



## Points de friction :

questions juridiques  
obstacles à l'accès aux  
programmes de seringues  
au Canada



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



---

Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



## **Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada**

Réseau juridique canadien VIH/sida  
Avril 2007



**Points de friction :  
obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada**

© 2007 Réseau juridique canadien VIH/sida

Ce document est téléchargeable via [www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues)  
et peut être commandé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida ([www.aidsida.cpha.ca](http://www.aidsida.cpha.ca))

**Données de catalogage**

Klein A. (2007). Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada.  
Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.

ISBN 978-1-896735-84-9

**Note sur la rédaction**

Ce rapport a été rédigé par Alana Klein.

**Remerciements**

L'auteure remercie les personnes qui ont eu la générosité de se prêter à des entrevues, à titre d'informateurs clés pour ce document, ainsi qu'aux nombreux experts qui lui ont fourni des conseils. Ce rapport n'aurait pas été possible sans l'aide et les importantes contributions de : Diane Bailey, Raffi Balian, Walter Cavaliere, Susannah Fairburn, Linda Findlay, Colleen Hemsley, Shaun Hopkins, Heidy Choi-Keirstead, Paul Lavigne, Johanne Le Blanc, Barb Lennie, Guy Pierre Lévesque, Ann Livingston, Janine Luce, Angela MacKinnon, Peggy Millson, Dee Mombourquette, Rafe Mooney, Diane Nielsen, Geraldine Osborne, Darlène Palmer, Aideen Reynolds, Diane Schuster, Lorraine Schiedel, Carol Strike, Marliss Taylor, Rhonda Thompson, Marianne Tonnelier, Alex Sherstobitoff, Jennifer Vanderschaeghe, Tree Walsh, Wanda White, Brent Whittall et Sharon Wilson.

Merci également à Jean Dussault et Josée Dussault pour la traduction française, à Liane Keightley pour la mise en page, à Ellen Silver pour son efficacité dans l'assistance à la recherche, ainsi qu'à Richard Elliott et à Joanne Csete pour l'examen de versions antérieures du document.

Image : Conny Schwindel

*Le genre masculin est utilisé pour désigner collectivement des hommes et des femmes, dans ce document, afin d'alléger le texte.*

Cette publication / ce projet multimédia a été réalisée / réalisé grâce au financement de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ou des chercheurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de santé publique du Canada.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida ne fournit pas d'avis juridique, ni de représentation légale aux individus ou groupes. L'information contenue dans cette publication n'est pas un avis juridique et ne devrait pas être considérée ainsi. Si vous avez besoin d'un avis juridique, prière de communiquer avec un-e avocat-e ou avec une clinique d'aide juridique qui connaît les lois en vigueur dans votre ressort.

**Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida**

Le Réseau juridique canadien VIH/sida ([www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

**Réseau juridique canadien VIH/sida**

1240, rue Bay, bureau 600  
Toronto (Ontario) Canada M5R 2A7  
Téléphone : +1 416 595-1666  
Télécopie : +1 416 595-0094  
Courriel : [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)  
Internet : [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)



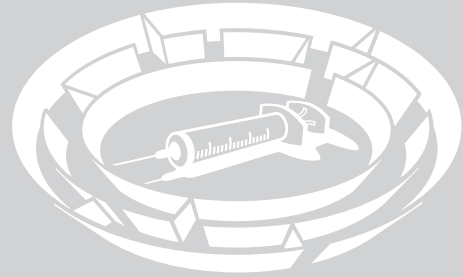
# Table des matières

Sommaire _____	1
Introduction _____	5
<b>Contexte : la santé publique et la distribution de seringues stériles</b> _____	5
<b>Le contexte des droits humains</b> _____	7
<b>Méthodologie</b> _____	8
<b>Terminologie</b> _____	9
<b>Structure du document</b> _____	9
Aperçu des programmes de seringues au Canada _____	10
<b>Combien existe-t-il de programmes de seringues, au Canada?</b> _____	11
<b>Satisfait-on les besoins en matière de seringues stériles?</b> _____	12
Obstacles à l'accès aux programmes de seringues _____	15
<b>Le droit pénal et son application</b> _____	15
Le droit – sur papier _____	15
Connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du droit et de l'application de la loi, parmi les personnes qui font usage de drogue _____	18
L'application de la loi et les opérations policières _____	19
Canada _____	19
Australie _____	21
États-Unis _____	22
Améliorer les relations avec la police _____	22
Obstacles créés par l'appareil judiciaire : les conditions de remise en liberté _____	25
<b>Conception de programme suboptimale</b> _____	25
Horaire _____	26
Emplacement et couverture _____	27
Échange unitaire et maxima de distribution _____	29
Restrictions fondées sur l'âge _____	32
Situation et atmosphère _____	33
Refus de service ou piètre accueil en pharmacie _____	33
Échec à s'adapter aux préférences des clients quant au mode de distribution _____	34



<b>Préoccupations touchant l'opprobre et la vie privée</b>	<b>37</b>
<b>Opposition au sein de la communauté, y compris les restrictions municipales</b>	<b>38</b>
<b>Financement insuffisant</b>	<b>41</b>
<b>Conclusion et recommandations</b>	<b>45</b>





## Sommaire

Les programmes de seringues (PS) sont une méthode éprouvée et efficace pour réduire la transmission de virus à transmission hématogène, comme le VIH et le VHC (virus de l'hépatite C), parmi les personnes qui font usage de drogue. Ces programmes n'entraînent pas de hausse de la criminalité dans le voisinage et ils n'entraînent pas les gens vers la consommation de drogue. Au Canada, la réduction des méfaits, y compris les PS, a reçu l'appui de la majorité des gouvernements aux paliers fédéral, provincial et territorial. Par ailleurs, le droit international garantit le droit de toute personne à la plus haute norme de santé atteignable, sans discrimination, y compris aux personnes qui font usage de drogue; et il requiert que les gouvernements adoptent des mesures positives afin de prévenir et de contrôler les maladies, y compris le VIH/sida.

Cependant, des facteurs subsistent qui font obstacle à la liberté d'accès adéquat à du matériel d'injection stérile, pour des personnes qui font usage de drogue. En dépit du fait que les données sur le nombre de personnes faisant usage de drogue par injection soient limitées, au Canada, des recherches ont estimé qu'à l'heure actuelle les PS distribuent seulement environ 5 % du nombre de seringues nécessaires à assurer que chaque injection soit faite à l'aide de matériel stérile.

Le présent rapport offre d'abord un aperçu des PS au Canada. Il examine ensuite les obstacles à l'accès aux PS, identifiés au cours d'un examen de la littérature et lors d'entretiens personnels avec des informateurs clés. Les obstacles repérés incluent :

- des lois pénales et sur les instruments;
- des pratiques policières pour l'application de la loi;
- des conditions de libération imposées par le système judiciaire, réduisant l'accès à des quartiers où les PS sont situés;
- des facteurs de la conception de programmes, comme :
  - des heures d'ouverture limitées;
  - des lacunes dans la couverture géographique;
  - des limites à la quantité d'instruments d'injection pouvant être donnés lors d'une visite;
  - la réticence de certains PS à distribuer d'autres instruments d'injection, comme des chauffeirs [*cookers*], filtres, ou troussees pour l'usage plus sécuritaire de crack;

- la réticence de certains PS à donner du matériel à des personnes de moins de 18 ans; et
- l'échec à satisfaire les préférences des utilisateurs, quant au mode de prestation de service (p. ex. la distribution par des centres de santé plutôt que par des organismes communautaires);
- des préoccupations liées à l'opprobre et à la vie privée;
- la résistance au sein de communautés;
- un recours inapproprié à des règlements municipaux en matière de zonage; et
- le manque de financement.

Pour terminer, le rapport avance un certain nombre de recommandations pour surmonter et éliminer les obstacles à l'accès à des PS au Canada. Ces recommandations incluent les suivantes :

### **Couverture des PS et financement**

- Les gouvernements des provinces et territoires devraient préciser de manière explicite que les PS sont des services nécessaires dans chacune des régions sanitaires. S'ils ne le font pas déjà, ils devraient requérir que chaque région évalue régulièrement si de tels programmes sont nécessaires. Des personnes qui font usage de drogue devraient être impliquées dans la conception de ces évaluations. Des mécanismes d'application sont également nécessaires pour assurer que les évaluations de besoins soient bel et bien réalisées, et que, dans les endroits où des services sont nécessaires, des PS accessibles sur le plan géographique soient établis sans délai indu, tout en tenant compte de la possibilité que ces programmes fonctionnent de diverses manières.
- Un financement stable doit être garanti à tous les PS. Les gouvernements des provinces et territoires doivent financer adéquatement les PS, directement, ou si les décisions en matière de services sont dévolues aux autorités régionales de la santé, ils doivent veiller à ce que les pressions au palier local n'entraînent pas que les PS manquent de fonds adéquats. Les provinces et territoires pourraient compenser pour les lacunes de financement au palier régional, ou exiger par voie de réglementation que les unités de santé publique financent adéquatement les programmes de réduction des méfaits, y compris les PS. Les provinces et territoires devraient requérir le signalement public des évaluations de besoins ainsi que des décisions d'allocations budgétaires liées à ces évaluations, et créer des mesures d'application efficaces afin que les programmes ou leurs clients aient la possibilité de contester l'échec des instances locales à fournir un financement adéquat.
- Le gouvernement fédéral devrait élargir le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, afin d'allouer des fonds fédéraux non seulement aux services hospitaliers et médicaux, mais également à des services de protection et de promotion de la santé, y compris les PS.
- Les services de réduction des méfaits, y compris les PS, devraient être admissibles au financement fédéral octroyé aux enjeux du sida et de l'hépatite C, ainsi qu'à la Stratégie canadienne antidrogue.

## La loi et son application

- La définition de substance désignée, à l'art. 2 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, devrait être amendée de manière à ne plus inclure les choses contenant ou portant un résidu de drogue.
- L'article 462.2 du *Code criminel*, portant sur les instruments pour l'utilisation de drogues illicites, devrait être abrogé afin d'assurer que les responsables des politiques, la police, les employés de PS et les clients de PS ne perçoivent aucune restriction issue du droit criminel, quant à la gamme d'instruments de réduction des méfaits qui peuvent être distribués.
- Les instances gouvernementales d'application de la loi ainsi que des politiques en matière de santé devraient assurer que l'application des lois sur la drogue n'entrave pas les politiques de santé. Des politiques claires et officielles devraient être implantées à l'échelle du Canada pour faire en sorte que les activités policières n'entravent pas l'efficacité des PS.
- L'Association canadienne des chefs de police devrait reconsidérer son affirmation d'opposition à la réduction des méfaits et elle devrait adopter une résolution encourageant les forces policières à travailler de manières qui ne font pas entrave aux services de réduction des méfaits.
- Les juges ne devraient pas imposer de conditions de libération conditionnelle, de libération sur parole ou de mise en liberté sous caution qui empêchent l'accès à des services de réduction des méfaits. En particulier, ils ne devraient pas imposer de restrictions au fait d'avoir sur soi des instruments pour l'usage de drogue, ni désigner comme « zone interdite » des secteurs où des services de réduction des méfaits sont offerts.

**[L]e droit international garantit le droit de toute personne à la plus haute norme de santé atteignable, sans discrimination, y compris aux personnes qui font usage de drogue; et il requiert que les gouvernements adoptent des mesures positives afin de prévenir et de contrôler les maladies, y compris le VIH/sida.**



## Conception des programmes

- Les PS devraient avoir des occasions régulières, et financées, de développement et de partage de pratiques exemplaires.
- Les recommandations de pratiques exemplaires devraient être établies en réelle consultation avec des communautés de personnes qui font usage de drogue.
- Les programmes devraient être conçus dans le but premier d'optimiser l'accès à du matériel d'injection stérile. Il ne devrait pas y avoir de limite, officielle ou informelle, à la quantité d'instruments distribués, aux types d'instruments pouvant être distribués, ni en ce qui a trait à l'âge des clients.



- Du matériel d'injection stérile devrait être rendu disponible auprès d'une diversité de sources aussi grande que possible, et selon les besoins de la population locale tel qu'établis régulièrement par des évaluations de besoins et en consultation avec les personnes qui font usage de drogue.
- Le gouvernements, les associations de pharmaciens et les pharmaciens devraient travailler ensemble afin d'assurer que du matériel d'injection stérile soit facilement accessible dans les pharmacies.

### **Opprobres et résistance dans les communautés**

- Les autorités de santé publique devraient déployer des campagnes d'éducation visant à réduire l'opprobres à l'égard des PS.
- On ne devrait pas créer d'embûches à l'établissement de PS par des règlements de zonage, comme l'exigence d'approbation de la communauté.

## Introduction

### Contexte : la santé publique et la distribution de seringues stériles

La consommation de drogue illicite est fréquemment associée à de sérieuses répercussions sur la santé et sur les plans social et fiscal.<sup>1</sup> Les personnes qui font usage de drogue sont plus susceptibles de contracter le VIH et l'hépatite C; et, parmi celles d'entre elles qui ont contracté l'un ou l'autre, l'état de santé en lien avec l'infection est affecté de manière disproportionnée.<sup>2</sup> En dépit d'une légère diminution de la proportion des nouveaux cas de VIH attribués à l'usage de drogue par injection, depuis quelques années, au Canada,<sup>3</sup> la prévalence du VIH se situe encore à des taux inacceptablement élevés dans plusieurs régions, parmi les personnes qui font usage de drogue, notamment les jeunes, les femmes et les personnes autochtones.<sup>4</sup> Une inquiétude additionnelle est liée au nombre croissant de personnes utilisatrices de drogue et séropositives dont l'état progresse à présent au stade de sida; et aux taux élevés de morbidité et de mortalité liée au sida qui s'observent parmi les personnes qui font usage de drogue.<sup>5</sup>

Les programmes de seringues (PS) visent à atténuer les conséquences néfastes de l'injection de drogue, notamment en fournissant du matériel d'injection stérile afin que les personnes ne se fassent pas des injections avec du matériel usagé qui pourrait être contaminé. Il est démontré que les PS réduisent le risque de transmission du VIH,<sup>6</sup> présentent un rapport coût-efficacité avantageux<sup>7</sup> et favorisent l'accès à des soins, traitements et services de soutien.<sup>8</sup> Il n'existe pas de données démontrant que les PS entraînent des

<sup>1</sup> E. Wood et coll., « The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: the impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach », *British Columbia Medical Journal* 45, 3 (2003) : 130–136; T. Kerr et W. O'Briain, « Politiques canadiennes en matière de drogue – La voie du progrès », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 7, 1 (2002) : 1; 31–37.

<sup>2</sup> E. Wood et coll., « Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996 », *AIDS* 16, 15 (2002) : 2065–2072; P.M. Spittal et coll., « Risk factors for elevated HIV risk incidence rates among female injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne* 166, 7 (2002) : 894–899; J. Bruneau et coll., « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study », *American Journal of Epidemiology* 146, 12 (1997) : 994–1002.

<sup>3</sup> Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, « Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada », mai 2006, p. 83. Accessible via [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca).

<sup>4</sup> En 2003, 18,4 % des nouveaux cas d'infection à VIH au Canada étaient recensés chez des personnes faisant usage de drogue par injection. Chez les femmes, l'injection de drogue était en cause dans 27 % des nouveaux cas de VIH. Les taux de VIH parmi les jeunes de moins de 24 ans s'injectant des drogues étaient de 2,96 % chez les hommes et de 5,69 % chez les femmes; l'incidence générale en 2000 avait été établie à 1,5 %. Voir *Ibid.*, p. 83, 85. Voir aussi Spittal et coll., *supra*, note 1; K.J.P. Craib et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168, 1 (2003) : 19–24.

<sup>5</sup> E. Wood et coll., « Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected injection drug users », *Journal de l'Association médicale canadienne* 169, 7 (2003) : 656–661; E. Wood et coll., « Prevalence and correlates of untreated HIV-1 infection in the era of modern antiretroviral therapy », *Journal of Infectious Diseases* 188, 8 (2003) : 1164–1170; E. Wood et coll., « Antiretroviral medication use among injection drug users: two potential futures », *AIDS* 14, 9 (2000) : 1229–1235.

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users (Evidence for action technical papers)*, 2004, accessible à [www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en/); M. Macdonald et coll., « Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : 353–357; R.N. Bluthenthal et coll., « The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study », *AIDS* 14, 5 (2000) : 605–611; D.R. Gibson et coll., « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS* 15, 11 (2001) : 1329–1341; K. Ksobiech, « A meta-analysis of needle sharing, lending and borrowing behaviors of needle exchange program attendees », *AIDS Education and Prevention* 15, 3 (2003) : 257–268; A. Wodak et A. Cooney, « Effectiveness of sterile needle and syringe programmes », *International Journal of Drug Policy* 16S (2005) : S31–S344.

<sup>7</sup> M. Gold et coll., « Needle exchange programs: an economic evaluation of local experience », *Journal de l'Association médicale canadienne* 157, 3 (1997) : 255–262; F. Lauffer, « Cost effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 28, 3 (2001) : 273–278.

<sup>8</sup> R. Heimer, « Can syringe exchange serve as a conduit to substance abuse treatment? », *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 3 (1998) : 183–191; H. Hagan et coll., « Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors », *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 3 (2000) : 247–252.

augmentations de la criminalité dans les quartiers,<sup>9</sup> ou du nombre de seringues usagées jetées de manière inadéquate dans des lieux publics,<sup>10</sup> ni qu'ils contribueraient à encourager l'usage de drogue.<sup>11</sup>

Depuis les années 1980, la plupart des pays industrialisés ainsi qu'un certain nombre de pays en développement ont mis en œuvre des PS afin de réduire des méfaits associés à l'usage de drogue par injection, notamment l'infection à VIH et l'hépatite C.<sup>12</sup> En 2004, l'Organisation mondiale de la santé a conclu que les données scientifiques appuyant un constat d'efficacité des PS étaient « écrasantes » [trad.].<sup>13</sup> Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)<sup>14</sup> et l'Assemblée générale des Nations Unies<sup>15</sup> appuient eux aussi ces programmes.

Au Canada, les PS ont récolté l'appui des gouvernements fédéral,<sup>16</sup> provinciaux et territoriaux<sup>17</sup> ainsi que municipaux.<sup>18</sup> Par exemple, l'un des quatre piliers de la Stratégie canadienne antidrogue est celui de la réduction des méfaits, qui inclut les PS.<sup>19</sup> En 2005, le document *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*<sup>20</sup> a été publié, avec l'appui de l'Agence de santé publique du Canada. Ce plan d'action<sup>(\*)</sup> canadien pour la réponse au VIH/sida, de 2005 à 2010, est le fruit d'un processus pluriannuel qui a fait appel à un vaste éventail d'organismes et individus impliqués dans la réponse à l'épidémie au Canada. Les programmes de réduction des méfaits occupent une place prédominante dans le plan, où est notamment recommandée une expansion de l'accès aux PS.

En présence d'un consensus aussi répandu, la première vague de recherche, quant à la question de savoir si les PS « fonctionnent », a donné lieu à une seconde vague qui examine les manières par lesquelles on peut faire en sorte qu'ils soient aussi efficaces que possible pour réduire les méfaits parmi les personnes qui font usage

<sup>9</sup> M.A. Marx et coll., « Trends in crime and the introduction of a needle exchange program », *American Journal of Public Health* 90, 12 (2000) : 1933–1936. S. Galea et coll., « Needle exchange programs and experience of violence in an inner-city neighbourhood », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 28, 3 (2001) : 282–288.

<sup>10</sup> M.C. Doherty et coll., « The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up », *American Journal of Public Health* 60, 6 (2000) : 936–939.

<sup>11</sup> M.A. Marx et coll., « Impact of a needle exchange program on adolescent perceptions about illicit drug use », *AIDS Behavior* 5 (2001) : 379–386. (Aucune indication à l'effet d'une incitation, par des PS, à l'usage de drogue par les adolescents); E.J.C. van Ameijden et R.A. Coutinho, « Large decline in injecting drug use in Amsterdam 1986–1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions », *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (2001) : 356–363.

<sup>12</sup> Voir A.L. Ball, « Overview: Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use », dans G.V. Stimson et coll., *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*, Londres, UCL Press, 1988. Voir aussi F.I. Bastos et S.A. Strathdee, « Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects », *Social Science and Medicine* 51 (2000) : 1771–1782.

<sup>13</sup> *Supra*, note 6, p. 28.

<sup>14</sup> WHO/UNAIDS/UNODC, *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, 2004. Accessible via [www.wpro.who.int/sites/hsi/documents](http://www.wpro.who.int/sites/hsi/documents).

<sup>15</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, A/Res/2-26/2, 27 juin 2001, par. 50.

<sup>16</sup> Voir Gouvernement du Canada, *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida*, 2004; Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue : Travailler ensemble pour réduire la consommation nocive de substances*, 2005; Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, 2001, p. 13.

<sup>17</sup> P. ex., Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, *Stronger together: A provincial framework for action on alcohol and other drug use*, octobre 2005, accessible via <http://corp.aadac.com>; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, *Plan d'action interministérielle en toxicomanie 2006–2011*, 2006; Gouvernement de la Saskatchewan, *Premier's Project Hope: Saskatchewan's action plan for substance abuse*, août 2005, accessible via [www.gov.sk.ca/newsrel/releases/2005/08/04-732-attachment.pdf](http://www.gov.sk.ca/newsrel/releases/2005/08/04-732-attachment.pdf); Gouvernement du Yukon, *Yukon substance abuse action plan: Working together for healthier communities (discussion draft)*, octobre 2005 (appuyant la réduction des méfaits de façon générale).

<sup>18</sup> P. ex., Toronto Drug Strategy Advisory Committee, *The Toronto Drug Strategy: A comprehensive approach to alcohol and drugs*, décembre 2005, p. 31–32; Ville de Vancouver, *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, avril 2001.

<sup>19</sup> *Supra*, note 16. En mars 2007, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il procéderait au développement d'une « nouvelle Stratégie canadienne antidrogue », où il n'est pas fait mention de la réduction des méfaits. Voir [www.budget.gc.ca/2007](http://www.budget.gc.ca/2007)

<sup>20</sup> Association canadienne de santé publique (2005).

(\*) N.D.T. Le titre anglais du document contient l'expression « Action plan ».

de drogue.<sup>21</sup> Même dans les endroits où des PS sont en activité, des obstacles à leur accès peuvent conduire à un partage persistant de seringues à risque élevé.<sup>22</sup> À Vancouver, l'une des premières villes canadiennes à établir un PS, on a observé que la difficulté d'obtention de seringues neuves était un important facteur contribuant au partage de seringue parmi les personnes qui s'injectent de la drogue.<sup>23</sup> Dans la pratique, le succès des PS à donner accès à des seringues stériles est variable. L'incidence et la prévalence du VIH parmi les personnes qui font usage de drogue varient grandement, entre les villes où un ou des PS sont en activité.<sup>24</sup> Un chercheur a posé la question, « Pourquoi la prévalence du VIH parmi [les personnes qui consomment des drogues] à San Francisco, Amsterdam et New York s'est-elle stabilisée à des taux aussi différents (12, 30 et 50 %, respectivement)? »<sup>25</sup> Les programmes varient selon leur conception, leur mode de fonctionnement et leurs fonctions, dans divers contextes, et il arrive qu'ils ne reçoivent pas l'appui nécessaire de la police, de gouvernements et de la communauté locale.

**[L]a première vague de recherche, quant à la question de savoir si les PS « fonctionnent », a donné lieu à une seconde vague qui examine les manières par lesquelles on peut faire en sorte qu'ils soient aussi efficaces que possible pour réduire les méfaits parmi les personnes qui font usage de drogue.**



## Le contexte des droits humains

Toute personne, y compris les personnes qui font usage de drogue, a le droit de recevoir des services de santé qui peuvent sauver la vie. Le droit à la santé est protégé dans de nombreux documents internationaux sur les droits de la personne.<sup>26</sup> Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDESC), qui a force d'exécution pour le Canada, reconnaît en son article 12, « le droit qu'à toute personne de jouir du

<sup>21</sup> W. Small, « Examining barriers to syringe access among injection drug users », *International Journal of Drug Policy* 16 (2005) : 291-292, à la p. 291.

<sup>22</sup> E. Wood et coll., « Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange program », *AIDS* 16, 6 (2002) : 941-943; R. Heimer et coll., « Structural impediments to operational syringe-exchange programs », *AIDS and Public Policy Journal* 11, 4 (1996) : 169-184; T. Rhodes et coll., « Situational factors in uencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment », *Social Science and Medicine* 57, 1 (2003) : 39-54; E. Wood et coll., « An external evaluation of a peer-run 'unsanctioned' syringe exchange program », *Journal of Urban Health* 80, 3 (2003) : 455-464; A. Peak et coll., « Declining risk for HIV among injecting drug users in Kathmandu, Nepal », *AIDS* 9, 9 (1995) : 1067-1070; M. Singer et coll., « The social geography of AIDS and hepatitis risk: qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users », *American Journal of Public Health* 90, 7 (2000) : 1049-1056.

<sup>23</sup> E. Wood et coll., « Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic », *International Journal of Drug Policy* 13 (2002) : 95-102.

<sup>24</sup> S. Friedman et coll., « Laws prohibiting over the counter syringe sales to injection drug users: relations to population density, HIV prevalence and HIV incidence », *American Journal of Public Health* 91, 5 (2001) : 791-793.

<sup>25</sup> B. Tempalski et coll., « What predicts which metropolitan areas in the USA have syringe exchanges? », *International Journal of Drug Policy* 14, 5 (2003) : 417-424, à la p. 418.

<sup>26</sup> *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Résolution 217 A(III) de l'Assemblée générale de l'ONU, U.N. GAOR, 3<sup>e</sup> session, 183<sup>e</sup> séance, 71, U.N. Doc. A/910 (1948), art. 25(1); *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, Résolution 2106 (XX) de l'Assemblée générale de l'ONU, annexe, 20 U.N. GAOR Supp. (No 14), p. 47, U.N. Doc. A/6014 (1966), art. 5(e); *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, Résolution 34/180 de l'Assemblée générale de l'ONU, 34 U.N. GAOR Supp. (No 46), p. 193, U.N. Doc. A/34/46, (1979), art. 11(f) et 12; *Convention relative aux droits de l'enfant*, Résolution 44/125 de l'Assemblée générale de l'ONU, annexe, 44 U.N. GAOR Supp. (No 49), p. 167, U.N. Doc. A/44/49, (1989), art. 24; *Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels* (« Protocole de San Salvador »), O.A.S. Treaty Series No 69 (1988), art. 10; *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIRDESC), Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale de l'ONU, 21 U.N. GAOR Supp. (No 16), p. 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), art. 12(1).

meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »<sup>27</sup> et requiert que les États prennent toutes les mesures nécessaires pour « [l]a prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques ... ainsi que la lutte contre ces maladies ».<sup>28</sup>

Le droit à la santé suppose « 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 ».<sup>29</sup> Les États sont tenus d'« assurer l'accès aux techniques nécessaires »<sup>30</sup> pour la prévention des maladies. Ils ne peuvent pas limiter l'accès des gens aux soins de santé préventifs qui existent<sup>31</sup> et ils doivent assurer que les membres d'autres communautés ne font pas interférence à l'accès des gens aux services qui existent en matière de santé.<sup>32</sup> Les États doivent également veiller à ce qu'il n'y ait pas de discrimination dans la fourniture des soins de santé; cette obligation s'étend à la tâche d'assurer que les ressources en matière de soins de santé soient distribuées de manière équitable et présentent un bon rapport coût-efficacité.<sup>33</sup> Les États doivent se doter d'une stratégie sanitaire nationale conçue au moyen de processus participatifs et transparents, et qui porte une attention particulière aux groupes marginalisés ou vulnérables.<sup>34</sup> De plus, les lois et politiques qui sont « susceptibles de provoquer des atteintes à l'intégrité physique, une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir » constituent une violation du droit à la santé.<sup>35</sup>

Le PIRDÉSC impose à chaque État d'« agir, au maximum de ses ressources disponibles ... en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits ».<sup>36</sup> La formulation de cette obligation reconnaît que des ressources limitées ainsi que d'autres réalités peuvent faire entrave à la réalisation complète et immédiate des droits économiques, sociaux et culturels. Cependant, lorsque des services préventifs en matière de santé peuvent être fournis, et les obstacles abolis, avec des répercussions minimales en termes de ressources (et souvent des économies considérables à long terme) comme dans le cas des PS, les gouvernements sont tenus d'agir immédiatement pour rendre les programmes universellement accessibles.

## Méthodologie

L'information nécessaire à rédiger le présent document a été collectée par le biais de revues de littérature ainsi que d'entrevues individuelles, en personne, au téléphone ou par courriel. Nous avons cherché la littérature publiée de sources canadiennes, dans la mesure du possible, et l'avons enrichie de littérature d'autres ressorts lorsque les sources canadiennes étaient insuffisantes ou inexistantes. Lorsque des renseignements élémentaires au sujet des PS (comme le nombre de programmes de seringues au Canada, ou les politiques concernant la conception de programme) étaient absents de la littérature publiée, nous avons fait appel aux autorités gouvernementales et au personnel de PS afin d'obtenir des faits et données. Ces répondants sont identifiés en annexe, comme des informateurs clés. Une première ébauche du document a été distribuée aux dépositaires d'enjeux, notamment des représentants gouvernementaux, des employés de PS, des chercheurs et des personnes qui s'injectent des drogues, afin d'obtenir leurs commentaires et contributions au contenu; ces personnes sont également identifiées comme informateurs clés.

---

<sup>27</sup> PIRDÉSC, *ibid.*

<sup>28</sup> *Ibid.*, art. 12 (2)(c).

<sup>29</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, *Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Art 12/E/C.12/2000/4, 11 mai 2000, par. 16.

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> *Ibid.*, par. 34.

<sup>32</sup> *Ibid.*, par. 25.

<sup>33</sup> *Ibid.*, par. 18, 19, 52.

<sup>34</sup> *Ibid.* at para. 43 (f).

<sup>35</sup> *Ibid.*, par. 50.

<sup>36</sup> PIRDÉSC, *supra*, note 26, art. 2(1).

## **Terminologie**

L'expression « programme de seringues » (PS) est utilisée dans le présent document pour faire référence à tout programme qui fournit du matériel d'injection stérile à des personnes qui s'injectent des drogues, que ce soit ou non en échange de matériel usagé. L'expression se veut inclusive d'autres appellations, comme « programmes d'échange de seringues », « programmes d'échange d'aiguilles », « programmes de provision de seringues », « programmes de distribution de matériel d'injection stérile », etc. La vente et la provision gratuite de seringues dans des pharmacies peut être considérée comme une ramification d'un programme de seringues.

## **Structure du document**

Le présent document s'amorce par un aperçu de la situation canadienne en matière de programmes de seringues. Ce faisant, nous tentons de pallier en partie au manque d'information complète sur la portée et l'opération des PS à l'échelle nationale. La partie suivante examine la littérature, en santé publique et en sciences sociales, qui porte sur des obstacles à l'accès aux PS et sur le degré auquel ces obstacles sont présents au Canada. Nous formulons ensuite des recommandations pour améliorer l'accès aux PS, au Canada.

## Aperçu des programmes de seringues au Canada

En tant que services de santé, les PS relèvent de la compétence des ministères de la Santé des provinces et territoires. Bien que le gouvernement fédéral fournisse du financement à des PS (p. ex., par le biais de subventions temporaires à titre de projets, dans le cadre du Programme de prévention, de soutien et de recherche sur l'hépatite C, de l'Agence de santé publique du Canada), la responsabilité principale du développement de programmes de seringues, et de leur soutien, relève des provinces et territoires.

Le premier PS officiel, au Canada, s'est ouvert à Vancouver en 1989;<sup>37</sup> quelques mois plus tard des programmes semblables ont été créés à Toronto<sup>38</sup> et Montréal.<sup>39</sup> En 2001, Santé Canada a signalé qu'il existait plus de 200 PS, au Canada, et que d'autres étaient en développement.<sup>40</sup> Au moment où nous rédigeons le présent document, les ministères de la Santé de toutes les provinces du Canada, ainsi que deux des trois territoires, fournissaient une forme de soutien à des PS.<sup>41</sup>

Le développement de PS, dans les provinces et territoires du Canada, présente d'importantes différences. En Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique, par exemple, où des PS sont en activité depuis plus longtemps, les programmes sont plus développés. En Ontario, les commissions locales de la santé sont tenues par la loi de fournir accès à des PS en tant que stratégie de réduction des méfaits, pour prévenir la propagation de maladies hématogènes.<sup>42</sup> Depuis 1997, lorsque fut établie cette exigence légale, le nombre d'unités sanitaires offrant des PS est passé de 12 à 20; en 2004, des PS étaient disponibles dans toutes les régions sanitaires de l'Ontario, sauf trois.<sup>43</sup> Au Québec, des lignes directrices demandent que le ministre de la Santé et des Services sociaux publie des listes à jour des lieux où des seringues stériles sont disponibles.<sup>44</sup> Dans la liste de 2005-2006, on constate que 16 des 18 régions sanitaires sont dotées d'une forme ou une autre de PS.<sup>45</sup> En revanche, l'organisme AIDS PEI a mis sur pied le premier PS de l'Île du Prince-Édouard (Î.P.-É.) en 2002, avec des fonds provenant uniquement de sources privées. Dans les périodes de manque de dons, le programme n'avait pas de seringues à distribuer. Le gouvernement de la province n'a fait aucune contribution jusqu'en

<sup>37</sup> Santé Canada, *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés*, septembre 2001, p. 13.

<sup>38</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction des maladies infectieuses, Division de la santé publique, *Needle Exchange Programs in Ontario: 2004*, février 2006, p. 5.

<sup>39</sup> <http://cactusmontreal.org/en/historique.html>.

<sup>40</sup> Santé Canada, *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables*, supra note 37, p. 13.

<sup>41</sup> En février 2006, l'Île du Prince-Édouard est devenue la dernière province canadienne à fournir du soutien matériel pour les PS, lorsqu'elle a accepté de fournir des seringues et des tampons-ouate à l'organisme AIDS PEI. Cet organisme communautaire de lutte contre le sida offrait déjà le seul PS de la province, qui était jusque-là financé par des dons privés. Communication personnelle avec A. MacKinnon, coordonnatrice de programme, AIDS PEI, 23 juin 2006. Le Nunavut ne fournit pas de PS, se fondant sur une prétention d'absence d'usage de drogue par injection sur son territoire. Communication personnelle avec G. Osborne, adjoint au médecin hygiéniste en chef du Nunavut, 24 avril 2006.

<sup>42</sup> L'art. 5 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS), L.R.O. 1990, c. H.7, stipule que les régies de la santé, telles que définies par ladite loi, doivent fournir un niveau minimal de programmes et services de santé publiques, ou assurer leur fourniture, dans des domaines spécifiés. L'art. 7 de la LPPS autorise le ministre de la Santé à développer et publier des lignes directrices qui constituent des normes minimales pour ces programmes et services. En décembre 1997, la Branche de la santé publique du ministère ontarien de la Santé a publié des *Mandatory Health Programs and Services Guidelines* [Lignes directrices sur les programmes et services de santé obligatoires], en vertu de l'art. 7; il y est prescrit que, dans le but de réduire l'incidence et les complications liées à toutes les ITS, y compris le VIH/sida :

La régie de la santé assurera que les utilisateurs de drogue par injection puissent avoir accès à du matériel d'injection stérile, par le biais de programmes d'échange de seringues en tant que stratégie de réduction des méfaits visant à prévenir la transmission du VIH, des hépatites B et C et d'autres infections hématogènes et maladies s'y associant, dans les régions où l'injection de drogue est reconnue comme un problème dans la communauté. La stratégie inclura aussi du counselling, de l'éducation et des références à des services de santé de premier recours ainsi qu'à des services de traitement/dépendance. La régie de la santé produira un rapport annuel des activités de programme et en soumettra un exemplaire au ministère de la Santé. [trad.]

<sup>43</sup> *Supra*, note 37.

<sup>44</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Lignes directrices sur la récupération des seringues usagées* (2003). Accessible via [www.mddep.gouv.qc.ca](http://www.mddep.gouv.qc.ca).

<sup>45</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et Institut national de santé publique, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente, récupération) 2005/2006*.

février 2006, moment où il a accepté de fournir des seringues et tampons stériles en réponse à des inquiétudes croissantes devant les taux d'hépatite C dans la province.<sup>46</sup> Aux Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), on peut se procurer des seringues stériles aux bureaux des quatre unités sanitaires du territoire, et en principe dans ses 33 centres de santé communautaire. Cependant, aucun organisme communautaire ne fournit ce service, et l'on s'inquiète, en particulier dans les communautés éloignées, que les personnes qui s'injectent des drogues n'aient pas recours aux PS dans les centres de santé communautaire et les unités de santé publique.<sup>47</sup> À l'échelle du pays, les PS tendent à être situés dans les centres urbains ayant les plus grandes populations connues de personnes s'injectant des drogues.

## Combien existe-t-il de programmes de seringues, au Canada?

Il est difficile d'estimer le nombre de programmes ou de sites où est fourni du matériel d'injection stérile, au Canada, en raison de la diversité des modes de distribution ainsi que de la définition de ce qui constitue un « site » ou un « programme ». D'après un rapport du Gouvernement du Québec, par exemple, on compte 780 sites où l'on peut obtenir des seringues stériles, dans la province, mais seulement 180 d'entre eux en ont réellement fourni pendant l'année de l'étude.<sup>48</sup> Du matériel d'injection peut être obtenu gratuitement auprès de :

- quatre organismes communautaires spécialisés dans la réduction des méfaits, à Montréal et à Québec,
- 65 autres organismes communautaires à fonctions diverses,
- des unités mobiles d'organismes communautaires,
- plus de 200 CLSC/CSSS (centre local de services communautaires / centre de santé et de services sociaux),
- 40 centres hospitaliers,
- et plus de 200 pharmacies.<sup>49</sup>

En dépit de cette ampleur apparente, 89,5 % des demandes de seringues par des personnes qui s'injectent des drogues sont faites à des organismes communautaires. De manière semblable, le nombre de sites de PS dans les T.N.-O. peut être en quelque sorte fictif si, comme nous l'avons expliqué, le service ne joint pas la clientèle supposée être ciblée.

Par ailleurs, plusieurs programmes sont dotés de « satellites » plus ou moins formels. Par exemple, on compte 30 PS en Ontario<sup>50</sup> (moins que le nombre de PS distincts et 1/26 du nombre total au Québec). Le programme torontois appelé « The Works », dont le fonctionnement relève de Santé publique Toronto, est considéré comme un seul programme, mais il fournit le matériel d'injection à au moins 34 organismes communautaires qui réalisent des programmes satellites à divers endroits de la ville.<sup>51</sup> L'un de ces satellites, COUNTERfit, en fonction au South Riverdale Community Health Centre, fournit un grand volume de seringues stériles

<sup>46</sup> Communication personnelle avec A. MacKinnon, *supra*, note 41.

<sup>47</sup> Communication personnelle avec W. White, infirmière consultante en maladies transmissibles, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest, 12 juin 2006.

<sup>48</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et Institut national de santé publique, *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec*, Institut national de santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (mars 2006).

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>50</sup> *Supra*, note 37, p. 5.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 11-12.



à des individus de la communauté qui en font à leur tour la distribution à leurs pairs.<sup>52</sup> Ces « distributeurs secondaires » peuvent, dans les faits, fonctionner comme des PS satellites moins formels; le nombre de distributeurs secondaires n'est pas examiné en détail par tous les programmes.

En outre, l'absence d'information claire sur les ventes en pharmacie ajoute à la difficulté de déterminer le degré de disponibilité du matériel d'injection stérile. La disponibilité de seringues en pharmacie tend à dépendre de chaque pharmacien. Par exemple, le Collège des pharmaciens de l'Ontario (CPO) encourage les pharmaciens à vendre des seringues à quiconque en fait la demande, mais il laisse la décision au pharmacien,<sup>53</sup> et il ne tient pas de registre des diverses politiques des pharmaciens.



**Des études de surveillance qui procèdent au suivi de la prévalence et de l'incidence du VIH et du VHC, parmi les personnes qui font usage de drogue par injection, abondent dans le sens des affirmations à l'effet que la distribution de seringues stériles est bien inférieure au nombre requis pour enrayer la propagation d'infections hématogènes.**

## Satisfait-on les besoins en matière de seringues stériles?

La question importante n'est pas le nombre de programmes, mais consiste plutôt à savoir si une quantité suffisante de matériel d'injection est distribuée, et si cette distribution est suffisamment vaste, pour permettre que chaque injection soit faite avec du matériel stérile.<sup>54</sup> Il a été estimé que, pour chaque personne qui s'injecte des drogues, il faut 1 000 seringues par année,<sup>55</sup> bien que ce chiffre varie selon plusieurs facteurs comme la drogue de prédilection et la fréquence d'injection. (Généralement, les personnes qui s'injectent de la cocaïne le font plus souvent chaque jour que celles qui s'injectent de l'héroïne.) Le nombre de seringues distribuées par année par les PS est compilé dans certaines provinces, mais pas toutes.<sup>56</sup> Il est très difficile, par ailleurs, d'estimer le nombre de personnes qui s'injectent des drogues, dans toute population.<sup>57</sup> Néanmoins, en Ontario, il a été estimé que 53 seringues par année sont distribuées, par injecteur, soit environ 5 % du nombre

<sup>52</sup> Communication personnelle avec R. Balian, coordonnateur de projet, COUNTERfit Harm Reduction Program, 14 juin 2006.

<sup>53</sup> Ontario College of Pharmacists, *Policy Handbook*. Accessible via [www.ocpinfo.com](http://www.ocpinfo.com).

<sup>54</sup> C. Strike et coll., *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2006.

<sup>55</sup> D.R. Holtgrave et coll., « Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18 (suppl.1) (1998) : S133–S138; P. Lurie et coll., « An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18 (suppl. 1) (1998) : S126–S132.

<sup>56</sup> Statistiques de la plus récente année étudiée, dans chaque province : les PS de la Colombie-Britannique ont distribué 6,2 millions de seringues (communication personnelle avec R. Mooney, 29 mars 2006); en Ontario, 3 280 125 de seringues (*supra*, note 37, p. 7); au Québec, 1 248 531 seringues (*supra*, note 48); en Saskatchewan, 3 074 552 seringues (communication personnelle avec S. Fairburn, HIV/BBP/IDU Consultant Population Health Branch, Saskatchewan Health, 2 mars 2006); à l'Î.P.-É., l'unique PS a distribué 11 000 seringues l'an dernier (communication personnelle avec A. MacKinnon, *supra*, note 41); à Terre-Neuve-et-Labrador, 5 604 seringues ont été distribuées en 2005 (communication personnelle avec T. Walsh, Harm Reduction Coordinator, Comité sida de Terre-Neuve-et-Labrador, 13 juin 2006). (Dans les autres provinces et territoires, on ne procède pas au suivi du nombre annuel de seringues distribuées.)

<sup>57</sup> Voir S. Popova et coll., « An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada », *Public Health* 120 (2006) : 320v328, p. 324 (citant des estimés à l'effet qu'entre 80 000 et 125 000 personnes s'injectent des drogues illégales, au Canada, chaque année, mais aussi que « les données canadiennes sur l'usage de drogues illégales sont limités, souvent inconsistantes et/ou fondées sur des mesures non normalisées » [trad.]).

nécessaire.<sup>58</sup> Une récente étude montréalaise a observé que l'on avait distribué 6,6 % du nombre de seringues requis pour atteindre le but d'une seringue pour chaque injection.<sup>59</sup> À Ottawa, des chercheurs ont estimé que les PS distribuent environ 5 % du nombre de seringues nécessaires.<sup>60</sup>

Il est particulièrement difficile de savoir dans quelle mesure les besoins sont satisfaits, hors des centres urbains où les PS sont généralement concentrés. On manque d'information fiable sur le nombre de personnes qui font usage de drogue dans les communautés rurales. Bien que l'injection de drogue ne soit de toute évidence pas limitée aux villes, plusieurs régions du pays n'ont aucun PS.<sup>61</sup> En Saskatchewan, seulement 7 des 13 régions sanitaires ont des PS.<sup>62</sup> Dans plusieurs régions du Manitoba, on ne trouve aucun PS.<sup>63</sup> En Alberta, on n'en trouve qu'à Calgary, Edmonton, Red Deer, Grande Prairie, Lethbridge et Medicine Hat.<sup>64</sup> En Colombie-Britannique, où se rencontre la plus longue tradition en matière de PS ainsi qu'une politique relativement bien développée en la matière, on compte des PS dans seulement 14 villes et communautés; et il existe encore des régions où l'on n'en trouve aucun.<sup>65</sup> L'Î.P.-É. et Terre-Neuve et Labrador sont dotées chacune d'un PS, qui relève d'un organisme de services liés au sida, dans la capitale;<sup>66</sup> le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont des PS uniquement dans leurs deux villes principales.

À certains endroits, des communautés éloignées des PS sont jointes par des systèmes plus ou moins formels de distribution secondaire. Les PS de l'Î.P.-É. et de Terre-Neuve et Labrador, par exemple, signalent qu'ils fournissent de grandes quantités de seringues stériles à des individus qui souhaitent en faire une distribution secondaire informelle hors des centres urbains, à des personnes qui s'injectent des drogues.<sup>67</sup> Pareillement, au Nouveau-Brunswick où les seuls PS sont à Saint-Jean et à Fredericton, des seringues stériles sont fournies par distribution secondaire à des régions éloignées. En Nouvelle-Écosse, les PS à Halifax et Sydney ont établi des moyens de joindre d'autres régions, par des distributeurs secondaires plus formels, appelés « aidants naturels » – des individus qui comprennent profondément les réseaux sociaux de personnes qui font usage de drogue.<sup>68</sup> Ces aidants naturels apportent des seringues aux personnes qui habitent loin des PS, ou ils répandent le mot aux clients potentiels au sujet des PS. Les PS de la Saskatchewan fournissent eux aussi du matériel pour une distribution secondaire, parfois dans des réserves autochtones.<sup>69</sup> Cependant, les programmes ne procèdent pas tous à la compilation des nombres acheminés par voies secondaires.

Des études de surveillance qui procèdent au suivi de la prévalence et de l'incidence du VIH et du VHC, parmi les personnes qui font usage de drogue par injection, abondent dans le sens des affirmations à l'effet que la distribution de seringues stériles est bien inférieure au nombre requis pour enrayer la propagation d'infections

<sup>58</sup> M. Millson et coll., *Injection drug use, HIV and HCV infection in Ontario: The situation in 2004*, Université de Toronto, Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH, 2005.

<sup>59</sup> P. Leclerc et coll., « Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal? », Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juillet 2006.

<sup>60</sup> R.S. Remis et coll., « Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18 (suppl. 1)(1998) : S57-S59; L. Leonard et coll., « Risk conditions impact individual HIV prevention practices of Ottawa injection drug users », 15<sup>th</sup> Congrès international sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11-16 juillet 2004.

<sup>61</sup> Communication personnelle avec D. Bailey, directeur, Mainline Nova Scotia, 30 juin 2006.

<sup>62</sup> Communication personnelle avec Fairburn, *supra*, note 56.

<sup>63</sup> Communication personnelle avec D. Schuster, spécialiste en programme sur les ITS/VIH, Manitoba Health, 29 mars 2006.

<sup>64</sup> Communication personnelle avec M. Taylor, directeur général, Street Works Edmonton, 3 juillet 2006.

<sup>65</sup> Government of British Columbia, Ministry of Health, *HIV/AIDS and Problematic Substance Use: Needle Exchanges*, 21 juillet 2005, accessible via [www.healthservices.gov.bc.ca/hiv/needle.html](http://www.healthservices.gov.bc.ca/hiv/needle.html); Communication personnelle avec Mooney, *supra*, note 56.

<sup>66</sup> Communication personnelle avec MacKinnon, *supra*, note 41. Communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> Nova Scotia Health, *Standards for Blood-Borne Pathogens: Prevention Services in Nova Scotia*, mai 2004, p. 24. Voir aussi Sharp Advice Needle Exchange, *Mission/Purpose*. Accessible à [www.accb.ns.ca/sane.html](http://www.accb.ns.ca/sane.html)

<sup>69</sup> Communication personnelle avec Fairburn, *supra*, note 56.

hématogènes.<sup>70</sup> La vive inquiétude soulevée par les taux élevés de VHC parmi les personnes qui font usage de drogue a donné lieu, dans certaines provinces de diverses parties du Canada, à des efforts d'expansion de l'accès aux PS.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, supra*, note 3, p. 85; Santé Canada, I-Track – *Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : Rapport sur l'enquête pilote*, février 2004, p. 65 (signalant une prévalence générale du VHC de 63,8 % parmi les participants à l'étude, à Regina, Sudbury, Toronto et Victoria); R. Parent, « La surveillance épidémiologique du VIH chez les UDI : faits saillants des observations du réseau SurvUDI », *L'intervenant*, 21, 2 (2005) : 56–59 (signalant une prévalence du VHC de 63 % parmi les participants québécois à l'étude).

<sup>71</sup> P. ex., A. MacKinnon de l'organisme AIDS PEI attribue la décision du gouvernement de l'Î.P.-É., de fournir du matériel d'injection au PS, à la hausse récente des taux de VHC. Avant 1998, la plupart des cas de VHC pouvaient être reliés à des contacts hors de l'île, mais les nouveaux cas recensés plus récemment impliquent des personnes qui ne sont jamais sorties de l'île. Des 350 personnes de l'île diagnostiquées séropositives au VHC, 70 % avaient des antécédents d'injection de drogue. *Supra*, note 41.

## Obstacles à l'accès aux programmes de seringues

Les obstacles à l'accès aux programmes de seringues incluent des lois, des pratiques policières et d'application de la loi, des éléments d'opposition dans des communautés, une conception sub-optimale du programme, et la stigmatisation.

### Le droit pénal et son application

La production, la distribution, la possession et l'utilisation de drogues, à des fins non thérapeutiques, sont traitées comme des actes criminels dans la plupart des ressorts, à l'échelle planétaire. Comme l'ont signalé Burris et coll., « l'empreinte du système de justice pénale se trouve partout, dans le comportement des [personnes qui font usage de drogues illégales], qui vivent de manière furtive dans des « micro-contextes » de surveillance policière, de crime, de méfiance et de violence ». <sup>72</sup> L'accès à du matériel d'injection et son utilisation, y compris en provenance de PS, pour s'injecter des drogues illégales, sont affectés par :

- (i) le droit, « sur papier » : lois, règlements, décisions judiciaires qui châtient l'usage de drogue et les activités qui s'y associent, comme la possession de matériel à cette fin;
- (ii) l'application de la loi, qui inclut les politiques régulières de la justice pénale et les croyances des intervenants chargés d'appliquer la loi « dans la rue », comme la police et les procureurs; et
- (iii) les connaissances, attitudes et croyances des personnes qui s'injectent de la drogue, en ce qui concerne la loi et son application.

### Le droit – sur papier

Techniquement, la possession d'une seringue qui contient des traces d'une drogue illégale est un acte criminel. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* interdit de posséder, d'importer, d'exporter, de faire le trafic, et cetera, non seulement des substances contrôlées, <sup>73</sup> à proprement parler, mais aussi « toute chose contenant, y compris superficiellement, une telle substance et servant – ou destinée à servir ou conçue pour servir – à la produire ou à l'introduire dans le corps humain ». <sup>74</sup> Aucune disposition du droit ne procure expressément d'exemption ou de protection aux employés de PS qui, souvent, sont en possession de matériel dont ils savent qu'il est usagé, ni aux clients de PS qui s'efforcent de mettre au rebut de manière sécuritaire leurs seringues et aiguilles usagées. En principe, les clients et employés de PS sont par conséquent exposés à des poursuites pour possession de drogue illégale lorsqu'ils sont en possession de seringues usagées. <sup>75</sup> Certains commentateurs sont d'avis que les personnes qui travaillent dans un PS, à l'opposé des clients, pourraient ne pas avoir suffisamment de connaissance ou de contrôle du résidu de drogue présent dans une seringue pour donner lieu à un verdict de culpabilité pour la possession de traces de drogue. <sup>76</sup> De fait, il semble qu'aucun employé de PS n'ait jamais été accusé pour avoir reçu des seringues contenant un résidu de drogue. Pareillement, il n'existe aucun renseignement signalant un verdict de culpabilité d'un client de PS pour la

<sup>72</sup> S. Burris et coll., « Addressing the 'risk environment' for injection drug users: the mysterious case of the missing cop », *The Milbank Quarterly* 82, 1 (2004) : 125–156.

<sup>73</sup> L'expression « substance désignée » est définie à l'art. 2(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.R.C. 1996, ch. 19), comme toute substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à V de la *Loi*, ce qui comprend entre autres les opiacés, la cocaïne et la méthamphétamine.

<sup>74</sup> *Ibid.*, art. 2(2).

<sup>75</sup> Voir S.J. Upsrich et R. Solomon, « Notes on the potential criminal liability of a needle exchange program », *Health Law in Canada* 8, 3 (1988) : 42-48; E. Oscapella et R. Elliott, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse juridique de questions prioritaires », dans Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : Questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, 2002, A59-A-62. Accessible via [www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues).

<sup>76</sup> *Ibid.*

possession de traces de drogue décelées dans du matériel d'injection. Cependant, des témoignages laissent entendre que la police a menacé de poursuites certains individus en se fondant sur un résidu de drogue dans des seringues.<sup>77</sup> Des personnes ont par ailleurs été déclarées coupables de possession en raison de résidus de crack sur des pipes.

En dépit de la tendance à ne pas tenter d'accusations pour la possession de traces de drogue illégale dans des seringues, le fait est que la loi demeure, en écrit, et peut placer des clients de PS en situation de vulnérabilité devant la police ou d'autres interventions d'application de la loi. La disposition criminelle qui interdit la possession de résidus de drogue peut être utilisée pour appréhender des clients de PS, les interroger, ou les soumettre à une fouille, une perquisition ou une arrestation. Par exemple, la police a la possibilité d'arrêter un individu, sans mandat, si elle croit qu'il a commis ou est sur le point de commettre un acte criminel,<sup>78</sup> ce qui inclut la possession d'une substance désignée.<sup>79</sup> La police peut aussi détenir un individu, par exemple à des fins d'interrogatoire, en présence de motifs raisonnables de croire qu'il a un lien avec un crime en particulier.<sup>80</sup> De plus, un individu qui a été arrêté pour possession de seringues usagées pourrait plaider coupable à une accusation moindre, ou être trouvé en violation de conditions de sa libération conditionnelle. Ainsi, même si l'on ne condamne pas d'individus pour la possession de seringues contenant un résidu de drogue, il n'en demeure pas moins que cette illégalité peut avoir plusieurs répercussions pour des clients de PS.



**La disposition criminelle qui interdit la possession de résidus de drogue peut être utilisée pour appréhender des clients de PS, les interroger, ou les soumettre à une fouille, une perquisition ou une arrestation.**

Les dispositions du *Code criminel*<sup>81</sup> visant le matériel destiné à l'usage de drogue peuvent aussi présenter une pertinence pour le fonctionnement des PS. Les seringues stériles, en soi, semblent ne pas incluses dans la définition de ce matériel interdit par le Code. Toutefois, même si d'autres instruments distribués dans le cadre de services de réduction des méfaits devraient être considérés comme pareillement exemptés, ils ne le sont pas toujours.

L'article 462.2 du *Code criminel* interdit de faire la promotion ou la vente d'« instruments pour l'utilisation de drogues illicites ». Selon la définition du *Code criminel*, ces instruments incluent « tout ce qui est destiné ... en l'occurrence à la consommation d'une drogue illicite ou à la facilitation de sa consommation », mais la définition exclut ce qui constitue un « instrument » au sens de l'article 2 de la *Loi sur les aliments et drogues* ». <sup>82</sup> Par conséquent, la distribution de seringues stériles ne devrait pas, en principe, constituer une

<sup>77</sup> Voir *L'injection de drogue et le VIH/sida*, *ibid.*, p. A61.

<sup>78</sup> *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. 46, art. 495 (1)(a).

<sup>79</sup> L'art. 4(3) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, *supra*, note 73, stipule que la possession d'une substance désignée peut être punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

<sup>80</sup> *R. c. Mann*, [2004] 3 R.C.S. 59 (Cour suprême du Canada) aux par. 34 et 45.

<sup>81</sup> L.R.C., 1985, F-27.

<sup>82</sup> L'art. 462.1 du *Code criminel*, *supra* note 78, stipule que « instrument pour l'utilisation de drogues illicites » désigne tout objet destiné principalement ou en l'occurrence à la consommation d'une drogue illicite ou à la facilitation de sa consommation, mais sans inclure un « instrument » au sens de l'art. 2 de la *Loi des aliments et drogues*. Quant à elle, la *Loi des aliments et drogues*, L.R.C. 1985, c. F-27, définit « instrument » comme « tout article, instrument, appareil ou dispositif, y compris tout composant, partie ou accessoire de ceux-ci, fabriqué ou vendu pour servir, ou présenté comme pouvant servir (a) au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique anormal ou de leurs symptômes, chez l'être humain ou les animaux; ... ».

violation des lois sur les instruments pour l'utilisation de drogues illicites. Ce ne devrait pas être le cas, non plus, d'autres accessoires stériles pour l'injection de drogue, comme les chauffoirs, filtres, acidifiants (substances utilisées pour rendre solubles des drogues qui ne le sont pas), fioles d'eau stérile, tampons alcoolisés et garrots – des instruments qui ont tous été associés à des risques réels ou potentiels pour la santé, en cas de partage ou d'autre utilisation inadéquate.<sup>83</sup>

Néanmoins, certains PS sont réticents à distribuer d'autres instruments pour l'injection, comme des chauffoirs, des filtres et de la poudre de vitamine C (un acidifiant), de peur de contrevenir aux dispositions sur les instruments d'utilisation de drogues. Le 17 février 2003, le ministère de la Santé de l'Ontario a diffusé un mémorandum à tous les médecins hygiénistes, dans les unités de santé publique de la province, indiquant que la distribution de certains instruments d'injection pouvait contrevenir aux lois régissant ce matériel. Les éléments autres que les seringues et aiguilles pouvaient « exposer leurs programmes à des risques » [trad.], vu une supposée insuffisance de littérature scientifique à l'appui de leur efficacité à réduire la transmission de maladie. « Si votre unité de santé fournit d'autres mesures qui pourraient être considérées comme des « instruments pour l'utilisation de drogues », dans le cadre du [PS] », pouvait-on lire dans la lettre, « vous voudrez peut-être considérer de cesser cette pratique et de demander un avis juridique » [trad.].<sup>84</sup> Les employés de PS ont reçu copie du mémorandum.

En octobre 2006, le médecin hygiéniste en chef d'alors et sous-ministre adjoint à la santé a diffusé un mémorandum signalant un changement de politique. Il y expliquait qu'à la lumière de nouvelles données démontrant que des infections pouvaient se transmettre par le partage d'autres instruments utilisés pour l'injection, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée allait établir l'Ontario Harm Reduction Distribution Program (OHRDP) [Programme ontarien de distribution de la réduction des méfaits], afin de fournir des instruments additionnels pour la réduction des méfaits, comme de l'eau stérile, des tampons alcoolisés, des filtres, des acidifiants et des garrots.<sup>85</sup> L'OHRDP a été créé par le Secrétariat ontarien sur l'hépatite C, qui fournit 1 \$ pour l'achat de matériel d'injection stérile. Pareillement, la Stratégie torontoise en matière de drogue appuie la distribution d'autres instruments destinés à l'usage de drogue,<sup>86</sup> et les recommandations ontariennes de pratiques exemplaires en matière d'échange de seringues expriment un solide appui à la provision, par les PS, d'autres instruments pour l'injection.<sup>87</sup> En dépit de cet appui on ne peut plus explicite du ministère de la Santé ainsi que d'autres intervenants, à la distribution d'autres instruments de réduction des méfaits, certains PS ontariens invoquent encore la mise en garde initiale pour justifier leur refus de fournir d'autres instruments.<sup>88</sup>

Aux États-Unis, où la possession de seringue est criminalisée dans plusieurs États,<sup>89</sup> un important corpus de données ethnographiques, qualitatives et quantitatives, montre que les lois qui interdisent la possession de seringues nuisent à l'efficacité des PS. Une tendance moindre au partage de seringue a été signalée à Seattle, où la possession de seringue est légale, en comparaison avec les régions où l'achat et la possession de seringue

<sup>83</sup> Pour un examen exhaustif de la littérature scientifique sur les risques associés au partage de matériel d'injection, voir Strike et coll., *supra*, note 54.

<sup>84</sup> Mémorandum du D<sup>r</sup> Eng-Soon Chan, médecin directeur, Service de contrôle des maladies, Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, à tous les médecins hygiénistes, 14 février 2003, en filière. Voir aussi S. Burris et coll., « Lethal Injections: The Law, Science, and Politics of Syringe Access for Injection Drug Users », *University of San Francisco Law Review* 37 (2003) : 813-886, p. 829 (où il est indiqué que « en raison du point de mire politique sur l'accès à des seringues, l'ambiguïté légale potentielle [concernant la possession et la distribution d'autres éléments, comme les chauffoirs et tampons-ouate] a été en grande partie laissée pour compte. Ces récentes années, toutefois, des témoignages indiquent que [des PS] ont été incités à s'abstenir d'offrir des chauffoirs et tampons-ouate, et que [des personnes qui font usage de drogue] ont été arrêtées pour possession de tels instruments.

<sup>85</sup> Mémorandum de la D<sup>re</sup> Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe, à tous les médecins hygiénistes, 2 octobre 2005, en filière.

<sup>86</sup> Toronto Drug Strategy, *supra*, note 18, recommandation 26, p. 32.

<sup>87</sup> Strike et coll., *supra*, note 54.

<sup>88</sup> Communication personnelle avec S. Hopkins, directeur, The Works, 6 juillet 2006.

<sup>89</sup> Voir Burris et coll., *supra*, note 84, p. 828-829.

sont illégaux.<sup>90</sup> Bluthenthal et coll. ont constaté qu'à Oakland, Californie, où les personnes qui font usage de drogue ne peuvent en aucune circonstance porter légalement sur elles des seringues, ces personnes ont plus de contact avec la police que celles qui vivent à Chicago (Illinois) et Hartford (Connecticut), où les lois d'État sur la possession de seringue sont moins restrictives.<sup>91</sup> Une enquête auprès de 42 PS, dans 35 villes états-uniennes (de 18 États) a révélé que le prix de seringues, dans la rue, variait selon les lois de l'État en matière de possession de seringue par les personnes toxicomanes. Les prix étaient moins élevés dans les endroits où il n'y avait pas de loi contre la possession de seringue; ils étaient considérablement plus élevés dans les endroits où il y avait une loi mais où l'on ne l'appliquait pas, et ils étaient les plus élevés où une telle loi était appliquée.<sup>92</sup> De plus, Friedman et coll. ont constaté que les lois sur les ordonnances, restreignant la vente de seringues par les pharmaciens à des personnes qui font usage de drogue, étaient associées à des taux plus élevés d'incidence et de prévalence du VIH.<sup>93</sup> Des cours états-uniennes ont jugé que le fait de pénaliser des participants à des PS, pour la possession de seringues neuves ou usagées, corrompt l'intention législative qui sous-tend l'autorisation de tels programmes.<sup>94</sup>

### **Connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du droit et de l'application de la loi, parmi les personnes qui font usage de drogue**

Dans les ressorts où la possession de seringue est ou peut être illégale, nombre d'études qualitatives ont démontré que les personnes qui utilisent des drogues sont réticentes à porter sur elles leurs propres seringues en raison de la crainte d'être arrêtées pour violation de lois interdisant cette possession.<sup>95</sup> Dans une étude ethnographique sur les pratiques de distribution et d'échange de seringues dans la ville de Togliatti (Russie), on a observé que la crainte d'être arrêté ou placé en détention, par la police, était un des facteurs les plus souvent mentionnés par les personnes faisant usage de drogue, comme exerçant une influence sur le degré auquel du matériel d'injection était échangé ou acheté. Les auteurs de cette étude ont signalé : « Même si ce n'est pas réellement le cas, plusieurs ont exprimé le sentiment que les programmes d'échange de seringues étaient en quelque sorte associés avec la police. [Certains ont affirmé que] ces échanges devraient être indépendants – et non contrôlés par la police. »<sup>96</sup>

Même dans des endroits où la possession de seringue est légale, et où la police appuie les activités des PS, la crainte à l'égard de l'application de la loi rend certaines personnes réticentes à avoir recours aux PS. Après un amendement de 1992, aux lois du Connecticut en matière de prescription de seringues, autorisant l'achat de jusqu'à 10 seringues sans ordonnance, seulement 30 % des répondants à une enquête, parmi les personnes faisant usage de drogue, ont signalé qu'ils portaient régulièrement leurs seringues sur eux; 65 % ont mentionné la crainte d'être arrêtés, comme raison principale de ne pas le faire.<sup>97</sup> Dans le même sens, entre un tiers et la

<sup>90</sup> D.A. Calsyn et coll., « Needle use practices among intravenous drug users in an area where needle purchase is legal », *AIDS* 5, 2 (1991) : 187–93.

<sup>91</sup> R.N. Bluthenthal et coll., « Sterile syringe access conditions and variations in HIV risk among drug injectors in three cities », *Addiction* 99, 9 (2004) : 1136–1146.

<sup>92</sup> J.D. Rich et coll., « High street prices of syringes correlate with strict syringe possession laws », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26, 3 (2000) : 481–487.

<sup>93</sup> S.R. Friedman et coll., « Laws prohibiting over-the-counter syringe sales to injection drug users: Relations to population density, HIV prevalence and HIV incidence », *American Journal of Public Health* 91, 5 (2001) : 791–3.

<sup>94</sup> Voir *Com v. Landry*, 779 N.E.2d 638 (Mass. Sup. Ct. 2002); *Roe v. City of New York*, 232 F.Supp.2d 240 (S.D. N.Y. 2002); *Doe v. Bridgeport Police Dept.*, 198 F.R.D. 325 (D. Conn. 2001).

<sup>95</sup> Voir S. Koester, « Copping, running and paraphernalia laws: Contextual and needle risk behaviour among injection drug users in Denver », *Human Organization* 53 (1994) : 287–295; D. Waldorf et coll., « Needle sharing, shooting galleries, and AIDS risk among intravenous drug users in San Francisco », *Criminal Justice Policy Review* 3 (1990) : 321–343; W. Zule, « Risk and Reciprocity: HIV and the injection drug user », *Journal of Psychoactive Drugs* 24 (1990) : 242–249; voir aussi Rhodes et coll., *supra*, note 22; J.C. Grund, « A candle lit from both ends: the epidemic of HIV infection in Central and Eastern Europe », dans K. McElrath, éd., *HIV and AIDS: A Global View*, Westport, CT, Greenwood Press, 2001, 41–67.

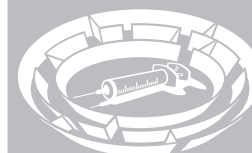
<sup>96</sup> T. Rhodes et coll., *ibid.*, p. 49.

<sup>97</sup> J.-P.C. Grund et coll., « In Eastern Connecticut, IDUs purchase syringes from pharmacies but don't carry syringes », *JAIDS* 10, 1 (1995) : 104–105.

moitié des personnes s'injectant des drogues, et ayant participé à une enquête à New York, pensaient que le fait d'avoir une seringue sur soi était illégal ou ne savaient pas si cela était légal ou non. Cela n'a pas changé après que l'achat de seringues sans ordonnance, en pharmacie, fut légalisé.<sup>98</sup>

La réticence à être porteur de matériel d'injection a été associée à un risque accru de partage de matériel d'injection et d'autres pratiques d'injection non sécuritaires.<sup>99</sup> En particulier, Bluthenthal et coll. ont observé, dans deux études distinctes, que les personnes qui s'injectaient des drogues et qui craignaient d'être arrêtées pour possession d'instruments d'utilisation de drogue, dans des ressorts où cette possession était illégale, étaient entre une fois et demie<sup>100</sup> et deux fois<sup>101</sup> plus susceptibles de partager des seringues que celles qui n'avaient pas cette crainte.

**Même dans des endroits où la possession de seringue est légale, et où la police appuie les activités des PS, la crainte à l'égard de l'application de la loi rend certaines personnes réticentes à avoir recours aux PS.**



## L'application de la loi et les opérations policières

Les opérations policières intensives<sup>102</sup> et les recrudescences d'arrestations pour des activités liées la drogue peuvent avoir la conséquence non voulue d'interférer avec l'accès aux PS, en particulier dans les groupes marginalisés. Il a été démontré que les arrestations de clients et de bénévoles de PS ont pour effets de réduire le recours aux PS, de limiter leur expansion et d'accroître la durée de circulation de seringues contaminées, dans la rue.<sup>103</sup> Un certain nombre d'études ont porté sur les effets d'opérations policières intensives visant des PS; nous en résumons quelques-unes ci-dessous.

### Canada

Une étude quantitative a examiné l'impact d'une opération policière appelée « Operation 24/7 » sur le seul PS à lieu fixe ouvert durant la nuit, à Vancouver, un service initié par le Vancouver Area Network of Drug

<sup>98</sup> S. Deren et coll., « Impact of expanding syringe access in New York on sources of syringes for drug users in Harlem and the Bronx, NYC, USA », *International Journal of Drug Policy* 14, 5–6 (2003) : 373–379, p. 377.

<sup>99</sup> M. Clatts et coll., « The impact of drug paraphernalia laws on HIV risk among people who inject illegal drugs: Implications for public policy », dans J.M. Fish, éd., *How to Legalize Drugs*, Northvale, NJ, Jason Aronson Inc., 1998, p. 80–101; J-P.C. Grund et coll., « Drug use contexts and HIV consequences: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx », *British Journal of Addiction* 92 (1992) : 381–392; P. Bourgois, « The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting gallery encampments », *Substance Abuse & Misuse* 33, 11 (1998) : 2323–2351.

<sup>100</sup> R.N. Bluthenthal et coll., « Collateral Damage in the War on Drugs: HIV Risk Behaviors Among Injection Drug Users », *International Journal of Drug Policy*, 10 (1999) : 2–38.

<sup>101</sup> R.N. Bluthenthal et coll., « Drug paraphernalia laws and injection-related infectious disease risk among injection drug users », *Journal of Drug Issues*, 29, 1 (1999) : 1–16.

<sup>102</sup> H. Cooper et coll., « Characterizing perceived police violence: Implications for public health », *American Journal of Public Health* 94, 7 (2004) : 1109–1118, p. 1110. (L'auteur y définit « opération policière » [*crackdown*] comme un effort policier organisé, centralisé, initié promptement, et soutenu, pour réduire la possession et la vente de drogues illégales, par une recrudescence de la surveillance et des arrestations d'utilisateurs de drogue ainsi que de revendeurs de drogue dans la rue.)

<sup>103</sup> R.N. Bluthenthal et coll., « Impact of law enforcement on syringe exchange programs: a look at Oakland and San Francisco », *Medical Anthropology* 18 (1997) : 61–83.



Users (VANDU).<sup>104</sup> L'opération policière impliquait une forte présence d'agents à l'intersection faisant face à la petite tente où des seringues étaient distribuées. En tenant compte de l'influence du jour de la semaine et du jour du mois sur la distribution de seringues, l'étude a identifié une diminution statistiquement significative de 26,7 % du nombre de seringues stériles distribuées pendant quatre périodes de sept jours, durant l'opération policière. Aucune baisse semblable n'avait été observée l'année précédente, pendant les mêmes périodes.<sup>105</sup>

L'impact sur les PS d'une opération policière plus vaste connue sous le nom d'« Operation Torpedo », à Vancouver, a fait l'objet de deux études<sup>106</sup> et d'un rapport de Human Rights Watch.<sup>107</sup> L'intervention, amorcée en avril 2003, fut l'effort d'application de la loi le plus visible, dans le Downtown Eastside de Vancouver, l'un des plus grands marchés de drogue à ciel ouvert en Amérique du Nord. Le but était de maintenir une présence policière hautement visible dans le quartier, afin de décourager les activités liées à la drogue. Cinquante agents supplémentaires auraient été déployés sur les lieux.<sup>108</sup> L'opération a également impliqué une série d'arrestations de présumés trafiquants.<sup>109</sup>

Human Rights Watch a mis en relief des cas d'inconduite policière, notamment de force excessive, d'arrestations arbitraires, de harcèlement et de fouilles illégales, démontrant que l'« Operation Torpedo » avait violé des droits humains fondamentaux. Par ailleurs, le rapport a conclu que l'opération policière avait interféré avec le fonctionnement du PS. En particulier, les auteurs ont constaté qu'un PS dirigé par le VANDU, offrant le seul service mobile dans les rues du Downtown Eastside, a distribué seulement les deux tiers du nombre habituel de seringues, pendant les premiers jours de l'intervention.<sup>110</sup> Des bénévoles du programme ont exprimé de nombreuses préoccupations quant à l'impact de l'opération policière sur le fonctionnement du PS. Par exemple, ils ont noté que des seringues retournées portaient du papier adhésif, ou avaient une aiguille à la pointe usée, et que des clients leur demandaient de l'eau de Javel ou des paquets d'allumettes pour aiguiser de vieilles aiguilles – ce qui indique que des seringues étaient utilisées plus d'une fois.<sup>111</sup> D'autres signes portent à croire que les clients craignaient de porter sur eux des seringues neuves, les empêchant d'être en mesure de s'injecter de façon sécuritaire. Par exemple, certains clients prenaient moins de seringues à la fois.<sup>112</sup> Un client a retourné des seringues neuves, encore emballées, dans le contenant à rebuts. « Il ne voulait tout simplement pas les transporter sur lui », a expliqué un bénévole du programme.<sup>113</sup>

Une étude ethnographique de l'impact d'« Operation Torpedo » porte à croire que l'intervention a découragé le recours aux PS, en particulier parmi les groupes les plus marginalisés.<sup>114</sup> Des données qualitatives ont été extraites d'entrevues et d'observations faites pendant l'opération policière et sept mois plus tôt. L'un des principaux constats de l'étude est que la forte présence policière au cœur de la scène de consommation de

<sup>104</sup> E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 34, 1 (2003) : 116–117.

<sup>105</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>106</sup> W. Small et coll., « Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation », *International Journal of Drug Policy* 17 (2006) : 85–95; E. Wood et coll., « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médicale canadienne* 170, 10 (2004) : 1551–1556.

<sup>107</sup> J. Csete et J. Cohen, « Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », *Human Rights Watch* 15, 2b (2003) : 1–28.

<sup>108</sup> F. Bula, « 50 officers to target downtown drug trade », *Vancouver Sun*, 7 mars 2003.

<sup>109</sup> P. Fong et F. Bula, « 90 arrested in drug sweep: The first five days of a major campaign has produced hundreds of trafficking charges », *Vancouver Sun*, 12 avril 2003. Voir aussi Police Board, Vancouver Police Department, « Minutes of a regular meeting held on 23 April 2003 », cité dans E. Wood et coll., « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médicale canadienne* 170, 10 (2004) : 1551–1556, à la note 11.

<sup>110</sup> *Supra*, note 107, p. 19.

<sup>111</sup> *Ibid.*

<sup>112</sup> *Ibid.*

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>114</sup> Small et coll., *supra*, note 106.

drogue a entraîné un déplacement des activités liées à la drogue vers d'autres secteurs du Downtown Eastside et de la ville.<sup>115</sup> La présence policière accrue au lieu même des activités a découragé certains individus de recourir à leur source habituelle de seringues stériles, les poussant à prêter et à emprunter du matériel d'injection. D'autres se sont retrouvés dans des secteurs où les PS avaient des heures d'ouverture limitées, ou étaient inexistantes.<sup>116</sup> Des participants aux entrevues ont décrit comment la police avait confisqué ou détruit leurs seringues lors de fouilles ou d'interrogatoires, et expliqué que le fait d'être trouvé en possession de seringues entraînait encore plus de problèmes avec la police. Cela a donné lieu à une réticence à se procurer des seringues stériles ou usagées et à en porter sur soi.<sup>117</sup> Des fournisseurs de services mobiles de PS ont signalé que des clients, en particulier ceux sans adresse fixe, étaient plus difficiles à repérer parce qu'ils étaient « éparpillés partout dans la ville ».<sup>118</sup>

Une étude sur le plus ancien et le plus important PS à lieu fixe à Vancouver (le « DEYAS », dans le Downtown Eastside) n'a décelé aucun ralentissement de la distribution de seringues pendant l'« Operation Torpedo ». L'étude a examiné le nombre de seringues distribuées au cours des trois mois précédant et suivant l'opération policière, et constaté qu'il n'avait pas diminué pendant l'opération.<sup>119</sup> Toutefois, l'« Operation Torpedo » semble avoir résulté en la mise au rebut moins sécuritaire de seringues à l'extérieur du Downtown Eastside. Dans le Downtown Eastside, le nombre de seringues usagées trouvées dans les rues a diminué considérablement au cours des trois mois suivant le début de l'opération policière, tout comme l'utilisation des contenants publics de mise au rebut sécuritaire. En revanche, hors de ce quartier, les chercheurs ont noté une augmentation du nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire et une diminution de l'utilisation des contenants de mise au rebut sécuritaire.<sup>120</sup>

Le déclin du recours à la distribution de matériel d'injection au PS du VANDU, qui ne s'est pas manifesté au DEYAS, lors de l'« Operation Torpedo », pourrait être dû au fait que le VANDU dessert une population particulièrement marginalisée. Wood et coll. ont noté que les clients du PS de nuit du VANDU, dirigé par des pairs, étaient plus susceptibles de s'injecter fréquemment de la cocaïne, de faire leurs injections en lieu public, et d'avoir besoin d'aide pour s'injecter – des facteurs qui ont tous été associés à un risque de VIH, dans des études antérieures. Des données montrent aussi que les usagers impliqués dans le commerce sexuel sont plus susceptibles de se procurer des seringues au site du VANDU.<sup>121</sup>

## Australie

Il a été démontré qu'une opération policière menée en décembre 2000 dans un quartier de Melbourne reconnu pour sa scène de consommation de drogue en plein essor a perturbé les habitudes de recours aux PS.<sup>122</sup> L'opération a impliqué le déploiement de 18 policiers supplémentaires à temps plein dans le quartier, y compris à la gare de train. Les personnes que les policiers soupçonnaient d'avoir l'intention d'acheter ou de vendre des drogues étaient arrêtées et interrogées sur leurs intentions; si leurs réponses étaient insatisfaisantes, elles étaient « retournées à bord du train » ou invitées à quitter les lieux.<sup>123</sup> La police a aussi tenté d'appréhender des personnes qui achetaient, vendaient ou étaient en possession de drogues illégales, et cet effort s'est intensifié avec l'arrivée des effectifs de renfort. Enfin, la présence policière elle-même

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 87–89

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 89–90.

<sup>117</sup> *Ibid.*, p. 90–91.

<sup>118</sup> *Ibid.*

<sup>119</sup> Wood et coll., *supra*, note 109, p. 1554.

<sup>120</sup> *Ibid.*

<sup>121</sup> Voir Wood et coll., *supra*, note 22.

<sup>122</sup> C. Aitken et coll., « The impact of a police crackdown on a street drug scene: Evidence from the street », *International Journal of Drug Policy* 13, 3 (2002) : 189–198.

<sup>123</sup> *Ibid.*, p. 191.

visait à décourager les activités liées à la drogue. Pendant l'opération, les visites au PS local ont chuté de 7 %, mais 5,4 % plus de seringues ont été distribuées qu'à la même période l'année précédente. Les visites au PS ont chuté de 17 % au cours du mois précédant l'opération policière, mais le nombre de seringues distribuées n'a diminué que de 12 %. Selon les auteurs de l'étude, les données pourraient appuyer la conclusion que l'opération policière a entraîné une diminution du nombre de clients du PS et du nombre de seringues distribuées, ou que les clients qui ont continué de recourir au service ont demandé plus de matériel qu'à l'habitude, soit pour éviter la police, soit pour le distribuer à des pairs qui ne voulaient pas fréquenter le site en raison de la présence policière accrue.<sup>124</sup>

## États-Unis

Des tactiques utilisées en 2000 lors d'une opération policière dans la ville de New York, notamment des fouilles, ont eu pour effet de décourager des personnes qui utilisent des drogues de transporter sur elles du matériel d'injection. La surveillance policière constante a rendu plus difficile pour les sans-abri de s'injecter de façon sécuritaire.<sup>125</sup> Une étude menée en 2001, lors d'une opération policière à Philadelphie, a fait état d'une diminution significative de la fréquentation des PS, en particulier parmi les personnes afro-américaines et les hommes. L'opération a impliqué un changement de stratégie policière, de l'arrestation vers la dissuasion et les tactiques de dispersion par le déploiement de policiers à des intersections ciblées. Des employés d'un PS local ont signalé des cas de harcèlement de clients; et au moins un client a été arrêté pour possession de seringues obtenues auprès du programme. Bien que l'intervention policière ait réussi à réduire la prévalence des ventes de drogue en public aux intersections ciblées, le recours au PS a diminué significativement au cours des trois, six et neuf mois suivant le début de l'opération. La baisse de fréquentation du PS par les personnes afro-américaines a été deux fois plus marquée que celle des personnes blanches, et la hausse de fréquentation des hommes a été presque deux fois plus marquée que celle des femmes. En comparaison, la fréquentation du PS était demeurée stable, l'année précédente, pendant la même période.<sup>126</sup>

## Améliorer les relations avec la police

De telles données mettent en relief le besoin de coordonner l'application de la loi et les mesures destinées à rehausser la santé des personnes qui font usage de drogue, en apportant des changements aux lois, politiques, ou attitudes et pratiques des agents d'application de la loi.<sup>127</sup> Cependant, la modification du comportement d'agents locaux de la police peut être difficile à réaliser lorsque les organisations policières nationales échouent à endosser les approches de la réduction des méfaits. Lors de son 100<sup>e</sup> congrès annuel, à Ottawa, en 2005, l'Association canadienne des chefs de police, dont le slogan est « À l'avant-garde du progrès policier », a adopté une position de scepticisme, voire d'hostilité, à l'égard de la réduction des méfaits et des PS. Entre autres, l'énoncé de position avance que « les politiques sur la réduction des méfaits induisent les gens en erreur en les amenant à penser qu'ils peuvent consommer les drogues «en toute sécurité» et «de façon responsable», plutôt que de les encourager à ne pas les utiliser du tout »; que « il est contraire à l'éthique d'encourager chez les toxicomanes des comportements qui causent des préjudices à eux-mêmes et éventuellement à d'autres (p. ex., programmes d'échange de seringues et distribution de pipes à crack) »; et que « la mise en œuvre de politiques de réduction des méfaits envoie aux toxicomanes le message selon lequel la société a renoncé à les désintoxiquer et à les réhabiliter, en décidant de contenir leur toxicomanie en vue de 'réduire les

<sup>124</sup> *Ibid.*, p. 192.

<sup>125</sup> H. Cooper et coll., « The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study », *Social Science and Medicine* 61 (2004) : 673–684.

<sup>126</sup> C.S. Davis et coll., « Effects of an intensive street-level police intervention on Syringe Exchange Program use in Philadelphia, PA », *American Journal of Public Health* 95, 2 (2005) : 233–234.

<sup>127</sup> Burris et coll., *supra*, note 72; S. Burris et S.A. Strathdee, « To serve and to protect? Toward a better relationship between drug control policy and public health », *AIDS* 20 (2006) : 117–118; R. Midford et coll., « Cops, drugs and the community: establishing consultative harm reduction structures in two Western Australian locations », *International Journal of Drug Policy* 13 (2002) : 181–188.

préjudices' ». <sup>128</sup> En dépit d'un vaste corpus de littérature scientifique démontrant que les PS n'encouragent pas l'usage de drogue, qu'ils contribuent à réduire les taux de pathogènes hématogènes et qu'ils favorisent l'accès à des soins, traitements et services de soutien, <sup>129</sup> seulement deux des chefs de police présents se sont opposés à la résolution. <sup>130</sup>

Une étude de Beletzky et coll. illustre le défi au palier local : des entrevues qualitatives avec des agents de police du Rhode Island, à la suite de la décriminalisation de l'achat et de la possession de seringue, a révélé que seulement la moitié des répondants étaient informés du changement à la loi. <sup>131</sup> De plus, sans égard à leur connaissance de la loi, tous les agents sauf un ont signalé qu'ils saisissaient et détruisaient toujours le matériel d'injection trouvé sur des personnes soupçonnées d'utiliser de la drogue illégale, même en l'absence d'arrestation. <sup>132</sup> La plupart de ces agents considéraient d'ailleurs que la possession d'une seringue était un élément justifiant « probablement » de procéder à une fouille pour vérifier la possession de drogue illégale. <sup>133</sup> (L'étude ne précisait pas par quel moyen la police venait à être au courant, en premier lieu, de la possession de seringue.) Les auteurs ont formulé une mise en garde à l'effet que « les changements à des politiques, sans efforts pour obtenir la coopération de la police par une formation, des changements administratifs ainsi qu'une surveillance, sont peu susceptibles d'être fructueux au degré souhaité ». <sup>134</sup>

Dans les faits, au Canada, les PS misent sur des « ententes de collaboration » plus ou moins officielles, dans leurs efforts pour faire en sorte que les intervenants et les clients soient protégés contre les conséquences légales de leurs activités liées à l'échange de seringues, et pour éviter que les activités de la police ne fasse interférence à l'accès au PS. <sup>135</sup> En Ontario, afin d'être admissible à du financement du ministère de la Santé de la province, chaque PS doit démontrer que la police locale a accepté de l'appuyer, ou du moins de ne pas entraver ses activités. <sup>136</sup> Dans la plupart des autres provinces, toutefois, les PS tentent de leur propre chef de développer des relations harmonieuses avec la police, et ils y arrivent à divers degrés. Certains PS tentent de mieux coordonner leurs activités à cet égard en impliquant des représentants de la police dans des comités consultatifs pour la mise en œuvre de programmes. <sup>137</sup> Cependant, il peut arriver que cette stratégie ne porte pas fruit. Afin d'éviter que l'application de la loi fasse entrave à l'accès aux PS, il faut que les représentants de la police soient disposés et aptes à faire de l'éducation et du plaidoyer au sujet de la réduction des méfaits, au sein des services de police.

Le fait de compter sur des ententes de collaboration, pour une cohabitation harmonieuse de l'application de la loi et des services de réduction des méfaits, soulève un certain nombre de difficultés. Les relations entre la police et les PS peuvent se détériorer, malgré ces ententes; il peut arriver que la police et le personnel du PS viennent à ne plus être d'accord sur le contenu ou les termes exacts de leur entente. En 2005, lorsque la Ville d'Ottawa a annoncé son plan de distribuer des troussees pour un usage plus sécuritaire de crack (en plus de matériel d'injection faisant partie depuis longtemps des programmes municipaux de réduction des méfaits), le

<sup>128</sup> Association canadienne des chefs de police, Résolutions adoptées au 100<sup>e</sup> congrès annuel, août 2005, Ottawa, Ontario, résolution #10-2005, p. 38.

<sup>129</sup> Voir *supra*, note 8–11.

<sup>130</sup> Communication personnelle avec P. Lavigne, agent de projet sur la réduction des méfaits, Ville d'Ottawa, 4 juillet 2006.

<sup>131</sup> L. Beletzky et coll., « Attitudes of police officers toward syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States », *International Journal of Drug Policy* 16 (2005) : 267.

<sup>132</sup> *Ibid.*, p. 269.

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 270.

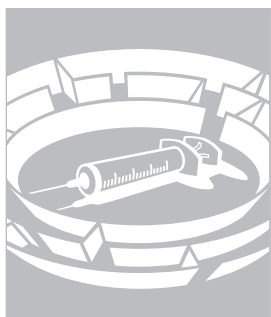
<sup>134</sup> *Ibid.*, p. 272.

<sup>135</sup> BC Partners for Mental Health and Addictions Information, *State of the knowledge: Needle Exchange Programs*, 2003. Accessible via [www.heretohelp.bc.ca/publications/stateofknowledge/index.html](http://www.heretohelp.bc.ca/publications/stateofknowledge/index.html).

<sup>136</sup> C.J. Strike et coll., « Finding a place for needle exchange programs », *Critical Public Health* 14, 3 (2004) : 261–275, p. 265.

<sup>137</sup> Communication personnelle avec MacKinnon, *supra*, note 41; communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56. Communication personnelle avec Fairburn, *supra*, note 56; communication personnelle avec Taylor, *supra*, note 64. P Communication personnelle avec J. Luce, directeur des services de prévention, AIDS Committee of London, 30 juin 2006.

chef de la police d'Ottawa s'est opposé à cette décision et a menacé de porter des accusations pénales. Dans un duel de pouvoir avec le médecin-hygiéniste de la ville, le chef de police a affirmé que les preuves scientifiques étaient insuffisantes pour appuyer la distribution de matériel d'inhalation, et que cette distribution constituait une incitation à la consommation de drogue.<sup>138</sup> Dans les médias et auprès du conseil municipal, des organismes communautaires de lutte au sida ont exprimé leur appui à la politique de réduction des méfaits prônée par le médecin en chef, pour prévenir la propagation du VIH et de l'hépatite C.<sup>139</sup> Le chef de police a finalement retiré son opposition lorsque la ville a accepté de ne pas distribuer de trousse pour l'usage plus sécuritaire de crack à des personnes de moins de 18 ans. Ce compromis n'est pas idéal en termes de santé publique, ni en termes de droits de la personne, puisqu'une personne mineure et devenue dépendante du crack serait ainsi abandonnée à un risque plus important de contracter le VIH ou l'hépatite C que les personnes de 18 ans et plus qui ont accès au programme.<sup>140</sup> De plus, cette prise de bec a apparemment perturbé les relations entre la police d'Ottawa et les programmes de réduction des méfaits dans cette ville, et engendré une recrudescence des arrestations et du harcèlement de clients de PS.<sup>141</sup> De la même manière, les responsables de la police à Halifax ont dit craindre que le PS de leur ville soit en train d'appuyer l'usage de drogue, lorsqu'il s'est mis à distribuer des trousse pour l'usage plus sécuritaire de crack, au début de 2005.<sup>142</sup>



**Bien que les récits d'arrestations et d'accusations pour possession de seringues soient rares, il a été signalé que des policiers avaient saisi des seringues trouvées sur des clients de PS.**

En outre, étant donné que les ententes de collaboration peuvent être informelles, il se peut que la police et le PS n'aient pas une compréhension commune de l'accord; et, même en présence d'une compréhension commune, il peut arriver que les pratiques policières n'y soient pas conformes. Bien que les récits d'arrestations et d'accusations pour possession de seringues soient rares, il a été signalé que des policiers avaient saisi des seringues trouvées sur des clients de PS.<sup>143</sup> Les témoignages selon lesquels des policiers ont réduit en miettes des pipes à crack sont fréquents, à divers endroits au pays.<sup>144</sup> À Ottawa, où les relations entre la police et les PS sont particulièrement tendues en raison de la controverse qui a entouré le programme de pipes à crack, des clients de PS se sont vu accusés de possession de matériel d'inhalation obtenu de PS, bien que le fondement juridique de telles accusations soit très douteux.<sup>145</sup>

À Montréal, les relations avec la police sont souvent tendues, également. Des ententes implicites entre la police et CACTUS-Montréal n'ont pas empêché que des agents de police se stationnent devant l'édifice abritant le

<sup>138</sup> C. Weeks, « Council keeps crack pipe program: Bevan's protests go up in smoke after showdown with health officer », *The Ottawa Citizen*, 22 avril 2005.

<sup>139</sup> Voir Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Trousse sécuritaires pour le crack : importantes pour la santé des utilisateurs de drogue, signalent des groupes de lutte au sida », communiqué de presse, 31 mars 2005. Accessible via [www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues).

<sup>140</sup> « Crack pipe program survives review », *CBC News*, 6 juin 2005.

<sup>141</sup> Communication personnelle avec Lavigne, *supra*, note 130.

<sup>142</sup> Communication personnelle avec D. Bailey, directeur, Mainline Nova Scotia, 11 janvier 2007.

<sup>143</sup> *Ibid.*; communication personnelle avec Taylor, *supra*, note 64.

<sup>144</sup> P. ex., T. Appleby, « New police strategy designed to blanket high-violence areas », *Globe and Mail*, 13 février 2006. Voir aussi Réseau juridique canadien VIH/sida, « Letter to Toronto Police Chief William Blair re: Report of police destroying crack pipes », Toronto, 13 février 2006. Accessible via [www.aidslaw.ca/drugpolicy](http://www.aidslaw.ca/drugpolicy).

<sup>145</sup> Communication personnelle avec Lavigne, *supra*, note 130.

PS, pendant de longues périodes, et fassent même une incursion dans le bâtiment. Selon la directrice générale de CACTUS-Montréal, la présence policière accrue à proximité de PS faisait partie d'une tendance générale de la police à cibler les personnes marginalisées et sans-abri, en réponse à des pressions venues de certaines personnes de la communauté.<sup>146</sup>

### **Obstacles créés par l'appareil judiciaire : les conditions de remise en liberté**

Les conditions de libération conditionnelle, de libération sur parole ou de mise en liberté sous caution peuvent inclure une exigence que la personne s'abstienne de certaines activités; ceci peut affecter son accès à un PS. Par exemple, la personne peut être tenue d'éviter un secteur particulier de la ville, une zone interdite – qui tend à être le secteur où l'on peut acheter de la drogue. Or cela tend aussi à être le secteur où sont établis les PS. Les conditions de remise en liberté peuvent aussi inclure l'exigence de ne pas être en possession de matériel pour l'usage de drogue. À St. Catharines, Ontario, par exemple, plusieurs clients de PS se sont apparemment vu imposer des conditions de remise en liberté qui incluaient des zones interdites et la prohibition de posséder des instruments pour l'usage de drogue. La police a informé ces personnes qu'elles seraient considérées en conflit avec ces conditions si elles étaient trouvées en possession de seringues stériles, neuves.<sup>147</sup>

Dans l'affaire *R. v. Reid*, la Cour provinciale de la Colombie-Britannique a refusé d'imposer une condition de zone interdite qui empêcherait l'accusé d'aller dans le centre-ville de Victoria, en partie parce que cela entraverait son accès à des services de santé nécessaires. Le j. Gove a résumé comme suit le témoignage d'une employée de PS à l'audience sur la peine :

Dans son témoignage, elle a expliqué qu'un nombre important de clients de l'échange de seringues sont soumis à une condition de « zone interdite » et lui disent souvent qu'ils ont besoin d'aller dans cette zone puisque c'est là que sont situés pour la plupart les services dont ils ont besoin. Ils vont à la hâte à l'échange de seringue, au milieu de la « zone interdite », en disant qu'ils ne sont pas supposés y être, et qu'ils ne peuvent pas rester. Ils considèrent qu'ils doivent soit violer la condition de « zone interdite », soit s'abstenir d'avoir recours aux services dont ils ont besoin, soit déménager dans une autre ville. [trad.]<sup>148</sup>

Un superviseur de la libération sous caution et agent de libération conditionnelle a expliqué, dans son témoignage à la cour, qu'il avait permis à un certain nombre d'individus d'entrer dans la « zone interdite » afin d'aller au PS; mais l'employée du PS a dit considérer improbable que la plupart des gens avoueraient à leur agent de libération conditionnelle qu'ils ont recours à ce service, puisque cela indiquerait qu'ils ont consommé des drogues illégales.<sup>149</sup>

### **Conception de programme suboptimale**

Les PS ne sont pas toujours conçus de manières qui optimisent leur accessibilité pour ceux qui utiliseraient les programmes qu'ils offrent. Bien que relativement peu d'études portent sur des éléments de la conception des programmes,<sup>150</sup> il a été constaté que l'horaire, l'emplacement, la limite au nombre de seringues remises à chaque personne, de même que les restrictions en termes d'âge, peuvent poser des obstacles à l'accès à un PS. La seule étude au Canada qui a abordé les obstacles d'accès qui sont liés à la conception de programme a été réalisée en 2002 à Vancouver; Wood et coll. ont demandé à des personnes qui s'étaient injecté des drogues dans les six mois précédents si elles avaient eu de la difficulté à obtenir du matériel d'injection

<sup>146</sup> Communication personnelle avec M. Tonnelier, directrice générale, CACTUS-Montréal, 24 juillet 2006.

<sup>147</sup> Communication personnelle avec R. Thompson, coordonnatrice de StreetWorks, AIDS Niagara, 18 novembre 2005.

<sup>148</sup> [1999] B.C.J. No. 1603 (B.C. Prov. Ct.), à 27–28.

<sup>149</sup> *Ibid.*, à 29.

<sup>150</sup> Burris et coll., 2003, *supra*, note 84, p. 862. A.H. Kral et R.N. Bluthenthal, « What is it about needle and syringe programmes that make them effective for preventing HIV transmission? », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : 361–363.

stérile lorsqu'elles en avaient eu besoin et, le cas échéant, pourquoi.<sup>151</sup> Hors du Canada, toutefois, des études semblables ont identifié les mêmes facteurs d'entrave que l'étude de Vancouver; nous en discutons dans la présente section.

## Horaire

La raison invoquée le plus souvent, pour expliquer des difficultés d'accès à des seringues, dans l'étude de Vancouver, était que le PS à site fixe était fermé lorsque les répondants avaient besoin de seringues stériles.<sup>152</sup> Dans cette étude, les répondants ont été répartis en trois groupes, selon leur méthode d'acquisition de la majeure partie de leurs seringues. Des 69 participants qui se procuraient leurs seringues surtout auprès d'un PS à site fixe et qui ont signalé des difficultés à en obtenir, 49 (71 %) ont dit que l'une des raisons de ces difficultés était que le PS était fermé.<sup>153</sup>

Les auteurs ont considéré que les horaires limités pouvaient être dus à des préoccupations du voisinage ou à des limites budgétaires :

Un moyen d'apaiser des inquiétudes de la communauté est de limiter les heures de service. Les heures d'ouverture du grand programme d'échange de seringues à site fixe, dans le Downtown Eastside, pendant la période de l'étude, étaient de 8 h 00 à 20 h 00. Bien que l'on puisse considérer que cet horaire contribue à éviter que des utilisateurs de drogue viennent dans le secteur en soirée, la présente étude a identifié que les horaires restreints sont une des principales raisons des difficultés d'accès à des seringues, parmi tous les groupes, même lorsque les camionnettes d'échange continuent de circuler. Pareillement, des limites budgétaires peuvent aussi contraindre les programmes à ne fonctionner qu'à des heures limitées. À Vancouver, pendant l'apparition de l'épidémie du VIH, des restrictions budgétaires ont conduit à limiter les services des camionnettes d'échange mobile. [trad.]<sup>154</sup>

Dans une étude comparable qui a été réalisée à Sydney, Australie, Treloar et Cao ont demandé à des personnes qui consommaient des drogues mais qui n'avaient jamais ou pas souvent recours à des PS, de commenter une liste de 16 obstacles perçus à l'accès à des PS.<sup>155</sup> Les horaires d'ouverture ont été le deuxième facteur le plus cité comme constituant un obstacle, dans cette étude : 57 % des utilisateurs peu fréquents de PS ont signalé que les heures d'ouverture étaient un obstacle à l'accessibilité.<sup>156</sup>

À l'instar de ces deux recherches, les entrevues avec des informateurs clés dans le cadre du présent projet montrent que les horaires limités sont un obstacle à l'accès aux services, à divers endroits du pays. En particulier à l'extérieur des grands centres urbains, il est rare que des services de PS soient accessibles « après les heures ». Les PS de l'Î.P.-É., des T.N.-O. et du Nouveau-Brunswick ne sont ouverts que pendant les heures d'affaires, en semaine. Dans d'autres parties du Canada, des services en soirée sont parfois disponibles, certains soirs de la semaine, mais seulement dans de grands centres urbains. Par exemple, à Whitehorse, une camionnette distribue des seringues deux soirs la semaine.<sup>157</sup> À Terre-Neuve-et-Labrador, le seul PS est ouvert les jours de semaine de 8 à 16 heures, et le jeudi soir.<sup>158</sup>

<sup>151</sup> Wood et coll., 2002, *supra*, note 23.

<sup>152</sup> *Ibid.*, p. 99.

<sup>153</sup> *Ibid.*

<sup>154</sup> *Ibid.*

<sup>155</sup> Treloar et Cao, « Barriers to use of Needle and Syringe Programmes in a high drug area of Sydney, New South Wales », *International Journal of Drug Policy* 16 (2005) : 308–315

<sup>156</sup> *Ibid.*, p. 310.

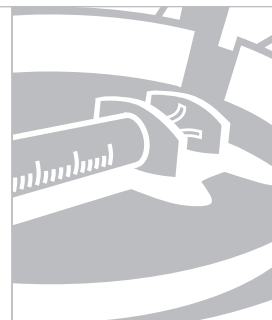
<sup>157</sup> Communication personnelle avec C. Hemsley, agente du programme sur les maladies transmissibles, Yukon Health and Social services, 20 juin 2006.

<sup>158</sup> Communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56.

## Emplacement et couverture

Une couverture inadéquate des PS est vraisemblablement un déterminant critique du partage de seringue.<sup>159</sup> Dans la plupart des pays, notamment au Canada, les PS tendent à se situer dans de grandes villes où la population de personnes qui utilisent des drogues est la plus concentrée. Les études de Vancouver et Sydney ont toutes deux été réalisées dans des quartiers à forte consommation de drogue – et, même dans ces villes, l'éloignement des PS a été identifié comme un important obstacle. À Vancouver, Wood et coll. ont constaté que les faits de rater le passage de la camionnette de distribution de seringues et d'être loin des sites de PS étaient souvent cités comme des raisons de difficulté d'accès à des seringues stériles.<sup>160</sup> Les auteurs ont observé que, même en contexte urbain, « compte tenu de la concentration des services de PS [dans le Downtown Eastside; et leur disponibilité limitée dans les municipalités et quartiers avoisinants], il n'est pas étonnant que l'éloignement des endroits où l'échange de seringues est offert soit associé à une difficulté d'accès à des seringues ». <sup>161</sup> Dans l'étude de Treloar et Cao, à Sydney (Austr.), l'éloignement des PS était l'obstacle le plus souvent cité par les utilisateurs peu fréquents.<sup>162</sup> De la même façon, une étude à New York a révélé que les personnes qui vivent près de PS sont plus susceptibles d'y avoir recours et moins susceptibles de partager des seringues.<sup>163</sup>

**[L]es horaires limités sont un obstacle à l'accès aux services, à divers endroits du pays.**



Au Canada, peu de recherches scientifiques ont examiné dans quelle mesure l'éloignement d'un PS peut nuire à son accessibilité, hors des centres urbains. Il a toutefois été démontré que l'usage de drogues illégales est présent tant dans des régions rurales qu'urbaines, au Canada,<sup>164</sup> et que les personnes qui utilisent des drogues sont peu susceptibles de parcourir une longue distance dans le seul but de se procurer du matériel d'injection stérile.<sup>165</sup> Un rapport préparé par un PS de la Nouvelle-Écosse a recensé un nombre important de personnes qui utilisent des drogues, dans de petites villes de communautés rurales du Sud et du Sud-Ouest de la province. Les entrevues ont révélé un accès limité à des services de réduction des méfaits ainsi qu'une faible connaissance des risques du partage de matériel d'injection autre que des seringues et aiguilles.<sup>166</sup>

Là où des ressources existent, plusieurs programmes font la livraison gratuite de matériel à des personnes qui habitent loin des sites fixes. Malheureusement, des obstacles pratiques limitent l'ampleur du territoire que

<sup>159</sup> Voir S.A. Strathdee et D. Vlahov, « The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy », *AIDS Science* 16, 1 (2001) : 1–33.

<sup>160</sup> Voir *supra*, note 23.

<sup>161</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>162</sup> *Supra*, note 155.

<sup>163</sup> R. Rockwell et coll., « Geographic proximity, policy and utilization of syringe exchange programmes », *AIDS Care* 11, 4 (1999) : 437–442.

<sup>164</sup> Wood et coll., *supra*, note 23, p. 100.

<sup>165</sup> S. Hutchinson et coll., « Factors associated with injecting risk behaviour among serial community-wide samples of injecting drug users in Glasgow 1990/1994: Implications for control and prevention of blood-borne viruses », *Addiction* 95 (2000) : 931–940; Rockwell et coll., *supra*, note 163.

<sup>166</sup> Mainline Needle Exchange, *Unsafe and safer practices among injection drug users in DHA* 1, 2, 3, 2005.



les employés peuvent parcourir. La distribution secondaire (i.e., par des intermédiaires qui se procurent des seringues auprès de PS) pourrait aussi permettre de surmonter des obstacles liés à l'emplacement. Or des PS de l'Île du Prince-Édouard<sup>167</sup> et de diverses communautés du Nord-Ouest de l'Ontario<sup>168</sup> ont signalé des difficultés à trouver un intermédiaire pour rencontrer les clients qui ne peuvent se rendre dans les sites fixes.<sup>169</sup> Les distributeurs secondaires doivent posséder les ressources financières et personnelles nécessaires à se déplacer de leurs communautés jusque dans les villes dotées de PS. De plus, il y a eu des cas où la police a interféré avec le travail de distributeurs secondaires, les a arrêtés, stoppés ou harcelés, ou a confisqué leurs seringues.<sup>170</sup>

La distribution de seringues et d'aiguilles par le biais de pharmacies et de cliniques de santé pourrait apporter une réponse à la préoccupation de joindre la clientèle hors des centres urbains. De fait, à certains endroits au Canada, comme dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, les seringues et aiguilles ne sont disponibles qu'auprès de cliniques de santé, des bureaux des autorités régionales de santé publique (ou « unités de santé publique ») et de pharmacies.<sup>171</sup> Or, dans les petites communautés, les personnes qui utilisent des drogues pourraient être réticentes à se procurer des seringues dans des pharmacies, des cliniques de santé et des unités de santé publique où l'on pourrait les reconnaître.<sup>172</sup> Même sous le couvert de l'anonymat, certaines personnes pourraient être mal à l'aise de demander des seringues dans une pharmacie ou une clinique de santé. Par ailleurs, comme nous l'expliquons plus loin, le refus de certains pharmaciens de vendre des seringues est un obstacle fréquemment cité dans l'accès à des seringues stériles. Enfin, un PS spécialisé ou un organisme communautaire offrant divers services aux personnes qui utilisent des drogues pourrait être mieux placé pour attirer certains clients et développer une relation avec eux. Cela pourrait expliquer, par exemple, que près de 90 % des seringues distribuées par des PS au Québec viennent de 69 organismes communautaires alors que du matériel d'injection est disponible gratuitement dans plus de 200 cliniques de santé locales, 200 pharmacies et 40 hôpitaux.<sup>173</sup>

Dans l'étude de Treloar et Cao, 46,1 % des utilisateurs de drogue qui n'étaient pas clients de PS ont déclaré ne pas utiliser ces services parce qu'ils n'en connaissaient pas l'existence.<sup>174</sup> De la même façon, dans une étude sur l'obtention de seringues auprès de pharmacies à Anchorage (Alaska), 22 % des répondants ont dit ne pas se procurer de seringues en pharmacie par « manque de compétences et de connaissances adéquates » – ce qui incluait non seulement la gêne de s'adresser à un pharmacien, mais aussi le fait de « ne pas savoir que cela est possible ». <sup>175</sup> Deux ans après un amendement à la législation de l'État de New York autorisant la vente sans ordonnance de seringues dans les pharmacies, seulement la moitié des personnes qui s'injectent des drogues qui ont été interviewées dans le cadre d'une enquête étaient au courant qu'elles pouvaient acheter des seringues en pharmacie; et la connaissance d'autres moyens légaux pour se procurer des seringues n'était pas répandue.<sup>176</sup>

Le manque de sensibilisation aux PS pourrait être dû en partie au désir de certains programmes de « rester discrets » afin d'éviter l'opposition de la communauté. Il pourrait aussi s'agir une question de financement : les PS n'ont peut-être pas les moyens de faire la promotion de leurs services, ou ils ne souhaitent peut-être pas les faire connaître s'ils n'ont pas la capacité de desservir une clientèle élargie. Par exemple, le Comité du sida

<sup>167</sup> Communication personnelle avec MacKinnon, *supra*, note 41.

<sup>168</sup> Northwestern Health Unit, *Program Evaluation Report*, 2005, en filière.

<sup>169</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>170</sup> Human Rights Watch, *Injecting Reason: Human rights and HIV prevention for injecting drug users – California: A case study*, septembre 2003.

<sup>171</sup> Communication personnelle avec White, *supra*, note 47; communication personnelle avec Hemsley, *supra*, note 157.

<sup>172</sup> D.G. Fisher et coll., « Injection drug users' use of pharmacies for purchasing needles in Anchorage, Alaska », *International Journal of Drug Policy* 14 (2000) : 381–387; communication personnelle avec White, *ibid.*

<sup>173</sup> *Supra*, note 48.

<sup>174</sup> *Supra*, note 155, p. 310.

<sup>175</sup> Fisher et coll., *supra*, note 172, p. 385.

<sup>176</sup> Deren et coll., *supra*, note 98, p. 377.

de Terre-Neuve-et-Labrador (CSTNL) a obtenu pour la première fois du financement pour son PS en 2005. En 2003, avant de recevoir du soutien, 180 seringues ont été distribuées. Après l'évaluation des besoins à l'échelle provinciale et l'octroi de fonds au CSTNL pour la promotion de son service, le nombre de seringues distribuées est passé à 5 604, en 2005.<sup>177</sup>

### Échange unitaire et maxima de distribution

Le débat se poursuit, parmi les responsables de PS, les politiciens, les bailleurs de fonds et des membres de la communauté, à savoir si l'on devrait limiter le nombre de seringues pouvant être données par visite à chaque client. L'on ne s'entend pas sur la question de savoir si les PS devraient opter pour une politique stricte d'échange unitaire [à une contre une], un nombre maximum de seringues par visite, une distribution fondée sur les besoins, ou une combinaison de ces approches.<sup>178</sup> Des politiques d'échange plus strictes pourraient entraîner une diminution du nombre de seringues jetées dans des lieux publics.<sup>179</sup> Elles pourraient aussi favoriser un contact plus régulier entre des personnes marginalisées qui utilisent des drogues et des employés de PS, qui sont peut-être les seuls professionnels de la santé qu'elles rencontrent.<sup>180</sup> De telles politiques pourraient toutefois s'avérer problématiques, en particulier pour les personnes qui s'injectent fréquemment – comme les utilisateurs de cocaïne, qui tendent à avoir besoin de multiples injections dans un court laps de temps, contrairement aux utilisateurs réguliers d'héroïne qui ont généralement besoin de deux à quatre injections par jour, pour éviter des symptômes de sevrage.<sup>181</sup>

**Des attitudes et pratiques inappropriées de pharmaciens, que ce soit à l'égard de toutes les personnes qui utilisent des drogues, ou seulement de certains groupes, peuvent stigmatiser cette clientèle et décourager l'acquisition de matériel d'injection stérile.**



Des politiques strictes d'échange unitaire tendent à encourager la réutilisation de seringues, bien que les études quantitatives menées jusqu'à présent n'aient pas réussi à déterminer clairement si elles contribuent à augmenter le partage de seringues. Kral et coll. ont comparé les taux de partage et de réutilisation du matériel d'injection parmi les clients de 23 PS de la Californie dont les politiques de distribution sont variées – échange unitaire, échange unitaire « plus » (on donne aux clients quelques seringues de plus que ce qu'ils ont rapporté) et distribution illimitée.<sup>182</sup> Les chercheurs ont constaté que les clients de programmes dotés d'une politique d'échange unitaire étaient plus susceptibles de réutiliser leur matériel d'injection que ceux de PS ayant une

<sup>177</sup> Communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56.

<sup>178</sup> Voir S. Bray et coll., « Doffing the cap: Increasing syringe availability by law but not in practice, Connecticut, 1999 », *International Journal of Drug Policy* 12, 3 (2001) : 221–235; A.H. Kral et coll., « Injection risk behaviour among clients of syringe exchange programs with different syringe dispensation policies », *JAIDS* 37, 2 (2004) : 1307–1312.

<sup>179</sup> Spittal et coll. notent toutefois que « bien qu'il soit plausible que les programmes de distribution qui ne sont pas fondés sur l'échange aient pour conséquence qu'un plus grand nombre de seringues soient jetées dans des lieux publics, nous ne connaissons aucune étude qui démontre que ce soit le cas. » [trad.]; P.M. Spittal et coll., « How otherwise dedicated AIDS prevention workers came to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada », *International Journal of Drug Policy* 15 (2003) : 36–35, p. 42

<sup>180</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>181</sup> M.W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS* 17, 6 (2003) : 887–892.

<sup>182</sup> Kral et coll., *supra*, note 178.

politique d'échange unitaire « plus » ou de distribution illimitée. Aucune différence n'a toutefois été décelée dans les taux de partage de seringues.<sup>183</sup>

Dans l'enquête de Wood et coll. menée en 2002 à Vancouver, les répondants n'ont pas cité les restrictions de distribution en tant qu'obstacle à l'accès aux PS – ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'au moment de l'étude, les PS de Vancouver avaient déjà adopté des politiques de distribution illimitée. Toutefois, une étude ethnographique antérieure de Spittal et coll. a révélé que, du temps des politiques d'échange unitaire, des utilisateurs de drogue demandaient du matériel d'injection même s'ils n'en avaient pas remettre échange; par conséquent, des seringues stériles étaient refusées à des gens qui en avaient besoin.<sup>184</sup> En dépit de politiques d'échange unitaire, et reconnaissant que plusieurs raisons légitimes peuvent justifier qu'un client n'ait pas de matériel à rapporter, des employés de PS ont développé un système pour distribuer des seringues aux clients qui n'en avaient pas à échanger. Des employés et des clients y faisaient référence sous le nom de « prêt », probablement pour signifier que l'on s'attendait à ce que le matériel usagé soit rapporté. La distribution de matériel sous forme de « prêt » était laissée à la discrétion des employés des PS; les clients bien connus et dignes de confiance pouvaient avoir droit à un plus grand nombre de seringues « prêtées ». En dépit de la politique officielle d'échange unitaire, de 5 à 10 % des seringues distribuées étaient ainsi « prêtées ». Spittal et coll. ont toutefois souligné qu'étant donné que le système de « prêt » était subjectif et fondé sur des relations établies, il ne répondait pas aux besoins des nouveaux utilisateurs de drogue ou de ceux nouvellement arrivés dans le secteur. Selon ces chercheurs, la principale faiblesse du système semblait être « les lourdes restrictions que les intervenants avaient l'impression de se voir imposer par le programme . . . Ils se sentaient clairement obligés de limiter les « prêts » à moins de 10 % du nombre total de seringues distribuées ».<sup>185</sup> Les personnes qui s'injectent plus fréquemment (comme les utilisateurs de cocaïne) ont été identifiées comme plus susceptibles d'emprunter des seringues à d'autres,<sup>186</sup> ce qui pourrait impliquer le besoin d'un accès facilité à un plus grand nombre de seringues. Spittal et coll. expliquent :

Les dépendances à la cocaïne injectable et à l'héroïne sont caractérisées par le besoin urgent de s'injecter fréquemment lors d'une rage de cocaïne, et de s'injecter immédiatement en cas de symptômes de sevrage d'héroïne . . . Essentiellement, la politique actuelle d'échange [unitaire] fait en sorte de perpétuer la pénurie de matériel d'injection stérile dans les rues de Vancouver. Les intervenants des PS deviennent partie intégrante d'un système punitif qui établit immédiatement une relation de con it entre eux et les clients, plutôt que de leur permettre de passer plus de temps à développer des relations constructives avec leurs populations cibles ou à leur fournir des services adaptés à leurs besoins. [trad.]<sup>187</sup>

Le raisonnement sous-jacent aux politiques d'échange unitaire est qu'elles contribuent à la mise au rebut adéquate des seringues. Les auteurs se demandent s'il vaut la peine, sur le plan de la santé publique, de faire le lien entre l'accès, la distribution et le retour du matériel, si les politiques d'échange unitaire entraînent de façon générale une augmentation de la transmission de pathogènes hématogènes.<sup>188</sup> Autrement dit, les préjudices sanitaires d'une telle approche restrictive pourraient l'emporter sur les bienfaits visés par l'exigence que les clients rapportent des seringues usagées en l'échange de neuves, en particulier lorsqu'il existe d'autres façons d'en assurer la mise au rebut sécuritaire, par exemple en mettant à leur disposition des contenants de mise au rebut d'objets tranchants.

<sup>183</sup> *Ibid.*, p. 1311–1312.

<sup>184</sup> Spittal et coll., *supra*, note 179.

<sup>185</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>186</sup> S.A. Strathdee et coll., « Social determinants predict needle sharing behaviour among drug users in Vancouver, Canada », *Addiction* 92, 1 (1997) : 1339–1347; E. Wood et coll., « Factors associated with persistent high risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange program », *AIDS* 16, 6 (2002) : 941–943.

<sup>187</sup> Spittal et coll., *supra*, note 179, p. 42–43.

<sup>188</sup> *Ibid.*, p. 43.

Certains PS fixent également un nombre maximum de seringues pouvant être remis à chaque visite, peu importe combien le client en rapporte.<sup>189</sup> À Hawaii, des PS ont été introduits en 1990 avec une politique d'échange unitaire et une limite de trois seringues par visite. Cette limite a été augmentée à 25 en 1993, puis abolie en 1996. La politique d'échange unitaire a toutefois été maintenue. Les clients des PS hawaïens se sont mis à partager de moins en moins de matériel d'injection, avec l'augmentation de la limite puis son abolition. La prévalence du VIH a également diminué.<sup>190</sup> En revanche, une étude de Heimer et coll. à Hartford, au Connecticut, a constaté que l'augmentation du maximum de seringues – de 5 à 10, puis de 10 à 30 – n'a eu aucun effet sur le risque lié à l'injection.<sup>191</sup> Les auteurs ont postulé que cela pouvait être dû aux faits que des employés étaient réticents à adopter la nouvelle politique, ou que les gens de Hartford avaient peut-être de la difficulté à accumuler plusieurs seringues usagées en vue de les échanger.<sup>192</sup> Ils ont suggéré que le seul fait de hausser le maximum de seringues pouvait être insuffisant en raison d'autres obstacles à l'accès, notamment le harcèlement policier, le manque d'autres services pour rehausser l'efficacité des PS (comme le counselling et l'information), ou la structure et le fonctionnement du programme,<sup>193</sup> notamment l'exigence d'échange unitaire.

**Le raisonnement sous-jacent aux politiques d'échange unitaire est qu'elles contribuent à la mise au rebut adéquate des seringues.**



Au Canada, la plupart des PS n'ont plus de politique d'échange unitaire ni de limite stricte. De fait, les recommandations de pratiques exemplaires de l'Ontario qualifient les politiques d'échange unitaire de « désuètes », recommandant aux PS de distribuer suffisamment de matériel pour permettre aux clients d'atteindre l'objectif idéal de santé publique d'utiliser une seringue neuve pour chaque injection.<sup>194</sup> En Colombie-Britannique, on ne surveille plus le retour de seringues, dans un effort pour passer d'un modèle d'« échange » à un modèle de « distribution ».<sup>195</sup>

Même si aucun programme au Canada n'a déclaré une observance *stricte* de politiques d'échange unitaire, plusieurs PS continuent de considérer qu'il est de leur rôle d'*encourager* les clients à rapporter leur matériel d'injection usagé, pour en assurer la mise au rebut adéquate.<sup>196</sup> Il s'agit d'un objectif louable, pour autant que ce soit fait d'une manière qui ne compromet pas le but principal d'utiliser une seringue neuve à chaque injection. Or une autre préoccupation persiste, selon la nature et la portée de l'encouragement, à l'effet que le nombre de seringues remises puisse être insuffisant. Par exemple, certaines lignes directrices de programmes

<sup>189</sup> Voir *ibid.*, p. 37; Kral et Bluthenthal, *supra*, note 150.

<sup>190</sup> R.L. Vogt et coll., « Hawaii's statewide syringe exchange program », *American Journal of Public Health* 88 (1998) : 1403–1404.

<sup>191</sup> R. Heimer et coll., « Effects of increasing syringes availability on syringe exchange use of HIV risk Connecticut 1990–2001 », *Journal of Urban Health* 79, 4 (2002) : 556–570.

<sup>192</sup> Bluthenthal et coll., *supra*, note 91, p. 1144.

<sup>193</sup> Heimer et coll., *supra*, note 191, p. 568–569.

<sup>194</sup> *Supra*, note 54, p. 78.

<sup>195</sup> Communication personnelle avec Mooney, *supra*, note 56.

<sup>196</sup> Communication personnelle avec Fairburn, *supra*, note 56; *PEI needle exchange protocol guidelines*, en filière (affirmant que « l'on s'efforce de donner le même nombre de seringues neuves que de seringues usagées rapportées » et que « le client devrait se voir expliquer que, dans le cadre du programme, l'on s'attend à ce qu'il rapporte ses seringues usagées lors du prochain échange »). Communication personnelle avec A. Sherstobitoff, ANKORS, coordonnateur de la réduction des méfaits/échange de seringues mobile, 17 janvier 2007.

continuent de laisser le soin aux employés de déterminer le nombre maximum de seringues pouvant être distribuées aux clients qui échouent souvent à rapporter des seringues usagées.<sup>197</sup> Les protocoles d'échange de seringues de l'Î.P.-É. recommandent de remettre un maximum de cinq seringues à un client qui n'en a aucune à redonner.<sup>198</sup> La distribution en gros devrait être encouragée, en particulier dans les cas où des clients redistribuent des seringues stériles à d'autres qui n'ont pas un accès facile au PS. Les recommandations de pratiques exemplaires de l'Ontario signalent que « [e]n fournissant aux clients le nombre de seringues qu'ils demandent, on est plus susceptible d'atteindre le but de réduire la transmission de pathogènes hématogènes, et de respecter la recommandation d'utilisation d'une seringue neuve et stérile pour chaque injection. »<sup>199</sup>

## Restrictions fondées sur l'âge

Au Canada, les PS n'ont généralement pas de politique spécifique sur l'âge minimal des clients. Toutefois, des lois provinciales requièrent des fournisseurs de services qu'ils avisent les services provinciaux de protection de l'enfance s'ils ont des motifs de croire qu'un enfant a besoin de protection.<sup>200</sup> Les fournisseurs de services tendent à considérer que des preuves d'injection de drogue justifient un signalement, en vertu de ces lois. Des employés de PS de l'Ontario et de l'Alberta ont indiqué que cela contribue au faible recours aux services, parmi les jeunes.<sup>201</sup>

Dans certains cas, des restrictions fondées sur l'âge ont été imposées dans le cadre de politiques sur la réduction des méfaits. Comme nous l'avons mentionné dans le cas de la Ville d'Ottawa, les trousseaux pour l'usage sécuritaire du crack ne sont pas distribués aux moins de 18 ans. Cette politique découle d'un compromis négocié en 2005 entre les autorités de la santé publique et le chef de la police d'Ottawa, devant l'Opposition de ce dernier à l'introduction de ces trousseaux dans le programme municipal de réduction des méfaits. Le médecin hygiéniste en chef de la Ville d'Ottawa, qui militait pour l'introduction de trousseaux sécuritaires pour l'usage du crack en réponse à la hausse fulgurante du taux de VHC,<sup>202</sup> a acquiescé à contrecœur à la demande du chef de police d'imposer une restriction fondée sur l'âge. Un intervenant en réduction des méfaits de la Ville d'Ottawa a dit craindre que la limite d'âge crée un obstacle supplémentaire dans l'accès aux services pour les jeunes.<sup>203</sup>

Sur le plan de la santé publique, aucun motif ne justifie le refus de matériel d'injection stérile à un individu en raison de son âge. Les PS sont tout aussi efficaces à prévenir la transmission de pathogènes hématogènes parmi les jeunes, et des données indiquent que ces programmes ne contribuent pas à encourager l'usage de drogue chez les adolescents.<sup>204</sup> Comme l'a affirmé David Roy, « [i]l serait imprudent et éthiquement discutable [de refuser l'accès à] un programme d'échange de seringues alors que c'est la seule mesure de protection qui, dans l'immédiat, nous permettra d'aider ces jeunes ». <sup>205</sup> Par ailleurs, les jeunes ont un droit d'accès égal à des mesures de prévention de la maladie et à d'autres services de santé – ce qui en fait une question de droits humains.<sup>206</sup>

<sup>197</sup> PEI needle exchange protocol guidelines, *ibid.*

<sup>198</sup> *Ibid.*

<sup>199</sup> *Supra*, note 54, p. 78.

<sup>200</sup> Voir, p. ex., *Loi ontarienne sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O. 1990, c. C-11, s. 72(1).

<sup>201</sup> Communication personnelle avec Lavigne, *supra*, note 130. Communication personnelle avec Luce, *supra*, note 137.

<sup>202</sup> D. Tencer, « Hep-C called 'runaway' problem among city's illegal drug users: medical officer defends expanded paraphernalia plan », *Ottawa Citizen*, 9 octobre 2004.

<sup>203</sup> Communication personnelle avec Lavigne, *supra*, note 130.

<sup>204</sup> Marx et coll., *supra*, note 11.

<sup>205</sup> D. Roy, « Avis éthique sur l'accès aux seringues stériles pour les jeunes de moins de 14 ans », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2,3 (1996) : 4-5.

<sup>206</sup> *Convention relative aux droits de l'enfant*, résolution 44/25 de l'Assemblée générale de l'ONU, annexe, 44 U.N. GAOR Supp. (No 49), p. 167, U.N. Doc. A/44/49 (1989), art. 24 (f). PIRDÉSC, *supra*, note 26, art. 12; Comité des droits de l'enfant de l'ONU, *Observation générale No 3 : Le VIH/sida et les droits de l'enfant*, CRC/GC/2003/ (2003).

## Situation et atmosphère

Certaines personnes sont susceptibles de ne pas avoir recours à un PS si elles considèrent que la situation et l'atmosphère de l'établissement sont rebutantes ou stigmatisantes. En 2002, Strike et coll. ont interviewé des employés et des directeurs de tous les PS de l'Ontario ainsi que des fonctionnaires, dans le cadre d'une recherche ethnographique. Elles ont constaté que « les clients sont, paraît-il, hésitants à aller aux sites fixes qui sont situés dans des unités de santé publiques, car ces emplacements sont considérés trop « cliniques » et /ou trop gouvernementaux ». <sup>207</sup> Par ailleurs, les PS situés dans des locaux d'organismes de lutte contre le sida ont parfois été qualifiés de « trop 'axés sur les gais' ou liés au VIH ». <sup>208</sup> Compte tenu de ces obstacles, ont signalé Strike et coll., trois PS situés dans des unités de santé publique ont déménagé leurs sites plus près des secteurs de la ville où l'usage de drogue est plus répandu, ou ont réorganisé les lieux (p. ex. en créant une entrée distincte) afin d'améliorer l'accès des clients et de réduire le degré d'« interaction » avec des employés ou clients d'autres sections de l'unité de santé. Cependant, il convient de prendre soin que de telles mesures correspondent aux pratiques exemplaires au chapitre des droits de la personne, car elles risquent en effet d'entraîner un degré plus élevé de stigmatisation et de limiter davantage l'accès, en séparant les clients des PS et les autres clients des organismes de services à la communauté. Néanmoins, il est important que les services soient fournis dans des établissements où les personnes qui utilisent des drogues sont à l'aise d'aller.

## Refus de service ou piètre accueil en pharmacie

Certains pharmaciens refusent de vendre des seringues aux personnes qu'ils soupçonnent de consommer des drogues illégales par injection. Dans une étude réalisée à Vancouver, le refus de pharmacies de vendre des seringues à des personnes qui utilisent des drogues a été fréquemment mentionné, quelle que fût leur principale source de matériel d'injection (p. ex. PS à site fixe, PS en camionnette ou pharmacie). Parmi les personnes qui tentaient de se procurer du matériel d'injection surtout en pharmacie, le refus de vente de seringue était le premier obstacle cité, <sup>209</sup> ce qui signifie que leur source n'était pas fiable. Des attitudes et pratiques inappropriées de pharmaciens, que ce soit à l'égard de toutes les personnes qui utilisent des drogues, ou seulement de certains groupes, peuvent stigmatiser cette clientèle et décourager l'acquisition de matériel d'injection stérile. <sup>210</sup> Une étude réalisée à New York, à San Francisco et à Dayton (Ohio) a conclu que 12 % des pharmaciens refusaient de vendre des seringues aux personnes de race noire. <sup>211</sup> En contrepartie, des enquêtes auprès de pharmaciens du Canada et de l'Angleterre portent à croire que les pharmaciens pourraient, avec une formation et un soutien adéquats, jouer un rôle sanitaire important en faisant l'échange de seringues et en fournissant des services connexes. <sup>212</sup>

Au Canada, la vente de seringues en pharmacie est légale, et des instances de réglementation professionnelles ont encouragé les pharmaciens à la faire de manière ouverte. <sup>213</sup> Néanmoins, les pharmaciens conservent généralement un pouvoir discrétionnaire quant à la vente de seringues et à la question de les étaler ou de les conserver derrière le comptoir. La politique du Collège des pharmaciens de l'Ontario, par exemple, est que « le placement et la vente des seringues et aiguilles sont laissés au jugement professionnel du pharmacien. Bien que le Collège incite les pharmaciens à vendre des seringues à toute personne qui en demande, la décision

<sup>207</sup> C.J. Strike et coll., « Needle exchange programs: delivery and access issues », *Revue canadienne de santé publique* 93, 5 (2002) : 339–343.

<sup>208</sup> *Ibid.*

<sup>209</sup> Wood et coll., *supra*, note 23, p. 100.

<sup>210</sup> A.A. Gleghorn et coll., « 'Pharmacists' attitudes about pharmacy sale of needles/syringes and needle exchange programs in a city without needle/syringe prescription laws », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18, 1 (1998) : S89–S93.

<sup>211</sup> P. Lurie et coll., *supra* note 55.

<sup>212</sup> J. Sheridan et coll., « Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in Southeast England: A survey of service providers », *Addiction* 95 (2000) : 1551–1560; T. Myers et coll., « Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and interventions for injection drug users in Canada », *AIDS Care* 10, 6 (1998) : 689–700.

<sup>213</sup> Myers et coll., *ibid.*, p. 691 (« au moment de cette étude, trois des dix instances provinciales de réglementation des pharmaciens encourageaient l'étalage des seringues et aiguilles, de sorte que les clients puissent voir et choisir eux-mêmes. » [trad.]

est laissée au jugement de chaque pharmacien » [trad.].<sup>214</sup> Le Québec est doté d'un programme dans le cadre duquel des pharmacies, en particulier en région moins urbaine, servent de sites d'échange de seringues, et sont identifiées par un logo indiquant qu'on y vend ou fournit du matériel d'injection.<sup>215</sup>

D'à peu près partout au Canada, on entend des témoignages à l'effet que des pharmaciens refusent de vendre des seringues aux personnes qui consomment des drogues. À Terre-Neuve-et-Labrador, par exemple, certains ont commencé à exiger une ordonnance de médecin, pour l'achat de seringues.<sup>216</sup> Le Collège des pharmaciens de l'Ontario a signalé que « la vente de seringues par les pharmaciens demeure une question controversée, pour la profession. Nous recevons encore des plaintes concernant la manière dont les clients sont traités lorsqu'ils demandent de tels produits » [trad.].<sup>217</sup>

## Échec à s'adapter aux préférences des clients quant au mode de distribution

Plusieurs études portent à croire que le fait de fournir des seringues de diverses manières peut contribuer à l'atteinte des buts des PS. La conception et la mise en œuvre des programmes de seringues devraient être adaptées aux besoins locaux,<sup>218</sup> et de multiples sources d'approvisionnement en seringues peuvent optimiser l'accès à ces instruments pour les personnes qui s'injectent des drogues.<sup>219</sup> Le matériel peut être distribué par des programmes à site fixe, à unités mobiles, en pharmacie, ou encore au moyen de machines distributrices (au Canada, toutefois, on n'utilise pas de machines distributrices pour le matériel d'injection).<sup>220</sup> Les programmes peuvent fonctionner par le travail de pairs, être administrés par le gouvernement ou par un organisme communautaire. Il arrive que des personnes qui consomment des drogues s'approvisionnent en seringues par la distribution secondaire (i.e. la pratique selon laquelle des clients de PS distribuent du matériel à d'autres personnes dans leur réseau).<sup>221</sup>

Diverses méthodes de distribution de seringues joignent vraisemblablement diverses sous-populations. Par exemple, les PS à site fixe tendent à attirer une clientèle surtout masculine, plus âgée, blanche, urbaine, qui s'injecte depuis plus longtemps.<sup>222</sup> Une étude parmi des jeunes de 18 à 30 ans, utilisant des drogues, à Chicago, a révélé que très peu d'entre eux avaient recours au PS à site fixe : près des deux tiers des répondants ont dit ne pas y être allés dans les six mois précédents; et seulement 13 % ont dit visiter un PS plus d'une fois par mois en moyenne.<sup>223</sup>

L'acquisition de seringues en pharmacie tend à attirer un groupe démographiquement différent de celui qui fréquente les PS à site fixe. À Anchorage (Alaska), une étude a permis de constater que les pharmacies avaient

<sup>214</sup> Ontario College of Pharmacists, « Close-up on complaints—committee decisions—syringes » (1995). Accessible via [www.ocpinfo.com](http://www.ocpinfo.com).

<sup>215</sup> Myers et coll., *supra*, note 212.

<sup>216</sup> Communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56.

<sup>217</sup> Ontario College of Pharmacists, *supra*, note 214.

<sup>218</sup> Bastos et Strathdee, *supra*, note 12.

<sup>219</sup> Voir W.T. Ciaffa et coll., « Practices surrounding syringe acquisition and disposal: Effects of syringe exchange programmes from different Brazilian regions: The AJUDE-Brasil II project », *International Journal of Drug Policy* 14, 5/6 (2003) : 365–371, p. 369. (Il y est signalé que même dans des circonstances où l'accès aux PS n'est entravé que par des obstacles mineurs, les pharmacies demeurent une importante source de seringues stériles.); Lurie et coll., *supra*, note 55.

<sup>220</sup> Pour une description de divers types de PS, voir D.C. Des Jarlais, « Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users », *AIDS* 14, 1 (2000) : S41–S46.

<sup>221</sup> M.W. Tyndall et coll., « Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities », *JAIDS* 31, 1 (2002) : 98–105; J.-P.C. Grund et coll., « Reaching the unreached: Targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups », *Journal of Psychoactive Drugs* 24, 1 (1992) : 41–47; J.D. Rich et coll., « Strategies to improve access to sterile syringes for injection drug users », *AIDS Readers* 12, 12 (2002) : 527–535; T.W. Valente et coll., « Satellite exchange in the Baltimore needle exchange program », *Public Health Reports* 113, S1 (1998) : 90–96.

<sup>222</sup> K. Khoshnood et coll., « 'Dropouts' or 'Drop-ins'? Client retention and participation in New Haven's needle exchange program », *Public Health Reports* 110, 462–466; J.D. Rich J. et coll., « Obstacles to needle exchange participation in Rhode Island », *JAIDS* 21 (1999) : 396–400; Treloar et Cao, *supra*, note 155, p. 309.

<sup>223</sup> S.L. Bailey et coll., « The use of needle exchange by young injection drug users », *JAIDS* 34, 1 (2003) : 67–70.

la préférence des femmes, des personnes se faisant des injections fréquentes, de celles qui ont un revenu plus élevé, ainsi que des utilisateurs d'opiacés (à l'opposé des utilisateurs de cocaïne).<sup>224</sup> Les personnes de race noire étaient moins susceptibles que les blanches et les personnes autochtones de tenter d'acheter des seringues en pharmacie,<sup>225</sup> ce qui concorde avec des études états-uniennes antérieures.<sup>226</sup> En Australie, les caractéristiques démographiques (y compris l'âge et le sexe) des personnes se procurant leurs seringues dans des PS ou en pharmacie étaient semblables, mais les répondants qui ont dit s'approvisionner en seringues auprès de PS avaient un profil de risque plus élevé que ceux qui s'adressaient à des pharmacies; les clients de PS étaient donc plus susceptibles d'avoir été en prison pendant l'année précédant l'entrevue, ils avaient une fréquence d'injection plus élevée, et ils s'étaient fait des injections dans des lieux extérieurs plus souvent que les autres, au cours du mois précédent.<sup>227</sup> Contrairement à ce qui a été observé à Anchorage, les utilisateurs s'approvisionnant en seringues auprès de pharmacies étaient plus susceptibles de s'injecter des amphétamines.<sup>228</sup> À Vancouver, les personnes qui ont dit acheter des seringues en pharmacie avaient un profil de risque moins élevé que les clients de PS fixes ou d'unités mobiles.<sup>229</sup> À New York, les jeunes et les blancs étaient plus susceptibles de s'approvisionner en seringues dans des pharmacies.<sup>230</sup>

À Vancouver, le PS nocturne réalisé par des pairs s'est avéré joindre le segment qui a le degré de risque le plus élevé, dans la population de personnes qui font usage de drogue; on a constaté qu'il s'agit là d'un ajout important aux PS de jour administrés par la Ville, qui existaient déjà. Comme nous en avons discuté, une étude réalisée en 2003 a démontré que la difficulté d'accès à des seringues était fortement associée à leur partage, et attribuable aux restrictions d'horaire des PS officiels.<sup>231</sup> En raison de la difficulté de se procurer des seringues pendant la nuit, à Vancouver, le VANDU a mis sur pied un programme pour faire l'échange de seringues dans une tente érigée en plein cœur du quartier de la drogue, aux heures où le PS à site fixe n'était pas ouvert. Le PS du VANDU, à l'opposé de celui de jour, avait une politique d'échange moins stricte, permettant aux utilisateurs de se procurer jusqu'à dix seringues, considérées « prêtées », même s'ils n'avaient aucune seringue usagée à donner en échange. Lorsque les responsables du programme diurne administré par la Ville ont commencé à mettre en question le bien-fondé du site du VANDU, Wood et coll. ont réalisé une étude consistant à évaluer le profil de risque de la clientèle du PS du VANDU et à examiner les facteurs associés à l'obtention de seringues auprès de ce site. L'étude a permis de constater que l'injection de cocaïne, l'injection dans des lieux publics et le besoin d'assistance à l'injection avaient tous une association avec le fait de se procurer des seringues au PS du VANDU. Chacun de ces facteurs avait été associé au risque d'infection par le VIH, lors d'études antérieures.<sup>232</sup> En outre, le recours au PS du VANDU se révélait associé à une mise au rebut sécuritaire des seringues usagées, en dépit du fait que l'utilisation de drogue en lieu public ainsi que l'injection fréquente de cocaïne, dans des études antérieures, aient été associées à une mise au rebut inadéquate des seringues.<sup>233</sup> Wood et coll. ont donc conclu que le VANDU, en réalisant un PS nocturne par l'action de pairs, remplissait un rôle crucial en joignant une population spécifique et vulnérable.

<sup>224</sup> Fisher et coll., *supra*, note 172.

<sup>225</sup> *Ibid.*, p. 384–385.

<sup>226</sup> Voir M. Singer et coll., « Changing the environment of AIDS risk: Findings on syringe exchange and pharmacy sale of syringes in Hartford, CT », *Medical Anthropology* 18, 1 (1997) : 107–130. (Signalant que les États-Uniens d'ascendances noire et latino-américaine sont moins enclins que les blancs à avoir recours à des pharmacies.)

<sup>227</sup> H.-H. Thein et coll., « Injecting behaviour of injecting drug users at needle and syringe programmes and pharmacies in Australia », *International Journal of Drug Policy* 14, 5 (2003) : 425–430.

<sup>228</sup> *Ibid.*, p. 427.

<sup>229</sup> C.L. Miller et coll., « Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges », *Journal of Urban Health* 79, 2 (2002) : 257–265.

<sup>230</sup> Deren et coll., *supra* note 98.

<sup>231</sup> E. Wood et coll., (2003), *supra* note 22.

<sup>232</sup> *Ibid.*

<sup>233</sup> *Ibid.*



Pareillement, une étude à Baltimore a révélé qu'un PS en camionnette et des PS en pharmacie attiraient des clientèles dissemblables.<sup>234</sup> Les deux types de programmes fournissaient des services d'échange unitaire et leurs horaires d'activité étaient semblables. Riley et coll. ont examiné les différences entre les clients faisant une première visite à l'un ou l'autre des programmes; ils ont constaté que les clients du PS en camionnette étaient moins susceptibles d'être des personnes de race noire, mais plus susceptibles d'être utilisateurs de cocaïne, de s'injecter plus fréquemment et de le faire au moyen de seringues déjà utilisées par une autre personne. Les auteurs ont conclu que les PS devraient être diversifiés, afin de satisfaire les divers besoins des personnes qui s'injectent des drogues.<sup>235</sup>

Une autre étude réalisée à Baltimore a porté sur la mesure dans laquelle les distributeurs secondaires (des personnes qui se procurent des seringues stériles auprès de PS ou d'autres sources, puis les redistribuent à d'autres personnes qui s'injectent des drogues) contribuent à l'efficacité des PS.<sup>236</sup> Alors que les distributeurs secondaires représentaient 10 % des clients du PS de Baltimore, plus de 64 % du nombre de seringues distribuées par le PS passaient par eux. Ce résultat a mis en relief le fait que l'on pourrait adresser aux distributeurs secondaires des messages de prévention et les inciter à relayer cette information au reste de la communauté des personnes qui consomment des drogues.

L'échange de seringue régional de Sacramento [Sacramento Area Needle Exchange (SANE)], en Californie – un programme illégal par le biais duquel des personnes qui ont accès à un PS redistribuent du matériel d'injection stérile à d'autres personnes qui font usage de drogue –, s'est révélé desservir une clientèle plus éloignée et joindre une plus grande proportion de femmes que d'autres PS.<sup>237</sup> En Californie, il fallait une ordonnance de médecin, pour l'achat et la possession de seringue, à moins qu'une instance locale de réglementation ne décrète un état d'urgence et autorise un PS. Au moment d'une étude par Anderson et coll., le SANE fonctionnait sans autorisation légale de ce genre. Son personnel recrutait et formait des « distributeurs » désignés, qui desservaient des réseaux définis en termes géographiques, économiques, professionnels ou médicaux. Le programme était conçu de manière à couvrir une vaste région à coût moindre que celui qu'impliquerait la mise sur pied d'un grand nombre de PS à site fixe ou d'un service mobile au rayonnement suffisant. L'approche adoptée a possiblement réduit le risque que les clients de PS croisent la police, en raison de la provision d'une majorité des services dans le voisinage des clients, par les distributeurs désignés (si l'on compare avec un scénario où les clients auraient dû aller vers un site fixe ou une unité mobile). En outre, la méthode employée a permis de fournir des services à des clients qui n'auraient peut-être pas pu, ou voulu, s'adresser à des programmes à site fixe.

Des preuves directes ont été mises en relief à l'effet que l'offre de plus d'une méthode d'acquisition peut améliorer l'accès à des seringues. En 2003, Fisher et coll. ont constaté que les personnes qui se voyaient offrir le choix (dans le cadre du projet de recherche) de se procurer des seringues auprès de pharmacies, de PS, ou encore de « sources peu sûres » comme dans la rue, étaient plus susceptibles de se les procurer auprès de sources où les instruments fournis étaient assurément stériles, en comparaison avec les personnes qui n'avaient que le choix entre des pharmacies ou des sources peu sûres.<sup>238</sup> Les auteurs ont conclu que :

lorsque des pharmacies et des [PS] sont disponibles, certains individus achèteront des [seringues et aiguilles] en pharmacie, certains en échangeront aux [PS], d'autres dans les deux endroits, et d'autres encore n'auront pas recours à ces sources. Cette recherche fournit les preuves les plus solides, jusqu'à ce jour, du fait que les deux types de sources – pharmacies et PS – sont nécessaires

<sup>234</sup> E.D. Riley et coll., « Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program », *JAIDS* 24, 1 (2000) 57–61.

<sup>235</sup> *Ibid.*, p. 60.

<sup>236</sup> T.W. Valente et coll., « Satellite exchange in the Baltimore needle exchange program », *Public Health Reports* 113, S1 (1998) : 90–96.

<sup>237</sup> R. Anderson et coll., « Delivery syringe exchange through 'satellite exchangers': the Sacramento Area Needle Exchange, USA », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : 461–463.

<sup>238</sup> Fisher et coll., *supra*, note 172, p. 385–6.

simultanément, si le but est de fournir des [seringues et aiguilles] stériles aux [personnes qui s'injectent des drogues].<sup>239</sup>

Bien sûr, chaque méthode de distribution peut donner lieu à des préoccupations particulières. Par exemple, tandis que la distribution secondaire peut contribuer à étendre la couverture à une communauté plus vaste, en général les personnes qui y ont recours ne reçoivent pas les autres services disponibles dans les PS, comme le counselling et la référence à des programmes de traitement de la toxicomanie.<sup>240</sup> Des préoccupations semblables pourraient être exprimées au sujet des machines distributrices de seringues.

## Préoccupations touchant l'opprobre et la vie privée

Dans l'étude réalisée par Treloar et Cao, à Sydney (Australie) en 2003, des craintes touchant la stigmatisation et le manque d'anonymat ont été signalées comme un obstacle à l'accès aux PS, par les deux tiers des deux groupes de participants (i.e. ayant déjà, ou n'ayant jamais, eu recours à des PS). C'est en fait le seul obstacle qui a été signalé par les deux groupes.<sup>241</sup> La stigmatisation a été signalée comme un obstacle majeur à l'accès, dans une recherche effectuée au Rhode Island.<sup>242</sup> À Baltimore, les personnes qui préféraient obtenir des seringues auprès de distributeurs secondaires ont affirmé que la protection de leur vie privée était l'une des raisons de leur préférence.<sup>243</sup>

Dans un rapport publié par Human Rights Watch, au sujet de la situation en Californie, on cite les propos d'un coordonnateur de PS qui parle d'une amie nantie qui « n'arrive pas à se résigner » à utiliser le service : « Il y a des personnes qui s'injectent des drogues et vivent dans des coins très riches, dans ce pays. J'en connais une, et elle se refuse à venir échanger ses seringues. Nous sommes amis, nous travaillons ensemble et ... elle dit qu'elle en est incapable. Elle partage des seringues. »<sup>244</sup>

Aucune étude exhaustive n'a établi dans quelle mesure des craintes touchant la stigmatisation et la vie privée entravent l'accès aux PS, au Canada. Cependant, nombre d'informateurs clés du présent projet ont signalé qu'il s'agit d'une préoccupation majeure, en particulier dans les communautés plus éloignées et où il est plutôt difficile de conserver l'anonymat. En Saskatchewan et aux T.N.-O., par exemple, certaines personnes ont signalé que l'échange secondaire informel est préférable, dans les cas où l'anonymat est important, comme dans de petites communautés rurales où les gens ne veulent pas dévoiler leur usage de drogue en allant demander du matériel d'injection stérile ou en se promenant avec un contenant à objets tranchants au centre local de santé.<sup>245</sup> Une évaluation de besoins, effectuée pour un PS à Halifax, a permis de constater que « plusieurs personnes dans le sud et le sud-ouest de la Nouvelle-Écosse sont très paranoïaques et craintives que la communauté découvre leur toxicomanie, et ce pour plusieurs raisons valables : enfants d'âge scolaire, services sociaux, [police] ... » [trad.].<sup>246</sup> Des clients d'un PS à Nelson (C.-B.) ont refusé d'avoir recours à des PS, de peur que les médecins cessent de leur donner des ordonnances de substances légales s'ils découvraient qu'ils s'injectent ces médicaments d'ordonnance plutôt que de les prendre comme prescrits.<sup>247</sup>

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 386.

<sup>240</sup> Valente et coll, *supra*, note 221.

<sup>241</sup> *Supra*, note 155, p. 312.

<sup>242</sup> Rich et coll., *supra*, note 221.

<sup>243</sup> Voytek et coll., *supra*, note 221, p. 466.

<sup>244</sup> Human Rights Watch, *supra*, note 170, p. 46.

<sup>245</sup> Communication personnelle avec Fairburn, 5 janvier 2007; communication personnelle avec White, *supra*, note 47.

<sup>246</sup> Mainline Needle Exchange Provincial Needs Assessment (2002), en filière.

<sup>247</sup> Personal communication with Sherstobitoff, *supra* note 196.

## Opposition au sein de la communauté, y compris les restrictions municipales

Les attitudes et la résistance, au sein de la communauté, peuvent rendre difficile d'établir de nouveaux PS et d'élargir ceux qui existent. Étant donné que les personnes qui font usage de drogue et les personnes vivant avec le VIH/sida sont souvent stigmatisées,<sup>248</sup> il peut être difficile de mobiliser et de maintenir des appuis à l'égard de services de santé pour ces personnes, en particulier lorsqu'on les considère comme des menaces pour la communauté. Comme pour plusieurs mesures de réduction des méfaits, certains membres de la communauté peuvent croire, à tort, que les PS fassent augmenter l'usage de drogue, ou que de tels programmes entraînent une hausse de criminalité locale.<sup>249</sup>

Au Canada, des PS ont rencontré des difficultés à trouver pignon sur rue, dans des communautés. Dans leur étude des PS ontariens, Strike et coll. ont signalé qu'à chaque fois qu'un nouveau PS a été proposé, ses organisateurs ont eu à faire face à l'opposition ou au scepticisme de la communauté.<sup>250</sup> Ces auteures ont interviewé des coordonnateurs, gérants et employés de tous les PS de l'Ontario, afin d'« examiner comment les [PS] établissent, définissent et justifient leur existence, dans leurs communautés ». <sup>251</sup> Elles ont conclu que l'opprobre de la communauté à l'égard des PS et de leurs clients, de même que le syndrome *pas dans ma cour*, nuisaient à l'établissement de ces programmes ainsi qu'à leur fonctionnement. Aux premières étapes de planification, des plaintes orales et écrites ont été adressées aux politiciens, aux autorités sanitaires ainsi qu'aux journaux : les résidents à la source de cette résistance décrivaient les PS comme un risque pour la santé publique. Presque tous les programmes dont le cas a été étudié ont été spontanément pointés du doigt, blâmés pour des cas de seringues jetées de manière inadéquate, dans leurs communautés, bien que le phénomène pût exister avant même la création de PS. Les opposants misent sur des statistiques à l'effet que le taux de récupération de seringues par les PS n'atteint pas 100 %, afin de prétendre à tort que ces programmes échouent à atteindre leur objectif sanitaire.<sup>252</sup> Certains membres de communautés ont exprimé des craintes que les PS n'attirent des utilisateurs de drogue ainsi que des travailleuses ou travailleurs sexuels dans leur quartier. Dans certains cas, des résidents ont harcelé verbalement des employés de PS et frappé du poing les camionnettes de PS mobiles.<sup>253</sup>

Des conseils municipaux ont parfois recours à des règlements de zonage afin d'empêcher l'établissement, le maintien et le fonctionnement de PS. À Tacoma, dans l'État de Washington, le département de santé de la ville et du comté a dû intenter une poursuite en justice contre la ville, afin de pouvoir ouvrir des PS.<sup>254</sup> Dans un exemple semblable au Canada, un PS n'est parvenu à déménager qu'après un recours judiciaire dans lequel il a eu gain de cause : le conseil municipal de Whalley, en Colombie-Britannique, n'avait « pas caché son souhait de disperser des services sociaux, hors de son territoire, dans l'idée de rendre le secteur moins attirant pour les utilisateurs de drogue et les sans-abri » [trad.].<sup>255</sup> La Surrey HIV/AIDS Centre Society, dont un programme était une clinique sans but lucratif, dotée d'un PS ainsi que de services de soutien en matière de VIH/sida, s'est vue refuser un permis pour la construction d'un nouveau site, lorsqu'elle a voulu déménager à quelques portes de son site. La Ville a refusé de lui accorder le permis en prétendant que la Society n'avait pas la licence

<sup>248</sup> Voir Strike et coll., *supra*, note 137, p. 262.

<sup>249</sup> Voir *supra*, notes 9 à 11.

<sup>250</sup> *Supra*, note 54.

<sup>251</sup> *Ibid.*, p. 263.

<sup>252</sup> *Ibid.*, p. 266.

<sup>253</sup> *Ibid.*

<sup>254</sup> S. G. Sherman et D. Purchase, « Point defiance: A case study of the United States' first public needle exchange in Tacoma, Washington », *International Journal of Drug Policy* 12, 1 (2000) : 45–57.

<sup>255</sup> G. Bellett, « Judge approves HIV/AIDS clinic's move in Whalley », *Vancouver Sun*, 17 février 2006.

requis pour son type d'activité; la Society a contesté la décision en justice.<sup>256</sup> La question légale en l'espèce était de déterminer si elle pouvait détenir un permis d'opération pour cabinet médical, ou si elle devait se procurer une licence d'entreprise de services communautaires. En vertu d'un nouveau règlement adopté par la Ville le mois précédant ladite demande de permis de construction, il était exigé que les groupes désireux d'obtenir une licence d'entreprise de services communautaires présentent, en accompagnement à leur demande, une déclaration d'impact communautaire.

Le directeur général du Surrey North Community Health Centre, au sein duquel opérait la Society, a laissé entendre que l'obtention de l'approbation de la communauté à l'égard de programmes sociaux controversés serait « impossible ».<sup>257</sup> Il a affirmé : « Tout le monde est d'accord à dire que ces services sont nécessaires, mais personne ne les veut *dans sa cour*. »<sup>258</sup> La Cour suprême de la Colombie-Britannique a statué que la Society fournissait des services médicaux et était par conséquent admissible à une licence d'entreprise de services médicaux et, contrairement à un organisme de services communautaires, n'avait pas besoin de déposer de déclaration d'impact communautaire. La Cour a également déterminé que la Ville ne pouvait pas refuser la licence d'entreprise de services médicaux simplement parce que le requérant était une société sans but lucratif.<sup>259</sup> En qualifiant le Health Centre d'entreprise médicale, la Cour a évité de se prononcer sur la question de savoir s'il était légal que la municipalité exige des déclarations d'impact communautaire de la part des entreprises classées comme des organismes de services communautaires.

De manière semblable, CACTUS-Montréal, un PS communautaire, a presque été empêché de déménager dans ses nouveaux locaux en raison d'opposition dans la communauté ainsi que de règlements de zonage visant les organismes communautaires. Depuis sa fondation en 1989, le PS de CACTUS-Montréal fonctionnait dans un local exigü, près d'un terminus d'autobus. L'organisme a tenté de déménager dans un endroit à proximité d'une clinique de santé, dans un secteur achalandé qui procurerait plus d'anonymat. En juin 2004, CACTUS et l'arrondissement Ville-Marie de la Ville de Montréal avait convenu du site idéal, et CACTUS avait obtenu du gouvernement fédéral le financement nécessaire au déménagement. Des consultations publiques tenues par CACTUS ont révélé peu d'opposition à ce plan.

Néanmoins, en août 2004, le conseiller municipal de l'arrondissement, Robert Laramée, a annulé le projet de déménagement, en affirmant que des résidents et des commerçants du quartier avaient pris contact avec lui pour exprimer des préoccupations.<sup>260</sup> L'Université du Québec à Montréal (UQÀM) avait apparemment exprimé un intérêt pour cet espace et fait pression sur la Ville.<sup>261</sup> En décembre, un autre obstacle au déménagement a été créé par l'adoption d'un règlement municipal exigeant que des organismes communautaires au service de populations marginalisées suivent un processus d'approbation de la communauté, afin de pouvoir déménager ou construire un nouveau bâtiment. Après une période de tension politique considérable ainsi que d'incertitude dans ce dossier, de même que l'entrée en fonction d'un conseil municipal nouvellement élu, une audience publique a été organisée afin de discuter du déménagement. Des représentants de la police ainsi que de l'UQÀM y ont assisté. Le nouveau gouvernement municipal a finalement approuvé le déménagement, peu après la réunion.<sup>262</sup>

<sup>256</sup> *Surrey HIV AIDS Centre Society v. City of Surrey and Murray Dinwoodie*, Supreme Court of British Columbia, 15 février 2006, Vancouver, dossier de la cour L052209; G. Betteridge, « Une cour de C.-B. donne le feu vert à un service d'échange de seringues et de halte-accueil », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 11, 2/3 (2006) : 46.

<sup>257</sup> Bellett, *supra*, note 255.

<sup>258</sup> *Ibid.*

<sup>259</sup> *Surrey HIV AIDS Centre Society*, *supra*, note 256.

<sup>260</sup> T. Lindeman, « Needling exchange: Cactus and the borough accuse each other of endangering the community organization's future », *Montreal Mirror*, 10-16 mars 2005.

<sup>261</sup> *Ibid.*

<sup>262</sup> Communication personnelle avec Marianne Tonnelier, *supra*, note 146.

Les craintes d'opposition de la communauté poussent certains PS à se faire aussi discrets que possible; ils ont l'impression qu'une attitude de confrontation risque d'accroître la visibilité de l'organisme et le potentiel d'opposition, et qu'il pourrait leur être impossible de modifier les attitudes de gens de la communauté.<sup>263</sup> Afin de s'adapter à l'opposition locale, un PS de l'Ontario a déplacé son site fixe dans un autre endroit, malgré que le nouvel emplacement lui semblait moins accessible aux clients.<sup>264</sup> Un autre a négocié un compris avec la communauté locale exigeant que les unités mobiles se tiennent à une certaine distance des écoles et garderies, pour fournir leurs services.<sup>265</sup> (Bien qu'ils respectèrent cette règle, les employés ont signalé que des membres de la communauté leurs ont exprimé leur objection lorsque la camionnette s'arrêtait à un feu rouge non loin de zones où il était interdit de s'arrêter.) Et comme nous l'avons signalé, le PS d'Ottawa a accepté de ne pas fournir de trousse pour l'usage plus sécuritaire de crack à des moins de 18 ans, afin de calmer l'opposition du chef de police.



**Les craintes d'opposition de la communauté poussent certains PS à se faire aussi discrets que possible; ils ont l'impression qu'une attitude de confrontation risque d'accroître la visibilité de l'organisme et le potentiel d'opposition ...**

Un moyen de gérer l'opposition politique est de recruter des alliés parmi les membres de la communauté. Il s'est avéré que l'opinion publique à l'égard des PS est très malléable. Les réponses à des sondages de l'opinion publique au sujet de PS ont révélé une sensibilité particulière à la formulation des questions. Dans 14 sondages réalisés entre 1987 et 2000, l'appui à des PS a oscillé entre 29 % et 66 %. Ceux effectués par des organismes de santé publique ont observé un appui plus élevé que les sondages réalisés par des organismes « à valeurs familiales »; les sondages qui désignaient les clients par l'expression « drogués » [« *drug addicts* », dans l'anglais] étaient moins susceptibles de déceler des appuis que les sondages qui évitaient les termes péjoratifs et qui présentaient de l'information sur la santé.<sup>266</sup>

Diverses approches destinées à favoriser l'appui de la communauté à l'égard de PS sont abordées dans une étude de Strike et coll.; nous les résumons ci-dessous.

- Dans un modèle fréquemment utilisé au pays, des comités communautaires fondateurs de PS ont été établis, en Ontario, afin de susciter des appuis dès le départ. Souvent, des personnes accordant un appui réservé, prudent, et parfois de fervents opposants, comme des agents de police, des membres de groupes religieux ou des tenants de l'abstinence de drogue, en ont fait partie. Plusieurs des personnes initialement opposées aux PS ont fini par les appuyer, grâce à ces interactions.<sup>267</sup>

<sup>263</sup> Strike et coll., *supra*, note 54, p. 267

<sup>264</sup> *Ibid.*, p. 268

<sup>265</sup> *Ibid.*

<sup>266</sup> J.S. Vernick et coll., « Public opinion about syringe exchange programmes in the USA: An analysis of national surveys », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : 431–435.

<sup>267</sup> Strike et coll., *supra*, note 54, p. 265.

- L'administration des PS par des unités de santé publique sous la supervision du médecin hygiéniste régional, est considérée comme une approche stratégique puisque le ministre de la Santé est généralement vu comme un personnage public responsable.<sup>268</sup>
- Des employés de PS ont essayé, par ailleurs, dans des exposés aux médias, à la communauté ou à des organismes parents, de modifier les attitudes et de contrer la stigmatisation répandue à l'égard des personnes qui consomment des drogues et de faire valoir leur droit de recevoir des services de santé.<sup>269</sup> Par exemple, dans un exposé lors d'une rencontre communautaire, un intervenant pourrait demander à l'auditoire :

Combien d'entre vous consomment de l'alcool trois ou quatre fois par semaine?  
Combien d'entre vous ont le mal de bloc en ce moment? Combien d'entre vous fument? Combien ont un café dans la main?

- Certains ont aussi rappelé à l'auditoire que la dépendance à la drogue n'est pas toujours un choix, et que certaines personnes dans la salle ou des êtres de leur entourage pourraient avoir besoin de services de réduction des méfaits.
- Au sein d'organismes qui fournissent d'autres types de services de réduction des méfaits, des efforts additionnels ont été déployés afin de modifier le sentiment que les personnes qui font usage de drogue sont des clients peu méritants. Par exemple, lorsque des vols occasionnels sont attribués à la clientèle de PS, les employés peuvent « normaliser » la chose en signalant que cela se produit dans tous les lieux de travail, non seulement dans des PS, et que tous les lieux de travail ont besoin de mesures de sécurité appropriées. L'intention est de transférer la responsabilité de la sécurité, du client au personnel.<sup>270</sup>

D'autres ont avancé que la provision de services auxiliaires, par les PS, comme le test et le counselling pour le VIH, la référence à des services de santé et de traitement de la toxicomanie, la distribution de condoms ainsi que l'éducation sur la santé, sont propices à l'acquisition de l'appui de la communauté.<sup>271</sup>

## Financement insuffisant

Des problèmes budgétaires empêchent les PS de satisfaire la demande, en termes de couverture et de conception des services. Aux États-Unis, où le financement fédéral aux PS demeure illégal, le manque de ressources constitue un important obstacle à la fourniture optimale des services, dans plusieurs contextes.<sup>272</sup> Au Canada, il n'existe pas de telle restriction légale au financement des PS. Comme nous l'avons mentionné, les gouvernements des ressorts canadiens appuient généralement les PS, dont la plupart sont financés en tout ou en partie par des fonds publics. Néanmoins, des problèmes de financement empêchent souvent les PS d'atteindre leur plein potentiel d'efficacité.

La plupart des informateurs clés interrogés dans le cadre du présent projet, en particulier ceux qui travaillent dans des organismes communautaires, ont affirmé qu'un financement accru leur permettrait de prolonger les heures d'ouverture, d'offrir des services mobiles ou de les élargir, et de fournir une gamme complète de matériel d'injection, y compris de l'eau stérile et des chauffeoirs.

<sup>268</sup> *Ibid.*, p. 265.

<sup>269</sup> *Ibid.*, p. 269–270.

<sup>270</sup> *Ibid.*, p. 270.

<sup>271</sup> Bastos et Strathdee, *supra*, note 12 ; Lurie et coll., *supra*, note 55.

<sup>272</sup> P. Lurie et E. Drucker, « An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle exchange programme in the USA », *Lancet* 349, 9052 (1997) : 604–608.

Les PS ne sont pas inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*,<sup>273</sup> qui exige que les provinces remplissent certains critères pour recevoir du financement fédéral par le biais du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'une de ces exigences est que les régimes provinciaux d'assurance santé soient « intégraux »; mais en vertu de la loi, cela signifie simplement qu'ils doivent inclure tous les services médicalement nécessaires fournis par les *hôpitaux* et les *médecins*<sup>274</sup> – et les PS ne sont généralement pas considérés comme l'un ou l'autre.

Dans le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (aussi appelé « rapport Romanow »), il a été recommandé que le principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* soit élargi pour reconnaître les définitions changeantes de la santé et des soins de santé. Soulignant que « de nombreux services [de santé] peuvent désormais être fournis en dehors des hôpitaux et par d'autres professionnels que les médecins », le rapport Romanow a suggéré de :

conserver le principe de l'intégralité, non pas en tant que description de la protection offerte actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, mais en tant qu'objectif permanent. Il faudrait le redéfinir. Dans la mesure où les ressources financières le permettent et où le système de santé évolue, la définition de l'intégralité (et des services assurés par les régimes provinciaux) devrait continuer d'évoluer de manière à se rapprocher d'un continuum de soins. Il faudrait immédiatement apporter des changements afin d'inclure dans les services assurés les services diagnostiques et de soins à domicile médicalement nécessaires. À plus long terme, il faudrait périodiquement réexaminer le principe de l'intégralité et l'actualiser.<sup>275</sup>

Dans la loi actuelle, la définition des services fournis par les hôpitaux inclut les services axés sur la prévention de la maladie.<sup>276</sup> Cependant, au regard de la *Loi canadienne sur la santé*, il n'existe pas de base de principe pour limiter les services assurés, en matière de prévention des maladies, aux seuls services fournis par les hôpitaux et les médecins – en particulier lorsque des services visant à prévenir la propagation de maladies infectieuses comme le VIH et le VHC contribuent du même coup à empêcher d'alourdir le recours aux hôpitaux et médecins.

Le gouvernement fédéral verse à l'occasion du financement de projet à des PS – par exemple, par le biais d'initiatives sur le VHC de l'Agence de santé publique du Canada.<sup>277</sup> Une partie du financement octroyé à la réduction des méfaits vient de la Stratégie canadienne antidrogue. Or, en dépit de l'objectif énoncé de la Stratégie canadienne antidrogue de « voir vivre les Canadiens dans une société de plus en plus exempte des méfaits qui sont associés à la consommation problématique de substances »,<sup>278</sup> seulement 10 millions \$ (soit 2,6 %) des 368 millions \$ versés par le gouvernement fédéral à la lutte anti-drogue, en 2004-2005, ont été alloués à des mesures de réduction des méfaits.<sup>279</sup>

Par conséquent, dans le système actuel, les provinces et les territoires créent ou financent des PS à leur discrétion, avec peu ou pas d'incitatifs du gouvernement fédéral. Tout financement versé par une province ou un territoire vient habituellement de son budget, sans subvention fédérale.

<sup>273</sup> L.R.C. 1985, c. C-6

<sup>274</sup> *Ibid.*, art. 9.

<sup>275</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, p. 67.

<sup>276</sup> Loi canadienne sur la santé, *supra*, note 273, art. 2.

<sup>277</sup> Voir, p.ex., [www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite\\_c/funded\\_projects/0304\\_f.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/funded_projects/0304_f.htm).

<sup>278</sup> Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, dans Gouvernement du Canada, *supra*, note 15.

<sup>279</sup> DeBeck et coll., « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 2/3 (2006) : 5–14, à la p. 8.

Le modèle de financement varie selon les provinces et territoires, au Canada. La plupart des ressorts sont dotés d'autorités régionales de la santé publique chargées de mettre sur pied et/ou de financer des PS. Au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique, au Manitoba, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, chaque autorité régionale reçoit une somme forfaitaire du ministère de la Santé, dont une portion peut être allouée à des PS, selon l'entente établie entre les autorités provinciales et régionales. En Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, une partie du financement versé aux autorités régionales de la santé est expressément réservée aux PS. Tout financement additionnel doit venir du budget général des autorités régionales de la santé.<sup>280</sup> L'Alberta est dotée d'une initiative communautaire/provinciale/fédérale, l'« Alberta Community HIV Fund », qui verse du financement continu et de projet à des organismes communautaires, y compris des PS.<sup>281</sup> Les ressources et fournitures additionnelles, y compris pour les PS, doivent être obtenus auprès des autorités régionales de la santé. De plus petites provinces financent des PS à même le budget général de leur ministère de la Santé.<sup>282</sup>

Le degré de contrôle qu'ont les provinces, sur les services offerts – et en particulier la mesure dans laquelle elles favorisent ou exigent la présence de PS – varie également. En Ontario, des lignes directrices ministérielles exigent des unités de santé locales qu'elles évaluent la nécessité de PS dans leur région et, le cas échéant, qu'elles y consacrent des fonds.<sup>283</sup> Toutefois, il n'existe pas de mécanisme clair pour assurer la conformité aux lignes directrices, outre l'exigence de faire état de leur application; et certaines autorités régionales continuent de ne pas offrir de PS. Dans la plupart des autres provinces, il n'existe pas de telle exigence légale. Les autorités régionales ou provinciales de la santé peuvent décider d'établir des PS et de les financer par le biais de leur budget général, et la décision de créer ou d'élargir un programme repose sur le besoin perçu par les unités locales.

Strike et coll. ont noté que la pratique de financer les PS par le biais d'autorités locales de la santé peut entraîner une situation de manque de financement. En dépit des lignes directrices de l'Ontario, certains intervenants d'organismes qui fournissent des PS continuent de les considérer comme des services « non essentiels », « marginaux » et « extérieurs au mandat organisationnel ». Strike et coll. ont affirmé : « Bien que plusieurs directeurs médicaux et directeurs généraux appuient [les PS], ils sont souvent confrontés à des oppositions internes découlant de la crainte que la diversion de fonds vers un [PS] menace la viabilité d'autres programmes perçus comme étant plus importants pour l'organisme. »<sup>284</sup> Les auteurs ont aussi noté des commentaires d'intervenants d'organismes fournissant des PS à l'effet que ces programmes desservent des clients « indésirables ».<sup>285</sup> Ce type de réticence à fournir des PS, au palier organisationnel, constitue un autre exemple de la manière dont la stigmatisation fait obstacle aux PS en affectant indirectement les niveaux de financement. Des fonds alloués spécifiquement aux PS pourraient être plus utiles, vu que ces services demeurent stigmatisés, donc susceptibles d'être marginalisés dans les décisions de financement aux paliers régional, local ou organisationnel.

Plusieurs PS comptent sur du financement *ad hoc* ou du financement de projet de sources provinciales et fédérales. Dans le Nord de l'Ontario, huit sites de PS ont été créés, dans quatre communautés, sous la direction du gouvernement provincial et avec du financement de projet du Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C de l'Agence de santé publique du Canada. Ces sites ont été établis dans des pharmacies, des organismes communautaires et des cliniques de santé. Malgré les fonds alloués par le gouvernement fédéral, une unité de santé a signalé un problème de coût d'horaire, pour les infirmières en

<sup>280</sup> Communication personnelle avec Fairburn, *supra*, note 56. Communication personnelle avec Bailey, *supra*, note 42; communication personnelle avec D. Mombourquette, Services de santé publique, Capital Health, Nouvelle-Écosse, 15 mars 2003.

<sup>281</sup> Communication personnelle avec L. Findlay, chef de projet, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness, 5 juin 2006.

<sup>282</sup> P. ex., le Nouveau-Brunswick (communication personnelle avec J. Leblanc, coordonnatrice des relations médias, ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick, 6 mars 2006), l'Île du Prince-Édouard (où du matériel est fourni aux PS, mais pas d'argent; communication personnelle avec MacKinnon, *supra*, note 41), et Terre-Neuve et Labrador (communication personnelle avec Walsh, *supra*, note 56).

<sup>283</sup> Voir *supra*, note 42.

<sup>284</sup> Strike et coll., *supra*, note 136, p. 269.

<sup>285</sup> *Ibid.*, p. 268.



santé publique,<sup>286</sup> re étant un manque de ressources. Une autre communauté a souligné qu'un manque de soutien financier avait soulevé la frustration de communautés avoisinantes qui avaient un besoin identifié et dont les clients devaient parcourir de longues distances.<sup>287</sup> Des heures d'ouverture limitées – un autre obstacle identifié – sont aussi attribuables à un financement insuffisant.<sup>288</sup>

---

<sup>286</sup> *Supra* note 168, p. 9.

<sup>287</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>288</sup> *Ibid.*

## Conclusion et recommandations

Les programmes d'échange de seringues sont appuyés par un corpus écrasant de littérature de santé publique et bénéficient en principe d'un vaste appui des responsables des politiques de la santé. Néanmoins, au Canada, l'on est encore loin du but que du matériel neuf, stérile, soit utilisé pour chaque injection.

Les données examinées dans notre rapport révèlent que le manque d'information, à savoir si et comment la demande de seringues stériles est satisfaite, nuit considérablement au progrès vers l'accès à du matériel d'injection stérile pour toute personne qui en a besoin. On dispose de peu d'information fiable sur le nombre de personnes, au Canada, qui utilisent des drogues, et sur les programmes à leur disposition. On ne procède pas systématiquement à des évaluations des besoins possibles d'expansion des PS. En particulier dans les provinces où les PS sont plus récents, les occasions de partage de pratiques exemplaires sont peu nombreuses.

Par ailleurs, le droit jette un spectre de criminalité sur la participation à des PS, bien que ces programmes soient des interventions de santé appuyées par les gouvernements. Des dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, de même que du *Code criminel*, interdisent encore de posséder du matériel d'injection usagé, et ces dispositions sont parfois interprétées de manière erronée afin d'interdire la possession de certains instruments qui servent à l'injection, comme les chauffoirs et les filtres, ou encore de trousse pour un usage plus sécuritaire de crack. Les activités de police qui nuisent à l'accès à des seringues stériles entraînent des risques pour la santé et la vie des personnes qui font usage de drogue, et renforcent les attitudes négatives, au sein de la communauté sans pour autant réduire les problèmes associés à l'usage de drogue ni améliorer la sécurité dans la communauté.

**[L]e manque d'information, à savoir si et comment la demande de seringues stériles est satisfaite, nuit considérablement au progrès vers l'accès à du matériel d'injection stérile pour toute personne qui en a besoin.**



Plusieurs autres problèmes, comme le manque de financement et la difficulté de trouver des emplacements appropriés pour les programmes peuvent être associés d'une manière ou d'une autre à l'opprobre communautaire à l'égard des programmes concernant l'usage de drogue et le VIH. Par ailleurs, il se peut que des programmes ne soient pas conçus de manières qui correspondent aux besoins de la clientèle si l'on échoue à impliquer de manière significative des membres de communautés de personnes qui font usage de drogue, dans la planification et la réalisation de ces services.<sup>289</sup> Ces obstacles sont accentués lorsque les gouvernements échouent à financer les PS adéquatement.

Le droit international des droits de la personne requiert que le Canada prenne des mesures positives afin de prévenir et de contrôler les maladies épidémiques, comme le VIH/sida. Cela signifie que le Canada doit non seulement s'abstenir de maintenir des lois et des politiques qui entravent l'accès aux mesures de réduction des méfaits, pour les personnes qui en ont besoin, afin de prévenir la maladie, mais qu'il doit aussi travailler à abolir les obstacles qui existent. Lorsque des attitudes au sein de la communauté entrent en conflit avec des approches sanitaires éprouvées, et lorsque la santé et la dignité des Canadiens sont en jeu, les gouvernements doivent passer aux actes afin de modifier ces attitudes.

<sup>289</sup> Voir R. Jürgens, « Rien à notre sujet sans nous » – *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005.

## Couverture des PS et financement

- Les gouvernements des provinces et territoires devraient préciser de manière explicite que les PS sont des services nécessaires dans chacune des régions sanitaires. S'ils ne l'ont pas déjà, ils devraient requérir que chaque région évalue régulièrement si de tels programmes sont nécessaires. Des personnes qui font usage de drogue devraient être impliquées dans la conception de ces évaluations. Des mécanismes d'application sont également nécessaires pour assurer que les évaluations de besoins soient bel et bien réalisées, et que, dans les endroits où des services sont nécessaires, des PS accessibles sur le plan géographique soient établis sans délai indu, tout en tenant compte de la possibilité que ces programmes fonctionnent de diverses manières.
- Un financement stable doit être garanti à tous les PS. Les gouvernements des provinces et territoires doivent financer adéquatement les PS, directement, ou si les décisions en matière de services sont dévolues aux autorités régionales de la santé, ils doivent veiller à ce que les pressions au palier local n'entraînent pas que les PS manquent de fonds adéquats. Les provinces et territoires pourraient compenser pour les lacunes de financement au palier régional, ou exiger par voie de réglementation que les unités de santé publique financent adéquatement les programmes de réduction des méfaits, y compris les PS. Les provinces et territoires devraient requérir le signalement public des évaluations de besoins ainsi que des décisions d'allocations budgétaires liées à ces évaluations, et créer des mesures d'application efficaces afin que les programmes ou leurs clients aient la possibilité de contester l'échec des instances locales à fournir un financement adéquat.
- Le gouvernement fédéral devrait élargir le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, afin d'allouer des fonds fédéraux non seulement aux services hospitaliers et médicaux, mais également à des services de protection et de promotion de la santé, y compris les PS.
- Les services de réduction des méfaits, y compris les PS, devraient être admissibles au financement fédéral octroyé aux enjeux du sida et de l'hépatite C, ainsi qu'à la Stratégie canadienne antidrogue.

## La loi et son application

- La définition de substance désignée, à l'art. 2 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, devrait être amendée de manière à ne plus inclure les choses contenant ou portant un résidu de drogue.
- L'article 462.2 du *Code criminel*, portant sur les instruments pour l'utilisation de drogues illicites, devrait être abrogé afin d'assurer que les responsables des politiques, la police, les employés de PS et les clients de PS ne perçoivent aucune restriction issue du droit criminel, quant à la gamme d'instruments de réduction des méfaits qui peuvent être distribués.
- Les instances gouvernementales d'application de la loi ainsi que des politiques en matière de santé devraient assurer que l'application des lois sur la drogue n'entrave pas les politiques de santé. Des politiques claires et officielles devraient être implantées à l'échelle du Canada pour faire en sorte que les activités policières n'entravent pas l'efficacité des PS.
- L'Association canadienne des chefs de police devrait reconsidérer son affirmation d'opposition à la réduction des méfaits et elle devrait adopter une résolution encourageant

les forces policières à travailler de manières qui ne font pas entrave aux services de réduction des méfaits.

- Les juges ne devraient pas imposer de conditions de libération conditionnelle, de libération sur parole ou de mise en liberté sous caution qui empêchent l'accès à des services de réduction des méfaits. En particulier, ils ne devraient pas imposer de restrictions au fait d'avoir sur soi des instruments pour l'usage de drogue, ni désigner comme « zone interdite » des secteurs où des services de réduction des méfaits sont offerts.

### **Conception des programmes**

- Les PS devraient avoir des occasions régulières, et financées, de développement et de partage de pratiques exemplaires.
- Les recommandations de pratiques exemplaires devraient être établies en réelle consultation avec des communautés de personnes qui font usage de drogue.
- Les programmes devraient être conçus dans le but premier d'optimiser l'accès à du matériel d'injection stérile. Il ne devrait pas y avoir de limite, officielle ou informelle, à la quantité d'instruments distribués, aux types d'instruments pouvant être distribués, ni en ce qui a trait à l'âge des clients.
- Du matériel d'injection stérile devrait être rendu disponible auprès d'une diversité de sources aussi grande que possible, et selon les besoins de la population locale tel qu'établis régulièrement par des évaluations de besoins et en consultation avec les personnes qui font usage de drogue.
- Le gouvernements, les associations de pharmaciens et les pharmaciens devraient travailler ensemble afin d'assurer que du matériel d'injection stérile soit facilement accessible dans les pharmacies.

### **Opprobre et résistance dans les communautés**

- Les autorités de santé publique devraient déployer des campagnes d'éducation visant à réduire l'opprobre à l'égard des PS.
- On ne devrait pas créer d'embûches à l'établissement de PS par des règlements de zonage, comme l'exigence d'approbation de la communauté.

Ces actions devraient faire partie d'une stratégie canadienne coordonnée, afin d'optimiser l'accès à des services et instruments de réduction des méfaits, en vaste consultation avec des personnes qui font usage de drogue par injection. La littérature de santé publique démontre clairement, depuis longtemps, que le meilleur moyen de réduire la propagation du VIH et de l'hépatite C parmi les personnes qui s'injectent des drogues est de s'assurer qu'aucune raison ne pousse à utiliser du matériel d'injection non stérile. Des gouvernements, au Canada, ont exprimé par le passé leur engagement à l'égard de la réduction des méfaits, y compris les PS, dans le cadre de politiques judicieuses en matière de santé publique. Il est temps que tous les gouvernements, au Canada, agissent conformément à cet engagement afin de veiller à la santé et à la dignité de tous les Canadiens et Canadiennes.