à Howard et Karen Gold ainsi qu'à Leigh Turner pour leur encouragement et leur appui; à Garry Bowers pour la révision finale du texte anglais; à Jean Dussault pour la traduction française; et à C & G Graphics, Montréal, pour la mise en page.

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 de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de la 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.

Table des matières

Introduction 1
Contexte 1
Une crise de santé publique 1
Le statut juridique des drogues 2
Conséquences du statut juridique des drogues 2
Objectif du document 3
Méthodes 4

La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent des drogues : quatre scénarii 6
Hospices, hôpitaux et drogues : tolérer l'usage sur les lieux et aider des patients à s'injecter? 6
Personnel de soins de santé en prison : fournir du matériel d'injection stérile à des détenus? 8
Fournir du matériel d'injection à des mineurs : quelle différence l'âge ferait-il? 10
Multithérapie ARV à des utilisateurs de drogue par injection : prescrire ou ne pas prescrire? 11

Discussion 13
Hospices, hôpitaux et drogues : tolérer l'usage sur les lieux et aider des patients à s'injecter? 13
Réponses en entrevue 14
Personnel de soins de santé en prison : fournir du matériel d'injection stérile à des détenus? 15
Réponses en entrevue 16
Fournir du matériel d'injection à des mineurs : quelle différence l'âge ferait-il? 18
Réponses en entrevue 18
Multithérapie ARV à des utilisateurs de drogue par injection : prescrire ou ne pas prescrire? 20
Réponses en entrevue 20

Recommandations 23
Tolérer l'usage de drogue sur les lieux et aider des patients à s'injecter 23
Fournir du matériel d'injection stérile à des détenus 24
Fournir du matériel d'injection à des mineurs 24
Prescrire une multithérapie ARV à des personnes qui s'injectent de la drogue 25

Conclusion 26

Notes 27

Introduction

Contexte

Une crise de santé publique

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'usage de drogue par injection.[1] Le nombre de cas d'infection à VIH attribuables à l'injection de drogue est élevé et inacceptable. En 1999, des quelque 4 190 nouveaux cas d'infection à VIH estimés, au Canada, 1 430 étaient situés parmi les utilisateurs de drogue par injection.[2] Plus de 60% des nouveaux cas de VHC sont associés à l'injection de drogue.[3]

Le nombre de cas de VIH attribuables à l'injection de drogue est inacceptable.

Plusieurs études ont documenté une hausse de la prévalence et de l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection dans les plus grandes villes du Canada.[4]

Par exemple, à Montréal, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est passée à 19,5%, en 1997, comparativement à environ 5% en 1988.[5] À Toronto, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection était de 8,6% en 1997-98, comparativement à 4,8% en 1992-93.[6] À Vancouver, elle est passée de 4% en 1992-93 à 23% en 1996-97.[7] Des tendances semblables ont été observées à Québec, Winnipeg, Ottawa et dans d'autres villes.[8]

Les taux d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) sont encore plus élevés. Dans certaines villes, plus de 90% des personnes qui s'injectent des drogues ont contracté le VHC.[9] De plus, une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH (et/ou avec le VHC) a été observée hors des grands centres urbains. En outre,[10] vu la mobilité des utilisateurs de drogue par injection et leur interaction sociale et sexuelle avec des non-utilisateurs, le double problème de l'injection de drogue et du VIH/sida affecte en fin de compte tous les Canadien-ne-s.

Le double problème de l'injection de drogue et du VIH/sida-VHC affecte en bout de ligne tous les Canadiens.

Lectures complémentaires

- Pour une information plus poussée et régulièrement mise à jour, sur la prévalence et l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada, consultez *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Le VIH et le sida parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada*, Ottawa, Santé Canada, avril 2002. www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/index_f.html.

- Pour en savoir plus sur le VHC, consultez *Information sur l'hépatite C pour les professionnels de la santé*, Ottawa, Santé Canada, 2002 (www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/pdf/informationHepc/index.html).

Le statut juridique des drogues

Depuis un siècle, il existe au Canada des dispositions législatives visant à contrôler certaines drogues. La *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques*, promulguée en 1911, puis la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les aliments et drogues* ont régi l'usage de drogue pendant 85 ans. En mai 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) a été sanctionnée.[11]

En général, en vertu de la LDS, les actes *non autorisés* de possession, fabrication, culture, trafic, exportation et importation de substances énumérées dans les annexes de la loi sont des infractions criminelles. À l'heure actuelle, le cannabis, l'héroïne, la méthadone, la cocaïne, les barbituriques, les amphétamines et bien d'autres substances sont « désignées » dans des annexes de la loi. De plus, en certaines circonstances, obtenir ou chercher à obtenir une telle substance d'un praticien (comme un médecin) constitue une infraction. De plus, la LDS stipule qu'il est criminel de posséder, importer, exporter, faire le trafic (etc.) non seulement de drogue, mais aussi de « toute chose contenant, y compris superficiellement, une telle substance et servant … à l'introduire dans le corps humain ». Donc, si une seringue ou un autre article renferme un résidu de drogue, cet objet est considéré comme une « substance désignée » : la personne qui est en sa possession peut être reconnue coupable de possession en vertu de la LDS.[12]

Les approches de traitements, les protocoles d'admission et l'attitude du personnel et du public sont conditionnés par l'illégalité de la drogue, davantage que par les besoins de traitements des utilisateurs de drogue par injection.

Conséquences du statut juridique des drogues

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

Dans *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH/sida*,[13] on a affirmé que les effets pharmacologiques des drogues ne sont pas, en soi, nécessairement dommageables, et qu'une grande partie d'entre eux sont des effets « secondaires » issus soit du statut illégal de la drogue utilisée, soit de facteurs tels des techniques d'injection non sécuritaires, des comportements criminels et l'incertitude quant à

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

Dans le *Plan d'action national* du Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection,[14] on indique aussi que le statut juridique des drogues, au Canada, contribue aux difficultés de s'occuper du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Plusieurs autres font valoir que l'approche criminelle à l'égard de l'usage de drogue peut en aggraver les méfaits. Premièrement, la drogue n'est accessible que par des moyens illicites; généralement, on ne peut s'en procurer que dans la rue, auprès de revendeurs. Les drogues peuvent donc être impures, contaminées, de concentration variable, ce qui peut occasionner des surdoses ou d'autres méfaits à l'utilisateur.[15] Deuxièmement, la nature illégale de la drogue rend difficile de se procurer du matériel stérile pour l'injection, une rareté qui pousse des utilisateurs à partager leurs seringues avec d'autres, ou à les réutiliser. Troisièmement, la peur de pénalités criminelles et le coût élevé de la drogue incitent des utilisateurs à avoir recours au mode de consommation le plus efficient : l'injection.[16] Craignant d'être repérés et arrêtés, des utilisateurs deviennent plus anxieux, plus susceptibles de faire des erreurs dans la procédure d'injection et de ne pas appliquer les mesures de réduction des risques, avant, pendant et après l'injection.[17] De plus, en se dépêchant, les utilisateurs se font l'injection rapidement et sans vérifier la force de la drogue, ce qui augmente le danger de surdose.[18] Une augmentation du recours à l'injection, combinée à un manque de matériel d'injection stérile, ou d'eau, filtres et chauffoirs stériles, entraîne une augmentation importante du risque de l'utilisateur, relativement au VIH, au VHC, aux infections de tissus ainsi qu'aux surdoses mortelles et non mortelles. Quatrièmement, et possiblement d'importance encore plus grande, l'illégalité de la drogue marginalise et stigmatise les utilisateurs. En conséquence, le traitement réservé à ces personnes est souvent teinté de jugements de valeur et de dédain. Ces attitudes entraînent le développement et le renforcement d'une réticence des utilisateurs de drogue par injection à avoir recours aux services sociaux et de santé, comme les programmes de réadaptation pour toxicomanes ou les établissements pour le test du VIH et les soins en la matière. La réticence à s'adresser à de tels programmes sociaux peut résulter en une augmentation de la propagation du VIH et du VHC, catalysant l'épidémie parmi les utilisateurs de drogue par injection et, à terme, dans le grand public. L'illégalité de la drogue et la stigmatisation qui s'ensuit font que la fourniture de soins adéquats aux utilisateurs de drogue par injection est un véritable défi.

L'illégalité de la drogue marginalise et stigmatise les utilisateurs de drogue.

Objectif du document

Le point de mire du présent document porte sur des problèmes concrets d'éthique auxquels sont confrontés des fournisseurs de soins et de services sociaux œuvrant auprès d'utilisateurs de drogue par injection qui vivent avec le VIH ou qui y sont vulnérables.

Entre 1997 et 1999, le Réseau juridique a effectué une analyse approfondie de diverses questions juridiques et éthiques liées à l'injection de drogue et au VIH/sida, dont est ressorti un rapport adressant 66 recommandations à plusieurs intervenants,[19] un volume de documents de fond[20] et une série de 12 feuillets d'information.[21] La recommandation 10 du

Le document vise à établir comment des fournisseurs de soins et services de santé composent avec les dilemmes d'éthique dans des situations concrètes; et pour présenter, à partir de leurs réponses, un ensemble général de conseils pour la prise de décisions éthiques.

rapport invitait Santé Canada à financer « une analyse juridique et éthique détaillée de quatre ou cinq « situations » ou « scénarios » qui se rencontrent dans la fourniture de services pour le VIH aux utilisateurs de drogue […] ». Pendant l'été de 2001, le Réseau a reçu des fonds de Santé Canada pour procéder à une telle analyse. Le présent document la résume; il s'inscrit dans la lignée du rapport initial du Réseau, du *Plan d'action national* sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection[22] ainsi que du rapport de consultation de McAmmond sur *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH/sida.*[23] Dans le présent document, nous tentons, au moyen d'entrevues avec des fournisseurs de soins et services du domaine de la santé, de déterminer comment ces professionnels composent avec des dilemmes éthiques, dans la pratique; et de présenter, à partir de leurs réponses, un ensemble général de conseils pour la prise de décisions éthiques. Des personnes qui font ou ont déjà fait usage de drogue ont aussi été interviewées, afin de présenter une perspective plus large.

Lectures complémentaires

➢ Pour plus d'information sur le statut juridique des drogues, ses effets et les avenues de rechange possibles, consultez *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques,* Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, aux p. 26-35; et E. Oscapella, R. Elliott, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse juridique et questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond,* Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, aux p. A4-A18. (Deux documents accessibles à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

Méthodes

En vue de concevoir quatre vignettes éthiques pertinentes aux fournisseurs de soins et services de santé impliqués auprès d'utilisateurs de drogue séropositifs ou vulnérables à l'infection, nous avons procédé à un survol de la littérature. Les sources principales sont notamment le rapport du Réseau juridique intitulé *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*,[24] le volume de documents de fond utilisés pour ce rapport,[25] de même que le *Plan d'action national* sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection.[26]

En consultation avec des fournisseurs de soins et services de santé, les quatre vignettes ont été initialement rédigées selon la perception que nous avions de leur importance et de leur valeur pratique. Après la sélection de ces quatre questions d'éthique, l'auteure a inter-

viewé des fournisseurs de soins et services de santé dans des domaines pertinents ainsi que des personnes qui font ou ont déjà fait usage de drogue. Ces individus ont été contactés par le biais du Réseau juridique, de ses contacts et associés, et d'établissements et autres réseaux ou organismes représentés, dans toutes les régions du pays. Les entrevues ont été faites en personne ou au téléphone, selon le lieu de résidence des collaborateurs. Les personnes se voyaient poser un ensemble de questions liées à chacun des scénarii, afin de déterminer leurs préoccupations professionnelles d'ordre éthique et de connaître leurs processus de décision. Toutes les réponses ont été enregistrées et nous en présentons un compte-rendu, à des fins de discussion et d'analyse.

La provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent des drogues : quatre scénarii

Plusieurs fournisseurs de soins et services de santé travaillent auprès de personnes qui s'injectent des drogues – mentionnons les employés de programmes d'échange de seringues (PÉS) et d'organismes de lutte contre le VIH/sida et/ou d'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida; les professionnels des soins de la santé dans les hôpitaux, cliniques, prisons et centres de traitement de la toxicomanie; et les employés de refuges pour sans-abri, d'hospices, d'hôtels de pension et de logements adaptés, entre autres. Les dilemmes éthiques que rencontrent ces intervenants sont uniques et complexes, en plus de croiser d'autres variables pertinentes d'ordre légal et clinique.

Hospices, hôpitaux et drogues : tolérer l'usage sur les lieux et aider des patients à s'injecter?

D'un point de vue purement légal, en situation où des drogues illégales sont *permises ou tolérées* dans des établissements de soins de santé et de services sociaux, les utilisateurs de drogue et les fournisseurs de services risquent des poursuites judiciaires. Ils pourraient être déclarés criminellement responsables de possession de drogues illégales, en contravention de l'article 4 de la LDS. Un employé d'établissement qui conserve une drogue illégale dans un lieu de rangement pour un patient ou un résident, et qui lui en donne à intervalles réguliers, pourrait être déclaré coupable de trafic. Des questions de négligence criminelle ou civile se manifestent aussi : l'établissement a-t-il causé, ou contribué à, une blessure ou un préjudice en tolérant l'usage de drogue? Cette tolérance a-t-elle conduit à un préjudice, comme une surdose?[27]

Aider activement un patient ou un résident à s'injecter ouvrirait la porte à la responsabilité civile ou criminelle si l'utilisateur était victime d'une surdose, d'une toxicité, d'infection ou de dommages aux veines.

Mais certains fournisseurs de services ont le sentiment qu'ils ne peuvent pas donner des soins, des traitements et du soutien adéquats s'ils doivent insister pour que leurs clients soient et demeurent abstinents. Par exemple, certains hospices pour personnes vivant avec le sida considèrent qu'ils ne devraient pas fermer leur porte à un client ou à un client potentiel qui n'est pas prêt (à ce moment) à cesser d'utiliser de la drogue. Il se peut que certains hôpitaux préfèrent permettre à leurs patients de continuer à prendre de la drogue pendant qu'ils reçoivent des soins médicaux pour le VIH/sida, plutôt que de les laisser souffrir de symptômes de sevrage qui pourraient y nuire. Et certains intervenants considèrent qu'ils devraient au moins être à même de superviser (voire d'assister activement) leurs clients dans l'injection, de manière à pouvoir apporter un secours médical si un problème survient, comme une surdose.

Certains intervenants ont le sentiment de ne pas pouvoir donner des soins, des traitements et du soutien adéquats s'ils doivent insister pour que leurs clients soient et demeurent abstinents.

Des entrevues antérieures avec des employés d'établissements qui fournissent des services à des personnes qui s'injectent des drogues et vivent avec le VIH, ou y sont vulnérables, indiquent qu'il peut être faisable de se doter d'une politique interdisant l'usage et le commerce de drogue sur les lieux, dans des établissements non résidentiels (p. ex. cliniques, centres de traitement). Dans un établissement résidentiel, cependant, il n'est généralement pas possible – ni raisonnable – d'empêcher des personnes de faire usage de drogue.[28] À au moins deux occasions, à Vancouver et à Winnipeg, des établissements ont admis qu'il leur arrive de superviser des clients dans l'injection. Puisque les établissements qui servent des personnes utilisatrices de drogue sont de plus en plus nombreux à opter pour l'approche de la réduction des méfaits, vis-à-vis de l'usage de drogue parmi leur clientèle, il se peut que l'usage de drogue devienne de plus en plus toléré par des employés et fournisseurs de services, dans ces endroits. La réduction des méfaits, telle qu'expliquée par McAmmond,

> est une philosophie et une approche en matière de soins qui vise, comme son nom l'indique, à réduire les méfaits causés par la consommation de drogue de même qu'à améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes. Cette approche admet que la personne connaît mieux que toute autre son mode de vie; elle respecte ses décisions relativement à la consommation de drogue et s'attache à réduire les préjudices que cette consommation peut occasionner, à cette personne elle-même comme aux dispensateurs de soins et à la communauté. Dans le cas des utilisateurs de drogue par injection, cela pourrait signifier la promotion de pratiques de consommation plus prudentes, de formes de consommation plus sûres, de la réduction de la consommation ou de son arrêt complet.[29]

L'adoption d'une approche de réduction des méfaits auprès d'utilisateurs de drogue par injection a de nombreuses implications au palier organisationnel. En acceptant une philosophie de réduction des méfaits, plusieurs organismes se doteront de pratiques et de principes qui sont de plus en plus tolérants de l'usage de drogue sur les lieux. Cette tolérance a des implications pour les fournisseurs de soins et services de santé, sur le plan éthique. Les dilemmes devant lesquels peuvent se trouver ces intervenants sont, par exemple, l'ambivalence quant

à la tolérance de pratiques qu'ils considèrent néfastes pour les clients. Les fournisseurs de soins de santé ont une responsabilité expresse de bienfaisance, de « faire le bien », qui peut entrer en conflit avec l'autonomie du client ou avec les principes de la réduction des méfaits. Un autre dilemme éthique possible concerne la provision de drogue à un client qui est invalide ou gravement malade du VIH/sida. En tel cas, l'interdiction légale de fournir des drogues à autrui (le trafic) entre en conflit avec le devoir éthique de fournir les meilleurs soins possibles.

Lectures complémentaires

➢ Pour une analyse juridique et éthique plus approfondie des questions liées au fait de tolérer ou de permettre l'usage de drogue dans le cadre de la fourniture de soins de santé et de services sociaux, consultez *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, aux p. 39-48. Accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

L'absence de programmes d'échange de seringues en prison : condamnation à attraper le VIH?

Les programmes d'échange de seringues (PÉS) sont des endroits où les personnes qui s'injectent des drogues peuvent obtenir des seringues neuves, stériles, en rapportant leurs seringues et aiguilles usagées. La philosophie qui sous-tend les PÉS est qu'un accès gratuit à du matériel stérile pour l'injection diminuera les cas de partage de seringues entre utilisateurs, ce qui réduira en conséquence le risque de transmission du VIH.[30] L'action biologique spécifique des PÉS est une forme de contrôle vectoriel, réduisant le temps de circulation d'instruments souillés, après utilisation.[31] Des études effectuées au cours de la dernière décennie ont révélé que les PÉS sont bel et bien efficaces pour réduire la propagation du VIH; il est estimé qu'à l'heure actuelle des centaines de sites d'échange de seringues sont en fonction, au Canada.[32]

Dans les prisons du Canada, il n'y a cependant aucun programme d'échange de seringues, en dépit de la prévalence connue de l'injection de drogue dans ces établissements.[33] Des études démontrent que plusieurs personnes qui s'injectent des drogues continuent de le faire pendant l'incarcération; des données montrent aussi que certaines personnes se font leur première injection de drogue en prison. [34] De plus, le manque de matériel stérile d'injection, pour les détenus, conduit inévitablement à une augmentation du partage de seringues usagées. Le rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) a indiqué que plusieurs utilisateurs de drogue partagent des seringues en prison parce qu'il n'y a pas d'autre moyen disponible, que plusieurs n'avaient jamais jusque-là partagé de seringue avec une autre personne, et ne l'auraient pas fait s'ils avaient eu une autre possibilité.[35] Le CESP a enjoint le Service correctionnel du Canada (SCC) de procéder à des études pilotes d'échange de seringues dans des prisons canadiennes.[36] Cette recommandation a toutefois été rejetée. Entre-temps, un nombre croissant de prisons de la Suisse, de l'Allemagne et de l'Espagne ont procédé de manière réussie à la mise sur pied et à l'évaluation de programmes d'échange

de seringues en prison et les résultats sont positifs.[37] Plus récemment, des programmes d'échange ou de distribution de seringues ont aussi débuté dans certains pays de l'ancienne Union soviétique, comme la République de Moldavie.[38]

Le refus des systèmes correctionnels du Canada d'établir des PÉS a plusieurs implications éthiques pour les travailleurs des soins de santé en prison. Les infirmiers et autres professionnels de la santé qui fournissent des services dans des établissements correctionnels sont confrontés à de difficiles questions éthiques. Par exemple, quel est le devoir éthique d'un infirmier qui sait qu'il y a partage de seringues entre des utilisateurs de drogues séropositifs au VIH ou au VHC et d'autres qui ne sont pas atteints de ces infections? A-t-il une responsabilité de leur donner des seringues stériles? Y a-t-il un devoir de fiduciaire nécessitant qu'il révèle la séropositivité d'un détenu à un autre avec lequel il partage des seringues? Par ailleurs, de l'eau de Javel est souvent à la disposition des détenus, pour nettoyer leur matériel d'injection. Or les données ne sont pas concluantes quant à l'efficacité de l'eau de Javel dans la désinfection appropriée de seringues qui sont contaminées par le VHC. Quelles sont les implications éthiques, pour un médecin, du fait d'offrir et de suggérer une mesure qui est susceptible d'être inférieure à la norme – spécialement lorsque l'alternative optimale (la provision de seringues stériles) est disponible à l'extérieur de l'établissement?

Les infirmiers et autres professionnels de la santé qui fournissent des services dans des établissements correctionnels sont confrontés à de difficiles questions éthiques.

Lectures complémentaires

- Pour plus d'information sur (1) la prévalence de l'injection de drogue en prison, (2) les données démontrant la transmission du VIH en prison et (3) l'échange de seringues en prison, consultez R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996. Une information plus succincte et plus à jour est présentée dans la série de feuillets d'information du Réseau juridique sur le VIH/sida et les prisons, de même que dans les nombreux articles publiés sur ce sujet dans la *Revue canadienne VIH/sida et droit*. Toutes ces publications sont accessibles à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm.

- Pour le récit de l'initiative d'un médecin de prison suisse qui a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en parler au directeur de la prison, parce qu'il considérait qu'il ne pouvait plus compromettre ses principes d'éthique et de santé publique, voir J. Nelles, T. Harding, « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *The Lancet*, 1995, 346 : 1507 (aussi cité dans Jürgens, susmentionné, aux p. 62-63).

Fournir du matériel d'injection à des mineurs : quelle différence l'âge ferait-il?

Les fournisseurs de soins et services en matière de santé qui travaillent dans des sites d'échange de seringues peuvent se voir demander du matériel d'injection par des jeunes de moins de 18 ans, voire de moins de 14 ans. Les questions liées à la provision de matériel d'injection stérile à des personnes d'âge mineur sont uniques et complexes. Du point de vue légal, les dispositions qui régissent une telle pratique ne sont pas claires, ou se contredisent entre elles. Au Québec, par exemple, la *Loi sur la protection de la jeunesse* semble indiquer que l'obtention du consentement d'un parent ou la déclaration du cas de ce jeune aux autorités de protection de la jeunesse serait nécessaire, dans une telle situation.[39] Toutefois, la *Loi sur la protection de la santé publique* permet ce genre d'action [la remise de matériel pour l'injection], pourvu que le professionnel puisse justifier son acte. En l'essence, les professionnels qui fournissent des seringues à des jeunes pourraient être réprimandés en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* alors que ceux qui ne leur en fournissent pas pourraient être blâmés en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*.[40] Dans une zone grise sur le plan juridique, ce conflit complique la tâche aux professionnels de savoir quels actes sont appropriés.

Les intervenants en échange de seringues peuvent se voir demander du matériel d'injection par des jeunes de moins de 18 ans, voire de moins de 14 ans.

Sur le plan éthique, les fournisseurs de services et les professionnels des soins de santé sont confrontés à quelques dilemmes. Y aurait-il un âge où l'on serait trop jeune pour recevoir du matériel stérile pour l'injection? Le cas échéant, quel serait cet âge « trop jeune »? Devrait-on accepter de fournir du matériel d'injection à un jeune de 17 ans mais peut-être pas à un jeune de 13 ans? En présence éventuelle d'une politique permettant la provision de seringues à des jeunes, quelles seraient les implications pour un employé qui considérerait qu'il est tout simplement « mal » de fournir du matériel d'injection à un jeune de 13 ans? Les jeunes devraient-ils être traités différemment, dans les échanges de seringues? Par exemple, est-ce que les employés ont un devoir professionnel particulier de conseiller ces personnes et de tenter de les dissuader d'utiliser de la drogue?

Aux sites d'échange de seringues, devrait-on traiter les jeunes différemment?

Lectures complémentaires

➢ Pour une discussion plus poussée des questions liées à la fourniture de seringues stériles à des personnes de moins de 14 ans, consultez R. Cloutier, D. Roy, « Seringues stériles pour les moins de 14 ans », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3) : 3-5, accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1996/04CLOUTIF.html.

Multithérapie ARV à des utilisateurs de drogue par injection : prescrire ou ne pas prescrire?

Le traitement médical du VIH s'est amélioré considérablement, depuis quelques années. Des multithérapies composées d'un inhibiteur de la protéase ou d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) et de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) ont le potentiel de réduire la morbidité et même d'améliorer la survie chez les individus vivant avec le VIH/sida.[41] Ce traitement antirétroviral peut cependant être compliqué et exigeant. Bien que les régimes actuels ne nécessitent plus que le patient prenne de 15 à 20 pilules par jour,[42] il faut encore en prendre cinq ou six, deux fois par jour.[43] De plus, les directives pour la prise des médicaments sont complexes et diverses; par exemple, certains doivent être pris à des intervalles stricts, avec des aliments, et d'autres alors que le patient est à jeun.[44] Les effets indésirables peuvent aussi être graves. Ils peuvent inclure des vomissements, des nausées, la diarrhée, un bouleversement dans la distribution du gras, l'ostéoporose, et des complications neurologiques.[45]

L'éthique permet-elle d'imposer l'abstinence ou d'exiger que le patient suive un traitement de la toxicomanie, comme pré-requis à un traitement antirétroviral?

Un ensemble unique de problèmes éthiques guette les praticiens des soins de santé qui traitent des utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH/sida. Premièrement, il y a la question de la fidélité au traitement. Le traitement antirétroviral nécessite une fidélité stricte, pour être efficace. De plus, des données s'accumulent à l'effet que la non-fidélité peut contribuer à l'apparition de souches de VIH résistantes aux traitements.[46] Les conséquences ne se limitent pas aux individus qui manquent d'assiduité dans leur prise de médicaments, mais elles peuvent aussi résulter en une crise de santé publique encore beaucoup plus lourde, puisque la transmission de virus résistants aux médicaments pourrait limiter considérablement les options de traitement des individus concernés. Les personnes qui ne prennent pas leurs médicaments selon la posologie stimulent la production de souches virales résistantes. Ces virus peuvent être ensuite transmis à d'autres personnes, qui ne tireraient aucun profit des médicaments auxquels le virus est devenu résistant. Les médecins sont ainsi devant de difficiles choix, quant à ce qu'il convient de faire dans le cas d'une personne vivant avec le VIH, qui consomme de la drogue et qui est instable. Quel processus de décision utilise un médecin dans une telle situation, et comment procède-t-il à ces jugements chargés de valeurs? Prescrit-il la multithérapie ARV en espérant que le patient y sera fidèle? Ou renonce-t-il à la prescrire, de peur que le patient n'y soit peut-être pas fidèle? Le devoir du médecin envers un patient peut-il être subordonné à une responsabilité plus vaste envers la société? Certains rapports proposent de prescrire seulement deux inhibiteurs de la transcriptase inverse (plutôt que d'y ajouter aussi un inhibiteur de la protéase ou un INNTI), au patient instable.[47] Peut-on jamais justifier de prescrire un traitement inférieur à la norme (sous-optimal)? Comment un médecin peut-il s'acquitter de son obligation professionnelle de fournir des soins conformes à la norme, dans des situations où cela est difficile ou impossible? L'avenue d'imposer l'abstinence ou d'exiger que le patient suive un traitement de la toxicomanie, comme pré-requis pour prescrire ensuite un traitement antirétroviral, est-elle conforme à l'éthique?

Lectures complémentaires

➢ Pour une discussion sur la question de savoir s'il est légal et éthique de faire de la cessation de l'usage de drogue un préalable du traitement anti-VIH à un utilisateur de drogue, consultez aussi *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, 49-60. (Accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

Discussion

Hospices, hôpitaux et drogues : tolérer l'usage sur les lieux et aider des patients à s'injecter?

Scénario 1 : Adam et Joe

Adam est un infirmier de 24 ans qui travaille Chez Suzanne, un hospice pour personnes atteintes du sida. Il aime son travail et s'entend bien avec ses patients. Récemment, Joe, un homme de 45 ans qui s'injecte de la drogue et qui est au stade avancé du sida, a été confié aux soins d'Adam. Chez Suzanne, on tolère l'usage de drogue, il y a des récipients pour mettre aux rebuts les seringues et l'on offre des services d'échange de seringues.

Depuis qu'il vit Chez Suzanne, Joe augmente considérablement son usage de drogue et son état commence à se détériorer. Bien qu'Adam sache que Joe est mourant, il ne peut éviter un sentiment que lui-même et l'établissement contribuent à son déclin en lui permettant de prendre de la drogue. De plus, Joe a commencé à montrer des signes d'incapacité physique. Il peut encore se déplacer, mais l'accomplissement de tâches motrices délicates lui devient de plus en plus difficile, y compris se faire ses injections de drogue. Joe a indiqué qu'il aimerait qu'Adam l'aide à se faire ses injections, lorsqu'il ne sera plus capable de le faire seul. Il a d'ailleurs précisé qu'un refus de la part d'Adam le ferait quitter l'établissement et retourner vivre dans la rue.

Joe a indiqué qu'il aimerait qu'Adam l'aide à se faire ses injections, lorsqu'il ne sera plus capable de le faire seul.

Adam est très bouleversé. Il s'est attaché à Joe et il ne veut pas le voir partir et mourir dans la rue. Il craint aussi, en imaginant Joe vivre dans la rue, la possibilité qu'il partage des seringues et transmette le VIH à d'autres. Cependant, il n'est pas à l'aise non plus avec l'idée de l'aider à s'injecter de la drogue. De plus, il est conscient qu'un tel acte ouvrirait la porte à une responsabilité civile ou criminelle, si l'utilisateur subissait un préjudice, comme une surdose, une toxicité, des dommages aux veines ou une

infection. Il ne sait pas quoi faire. Devrait-il aider Joe à se faire ses injections? Est-ce la voie éthique à suivre? Et s'il faisait un autre choix et si Joe s'en allait à la rue et mourait? Serait-ce de la faute d'Adam? Il se sent déchiré.

Réponses en entrevue

« Si nous ne les laissons pas s'injecter sur les lieux, à l'intérieur, ils ne viendront tout simplement pas. »

À cause de leurs inquiétudes d'ordre légal, les fournisseurs de services et de soins de santé que nous avons interviewés ont répondu en majorité qu'ils n'aideraient pas Joe à se faire ses injections de drogue. La plupart d'entre eux se sont dit réticents à participer à un acte qui ouvrirait la porte à la responsabilité civile ou criminelle. Comme l'a affirmé un infirmier, « l'organisme pour lequel je travaille n'assumerait pas le coût de cette responsabilité … ça serait trop risqué ». D'un point de vue éthique, cependant, la plupart des répondants considéraient qu'aider Joe était « la bonne chose à faire ».

En raison des obstacles légaux et professionnels à la provision d'une assistance *directe* – c'est-à-dire à l'aider à se faire ses injections de drogue – la plupart ont avancé des suggestions créatives quant à la manière de procéder qu'ils jugeaient éthique. Une répondante a dit qu'elle ferait des tentatives avec toutes les drogues légales possibles – par exemple, s'il s'agissait d'une homme dépendant de l'héroïne, elle lui fournirait de la méthadone. Elle a ajouté qu'un contrôle adéquat de la douleur était essentiel, dans le cas de Joe, et que cela réduirait peut-être ses symptômes de sevrage. Une autre répondante a pensé à la possibilité de faire appel à un ami de Joe pour l'aider dans ses injections – ainsi, a-t-elle expliqué, le fournisseur de soins de santé ne serait pas impliqué directement et ne risquerait pas des sanctions disciplinaires professionnelles. Ou, comme l'a suggéré un autre, voir s'il n'y aurait pas un autre employé qui n'aurait pas d'objection à aider Joe à se faire ses injections. Quelques autres personnes ont ajouté qu'elles iraient jusqu'à donner de l'argent à Joe pour qu'il puisse s'acheter sa drogue, mais pas jusqu'à l'aider à se faire ses injections.

Interrogés quant à leur réaction au sentiment d'Adam qu'en tolérant l'usage de drogue du patient il contribue peut-être à son déclin, la majorité des répondants ont indiqué que lorsque l'on envisage les autres avenues possibles, ce sentiment s'estompe. « Si nous ne les laissons pas s'injecter sur les lieux, à l'intérieur, ils ne viendront tout simplement pas … et nous serions dans l'impossibilité complète de leur donner de l'aide », a expliqué un infirmier. Un autre a dit qu'il s'agissait « de deux maux le moindre ». Nous avons constaté un consensus à l'effet qu'il fallait respecter l'autonomie de Joe et son droit de choisir d'utiliser de la drogue. « C'est son choix », a résumé un répondant, « c'est ce qu'il *veut* faire. Les gens ont le droit de choisir… [et nous devons] leur donner autant de soutien que possible ». Une soignante a souligné l'importance d'éduquer les employés d'hospice en matière de réduction des méfaits. Elle avait l'impression que les sentiments de culpabilité associés au fait de tolérer l'usage de drogue s'estomperaient probablement avec une compréhension adéquate du concept de réduction des méfaits ainsi qu'un virage délaissant le modèle médical. « Selon le modèle médical, il y a évidemment apparence d'échec, a-t-elle observé. Mais d'un autre point de vue, les apparences ne sont pas aussi mauvaises … il va mourir. Tout le monde finit par mourir. Nous sommes en contexte d'hospice, et le but est de mettre les gens à l'aise. » Des réponses semblables ont été offertes à la question de savoir si, à la place d'Adam, l'on se sentirait responsable après que Joe soit parti vivre dans la rue et soit trouvé mort, après un refus de l'aider à s'injecter. « On ne peut pas empêcher les gens », a affirmé un répondant. « Tu fais tout ce que tu peux. Si tu as tout essayé en ton possible mais que la personne s'en va quand même, tu as fait ton devoir moral. »

Les réponses d'individus qui s'injectent ou se sont déjà injecté de la drogue étaient semblables. L'un d'entre eux a laissé entendre que s'il venait à être connu que du personnel assiste (plutôt que de simplement superviser) les personnes qui s'injectent de la drogue, les conséquences juridiques pour Adam et l'hospice seraient trop graves pour qu'Adam en prenne le risque. « Ça nuirait à beaucoup d'autres personnes, si le centre était fermé après cela », a-t-il fait valoir. Cependant, on a aussi souligné que, puisque le centre « tolère *déjà* l'usage de drogue sur les lieux », il serait peut être raisonnable et éthique de prolonger cette tolérance pour aider les patients à s'injecter. Un individu a dit : « Le seul traitement que Joe reçoit est un traitement palliatif, de toute façon. Adam ne lui ferait pas plus de tort en l'aidait [à s'injecter] … Mais si Joe s'en va dans la rue, il subira plus de tort et pourrait bien en faire subir à d'autres. »

Lectures complémentaires

➢ Pour une discussion sur les questions juridiques et éthiques liées à la création de lieux sécuritaires pour l'injection au Canada, voir R. Elliott, I. Malkin, J. Gold, *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. Accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

Personnel de soins de santé en prison : fournir du matériel d'injection stérile à des détenus?

Scénario 2 : Mary Chan

Mary Chan est infirmière à l'établissement correctionnel de Claiborne, où l'injection de drogue est courante. Environ un détenu sur soixante est connu par les responsables de l'établissement comme étant séropositif au VIH, et près d'un détenu sur trois est connu comme ayant le VHC. Mary sait que les détenus partagent des seringues, puisqu'on en trouve très peu dans la prison; elle s'inquiète de la transmission du VIH et du VHC. L'établissement n'offre pas de programme d'échange ou de distribution de seringues – cela frustre Mary, qui considère que cette politique contribue directement à la propagation du VIH. La distribution d'eau de Javel y est toutefois permise; les médecins incitent les détenus à s'en servir pour nettoyer leurs seringues. Cependant, Mary sait qu'il n'existe pas de preuves que l'eau de Javel soit un agent de stérilisation efficace. Cela ajoute à son sentiment de culpabilité et de frustration; elle a l'impression d'offrir à ses patients des conseils et des soins sous-optimaux.

Les professionnels de la santé en milieu correctionnel ont-ils un devoir éthique de fournir des seringues stériles à des détenus?

Un matin, Mary examine un patient qui est séronégatif, mais qui dit partager des seringues. Mary sait qu'au moins un des individus avec qui son patient partage des seringues est séropositif au VIH. Sur la table à côté d'eux, il y a des seringues neuves qu'elle utilise habituellement pour la vaccination. Elle sait que si elle s'éloignait pour un moment, les seringues pourraient « disparaître ». Cela va à l'encontre des politiques de l'établissement mais pourrait aider à éviter des partages de seringues. Que devrait-elle faire? Quelle est la procédure éthique à suivre, lorsque des devoirs éthiques et juridiques entrent en conflit? Les professionnels de la santé en milieu correctionnel ont-ils un devoir éthique de fournir des seringues stériles à des détenus?

« Combien de temps peut-on attendre que les politiques de la prison reflètent le bon choix moral? Je tourne donc le dos, puis [les détenus] prennent les seringues. »

- ***Réponse d'un(e) infirmièr(e) en milieu correctionnel***

Réponses en entrevue

Les réponses à ce scénario étaient variées. Une infirmière a affirmé qu'il y a environ trois ans, elle n'aurait jamais donné de matériel d'injection à des détenus, mais que les choses ont changé. « Un de nos détenus a été emporté par l'hépatite C », a-t-elle(il) expliqué avec amertume. « Combien de temps peut-on attendre que les politiques de la prison reflètent le bon choix moral? Je tourne donc le dos, puis ils prennent les seringues. » À l'inverse, un autre infirmier a maintenu qu'il ne fournirait de seringues en aucune circonstance. Bien qu'il n'était pas opposé comme tel à l'échange de seringues en prison, il a dit estimer que « jusqu'à ce que les politiques soient modifiées de manière à refléter une philosophie holistique de la réduction des méfaits, qui comprend l'échange de seringues », il est nécessaire de suivre les politiques et les codes de conduite de la prison. Il a affirmé aussi qu'une personne donnant discrètement des seringues à un détenu « ne ferait pas de différence, sur le plan éthique – ce serait seulement une personne… Ça ne change pas les choses. » D'autres professionnels partageaient son opinion. « Les politiques sont en place pour une bonne raison », a noté l'un d'eux. « On peut ne pas être toujours d'accord, mais il ne sert à rien de mettre ses propres pratiques en jeu. On peut faire autre chose – du lobbying, de la promotion des intérêts. » Une autre professionnelle était du même avis : « Permettre à un détenu de se prendre une ou deux seringues, ça ne règle pas le problème. » Un répondant a déclaré ceci :

La plupart des répondants ont affirmé que le temps est venu d'instaurer une forme sanctionnée d'échange de seringues dans les établissements correctionnels.

> Il y a deux façons de susciter des changements – travailler à l'intérieur du système, ou à l'extérieur. Si vous choisissez de travailler dans le système, vous pouvez militer mais vous avez la responsabilité morale de respecter les règlements. Si ce choix moral ne vous convient pas, vous pouvez quitter le système et militer à l'extérieur.

Par contre, la plupart des répondants ont affirmé que le temps est venu d'instaurer une forme sanctionnée d'échange de seringues dans les établissements correctionnels. Une infirmière a proposé que soient formés des comités de détenus pour la distribution des seringues, afin que cette responsabilité n'incombe pas aux employés correctionnels. Un autre répondant a suggéré que l'on donne une seringue à chaque détenu. Un infirmier a déclaré : « J'ai entendu dire que le fait de ne pas fournir des seringues en prison se compare au scandale du sang contaminé – peut-être qu'en 2010, il y aura une enquête semblable à celle de Krever. »

Une majorité de répondants a aussi affirmé que la simple distribution de seringues ne suffirait pas. « Nous devons soutenir ces individus, pour réagir à leur toxicomanie », a expliqué l'un d'eux. « Nous devons nous demander comment nous pouvons travailler avec chaque individu dans une perspective plus holistique. Nous devrions les aider à surmonter ce défi et les outiller pour réintégrer la société. » Un autre professionnel a souligné l'importance de diagnostics exacts, puisque certains détenus qui utilisent des drogues ont aussi des problèmes de santé mentale. « Plusieurs n'ont pas seulement une toxicomanie », a-t-il signalé. « Ils peuvent être aux prises avec une dépression ou un trouble bipolaire… Si nous ne détectons pas ces cas, ils ne seront pas traités adéquatement; et ces individus prendront des drogues comme automédication. »

La plupart des répondants jugeaient acceptable de recommander aux détenus l'utilisation d'eau de Javel. Une infirmière a souligné que même si cette mesure n'est pas idéale – c'est-à-dire qu'elle ne remplace pas la distribution de seringues stériles – en recommander l'usage ne va pas à l'encontre de l'éthique, s'il s'agit du seul moyen disponible. Toutefois, elle a reconnu que les détenus doivent être éduqués de façon soigneuse et adéquate, sur l'usage de l'eau de Javel; ils doivent savoir qu'elle « pourrait ne pas être efficace contre l'hépatite C. » « Il faut être honnête, a ajouté une autre. On ne peut pas donner une mauvaise information et dire que l'eau de Javel fonctionnera à tout coup. Il faut leur dire qu'elle est efficace contre le VIH, mais pas contre le VHC. On doit leur donner les informations les plus à jour. » Une troisième infirmière a poursuivi : « Tout cela fait partie de la philosophie de la réduction des méfaits. Ce n'est peut-être pas la meilleure solution, mais il faut faire ce que l'on peut pour réduire les méfaits. » Dans les mots d'un agent correctionnel : « Rien n'est noir ou blanc. L'eau de Javel n'est pas "bonne" ou "mauvaise". Il faut la voir dans une perspective de réduction des méfaits, plutôt que dans une perspective médicale où tout est noir ou blanc. »

Les personnes interviewées et qui faisaient ou avaient déjà fait usage de drogue ont dit que jusqu'à ce que des programmes d'échange de seringues soient instaurés en prison, elles choisiraient de tourner le dos et de laisser les détenus dérober des seringues stériles. L'un d'eux a affirmé : « Oui, je tournerais le dos… ayant moi-même l'hépatite C, je sais bien que l'eau de Javel est inefficace et, même si c'est mieux que rien, elle donne simplement un faux sentiment de sécurité. » Il y avait un consensus général à l'effet que le risque pris par l'infirmière serait « bénéfique » à long terme – non seulement pour la prévention immédiate d'infections, mais aussi pour le progrès du mouvement en faveur des programmes d'échange de seringues en prison. « La propagation du VIH et du VHC ne reste pas entre les murs des établissements correctionnels », a souligné un répondant. « Par conséquent, à mon avis, Mary Chan et ses collègues ont une responsabilité éthique de fournir des moyens pour prévenir la propagation de ces virus grâce à une approche de réduction des méfaits, lorsque cela est possible. »

« La propagation du VIH et du VHC ne reste pas entre les murs des établissements correctionnels. »

Fournir du matériel d'injection à des mineurs : quelle différence l'âge ferait-il?

Scénario 3 : Mme Dupont et Jessie

Mme Dupont est une infirmière en soins intensifs âgée de 34 ans, qui travaille dans un site d'échange de seringues en milieu urbain. Elle a commencé à y travailler après que son jeune frère, qui s'injectait des drogues, ait contacté le VIH en partageant une seringue. Mme Dupont trouve ce travail gratifiant et elle considère que ce qu'elle fait est très important. Elle ne souhaite pas que d'autres utilisateurs de drogue souffrent comme son frère à cause d'un manque de matériel stérile pour s'injecter.

Un après-midi, une très jeune fille entre. Elle est en piteux état, l'air négligé, et elle a un bleu au front. Elle s'approche de Mme Dupont et lui demande des seringues stériles.

Un après-midi, une très jeune fille entre. Elle est en piteux état, l'air négligé, et elle a un bleu au front. Elle s'approche de Mme Dupont et lui demande des seringues stériles. Mme Dupont est déchirée. Une si jeune fille. Peut-on lui donner en toute bonne conscience les moyens de s'injecter de la drogue?

Mme Dupont lui demande son nom et, délicatement, lui demande aussi si tout va bien et si elle a un logis. Elle s'appelle Jessie, Mme Dupont apprend qu'elle a 15 ans et qu'elle vit avec son copain de 21 ans, après s'être récemment enfuie de l'appartement où elle vivait avec un père adoptif qui abusait d'elle sexuellement. Jessie refuse de dire si c'est son copain qui lui a fait un bleu au front, ou quelqu'un d'autre.

Mme Dupont tente d'amener Jessie à songer à ne pas prendre de drogue, mais la jeune ne veut rien entendre. « C'est la seule chose qui soulage ma souffrance », dit-elle tristement. Elle affirme que si on ne lui fournit pas d'aiguilles neuves, elle va certainement partager la seringue d'une autre personne, puisque « ma vie ne vaut rien, de toute façon ». Elle refuse l'offre de Mme Dupont de lui donner des noms de refuges pour femmes, mais elle accepte de revenir pour une séance de counselling. Entre-temps, elle continue de demander des aiguilles. Mme Dupont ne sait pas trop quoi faire. Devrait-elle fournir du matériel d'injection à Jessie? Ou se peut-il que cette dernière soit « trop jeune »? Deux idées de Mme Dupont semblent se contredire : empêcher que Jessie contracte le VIH ou empêcher qu'elle prenne de la drogue.

Réponses en entrevue

Tous les répondants ont dit que Mme Dupont devrait en effet donner des seringues stériles à Jessie – qu'il s'agissait de « la bonne chose à faire du point de vue éthique ». Une répondante a souligné la pertinence d'examiner la question du point de vue contraire : « Serait-il moral de *ne pas* lui donner de seringues neuves?, a-t-elle demandé. La cliente dit qu'autrement elle *fera* quelque chose qui serait un plus grand risque pour elle. Alors vous devez lui en fournir. » Tous les répondants concouraient à l'idée que l'âge, dans ce cas, ne devrait pas être le seul facteur de décision. La plupart ont noté la pertinence du fait qu'elle avait quitté la maison – que ses parents ne s'occupaient plus d'elle. Tous étaient cependant d'accord aussi sur l'idée que les utilisateurs plus jeunes devraient être traités avec plus de soin, et que les personnes (plus jeunes) qui en sont à une première utilisation devraient être encouragées à y penser comme il faut et à résister à l'intention de s'injecter de la drogue. Un intervenant a précisé : « Tu ne peux pas simplement donner la seringue. Simplement donner une seringue,

« Serait-il moral de ne pas lui donner de seringues neuves? »

c'est comme un Band-Aid – ça ne règle pas le problème. Tu dois donner des conseils. »

Toutes les personnes interviewées considéraient que les interactions avec des utilisateurs plus jeunes étaient d'excellentes occasions de les influencer de manière positive et de leur fournir de l'aide et des conseils. Il y avait consensus à l'effet que les jeunes utilisateurs tendent à ne pas être aussi au courant que les plus vieux, des ressources disponibles ou de tous les risques impliqués – et sur le fait qu'il est crucial de leur donner cette information et de l'aide. Ou, comme l'a laissé entendre un répondant, « décourager *l'injection*, plutôt que l'usage de drogue en général. Essayer de convaincre la personne de choisir une autre méthode pour prendre la drogue. Suivre un modèle axé sur la réduction des méfaits. » Tous étaient cependant d'accord : si la jeune femme continuait d'insister pour s'injecter de la drogue, malgré les tentatives de l'en dissuader, alors on devrait toujours lui donner le matériel stérile nécessaire : « On peut éventuellement se libérer de la drogue – mais pas du VIH », a résumé un intervenant.

En ce qui concerne les parents ou gardiens, une répondante considérait que, dans la mesure du possible, il serait bien d'amener les parents à s'impliquer. Elle a indiqué que plusieurs jeunes qui « s'embarquent » dans la drogue peuvent venir de familles qui sauraient les aider. Cette même répondante s'est dite d'avis que Mme Dupont devrait établir une relation avec l'adolescente et s'informer de « ce qui se passe vraiment à la maison ». Elle a affirmé : « Les parents sont légalement responsables de leurs enfants. Il ne faut pas l'oublier. Si l'on amène un jeune à collaborer avec nous, conservons sa confiance. » Une suggestion de cette même intervenante était de faire un « contrat » avec l'adolescent – par exemple, une entente de collaborer ensemble, pendant un mois, sans informer ses parents; puis discuter, un mois plus tard, de la possibilité de leur parler. La répondante a comparé la situation à celle de la distribution des contraceptifs pendant les années 60 et 70 (il était interdit de prescrire la pilule contraceptive à des jeunes filles de moins de 16 ans sans avoir obtenu le consentement parental, jusqu'en 1969). Cependant, elle a ajouté que bien des médecins « donnaient quand même la pilule aux jeunes filles. Ils choisissaient de donner la priorité à la santé de la patiente plutôt que de s'en tenir à la loi. »

« Un toxicomane endurci de 45 ans n'aura pas besoin de la même considération qu'un jeune de 13 ans. Ce qui les incitera à revenir, c'est une acceptation inconditionnelle à leur endroit et un sincère désir de les aider. »

Les personnes interviewées et qui faisaient ou avaient déjà fait usage de drogue par injection étaient généralement d'accord avec les fournisseurs de services. Un individu a affirmé ceci, en réponse à la question de savoir si la fourniture de seringues à une personne mineure était conforme aux principes de l'éthique :

> Je trouve que cet acte est tout à fait conforme à l'éthique, de la même manière que je crois que réduire les méfaits de cette façon est le but éthique le plus élevé que nous ayons. Ostraciser la fille en lui imposant nos préférences ne servirait qu'à l'éloigner de l'aide qu'elle pourrait un jour être prête à recevoir et, certainement, la condamnerait à attraper le VIH entre-temps. Comment ceci pourrait avoir l'air éthique, pour n'importe qui?

Une autre personne a dit :

> J'ai toujours été d'avis que la moralité est un superbe concept, pour ceux qui en ont les moyens. Mais l'ethos de la morale personnelle n'a pas sa place lorsque la santé des autres est en jeu. Si un [employé] de

> programme d'échange de seringues n'est pas capable de mettre de côté ses propres positions morales, il devrait changer de milieu.

Lorsqu'on leur demandait s'il existait un devoir éthique particulier de conseiller les jeunes qui venaient leur demander des seringues, les répondants avaient surtout un sentiment de responsabilité d'aider « quiconque entre ». Un individu a affirmé :

> Des services appropriés à la personne devraient être offerts, et l'employé ne doit pas traiter tout le monde de la même manière. Un toxicomane endurci de 45 ans n'aura pas besoin de la même considération qu'un jeune de 13 ans. Ce qui les incitera à revenir, c'est une acceptation inconditionnelle à leur endroit et un sincère désir de les aider.

Multithérapie ARV à des utilisateurs de drogue par injection : prescrire ou ne pas prescrire?

Scénario 4 : le Dr Champlain et Pierre

Le Dr Champlain est spécialiste des maladies infectieuses dans un établissement de santé d'un grand centre urbain. Plusieurs de ses patients ont le VIH; il les traite au moyen d'une nouvelle multithérapie dont le succès est mesurable. La thérapie antirétrovirale fortement active (HAART) qu'il leur prescrit est composée de deux inhibiteurs de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur de la protéase. Le régime de ce traitement est toutefois exigeant.

Sa vie, telle qu'il la décrit au médecin, est chaotique et instable. Malgré cela, il est articulé et bien informé, et il souhaite se faire prescrire une HAART.

Un jeudi après-midi, le Dr Champlain rencontre un nouveau patient : un homme séropositif qui demande une thérapie antirétrovirale. Pierre, 29 ans, s'injecte des drogues et vit en alternance dans une chambre d'hôtel ou dans la rue. Sa vie, telle qu'il la décrit au médecin, est chaotique et instable. Malgré cela, il est articulé et bien informé, et il souhaite se faire prescrire une HAART.

Le Dr Champlain hésite. Il vient de lire un article dans le périodique The Lancet, *à propos des conséquences de la non-fidélité à la HAART. Il craint que Pierre manque d'assiduité au régime complexe de traitement et que cela favorise chez lui le développement de souches du VIH résistantes aux antirétroviraux. En ce sens, il considère avoir un devoir envers la santé publique et la société. Par contre, il considère aussi avoir une obligation envers son patient. Il est incertain de la démarche à adopter. Un article dont il se souvient suggérait de prescrire aux patients instables deux inhibiteurs de la transcriptase inverse, sans inhibiteur de la protéase – mais le Dr Champlain pense que cette forme de soins pourrait être sous-optimale. Que devrait-il faire?*

Réponses en entrevue

Il y avait un consensus général, parmi les professionnels interviewés, à l'effet que Pierre ne devrait pas se voir refuser un traitement simplement parce qu'il s'injecte des drogues. Toutefois, tous les répondants ont insisté sur l'importance du counselling et d'une évaluation médicale complète, avant l'octroi d'une ordonnance. Dans les mots de l'un d'eux : « Une grande partie du "rapprochement" et du développement de la relation doit se produire avant que

l'on détermine ensemble le traitement idéal et le plus approprié… Les médicaments ne sont peut-être pas la première chose dont Pierre a besoin. » D'autres professionnels étaient du même avis. « On ne peut pas simplement donner une prescription sans fournir de soutien. Cela irait à l'encontre de l'éthique », a affirmé une infirmière.

Les répondants ont aussi souligné la nécessité de discuter avec Pierre des risques et bénéfices de la thérapie, et des conséquences d'une non-fidélité, avant de lui prescrire les médicaments – mais tous estiment que la décision d'amorcer une HAART ne revient qu'à lui. Plusieurs ont suggéré diverses façons par lesquelles on pourrait aider Pierre à respecter son régime de traitement, y compris : une thérapie sous observation directe, où le patient prend ses médicaments devant quelqu'un comme un pharmacien ou une infirmière à domicile; le port d'un téléavertisseur, pour lui rappeler de prendre ses médicaments à des moments prédéterminés; la provision de soins flexibles et accessibles, y compris la rencontre de patients sans rendez-vous; et le développement de services de soutien par le biais des hôpitaux, de la santé publique et des organismes communautaires. Une majorité de répondants considérait également que l'on devrait prescrire à Pierre la plus simple des HAART, pour faciliter son assiduité. Certains ont proposé un régime de médicaments pris une seule fois par jour, comme alternative (même si cette méthode est encore en phase expérimentale). Un répondant a déclaré : « [Ces] patients savent qu'ils sont instables. Il est facile de négocier avec eux pour développer des techniques créatives qui favorisent leur fidélité. » Un autre a souligné que l'« on ne peut pas vraiment savoir qui sera fidèle ou non à son traitement. On ne peut rien présumer. On doit accorder à chaque personne la meilleure des chances et du soutien. »

« On ne peut pas vraiment savoir qui sera fidèle ou non à son traitement. On ne peut rien présumer. On doit accorder à chaque personne la meilleure des chances et du soutien. »

Interrogés sur le degré de priorité du patient par rapport à la santé publique, tous les professionnels ont affirmé que le patient devait toujours avoir la priorité : « Il ne serait pas éthique de ne pas considérer son patient avant tout. On ne devrait pas penser au coût pour la société. On ne le fait pas quand un patient subit une chirurgie ou qu'il a une maladie chronique. On s'aventurerait en terrain glissant. » Un autre répondant a souligné que l'« on ne peut pas estimer l'effet d'une personne sur la santé publique. C'est impossible. Et puis quelle différence ferait vraiment un individu? »

Dans un même ordre d'idées, tous les professionnels interviewés considéraient qu'il serait inacceptable, sur le plan éthique, d'insister sur l'abstinence [de drogue] ou la réhabilitation comme préalable au traitement. « On peut conseiller l'abstinence, mais on ne peut pas l'exiger, explique un médecin. Mais il serait déplorable, d'un point de vue éthique, de ne rien faire pour aider. Il faut fournir tout moyen possible de réduction des méfaits – n'importe quelle mesure qui les aidera à être fidèles [à leur traitement]. » Un autre répondant a utilisé une analogie pour expliquer son point de vue : « On ne demande pas aux gens d'arrêter de fumer ou de boire avant de les traiter », a-t-il remarqué. « D'ailleurs, un patient peut être fidèle à son traitement même s'il consomme des drogues. » Un individu a dit : « On ne peut pas exiger qu'une personne fasse quelque chose qu'elle ne peut ou ne veut pas faire. On doit respecter son choix. »

Enfin, aucun professionnel ne jugeait approprié d'offrir au patient des soins sous-optimaux simplement parce qu'il consomme des drogues – par exemple, en lui prescrivant deux inhibiteurs de la transcriptase inverse, mais aucun inhibiteur de la protéase ou inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. « C'est tout simplement mal, d'un point de vue scientifique, a affirmé un répondant. On peut aussi développer une résistance aux inhibiteurs

de la transcriptase inverse. Et même si c'était correct sur le plan scientifique, ça demeurerait inacceptable. C'est le choix du patient. » Un autre professionnel a expliqué que « chaque patient mérite la meilleure norme de soins. On ne doit pas prescrire d'inhibiteur de la protéase seulement si ce médicament peut nuire au patient, par exemple s'il a l'hépatite C et s'il est un utilisateur de drogue actif. » Un individu a signalé qu'il « n'est jamais bien de refuser un traitement à une personne qui pourrait en bénéficier. Si l'on sait que notre pratique est sous-optimale, c'est inacceptable sur le plan éthique. »

« On ne peut pas refuser à un patient des médicaments qui pourraient sauver sa vie, simplement parce qu'il n'est peut-être pas fiable. »

Les personnes interviewées et qui faisaient ou avaient déjà fait usage de drogue croyaient que le Dr Champlain devrait offrir à Pierre un régime de traitement régulier. « On ne peut pas refuser à un patient des médicaments qui pourraient sauver sa vie, simplement parce qu'il n'est peut-être pas fiable », a souligné un individu. « Beaucoup de personnes qui n'utilisent pas de drogue peuvent parfois oublier de prendre leurs pilules… Est-ce que ça veut dire qu'on ne devrait pas leur donner de médicaments? » Les répondants ont toutefois insisté sur le fait que Pierre serait plus susceptible d'être fidèle à son traitement si on lui donnait du counselling. « Il faut l'aider aussi, a affirmé l'un d'eux. On ne peut pas seulement lui donner ses pilules et lui dire d'aller les prendre. Il doit recevoir beaucoup de soutien. »

Recommandations

Les réponses présentées ci-dessus permettent de tirer quelques grandes lignes, pour la prise de décisions éthiques, que les fournisseurs de soins et de services pourraient trouver utiles dans leur pratique. Nous présentons ci-dessous un résumé de ces conseils.

Tolérer l'usage de drogue sur les lieux et aider des patients à s'injecter

Les employés d'hôpitaux ou d'hospices où l'usage de drogue est toléré peuvent parfois avoir le sentiment de contribuer par inadvertance au déclin et au décès éventuel d'un patient. Ces individus pourraient trouver utile de considérer ce qui suit :

1. Les autres avenues possibles pourraient être pires. Si les patients qui utilisent des drogues ne peuvent pas le faire dans l'établissement, il est probable qu'ils choisiront de rester dans la rue (ce qui accroîtrait considérablement les risques pour ces individus et pour la communauté en général).
2. Le choix de s'injecter de la drogue appartient au patient, non aux employés. Ces derniers devraient essayer de respecter l'autonomie du patient.

Les professionnels de la santé peuvent considérer d'offrir une éducation sur les pratiques sécuritaires d'injection, afin de favoriser et de maintenir la capacité d'un patient de s'injecter.

Dans le cas où un patient demande à son professionnel de la santé de l'aider à s'injecter une drogue illégale, ce dernier peut envisager diverses options s'il n'est pas à l'aise avec cette requête. Notamment :

3. Un counselling au patient pourrait permettre d'examiner les raisons de son usage croissant de drogues (p. ex., une gestion inadéquate de la douleur) et l'aider à développer son propre plan, y compris d'autres avenues, pour l'usage ou l'injection assistée de drogue.

4. Offrir au patient toute drogue légale possible pour atténuer son état de manque.
5. Faire appel à un ami du patient ou à tout autre individu qui n'aurait pas d'objection à l'aider à se faire ses injections.
6. Offrir une éducation sur les pratiques sécuritaires d'injection, afin de favoriser et de maintenir la capacité de s'injecter; ou promouvoir des approches novatrices pour l'injection (p. ex., choisir une région alternative du corps). Aussi, de nombreux utilisateurs de drogue ne sont pas très habiles pour s'injecter; plusieurs laissent tomber une veine lorsqu'elle semble trop endommagée (ou éclatée). Une formation pourrait améliorer leurs compétences et leur permettre de recommencer à utiliser des veines qu'ils avaient délaissées (p. ex., dans les bras).
7. Examiner si d'autres méthodes sont souhaitables ou possibles, pour prendre la drogue (p. ex., pour l'héroïne, la fumer ou l'inhaler [« chasser le dragon »]).
8. Les praticiens peuvent contacter leur instance de réglementation professionnelle pour explorer des interventions alternatives qui seraient conformes aux directives éthiques de leur profession (p. ex., l'insertion d'un papillon sous-cutané pouvant servir à l'auto-administration de drogues illégales).

Fournir du matériel d'injection stérile à des détenus

Les fournisseurs de soins et services de santé en prison peuvent éprouver un sentiment de détresse devant les détenus qui s'injectent de la drogue et qui partagent possiblement des seringues. Ces praticiens peuvent envisager les mesures suivantes :

Les fournisseurs de soins et services de santé en prison peuvent favoriser le changement au sein du système, pour la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels.

9. Favoriser le changement au sein du système, pour la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison. Faire référence aux programmes fructueux d'autres pays.
10. Collaborer avec les patients et leur donner du counselling pour les aider à exercer un contrôle sur leur usage de drogue, à le rendre moins néfaste, ou même à se défaire de leur toxicomanie, sur les plans médical et psychosocial.
11. Offrir aux détenus une évaluation psychiatrique adéquate afin de détecter tout caractère ou trouble comportemental sous-jacent qui pourrait être atténué par des médicaments et/ou une thérapie.
12. Offrir aux détenus l'accès à de l'eau de Javel en tout temps – avec la mise en garde que cette mesure pourrait ne pas être efficace à tout coup.
13. Donner de l'éducation sur le nettoyage adéquat du matériel d'injection avec de l'eau de Javel.

Fournir du matériel d'injection à des mineurs

Les praticiens impliqués dans les soins à des personnes d'âge mineur qui s'injectent de la drogue et qui demandent des seringues neuves peuvent se questionner sur « la bonne chose à faire ». Les conseils suivants pourraient leur être utiles :

14. Donner du matériel d'injection stérile au jeune – sans toutefois se limiter à le lui remettre et à le laisser partir. Tenter d'établir une relation fondée sur la confiance et le respect mutuels; offrir du counselling, de l'information et des références.
15. Inciter les personnes qui en sont à une première utilisation à réfléchir, avant de s'injecter; et leur offrir des services de counselling appropriés.
16. Si une personne insiste pour utiliser de la drogue, l'encourager à adopter une méthode autre que l'injection.
17. Si possible et approprié, tenter d'impliquer la famille du jeune dans ses soins et sa réhabilitation. Cette possibilité doit toutefois être examinée cas par cas. Plusieurs jeunes qui s'injectent de la drogue s'enfuient de situations familiales difficiles et n'ont donc pas de proches pour les soutenir. Les directives sur l'obligation d'avertir recommandent de ne divulguer des renseignements personnels qu'aux individus les plus susceptibles d'avoir un impact positif sur la situation. Dans plusieurs cas, cela signifie que la famille ne devrait pas être contactée.

Prescrire une multithérapie ARV à des personnes qui s'injectent de la drogue

Les personnes qui s'injectent de la drogue peuvent mener une vie que leurs soignants professionnels considèrent « chaotique » ou « instable ». Les médecins impliqués dans les soins à ces individus peuvent se demander s'il serait approprié de leur prescrire un régime de traitement aussi complexe qu'une thérapie antirétrovirale fortement active (HAART). Les directives suivantes pourraient leur venir en aide :

18. Discuter des bénéfices et des risques de la thérapie avec le patient. Souligner les conséquences d'une non-fidélité au traitement.
19. Prescrire le régime le plus simple possible. Le régime expérimental de médicaments pris une seule fois par jour devrait même être considéré.
20. Offrir du counselling et du soutien au patient afin qu'il lui soit plus facile d'être fidèle à son traitement. Cela pourrait impliquer le choix d'une thérapie sous observation directe ou le port d'un téléavertisseur. Fournir des références appropriées en matière de soins communautaires, de logement supervisé et d'autres services.
21. Maintenir un horaire flexible pour ces patients. Accepter qu'ils puissent avoir de la difficulté à respecter leurs rendez-vous. S'efforcer de leur offrir des soins, même sans rendez-vous.
22. En général, il est inapproprié d'offrir à un patient une thérapie sous-optimale. La prescription de deux inhibiteurs de la transcriptase inverse, sans inhibiteur de la protéase ou inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, ne prévient pas le développement de souches du VIH résistantes aux médicaments.

Conclusion

Au Canada, le VIH et d'autres infections transmissibles par le sang sont prévalents parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Les intervenants qui fournissent des soins et services à ces personnes sont confrontés à plusieurs dilemmes éthiques difficiles, dans leur travail et leur pratique. Ce document cherche à leur offrir des conseils généraux pour la prise de décisions éthiques, à partir de réponses offertes par leurs collègues à propos de problèmes fréquents d'éthique pratique.

Traitez désormais chaque utilisateur de drogue avec le respect et la dignité que vous souhaiteriez pour vous-même.

Bien que le document formule des suggestions et de possibles solutions pour affronter ces difficultés, il est important de ne pas oublier que, dans la pratique, chaque cas est différent, implique des individus différents, et doit en conséquence être abordé en tenant compte de ses particularités. Pour cette raison, les réponses fournies par les répondants ne sont pas présentées comme des solutions absolument « bonnes » aux divers problèmes. Souvent, il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse à ces dilemmes moraux, et les résolutions possibles se situent dans une zone grise. Néanmoins, les thèmes communs du respect, de la dignité, de l'humanité, de l'autonomie et de la santé, qui conditionnent les réponses proposées, devraient sous-tendre toute délibération d'ordre moral dans le contexte de l'injection de drogue et de la prévention des maladies. Comme l'a affirmé Annie Madden, une Australienne, ex-utilisatrice de drogues devenue activiste, dans un discours qu'elle a prononcé lors du Sommet de 1999 sur les drogues dans l'État australien de la Nouvelle Galles du Sud :

> S'il est une chose que je puis vous confier, aujourd'hui, c'est une demande bien simple : traitez désormais chaque utilisateur de drogue avec le respect et la dignité que vous souhaiteriez pour vous-même … Les utilisateurs de drogue ne sont pas des ennemis. Nous sommes de vraies personnes, qui souffrent grandement de maux et de maladies évitables, et qui meurent pour rien. Les utilisateurs de drogue font partie de la communauté : nous sommes vos enfants, vos sœurs et frères, vos parents et grands-parents, vos contribuables, employeurs, employés, et, encore plus important, nous sommes vos amis.[48]

NOTES:

[1] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau juridique, 1999, p. 1. (Accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

[2] Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, avril 2002, Ottawa, Santé Canada. (Accessible via www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/index_f.html)

[3] Santé Canada, *Information sur l'hépatite C pour les professionnels de la santé*, 2002 (www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/pdf/informationHepc/index.html).

[4] *Supra*, note 1, p. 11-12, avec nombreuses références.

[5] Hankins C., Tran T., Desmarais D. 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).

[6] Millson P., Myers T., Calzavara L. 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.

[7] Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », Ottawa, mai 1999.

[8] Alary M., Hankins C., Parent R. 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; J. Blanchard, L. Elliott, *Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study*, résultats intérimaires, avril 1999

[9] « Hep C hits users faster than HIV », *The Vancouver Province*, 2 octobre 2001, p. A16.

[10] « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *supra*, note 2.

[11] *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19.

[12] Pour plus de détails, voir *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, *supra*, note 1, p. 26-30.

[13] McAmmond D., *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection – un rapport de consultation*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

[14] *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. (Accessible via www.ccsa.ca)

[15] Millar J., *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia—Pay now or pay later?*, Office of the Provincial Health Officer, B.C. Ministry of Health, juin 1998.

[16] American Bar Association, *AIDS: The Legal Issues*, document de discussion de l'American Bar Association AIDS Coordinating Committee, Washington, DC, 1988, p. 233.

[17] Broadhead R.S., Kerr T., Grund J.P., Altice F.L., « Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives », *Journal of Drug Issues*, 2002, 32(1) : 329-356.

[18] *Ibid*.

[19] *Supra*, note 1.

[20] *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999. (Accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

[21] *L'injection de drogue et le VIH/sida* (12 feuillets d'information), Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (2e édition révisée). (Accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

[22] *Supra*, note 14.

[23] *Supra*, note 13.

[24] *Supra*, note 1.

[25] *Supra*, note 20

[26] *Supra*, note 14.

[27] *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, *supra*, note 1, p. 40-43.

[28] McAmmond D., *Relever le défi – Les soins palliatifs aux utilisateurs de drogue injectables vivant avec le VIH/sida*, mars 1998, p. 3.

[29] *Ibid*.

[30] *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, *supra*, note 1, p. 93.

[31] Drucker E., Lurie P., Wodak A., Alcabes P., « Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV », *AIDS*, 1998, 12 (Suppl. A) : S217-230.

[32] *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, *supra*, note 1, p. 94-95, avec plusieurs références.

[33] Jürgens R., *VIH/sida et prisons: rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, p. 36-42, avec plusieurs références. (Accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)

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

[35] *Ibid*.

[36] *Ibid.*, recommandation 6.3(6), p. 94.

[37] Jürgens, *supra*, note 33, p. 56-71.

[38] Entretien personnel entre Ralf Jürgens et Dumitru Laticevschi, le 14 septembre 2002.

[39] Cloutier R. et Roy D., « Seringues stériles pour les moins de 14 ans », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3) : 3-5 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Avril1996/04CLOUTIF.html).

[40] *Ibid*.

[41] Bayer R., Stryker J., « Ethical challenges posed by clinical progress in AIDS », *American Journal of Public Health*, octobre 1997, 87(10) : 1599; Hogg R.S., O'Shaughnessy M.V., Gataric N., Yip B., Craib K., Schechter M.T. et coll., « Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals », *Lancet*, 1997, 349(9061) : 1294; Hammer S.M., Squires K.E., Hughes M.D., Grimes J.M., Demeter L.M., Currier J.S. et coll. « A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team » [voir commentaires], *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(11) : 725-33.

[42] Bayer et Stryker, *supra*, note 41, p. 1600.

[43] Dr Philip Berger, entretien personnel, 8 avril 2002.

[44] Bangsberg D., Tulsky J.P., Hecht F.M., Moss, A.R., « Protease Inhibitors in the Homeless », *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(1) : 63.

[45] Berger, *supra*, note 43. Voir aussi Bayer et Stryker, *supra*, note 41, p. 1600.

[46] *Ibid.*; Bangsberg et coll., *supra*, note 44, p. 64.

[47] Bangsberg, *supra*, note 44, p. 65.

[48] Annie Madden, New South Wales Drug Summit 1999, NSW, Australie, consulté en août 2001 (à http://203.147.254.2/NSWDS/NSWDrugSummit.nsf/ArticleLookUp/A051899N13).