



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

L'injection de drogue et le VIH/sida :

questions juridiques et éthiques



Santé
Canada

Health
Canada



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

L'injection de drogue et le VIH/sida :

questions juridiques et éthiques



L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques

Publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida.

Pour de plus amples informations sur la présente publication :

Réseau juridique canadien VIH/sida
484, rue McGill (4^e étage)
Montréal QC H2Y 2H2
Téléphone : (514) 397-6828
Télécopie : (514) 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca
Site Web : www.aidslaw.ca

Des exemplaires supplémentaires peuvent être téléchargés de <www.aidslaw.ca>,
ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida :

Téléphone : (613) 725-3434
Télécopie : (613) 725-9826
Courriel : aids/sida@cpha.ca

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999
ISBN 1-896735-26-6

Dépôt légal: 3^{ème} trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

Rédaction

Ce document a été préparé par le Réseau juridique canadien VIH/sida. Les points de vue présentés sont fondés sur les propos tenus lors d'ateliers, les résultats de recherches supplémentaires et le contenu de documents de travail préparés par des consultants. Le document constituant une synthèse de ces informations, les points de vue exposés ne représentent pas nécessairement ceux d'un participant aux ateliers ou d'un consultant, de Santé Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Remerciements

Le Réseau juridique canadien VIH/sida tient à remercier toutes les personnes qui ont généreusement consacré leur temps et leur pensée, à l'occasion des ateliers et de la rédaction des documents sur lesquels se fonde le présent rapport. Des remerciements particuliers s'adressent à Ronda Bessner, pour la préparation d'un rapport détaillé d'où proviennent certaines parties du présent rapport; à Richard Elliott, Eugene Oscapeella, Diane Riley et David Roy, pour la préparation des documents de travail sur lesquels se fondent d'importantes parties du présent rapport; à Theodore de Bruyn, qui a écrit un rapport de consultation sur la première phase de ce projet, d'où sont tirées des parties du présent rapport; ainsi qu'à Ralf Jürgens et Richard Elliott, qui ont révisé le présent document. Sincères remerciements aux pairs qui ont examiné les documents de travail; à Erica Burnham, pour la coordination de la première phase du projet et à Anne Renaud pour la coordination de la deuxième phase; à Garry Bowers pour la correction anglaise et à Jean Dussault et Josée Dussault pour la traduction française; à Communication Works, Ottawa, pour la mise en page; et aux nombreuses autres personnes qui ont apporté un soutien apprécié et qui ont prêté foi à ce projet pendant des périodes critiques.

Financement

Le financement de cette publication a été reçu de la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. La phase I du projet avait été cofinancée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Mise en garde

Ce document ne constitue pas un avis juridique et ne devrait pas être utilisé dans cette optique. Les personnes qui s'interrogent sur la légalité d'une conduite particulière devraient demander le conseil juridique d'un-e avocat-e.

Le genre masculin est parfois utilisé pour désigner autant des femmes que des hommes, dans le seul but d'alléger le texte et sans intention discriminatoire.

Table des matières

Sommaire	1
Contexte	11
L'urgence de la situation	11
Comportements à risque	12
Les populations les plus touchées	13
Le projet	15
Historique	15
Le rapport de la consultation de 1997	15
Le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection	16
L'étape suivante	17
Aperçu du projet	17
Objectifs	17
Phase I	17
Premier atelier – discussion	18
La déshumanisation des utilisateurs de drogue	18
Difficultés dans la promotion des intérêts des utilisateurs de drogue	18
Problèmes rencontrés par les dispensateurs de services	19
Problèmes d'organismes au service d'utilisateurs de drogue	19
Messages confus au sujet de la réduction des méfaits	19
Programmes d'entretien à la méthadone	20
Distribution de seringues	20
Iniquités pour les détenus	20
Femmes enceintes qui s'injectent de la drogue	21
Options de traitement limitées	21
Manque de logement et de soutien social	21
Le statut illégal de la drogue	21
Premier atelier – identification des questions prioritaires	22
Les documents de travail	23
Deuxième atelier	23
Rapport de la Phase I	23
Phase II	23
L'atelier national	24
Le présent rapport	24
Le recueil de documents de fond	25
Prochaines étapes	25
Le statut juridique actuel de la drogue	26
Analyse du droit et des politiques	27
La criminalisation de la drogue au Canada	27
Infractions relatives à des substances désignées	27
Accessoires pour la consommation de drogue : instruments et documentation	28
Documentation sur les drogues	28
Matériel pour la consommation de drogue	29
Le droit international	30
L'impact du statut juridique actuel	30
Options dans le cadre d'une politique prohibitionniste en matière de drogue	32
Options disponibles au Canada	32

TABLE DES MATIÈRES

Expériences d'autres pays	34
Alternatives à une politique prohibitionniste en matière de drogue	35
Considérations éthiques	35
Questions éthiques soulevées	35
Rechercher la complexité intégrative	36
Rechercher un débat public	36
Orientations globales pour l'action à venir	37
Recommandations	37
L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé	39
Questions juridiques	40
Responsabilité criminelle	40
Possession	40
Trafic	40
Aide et encouragement à l'infraction	41
Négligence criminelle	41
Poursuites civiles	42
Mesures disciplinaires contre des professionnels de la santé	42
Action au civil en négligence	42
Éviter la responsabilité criminelle ou civile	42
Questions éthiques	43
La question éthique fondamentale	43
Questions éthiques dérivées	44
Une éthique pour la complexité	46
Recommandations	47
Traitement	49
Introduction	49
Réconcilier l'usage de drogue et les soins de santé : l'approche de la réduction des méfaits	50
L'accès aux médicaments antirétroviraux	52
Questions juridiques	53
L'abstinence obligatoire comme condition de traitement	53
L'applicabilité de la <i>Charte</i>	54
Le refus d'administrer des traitements médicaux aux utilisateurs de drogue séropositifs	54
Questions éthiques	58
L'abstinence obligatoire comme condition de traitement	58
Le refus d'administrer un traitement médical à un utilisateur de drogue séropositif	58
Recommandations	59
La prescription d'opiacés et de stimulants désignés	61
Introduction	61
Questions juridiques	61
Responsabilité criminelle	61
Responsabilité civile	63
Droit international	63
La prescription de méthadone	64
Bref survol historique	64
Avantages et limites du traitement d'entretien à la méthadone	65
Traitement d'entretien à l'héroïne	66
Le système britannique	67

TABLE DES MATIÈRES

La Suisse	67
Propositions d'expérience sur l'héroïne au Canada	67
Questions éthiques	68
Implications pour l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique sociale	68
Éthique clinique	68
Éthique de la recherche	69
Éthique sociale	69
Recommandations	69
Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales	71
Introduction	71
Questions juridiques	72
L'autorisation légale d'effectuer des recherches	72
Exemption de la responsabilité criminelle	72
Les préoccupations quant à la confidentialité en tant qu'obstacles à la recherche	73
Les obligations juridiques portant sur l'exécution des recherches	74
Exclusion des utilisateurs de drogue dans les études scientifiques	75
La <i>Charte</i>	75
Les lois sur les droits de la personne	75
Questions éthiques	75
Recherche sur l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire	75
Recherche sur les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales	76
Équité dans la participation aux essais cliniques	76
Contexte historique : évolution de la perspective	76
L'essai clinique contrôlé	77
Critères de sélection et d'exclusion pour les essais cliniques contrôlés	78
Lorsque l'exclusion est douteuse ou malavisée sur le plan éthique	79
Recommandations	81
Information sur l'usage et les effets des drogues illégales	84
Éducation sur la drogue	85
Programmes d'éducation fondés sur des principes d'abstinence	85
Programmes d'éducation sur la réduction des méfaits	85
Questions juridiques	86
Responsabilité de donner de l'éducation publique	86
Responsabilité criminelle	87
Responsabilité civile	87
Questions éthiques	88
Recommandations	90
L'échange de seringues et le traitement d'entretien à la méthadone	92
Introduction	92
Les programmes d'échange de seringues	93
La mise sur pied de programmes d'échange de seringues au Canada	93
L'importance des PÉS	93
Les préoccupations à l'égard des PÉS	94
La nécessité d'améliorer les PÉS au Canada	95
Questions juridiques	97
Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone	97
Obstacles à l'efficacité des programmes de méthadone	98

TABLE DES MATIÈRES

Peu de places, peu de financement, autres problèmes	98
Règles et réglementation	99
En Ontario	100
En Colombie-Britannique	101
En Alberta	101
Les politiques carcérales	102
Considérations éthiques	102
Recommandations	103
Conclusion	106
Bibliographie	109
Annexe A : Liste des recommandations	122
Annexe B : Participant-e-s aux ateliers	131



Sommaire

L'urgence de la situation

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida et l'usage de drogue par injection. La propagation du VIH (et d'autres infections, comme l'hépatite C) parmi les utilisateurs de drogue par injection nécessite une attention immédiate et sérieuse. Les nombres de cas d'infection à VIH et de sida attribuables à l'injection de drogue grimpent de façon constante. Déjà en 1996, la moitié du nombre estimé de nouveaux cas d'infection à VIH se situait parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Les pratiques d'injection risquées sont prévalentes, parmi les utilisateurs de drogue. Le partage d'aiguilles et de seringues est propice à la transmission du VIH (et d'autres infections), et il se pratique assez communément chez les utilisateurs de drogue par injection. Le partage de matériel d'injection autre que les seringues/aiguilles, p. ex. les cuillères ou contenants à chauffer, filtres et eau, communément nommé « partage indirect », est associé lui aussi à la transmission du VIH. Une tendance croissante à délaissier l'usage d'héroïne au profit de la cocaïne pourrait être un facteur important dans la montée en flèche de la prévalence et de l'incidence du VIH. Certains utilisateurs de cocaïne se font des injections souvent jusqu'à 20 fois par jour. Le taux d'injection de cocaïne est particulièrement élevé à Vancouver, Toronto et Montréal, mais la consommation de cocaïne est un problème en croissance dans d'autres villes, notamment à Calgary, Winnipeg et Halifax.

Les comportements sexuels à risque sont aussi prévalents parmi les utilisateurs de drogue. Plusieurs d'entre eux sont impliqués dans le commerce du sexe sans mesures de protection; l'usage du condom est rare également avec des partenaires réguliers ou occasionnels, y compris parmi une minorité importante d'utilisateurs de drogue par injection de sexe masculin ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires de même sexe.

Le double problème de l'injection de drogue et de l'infection à VIH affecte en fin de compte tous les Canadiens. Certaines populations sont cependant touchées de manière particulière – les femmes, les jeunes de la rue, les détenus et les autochtones.

Le projet

Deux importants rapports publiés en 1997 ont conclu que le statut juridique de la drogue, au Canada, contribue aux difficultés de réagir au VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Comme suite à ces deux documents, et à la lumière des recommandations qu'ils contenaient, Santé Canada a octroyé du financement au Réseau juridique canadien VIH/sida (le Réseau) pour qu'il examine de plus près les questions d'ordre juridique et éthique relatives au VIH/sida et à l'injection de drogue. Le Réseau a réuni, dans le cadre de trois ateliers nationaux tenus entre novembre 1997 et mars 1999, une cinquantaine d'intervenants de partout au Canada, sélectionnés pour leurs connaissances et leur expérience dans des domaines liés au VIH et à l'injection de drogue; les objectifs étaient les suivants :

- identifier les problèmes juridiques et éthiques pertinents (a) aux soins, au traitement et au soutien à l'intention des utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida; et (b) aux mesures pour réduire les méfaits de l'usage de drogue;
- effectuer une analyse plus poussée de certains problèmes prioritaires; et
- formuler des recommandations à leur sujet.

Les questions analysées

Sept questions prioritaires ont été analysées :

1. Quel impact le statut juridique actuel de la drogue et de l'usage de drogue a-t-il sur les efforts de prévention de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection et sur la fourniture de soins, traitements et soutien aux utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida? Quelles sont les alternatives possibles à ce statut? Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées?
2. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées dans les situations où l'on permet l'usage de drogue illégale lorsque l'on fournit des soins de santé ou des services sociaux (soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs, services d'hébergement) aux utilisateurs de drogue par injection?
3. Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique, d'exiger qu'une personne cesse d'utiliser de la drogue, comme condition de son traitement? Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique, de refuser de donner des antirétroviraux aux utilisateurs de drogue séropositifs?
4. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées, au Canada, par la prescription d'opiacés et de stimulants désignés, pour des utilisateurs de drogue?
5. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées par (a) l'absence d'essais cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire; (b) l'absence de recherches concernant les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales; et (c) l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?

6. Quels motifs légaux et éthiques incitent à assurer que les professionnels des soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de l'information exacte et complète au sujet des drogues illégales et de leurs effets?
7. Quelles considérations juridiques et éthiques doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone, afin de réduire les méfaits de l'usage de drogue?

Le statut juridique actuel de la drogue

La première question abordée est l'impact du statut actuel de la drogue sur les utilisateurs de drogue par injection ainsi que sur les efforts pour prévenir la propagation du VIH et pour donner des soins, des traitements et du soutien aux utilisateurs de drogue par injection.

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* adopte une approche punitive à l'égard des individus qui consomment de la drogue illégale. Les personnes en possession d'une drogue qui figure dans la liste établie dans les annexes de cette loi sont passibles de peines d'incarcération de plusieurs années. Les utilisateurs de drogue par injection peuvent aussi être accusés de trafic, ce qui s'applique non seulement à la vente, mais aussi aux actes de donner, d'administrer et de transporter une drogue illégale. Ils sont en outre passibles d'incarcération s'ils sont en possession d'aiguilles, de seringues ou d'autres instruments utilisés pour la consommation de drogue qui recèlent des traces d'une substance illicite.

L'approche par le droit criminel a de nombreuses conséquences pour les utilisateurs de drogue, les professionnels des soins de santé et l'ensemble de la société. Il est possible que cette approche aggrave les méfaits de l'usage de drogue, plutôt que de les réduire :

- Étant donné qu'on ne peut se les procurer que sur le marché noir, les drogues sont d'une force et d'une composition incertaines, ce qui peut entraîner des surdoses ou d'autres méfaits chez l'utilisateur.
- La peur des pénalités criminelles et le coût élevé de la drogue incitent les utilisateurs à la consommer par des moyens plus efficaces, comme l'injection, qui est une activité à risque très élevé de transmission du VIH et des virus d'hépatite.
- Puisqu'ils n'ont pas toujours accès à du matériel d'injection stérile, les utilisateurs de drogue peuvent être contraints de partager des aiguilles/seringues et d'autres instruments, ce qui contribue à la propagation d'infections.
- Une somme importante de ressources est consacrée à l'application de la loi, au détriment des programmes de prévention ou de l'expansion des capacités de traitement des utilisateurs de drogue.

Toutefois, l'effet le plus marqué est de pousser les utilisateurs de drogue vers la marginalité sociale. La marginalisation complique la tâche de les rejoindre par des messages éducatifs qui pourraient améliorer leur santé et réduire le risque de propagation de maladies; elle incite des utilisateurs de drogue à ne pas avoir recours aux services sociaux et de santé; elle rend des fournisseurs de services hésitants à donner de l'éducation essentielle sur l'usage plus sûr de drogue, par peur d'avoir l'air de fermer les yeux sur cette consommation; elle alimente des

attitudes anti-drogue envers les utilisateurs, orientant l'action vers le châtimeut du « délinquant » plutôt que vers un climat de compréhension et d'aide.

Il y a des alternatives possibles à l'approche canadienne actuelle à l'égard de l'usage de drogue et des personnes qui le pratiquent. Des alternatives comme la décriminalisation *de facto* de la possession de cannabis pour consommation personnelle, la prescription médicale d'héroïne, des programmes d'éducation explicites, etc., au sein des présentes politiques prohibitionnistes, ne nécessiteraient aucun changement au cadre légal en soi. De telles alternatives aux politiques prohibitionnistes actuelles nécessiteraient que le Canada dénonce des pactes internationaux sur le contrôle des drogues.

D'un point de vue éthique, il est non seulement possible, mais nécessaire d'envisager des alternatives à l'approche actuelle. La réflexion éthique doit servir à reconnaître quels aspects des politiques actuelles sur la drogue doivent être renversés à cause de leurs conséquences sociales intolérables. Les principes de l'éthique demandent aussi que l'on travaille à des politiques en matière de drogue qui soient plus cohérentes et intégrées, qui puissent résister à l'épreuve de la raison et de l'intelligence critique, qui soient à la hauteur de la complexité de la situation et qui permettent une discussion publique et critique. Une réflexion éthique conduirait à reconnaître quels aspects des politiques actuelles doivent être conservés, lesquels doivent être renversés vu leurs conséquences sociales intolérables et quelles alternatives doivent être explorées et soumises à des expériences contrôlées.

En partant de ces considérations, deux grands axes d'orientation ont été identifiés pour l'action future :

- (1) le Canada doit renverser les impacts négatifs du statut juridique actuel de la drogue sur les utilisateurs de drogue et les personnes qui leur fournissent des services; et
- (2) le Canada doit agir pour adopter des alternatives à l'approche actuelle, afin de réduire l'usage de drogue et ses méfaits parmi les Canadiens.

À long terme, le but devrait être d'établir une alternative plus constructive que le cadre législatif actuel. À court terme, dans le contexte du cadre législatif actuel, la mise en œuvre des recommandations formulées permettrait d'améliorer les soins, les traitements et le soutien à l'intention des utilisateurs de drogue, et d'accroître l'efficacité des efforts de prévention de l'infection à VIH et d'autres méfaits associés à l'usage de drogue.

L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé

La deuxième question abordée concerne l'usage de drogue illégale par des personnes alors qu'elles sont dans un établissement pour recevoir des soins de santé ou des services sociaux. La tolérance de l'usage de drogue dans le cadre de soins sociaux et de santé s'éloigne du principe d'abstinence en tant que seul précepte, norme ou but acceptable dans la fourniture de services aux utilisateurs de drogue. Or, ce principe imprègne fortement les politiques et les programmes nord-américains. En Europe et dans d'autres juridictions, on a cependant remis ce principe en question dans plusieurs pays, où il y a eu des expériences sociales comme la tolérance de « salles d'injection » où les utilisateurs de drogue peuvent se rassembler et recevoir du matériel d'injection stérile, des condoms, des conseils et de l'attention médicale. Au Canada, le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection a recommandé que le

continuum de services disponibles soit amélioré en offrant des traitements qui ne nécessitent pas l'abstinence complète de toute drogue.

Du point de vue légal, les professionnels de la santé qui tolèrent ou permettent l'usage de drogue illégale dans un établissement peuvent être accusés en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) ou être sujets à des mesures disciplinaires (telles l'imposition d'une amende ou la révocation de leur permis de pratique). Cependant, un certain nombre de moyens permettent d'éviter les poursuites ou la responsabilité criminelle. Par exemple, un professionnel peut soutenir que la permission d'utiliser une drogue illégale était une *nécessité* pour le traitement du patient; il peut aussi parvenir à obtenir l'accès à une drogue en particulier, en vertu de la législation actuelle; ou il peut obtenir une exemption en vertu des articles 56 ou 55 de la LDS.

Du point de vue éthique, la question fondamentale concerne l'impératif éthique de mobiliser et de maintenir les services nécessaires pour aider les gens. Pour une éthique de l'humanité, on ne devrait pas exiger que les personnes qui dépendent d'une drogue aient un comportement qui dépasse leurs possibilités du moment. Les *questions éthiques dérivées* sont notamment celles de savoir s'il est justifiable, selon l'éthique, de tolérer ou de permettre l'usage de drogue illégale en résidence et dans le cadre de services de soins palliatifs; d'établir comment il serait possible de permettre cet usage sans que l'établissement perde son permis ou l'assentiment social et son autorisation de fonctionner; de répondre aux préoccupations d'employés concernant le constat d'être en train de fermer les yeux sur des infractions à la loi, voire d'y collaborer; de déterminer dans quelle mesure un employé peut permettre qu'un résidant continue de dépérir en consommant cette drogue; et de déterminer quelles règles devraient être établies et appliquées au chapitre des comportements tolérables ou intolérables.

Entre autres choses, le rapport recommande que, à court terme, des directives sur la pratique éthique soient développées par des associations professionnelles, pour faire face à la situation de fournisseurs de services qui peuvent se trouver coincés entre des contraintes légales et des impératifs éthiques, dans le travail auprès d'utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Le rapport formule aussi des recommandations à long terme, notamment que la possession de drogues actuellement illégales pour consommation personnelle soit décriminalisée.

Les traitements

Le troisième problème abordé est le piètre accès aux traitements médicaux pour les utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique d'exiger qu'une personne cesse d'utiliser de la drogue, comme condition de son traitement? Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique de refuser de donner des antirétroviraux aux utilisateurs de drogue séropositifs?

Les traitements antirétroviraux (TARV) conduisent à d'importantes améliorations dans la santé et la qualité de vie de plusieurs personnes séropositives au VIH et réduisent la morbidité et la mortalité. Les utilisateurs de drogue par injection séropositifs se voient offrir moins souvent que les autres personnes séropositives la possibilité d'amorcer un TARV.

Sur le plan légal, le fait de ne pas fournir un traitement médical aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs, ou d'exiger comme condition

de ce traitement qu'ils s'abstiennent d'utiliser de la drogue, peut, dans certaines circonstances, être contraire aux dispositions des articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Les lois fédérale et provinciales sur les droits de la personne interdisent aussi la discrimination contre les personnes ayant un handicap, ce qui s'applique probablement à une certaine protection des personnes dépendantes de la drogue.

Par ailleurs, il est contraire à l'éthique d'insister sur la cessation de l'usage de drogue comme condition d'un traitement médical si cette exigence est au delà des capacités de l'utilisateur de drogue. De plus, il est injuste de juger qu'une personne ne respecterait probablement pas le régime de son TARV simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue, et de refuser de lui administrer un TARV pour cette raison. Le respect du traitement est profondément influencé par les systèmes de soins. Si le système de soins de santé est adapté aux besoins des personnes marginalisées ou indigentes, on observe une grande amélioration dans la rétention et le respect du traitement. L'éthique exige donc que l'évaluation du respect d'un traitement par une personne vivant avec le VIH/sida ne soit pas réduite à des caractéristiques d'ordre personnel. En revanche, il peut être justifiable dans certaines situations de retarder ou, dans des cas extrêmes, de ne pas administrer, un TARV. Cependant, cette décision ne peut pas être justifiée sur le plan de l'éthique si elle est prise sans égard aux caractéristiques d'une authentique relation thérapeutique : l'humanité (le respect de l'entière particularité biologique et biographique de la personne qui vit avec le VIH/sida), l'autonomie (le respect de la façon de vivre et des projets de vie de la personne), la lucidité (le partage transparent de toute information pertinente) et la fidélité (la compréhension et le respect des attentes de la personne malade).

Par conséquent, le rapport recommande que :

- par principe, on ne devrait pas refuser de donner un traitement, ou le retarder, simplement parce que la personne est utilisatrice de drogue;
- l'approche principale guidant la fourniture de soins et de traitements aux utilisateurs de drogue séropositifs devrait consister à adapter le régime de traitement aux besoins de la personne plutôt que de requérir que la personne s'adapte à un idéal clinique préétabli;
- un réseau de médecins expérimentés dans la fourniture de soins et de traitements aux utilisateurs de drogue devrait être développé;
- des régimes plus simples de traitement du VIH devraient être développés, qui soient plus faciles à respecter; et
- du soutien devrait être accordé aux utilisateurs de drogue qui ont besoin d'aide pour respecter le régime d'un traitement pour le VIH; notamment, des programmes d'intervention sur le terrain devraient être mis en œuvre pour livrer ces médicaments aux utilisateurs de drogue.

La prescription d'opiacés et de stimulants désignés

La quatrième question abordée est la prescription d'opiacés et de stimulants désignés, à l'intention d'utilisateurs de drogue. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* définit rigoureusement les circonstances dans lesquelles un médecin peut prescrire des narcotiques. Les médecins et autres professionnels de la santé qui enfreignent ces lois et règlements peuvent être l'objet de poursuites criminelles.

À l'heure actuelle, la méthadone est le seul opioïde approuvé pour le traitement à long terme des personnes dépendantes d'une drogue, au Canada. Or, en dépit de plusieurs bienfaits, cette substance ne convient pas au traitement de toutes les personnes qui dépendent d'une drogue. À l'opposé de pays comme la Suisse, le Royaume-Uni, l'Australie et les Pays-Bas, le Canada est réticent à permettre aux professionnels de la médecine de prescrire d'autres drogues à des personnes qui en sont dépendantes. Des scientifiques, au Canada, souhaiteraient effectuer une étude sur la prescription d'héroïne à titre de traitement de personnes dépendantes. Pour qu'un tel essai puisse s'amorcer, il est nécessaire d'obtenir l'approbation de Santé Canada. Pour le Canada, le statut de signataire de ces traités internationaux anti-drogue n'est pas un obstacle insurmontable à la prescription de substances contrôlées.

Du point de vue de l'éthique, les intervenants qui s'opposent à des essais cliniques fiables sur le plan méthodologique, concernant le traitement au moyen d'opiacés sous ordonnance, se trouvent à promouvoir « l'abandon thérapeutique des personnes » qui ne peuvent pas bénéficier des traitements actuellement offerts.

Les recommandations du présent rapport sont, à court terme, que des projets pilotes sur la prescription d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines soient amorcés au Canada et, à long terme, que l'on développe des plans pour la prescription d'opiacés et de stimulants contrôlés ainsi que pour décriminaliser l'usage de drogues qui sont actuellement illégales.

Les utilisateurs de drogue et la recherche sur le VIH/sida et les drogues illégales

Le cinquième problème analysé est le manque d'information clinique adéquate sur laquelle on pourrait fonder le traitement des utilisateurs de drogue séropositifs. Peu de recherches sont effectuées sur l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire et sur les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales. Cette situation empêche la fourniture d'un niveau optimal de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue par injection qui sont séropositifs. Il est possible que les utilisateurs de drogue séropositifs présentent un registre plus large de déficiences immunitaires et une progression différente de la maladie : il se peut qu'ils ne réagissent pas aux traitements de la même manière que les autres personnes vivant avec le VIH/sida.

Le fait de refuser que des utilisateurs de drogue séropositifs fassent partie d'essais cliniques afin de produire les informations nécessaires pour guider ces personnes et leurs professionnels des soins de santé vers une prise de décision éclairée en matière de traitement est contraire aux exigences éthiques. La loi canadienne permet d'effectuer des essais cliniques portant sur des situations où des drogues illégales sont consommées. En revanche, il peut s'avérer difficile de soutenir que la *Charte canadienne des droits et libertés* nécessite l'inclusion des utilisateurs de drogue dans les essais cliniques sur les médicaments contre le VIH/sida.

Par conséquent, le rapport recommande :

- que les barrières empêchant la participation d'utilisateurs de drogue aux essais cliniques soient abolies;

- que les organismes communautaires et les utilisateurs de drogue élaborent des stratégies de recrutement pour encourager la participation d'utilisateurs de drogue aux essais cliniques;
- que les fabricants pharmaceutiques assument un rôle de leadership pour promouvoir des études qui testent les effets des médicaments contre le VIH/sida sur les utilisateurs de drogue par injection; et
- que le Conseil de recherches médicales du Canada et les fabricants pharmaceutiques développent un programme détaillé de recherche qui identifie les priorités de la recherche concernant les utilisateurs de drogue par injection.

Information sur l'usage de drogues illégales et sur leurs effets

Le sixième élément analysé est la provision d'information exacte et complète au sujet des drogues illégales, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des utilisateurs de drogue et du grand public. Plusieurs professionnels de la santé ne reçoivent pas d'éducation adéquate à propos de l'usage de drogue et du traitement des utilisateurs. La majeure partie du matériel et des programmes s'adressant aux jeunes et au grand public et offerts à l'heure actuelle repose sur des principes axés sur l'abstinence. Le manque d'information exacte a un impact négatif sur la provision de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue ainsi que sur les initiatives de prévention de l'infection à VIH et d'autres méfaits. Il est donc nécessaire de mettre sur pied plus de programmes qui apportent une information exacte et exempte de préjugés.

Sur le plan légal, le développement de matériel d'éducation sur la drogue relève généralement du pouvoir discrétionnaire des responsables gouvernementaux en matière de santé. Il serait difficile, voire impossible, d'avoir recours au droit pour réagir à l'échec de donner de l'information exacte au sujet des drogues illégales et de leurs effets.

Les principes de l'éthique exigent toutefois que les membres de la société aient de l'information exacte et complète sur toutes les questions qui impliquent une décision, un choix et une action. En particulier, pour que les professionnels des soins de santé puissent respecter les principes de lucidité, de fidélité et d'humanité, il est essentiel qu'ils obtiennent de l'information exacte sur les drogues illégales, sans quoi ils ne peuvent pas donner à leurs patients les meilleurs soins possibles.

Le rapport recommande donc :

- que de l'information exacte, non biaisée et dénuée de jugements soit développée, au sujet des drogues illégales, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des utilisateurs de drogue et du public;
- que les ministères de l'Éducation et de la Santé effectuent une évaluation des programmes scolaires sur les drogues illégales; et
- que les universités et collèges voient à ce que les programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé s'accompagnent de documentation, d'exposés et de discussions au sujet des approches de réduction des méfaits de l'usage de drogue.

L'échange de seringues et le traitement d'entretien à la méthadone

La septième et dernière question analysée concerne la crainte que certains règlements et dispositions des programmes d'échange de seringues et de

traitement d'entretien à la méthadone nuisent à l'atteinte des buts de ces programmes.

En ce qui concerne les programmes d'échange de seringues, on a identifié plusieurs obstacles. On craint qu'il n'y ait pas assez de seringues et d'aiguilles rendues disponibles aux clients, aux points d'échange : parfois, des quotas individuels sont imposés et des seringues usagées doivent être rapportées afin de pouvoir en obtenir des stériles. Les points d'échange de seringues sont habituellement situés dans de grandes villes et, dans chaque ville, souvent centralisés. Les heures d'ouverture peuvent être limitées. Plusieurs pharmaciens sont réticents à vendre ou fournir du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogue. Tous ces facteurs limitent l'accès à des seringues stériles. Enfin, des lois criminelles font porter une responsabilité aux personnes impliquées dans l'échange de seringues ainsi qu'aux utilisateurs de drogue, en cas de traces de drogue illégale dans du matériel d'injection.

En ce qui concerne les programmes d'entretien à la méthadone, on ne trouve au Canada qu'un faible nombre de personnes qui reçoivent ce traitement, en comparaison avec d'autres pays comme l'Australie, la Suisse ou la Belgique. Plusieurs programmes ont une philosophie axée sur l'abstinence et plusieurs n'offrent pas une gamme complète de services (soins de santé de premier recours, counselling, éducation, par exemple). Pour obtenir un permis de prescription de méthadone, les médecins doivent demander l'autorisation du fédéral en vertu du *Règlement sur les stupéfiants*. Les gouvernements provinciaux ont l'autorité, qu'ils délèguent dans certains cas à leur collège des médecins et des chirurgiens, d'établir les règles d'après lesquelles les médecins et les patients peuvent participer aux programmes de méthadone. Les limites à la dose que le médecin peut prescrire, les tests d'urine obligatoires et supervisés par le personnel du programme ainsi que les limites à la remise de doses de réserve sont des exemples de règles qui peuvent nuire à un traitement efficace des utilisateurs de drogue par ces programmes.

De telles restrictions amènent souvent les utilisateurs de drogue à sentir que leur dignité n'est pas respectée, que leur vie privée est enfreinte ou que leur autonomie est sérieusement limitée dans leurs interactions avec les programmes d'échange de seringues ou de traitement d'entretien à la méthadone. Ce sont non seulement des préoccupations d'ordre éthique, mais aussi des obstacles pratiques à l'atteinte des buts de ces programmes.

Par conséquent, le rapport recommande :

- que les programmes d'entretien à la méthadone soient rendus accessibles aux gens de toutes les régions du Canada, y compris dans les régions rurales et semi-urbaines ainsi que dans les prisons;
- qu'on effectue une révision des dispositions et règlements de ces programmes afin d'assurer qu'ils correspondent aux besoins des utilisateurs de drogue par injection, sur le plan des soins, des traitements et du soutien; et
- que les programmes d'échange de seringues soient rendus facilement accessibles pour les utilisateurs de drogue par injection dans toutes les régions du Canada, y compris en prison.

Recommandations

Soixante-six recommandations, dont certaines sont mentionnées ci-dessus, sont formulées dans le cours du rapport et reproduites à l'Annexe A. Dans la plupart des cas, on pourrait les mettre en œuvre à court terme, sans apporter de

SOMMAIRE

changement radical aux lois du Canada en matière de drogue. Certaines sont identifiées comme des recommandations à long terme et nécessitent des changements législatifs. Les recommandations s'adressent à ceux dont les politiques, les actions ou l'inaction ont un impact sur la capacité du Canada de prévenir la propagation ultérieure du VIH et d'autres infections, parmi les utilisateurs de drogue par injection, et de fournir adéquatement les soins, les traitements et le soutien dont ont besoin ceux d'entre eux qui vivent avec le VIH ou le sida. Cela comprend : le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux, les collèges des médecins et chirurgiens, les associations professionnelles de travailleurs des soins de la santé, les universités et les organismes communautaires. La mise en pratique de ces recommandations doit être placée au rang des priorités urgentes.



Contexte

L'urgence de la situation

La propagation du VIH (et de l'hépatite C) parmi les utilisateurs de drogue par injection, au Canada, nécessite une attention sérieuse et immédiate. Le nombre de cas d'infection à VIH attribuable à l'injection de drogue est en hausse soutenue depuis le début de l'épidémie de VIH, à l'aube des années 80. En 1996, on avançait que la moitié des nouveaux cas estimés d'infection à VIH se situait parmi les utilisateurs de drogue par injection.¹ Plusieurs études sur la prévalence et l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection ont été effectuées dans les plus grandes villes canadiennes, mais on a aussi observé une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue par injection séropositifs au VIH à l'extérieur des grands centres urbains.² Santé Canada l'a mentionné : « Compte tenu de la mobilité géographique des utilisateurs de drogues injectables et de leur interaction sociale et sexuelle avec des non-toxicomanes, le double problème de la consommation de drogues injectables et de l'infection par le VIH affecte, en dernière analyse, l'ensemble de la société canadienne. »³

Certaines des études effectuées jusqu'ici dans diverses parties du Canada font foi de l'urgence du problème.⁴

- La prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection à Montréal est passée d'environ 5% (avant 1988) à 19,5% (en 1997);⁵
- à Vancouver, elle est passée d'environ 4% (en 1992-1993) à 23% (en 1996-1997);⁶
- à Toronto, elle est passée d'environ 4,8% (en 1992-1993) à 8,6% (en 1997-1998);⁷
- à Ottawa, une étude effectuée en 1992-1993 parmi les utilisateurs de drogue par injection a relevé une prévalence du VIH d'environ 10,3% parmi ceux

¹ Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

² Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ C. Hankins, T. Tran, D. Desmarais et coll., « Moving from Surveillance to the Measurement of Programme Impact : CACTUS - Montreal Needle Exchange Programs », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (suppl A) : 28A (abrégé 223); et Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, *Inventory of HIV Incidence/Prevalence Studies in Canada*, Ottawa, Santé Canada, avril 1998, cité dans *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, *supra*, note 2.

⁶ R.G. Mathias, P.D. Riben, M.T. Schecter, J.E. Bardsley, *Evaluation of the Needle Exchange Program in the Cities of Vancouver and Victoria*, rapport final soumis au PNRDS, 1994, cité dans *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, *supra*, note 2.

⁷ P.E. Millson, T. Myers, L. Calzavara et coll., « Prevalence of HIV and Other Blood-Borne Viruses and Associated Behaviors in Ontario

IDUs », Actes de la 7^e réunion annuelle d'épidémiologie du sida organisée par la Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, 12-14 novembre 1998, cité dans *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 2.

⁸ B. Baskerville, L. Leonard, S. Holtz, *Evaluation of the SITE Project : A Pilot HIV Prevention Program for Injection Drug Users*, Service de santé d'Ottawa-Carleton, rapport final soumis au PNRDS, mars 1994, cité dans *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 2.

⁹ M. Alary, C. Hankins, R. Parent et coll., *Updated Results from the SurVIDU Surveillance Network*, Actes de la 7^e réunion annuelle d'épidémiologie du sida organisée par la Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, 12-14 novembre 1998; et Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, mai 1999, cité dans *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 2.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Voir aussi R. Remis, M. Millson, C. Major, *The HIV Epidemic Among Injection Drug Users in Ontario : The Situation in 1997*, préparé pour le AIDS Bureau, ministère de la Santé de l'Ontario, 1997; et C. Poulin, P. Fralick, E. Whynot et coll., « The Epidemiology of Cocaine and Opiate Abuse in Urban Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1998 (89) : 234.

¹² J. Blanchard, E.T.L. Elliott, « Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study », *Interim results*, avril 1999.

¹³ Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997, p. 5.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 1, avec référence à S. Strathdee, D. Patrick, S. Currie et coll., « Needle Exchange is Not Enough: Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study », *AIDS*, 1997, 11 : 59-65; R. Parent, M. Alary, C. Hankins et coll., « HIV among IDUs: Second Surveillance Year of the SurVIDU Network », 6^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Ottawa, mai 1997. *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (Suppl A) : 27A (abrégé 220); et Hankins, Tran, Desmarais et coll., supra, note 5.

¹⁶ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 1.

¹⁷ Strathdee, Patrick, Currie et coll., supra, note 15.

qui visitaient sur des sites d'échange de seringues;⁸ en 1996-1997, une autre étude a montré que la prévalence avait atteint les 20%;⁹

- les données de programmes d'échange de seringues, à Québec et dans de plus petites villes du Québec, indiquent que la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est de 9% à Québec et que, dans certaines régions semi-urbaines, elle atteint jusqu'à 9,6%.¹⁰

Des conclusions semblables¹¹ ont été documentées dans la *1999 Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study (WIDE)*,¹² qui a montré que l'injection de drogue au Manitoba constitue un risque de plus en plus important d'infection à VIH et qu'environ un nouveau diagnostic sur trois se compte parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Des observations de cet ordre ont conduit le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'injection de drogues à conclure : « Le Canada traverse actuellement une véritable crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. »¹³ Dans son rapport, le Groupe déclare que :

Malgré de nettes indications de la croissance du problème au milieu des années 80 et diverses tentatives de solution, la propagation du VIH chez les usagers de drogues par injection ne cesse de croître, tout comme c'est le cas de l'incidence de l'hépatite et de la tuberculose. Le mal continue de frapper de nouvelles populations. Les problèmes interreliés du VIH, du sida, de l'usage de drogues, et de la santé mentale multiplient les difficultés chez la personne infectée pour laquelle il n'existe aucun recours ni traitement approprié.¹⁴

Comportements à risque

Des comportements à risque, parmi les utilisateurs de drogue par injection, sont prévalents dans l'activité sexuelle et les pratiques d'injection. Le partage d'aiguilles est un mode de transmission très propice, pour le VIH (et d'autres infections), et il se pratique assez communément chez les utilisateurs de drogue par injection. Dans le cadre d'études à travers le Canada, environ 40% des utilisateurs de drogue par injection ont déclaré avoir emprunté des seringues usagées dans les 6 mois précédents, et un pourcentage légèrement plus faible a déclaré avoir prêté sa seringue, dans la même période.¹⁵ Le partage de matériel d'injection autre que les seringues/aiguilles, p. ex. les cuillères ou contenants à chauffer, filtres et eau, communément nommé « partage indirect », est associé lui aussi à la transmission du VIH.¹⁶

Une tendance croissante à délaissier l'usage d'héroïne au profit de la cocaïne pourrait être un facteur important dans la montée en flèche de la prévalence et de l'incidence du VIH.¹⁷ Les utilisateurs de cocaïne se font des injections à un rythme particulièrement élevé; certains le font aussi souvent que 20 fois par jour.¹⁸ D'après une étude de 1998 publiée dans la *Revue canadienne de santé publique*, le taux d'injection de cocaïne est particulièrement élevé à Vancouver, Toronto et Montréal,¹⁹ et la consommation de cocaïne est un problème en croissance dans d'autres villes, notamment à Calgary, Winnipeg et Halifax.²⁰

Outre les comportements à risque liés à l'injection de drogue, les utilisateurs de drogue par injection ont aussi des comportements sexuels à risque. Plusieurs sont impliqués dans l'activité sexuelle commerciale sans protection :

- dans une étude menée à Vancouver, 23% des utilisateurs de drogue par injection ont déclaré avoir été payés pour des rapports sexuels, au cours des 6 mois précédents;²¹ et
- parmi les clients de programmes d'échange de seringues à Ottawa et à Québec, 9,4% des hommes et 47,3% des femmes ont déclaré avoir eu des clients pour le commerce du sexe. De ces nombres, 63% des hommes et 35% des femmes n'utilisaient pas de condom ou en utilisaient un seulement à l'occasion, avec leurs clients.²²

L'utilisation de condoms par les utilisateurs de drogue par injection est aussi rare avec des partenaires du sexe opposé, réguliers ou occasionnels.²³ En outre, une minorité importante d'utilisateurs de drogue par injection de sexe masculin ont déclaré avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires de même sexe.²⁴

Les populations les plus touchées

Comme on l'a déjà mentionné, le double problème de l'injection de drogue et de l'infection à VIH affecte en fin de compte toute la société canadienne.²⁵ Certaines populations sont cependant affectées de manière particulière.

Les utilisatrices de drogue par injection, au Canada, ont un risque élevé de contracter le VIH. Chez les femmes, la proportion des cas de sida attribués à l'injection de drogue est passée de 0,5% (avant 1989) à 16,1% (1989-1993), puis à 25,8% (1994-1998).²⁶ Chez les hommes, au cours la même période de temps, l'augmentation est prononcée aussi, mais moins dramatique : de 0,8% à 3,1%, puis à 7,6%.

L'injection de drogue est un grave problème parmi les jeunes de la rue; à Montréal, par exemple, un tiers d'un échantillon de jeunes de la rue a déclaré s'être injecté de la drogue dans les 6 mois précédant l'étude. Parmi ceux qui s'injectaient de la drogue régulièrement, 47% ont déclaré avoir partagé des seringues pendant la même période.²⁷

L'injection de drogue est aussi un problème parmi les détenus.²⁸ Les estimés de la prévalence du VIH parmi les détenus varient de 1% à 4% chez les hommes, de 1% à 10% chez les femmes, et l'infection est étroitement associée dans les deux groupes à des antécédents d'injection de drogue.²⁹ Incarcérés, plusieurs continuent de s'injecter de la drogue :

- une étude sur la transmission du VIH parmi des utilisateurs de drogue à Toronto a permis de constater que plus de 80% d'entre eux avaient déjà été incarcérés depuis qu'ils consommaient de la drogue et que 25% de ceux-ci avaient partagé du matériel d'injection pendant leur séjour en prison;³⁰
- dans une étude parmi des hommes et des femmes incarcérés dans des établissements provinciaux à sécurité intermédiaire de Montréal, 73,3% des hommes et 15% des femmes ont affirmé consommer de la drogue durant leur incarcération; 6,2% des hommes et 1,5% des femmes s'injectaient;³¹
- dans une étude effectuée dans un établissement provincial à Québec, 12 des 499 répondants ont affirmé s'injecter de la drogue en prison, desquels 11 partageaient le matériel d'injection et 3 étaient séropositifs;³²
- dans un sondage effectué dans un établissement fédéral en Colombie-Britannique, 67% ont indiqué s'être injecté de la drogue en prison ou à l'extérieur (17% n'avaient pas consommé de drogue avant leur incarcération);³³

¹⁸ Poulin et coll., *supra*, note 11.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, supra*, note 1, à la p. 2, avec référence à Strathdee et coll., *supra*, note 15.

²² *Ibid.*, avec référence à Parent, Alary, Hankins et coll., *supra*, note 15.

²³ *Ibid.*, avec référence à Parent et coll., *supra*, note 15; Strathdee et coll., « Do Needle Exchange Programmes Increase the Spread of HIV Among Injection Drug Users? An Investigation of the Vancouver Outbreak », *AIDS*, 1999, 13: F45-F51.

²⁴ *Ibid.*, avec référence à Parent et coll., *supra*, note 15; Strathdee et coll., *supra*, note 15.

²⁵ *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, supra*, note 2.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, supra*, note 1, p. 3, avec référence à E. Roy, N. Haley, J. Boivin et coll., « Injection Drug Use among Street Youth: A Dynamic Process. Paper », présenté à la 6^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Ottawa, mai 1997, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (Suppl A) : 29A (abrégeé 225).

²⁸ Voir *VIH/sida et prisons, feuillet d'information #2* : « Comportements à risque élevé derrière les barreaux », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

²⁹ *Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, supra*, note 2, p. 2-3, avec références. Voir aussi, *VIH/sida et prisons, feuillet d'information #1* : « VIH/sida et hépatite en prison : les faits », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

³⁰ P. E. Millson, *Evaluation of a Programme to Prevent HIV Transmission in Injection Drug Users in Toronto*, Toronto, Toronto Board of Health, 1991.

³¹ C. Hankins et coll., « Prior Risk Factors for HIV Infection and Current Risk Behaviours Among Incarcerated Men and Women in Medium-Security Correctional Institutions – Montréal », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995; 6(Suppl B) : 31B.

³² A. Dufour et coll., « HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(Suppl B) : 31B.

³³ T. Nichol, *Bleach Pilot Project*, deuxième compte-rendu, non publié, du projet sur l'introduction de la distribution d'eau de Javel dans l'établissement Matsqui, 28 mars 1996 (en filière au Réseau juridique canadien VIH/sida).

C O N T E X T E

- dans un sondage effectué par le SCC en 1995, 11% des détenus ont déclaré s'être injecté de la drogue depuis leur arrivée dans l'établissement où ils se trouvaient à ce moment; l'injection de drogue était particulièrement fréquente dans la région du Pacifique, où 23% des détenus ont déclaré la pratiquer.³⁴

³⁴ Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995: rapport de recherche*, Ottawa, Service correctionnel du Canada (division de recherche et développement), 1996 N° SR-02, p. 138.

³⁵ *Le VIH, le sida et l'injection de drogues par injection : Un plan d'action national*, supra, note 13, p. 9, avec référence.

En outre, les données actuelles indiquent clairement que les autochtones sont surreprésentés parmi les groupes les plus vulnérables au VIH, tels que les travailleurs du sexe et les détenus. En particulier, ils sont surreprésentés parmi les communautés d'utilisateurs de drogue par injection des centre-ville, y compris parmi la clientèle de services comme les programmes d'échange de seringues et les sites de counselling et de référence.³⁵



Le projet

Historique

Le rapport de la consultation de 1997

En 1997, le Programme de soins, du traitement et du soutien pour le VIH/sida, Santé Canada, a publié *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH/sida*.³⁶ Ce rapport identifie des problèmes à régler, en vue de fournir des soins, des traitements et du soutien efficaces aux utilisateurs de drogue par injection (en particulier ceux qui vivent dans la rue ou qui sont marginalisés); on y propose des initiatives qui pourraient être des débuts de solutions. Les problèmes abordés ont été identifiés par des participants à un processus national de consultation.

Les questions juridiques font partie des principaux domaines identifiés pour l'action, dans le rapport. Deux ensembles de problèmes sont mis en relief :³⁷

- *Le statut juridique des drogues comme cause directe du mal* – Le rapport explique que les effets pharmacologiques des drogues qu'utilisent les utilisateurs de drogue par injection ne sont pas, en soi, nécessairement dommageables. On y affirme que souvent, une grande partie du mal est secondaire et provient soit du statut illégal de la drogue utilisée, soit de facteurs tels que des techniques d'injection non sécuritaires, des comportements criminels et une incertitude quant à la pureté et à la force de la drogue en raison de son illégalité.
- *Illégalité de la drogue comme obstacle au traitement* – Le rapport explique que l'illégalité des drogues qu'ils utilisent empêche les utilisateurs de drogue par injection d'accéder pleinement aux programmes de soins et de désintoxication. On y affirme que l'approche de ces traitements, leurs protocoles d'admission et l'attitude du personnel et du public sont davantage un reflet de cette illégalité que de la nécessité de traitement pour la

« Les drogues qu'utilisent les [utilisateurs de drogue par injection] ne sont pas nécessairement dommageables par elles-mêmes. »

- McAmmond, 1997

³⁶ D. McAmmond, *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, mars 1997.

³⁷ *Ibid.*, p. 16-17.

Les politiques canadiennes [sur les stupéfiants [...] nous empêchent de résoudre le problème du sida et de son virus chez les usagers de drogues par injection.

population cible. On ajoute que certaines approches de contrôle de [l'usage de drogue] ayant du succès dans d'autres pays (comme la prescription d'héroïne ou de cocaïne) ne sont pas disponibles au Canada en raison des lois régissant la pratique médicale.

Dans le rapport, on propose deux interventions possibles devant ces problèmes juridiques :³⁸

- Une étude exploratoire de la manière dont les lois et la réglementation canadiennes sur les drogues pourraient permettre une plus grande souplesse dans l'application de thérapies à base de drogues données sous contrôle médical aux utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH.
- Une analyse des expériences menées ailleurs (p. ex. en Angleterre ou aux Pays-Bas) pour voir si le Canada pourrait permettre l'administration d'héroïne ou de cocaïne aux utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH.

Le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection

En mai 1997, Groupe de travail sur le VIH/sida et l'usage de drogues par injection, dans le cadre d'un projet conjoint de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (CCLAT), a publié son *Plan d'action national*.³⁹ Le plan établit des stratégies spécifiques pour s'occuper des problèmes liés aux politiques et à la législation, à la prévention et à l'intervention, aux traitements, aux populations autochtones et aux femmes.

À l'instar du rapport de consultation de Santé Canada, celui du Groupe de travail observe que le statut juridique des drogues au Canada contribue à la difficulté de lutter contre le VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection en affectant non seulement le comportement de ces derniers mais aussi les attitudes des professionnels et les structures des programmes.⁴⁰ Le *Plan d'action national* propose un ensemble d'action spécifiques en réaction à ces difficultés, y compris que :

- le *Code criminel* soit modifié en prévoyant des exemptions législatives spécifiques qui investissent les médecins du pouvoir de prescrire des narcotiques aux utilisateurs de drogue, dans le but de médicaliser l'usage de stupéfiants et de réduire les méfaits associés à l'obtention de drogue dans la rue; et en décriminalisant la possession de petites quantités de drogue pour usage personnel;⁴¹
- des mesures soient adoptées pour éliminer les attitudes discriminatoires à l'égard des utilisateurs de drogue vivant avec le VIH ou le sida, en sensibilisant la magistrature et le secteur policier au fait qu'il est préférable d'aborder la toxicomanie dans une optique sanitaire et sociale, plutôt que criminelle;⁴²
- l'accès au traitement à la méthadone soit facilité, en abolissant l'obligation que les médecins obtiennent une autorisation du ministre fédéral de la Santé pour prescrire ce traitement; en réduisant et en éliminant tout autre obstacle dans l'accès à l'entretien à la méthadone (y compris les restrictions actuelles des privilèges de dose de réserve; et en établissant des programmes d'entretien à la méthadone assortis de critères d'admissibilité moins stricts,

³⁸ *Ibid.*, p. 23.

³⁹ *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection*, *supra*, note 13.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 13-14

⁴¹ *Ibid.*, p. 16.

⁴² *Ibid.*, p. 19.

dans le but spécifique de réduire la fréquence d'injection chez les héroïnomanes;⁴³ et que

- le continuum des services et de l'information disponibles soit amélioré, en offrant la possibilité d'opter pour un traitement autre que l'abstinence complète de toute drogue; en veillant à ce que chaque personne qui souhaite être traitée soit soumise à une évaluation et ait la possibilité de suivre des thérapies antirétrovirales conformes aux normes de soins en vigueur; en réalisant des essais cliniques sur la prescription de morphine, d'héroïne et de cocaïne à titre de solution de rechange; et en appuyant la recherche et la diffusion d'information sur les interactions possibles entre des produits pharmaceutiques et des drogues à usage dit récréatif.⁴⁴

L'étape suivante

Comme suite au document *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida - Rapport de consultation* (et à la lumière des recommandations du Groupe de travail), la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le sida, Santé Canada, a reconnu le besoin d'identifier des possibilités de solutions à certains dilemmes légaux et éthiques relatifs (1) à la fourniture de soins, traitements et services de soutien aux utilisateurs de drogue par injection qui vivent avec le VIH/sida et (2) à la réduction des méfaits de l'usage de drogue. Dans ce but, le Réseau juridique canadien VIH/sida a reçu un appui financier pour rassembler des intervenants dans le domaine du VIH et de l'injection de drogue, pour identifier des problèmes juridiques et éthiques prioritaires, les analyser et formuler des recommandations.

Le présent rapport est un des résultats de cette consultation, aux côtés de *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*,⁴⁵ qui est un recueil de tous les documents de travail et de référence qui ont été rédigés pour la consultation.

Aperçu du projet

Objectifs

Les objectifs du projet étaient de :

- rassembler des participants clés, pour leurs connaissances et expérience dans les domaines du VIH et de l'injection de drogue;
- identifier les questions juridiques et éthiques relatives (1) à la fourniture de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue vivant avec le VIH ou le sida; et (2) à la réduction des méfaits de l'usage de drogue;
- identifier quatre problèmes prioritaires à être analysés plus à fond;
- analyser ces problèmes prioritaires, du point de vue des politiques, du droit et de l'éthique, en trois documents d'une vingtaine de pages chacun; et
- préparer un rapport de consultation résumant les propos de la discussion des participants, l'analyse contenue dans les documents, ainsi que les recommandations et les possibilités de solutions formulées par les participants devant les problèmes prioritaires retenus.

Phase I

La première phase du projet s'est amorcée en novembre 1997 et a pris fin le 31 mars 1998. On y a tenu deux ateliers, on a identifié huit questions

⁴³ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 24.

⁴⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, 1999.

juridiques et éthiques prioritaires, on a préparé des documents de travail sur quatre de ces questions et on a publié un rapport de consultation.⁴⁶ Cette phase a été financée par les Programmes des soins, du traitement et du soutien pour le sida, Santé Canada. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec l'a cofinancée.

Premier atelier – discussion

Au premier atelier, des dispensateurs de services pour les utilisateurs de drogue, des membres d'organismes non gouvernementaux, des représentants de gouvernements provinciaux et fédéral ainsi que des utilisateurs de drogue se sont réunis le 17 novembre 1997, afin de discuter de difficultés et de problèmes juridiques et éthiques liés à l'injection de drogue et au VIH/sida. En particulier, douze thèmes ont été identifiés. Les paragraphes ci-dessous rendent compte de cette discussion et tentent de présenter aussi fidèlement que possible l'ensemble des commentaires formulés par les participants, en les regroupant par points communs.

La déshumanisation des utilisateurs de drogue

Les utilisateurs de drogue par injection sont stigmatisés et déshumanisés par le statut illégal de la drogue, par le traitement que leur réservent les forces de l'ordre et la société en général, de même que par la désinformation au sujet de l'usage de drogue. Souvent parmi le grand public, et parfois parmi les professionnels de la santé, on ne considère pas les utilisateurs de drogue comme des personnes, mais simplement comme des criminels et des vecteurs de maladie.

Les participants à l'atelier ont déclaré que les programmes visant à réduire les méfaits de l'usage de drogue sont souvent eux-mêmes déshumanisants, par la manière dont ils tentent de régler et de contrôler les habitudes des utilisateurs de drogue. Certains programmes ne rencontrent pas les besoins de leur clientèle. On a donné l'exemple de programmes d'échange de seringues qui sont limités au débit unitaire (une seringue neuve donnée pour chaque seringue usagée rapportée), et des exemples de restrictions imposées aux programmes d'entretien à la méthadone, comme le nombre limité de doses de réserve (pour plus d'un jour à l'avance) et l'exigence de tests d'urine réguliers.

Difficultés dans la promotion des intérêts des utilisateurs de drogue

De nos jours, on entend de plus en plus souvent exprimer au sein du mouvement sur le VIH/sida le souhait que les utilisateurs de drogue s'organisent et militent davantage. Certains utilisateurs sont en faveur de ce militantisme qui, effectivement, pourrait bien les servir; d'autres utilisateurs peuvent s'y opposer. Les participants à l'atelier ont souligné que les utilisateurs de drogue doivent être libres de décider de s'organiser et de militer ou non; s'ils le font, ce doit être en toute sécurité. Un utilisateur de drogue qui s'affirme publiquement s'expose à de l'indiscrétion publique et à des possibilités de perte d'emploi ou de logement, d'obstacles dans l'obtention d'assurance ou d'impossibilité d'obtenir une hypothèque. Dans le cas où des utilisateurs de drogue choisiraient de s'organiser et de militer davantage, ils devraient recevoir le soutien dont ils ont besoin s'ils sont confrontés à ces conséquences. On a suggéré que la formation d'organismes composés de parents d'utilisateurs de drogue qui militeraient en leur faveur pourrait être efficace.

⁴⁶ Theodore de Bruyn, *VIH, usage de drogue par injection et soins, traitements et soutien: questions juridiques et éthiques – Rapport de consultation*, préparé pour le Programme des soins, des traitements et du soutien pour le sida, Division des politiques, de la coordination et des programmes, Santé Canada, par le Réseau juridique canadien VIH/sida, mars 1998.

Problèmes rencontrés par les dispensateurs de services

La stigmatisation de l'usage de drogue s'étend aussi aux personnes qui fournissent des services aux utilisateurs – p. ex. les médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, conseillers, personnes qui leur offrent de l'hébergement. Certains de ces intervenants sont marginalisés au sein de leur profession; on ne leur prête pas foi lorsqu'ils apportent des renseignements qui ne vont pas dans le sens des programmes ou qui mettent en question les mythes sur l'injection de drogue et sur les utilisateurs. Leurs efforts d'éducation publique sont parfois censurés et ils ne parviennent pas à changer le contexte dans lequel ils tentent de fournir des services aux utilisateurs de drogue. Ces dispensateurs de services ont de la difficulté à obtenir du financement pour des programmes novateurs visant à traiter ou à prévenir les méfaits associés à l'injection de drogue. Les organismes qui offrent du logement à des utilisateurs de drogue sont souvent perçus comme des adjuvants de l'interaction entre les gens de ces communautés et ils peuvent être accusés de favoriser la propagation du VIH et ou d'autres maladies. Les participants à l'atelier ont discuté des questions juridiques et éthiques pertinentes à la situation de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de traitement, ou d'administrateurs de sites d'hébergement qui autorisent la consommation de drogue sur les lieux mêmes – hôpital, centre de traitement ou hospice.

Problèmes d'organismes au service d'utilisateurs de drogue

Les participants à l'atelier ont identifié plusieurs problèmes en rapport avec des organismes de services aux utilisateurs de drogue – services de traitements, services sociaux ou services liés au VIH/sida. Il a été déclaré que certains organismes qui se réclament de la réduction des méfaits peuvent en fait déprécier les utilisateurs et les décourager de demander de l'aide, en raison de la façon dont ils les traitent ou des règles qu'ils leur imposent. On a exprimé des préoccupations devant l'octroi de fonds à des programmes de réduction des méfaits menés par des organismes qui, jusqu'à récemment, exigeaient que les utilisateurs de drogue cessent leur consommation afin de pouvoir recevoir des services. On a souligné l'importance que ces organismes doivent faire la preuve qu'ils acceptent les implications de la fourniture de services à des utilisateurs de drogue qui continuent d'en consommer.

Un autre problème identifié réside dans la possibilité que des organismes, afin de recevoir du financement pour leurs programmes, puissent demander le concours d'utilisateurs de drogue « de service » pour faire croire qu'ils ont une représentation de la communauté, puis une fois le financement obtenu, se retourner et développer des programmes qui correspondent aux besoins de l'organisme ou de ses membres, plutôt qu'à ceux de la clientèle qu'ils devraient servir.

En outre, les participants ont fait remarquer que les organismes de lutte contre le VIH/sida n'en sont pas tous au même point dans l'intégration des utilisateurs de drogue et des programmes à leur intention. Certains organismes sont prêts à embaucher des utilisateurs de drogue et à fournir des services aux personnes de ces communautés; d'autres s'y refusent. Les utilisateurs de drogue à l'emploi d'un organisme voué au VIH/sida peuvent s'y retrouver marginalisés.

Messages confus au sujet de la réduction des méfaits

Il n'y a pas de consensus sur ce que signifie « réduction des méfaits ». Il peut y avoir des divergences, voire des contradictions, dans le sens qu'attribuent à

cette expression les cliniques de santé, les haltes d'échange de seringue, les centres de traitement de la toxicomanie et les organismes d'hébergement, dans leur pratique. En conséquence, les utilisateurs de drogue reçoivent des messages confus. Les efforts pour rejoindre les jeunes de la rue, par exemple, peuvent se heurter à des mesures pour les évincer de lieux publics; ou la remise de seringues stériles en échange de seringues usagées peut être réglementée d'une manière (comme l'échange unitaire) qui ne correspond pas aux besoins des utilisateurs. De telles contradictions entre les messages diminuent la capacité des services de réduire les méfaits associés à l'usage de drogue.

Programmes d'entretien à la méthadone

La discussion a porté sur l'accessibilité des programmes de méthadone pour les utilisateurs de drogue par injection et sur les lacunes des programmes actuels. Les programmes d'entretien à la méthadone relèvent de la compétence des provinces; parmi ces dernières, certaines élargissent leurs programmes et tentent de les rendre plus accessibles, alors que d'autres n'ont encore aucun programme. Les collègues de médecins sont responsables, dans certaines provinces, de la réglementation de ces programmes et de l'accréditation des médecins qui peuvent donner ce traitement. En Alberta, le programme de méthadone est géré par l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), une agence du gouvernement provincial. Les participants à l'atelier ont dit se demander si les règles et critères des programmes de méthadone, dans les provinces, ne servent pas à empêcher les utilisateurs de drogue d'y participer, plutôt que de les y inciter.

Les seringues devraient être plus accessibles et moins chères, dans les pharmacies.

Les personnes qui suivent des programmes d'entretien à la méthadone ont exprimé des préoccupations devant les tests d'urine obligatoires, les sanctions en cas d'usage d'autres drogues et les limites au nombre de doses de réserve. Ils se sont parfois sentis dévalorisés par l'attitude de médecins et d'autres fournisseurs de services, à leur égard.

En outre, certains se demandent si l'entretien à la méthadone ne cause pas plus de méfaits que les drogues illégales, puisque la méthadone crée une accoutumance si forte. Ils préféreraient voir les gens consommer de l'héroïne plutôt que de la méthadone.

Distribution de seringues

Les participants à l'atelier ont souligné que l'échange unitaire de seringues ne fonctionne pas : ce régime ne répond pas aux besoins de seringues stériles des utilisateurs, ni à leur besoin de services exempts de tentatives d'exercer un contrôle sur eux. Ils ont mentionné que dans certains programmes à Montréal et à Vancouver, on n'échange plus les seringues sur une base unitaire : on en donne autant que l'utilisateur en demande (*distribution* de seringues).

Selon les participants, les seringues devraient être plus accessibles et moins chères, dans les pharmacies. On a rapporté que, dans certaines régions métropolitaines, on ne connaît qu'une seule pharmacie qui accepte de vendre des seringues aux utilisateurs de drogue.

Iniquités pour les détenus

Les participants à l'atelier ont mentionné que les iniquités sont nombreuses, dans le domaine de la prévention, des soins, des traitements et du soutien pour le VIH dans les établissements correctionnels du Canada, par rapport au reste de la société. Les détenus qui s'injectent de la drogue n'ont pas accès à des seringues stériles et ceci les expose à un risque accru de contracter le VIH, le

VHC et d'autres infections. De plus, dans plusieurs juridictions, les détenus qui suivaient un traitement à la méthadone avant leur incarcération n'ont pas la possibilité de le poursuivre en prison et aucune juridiction ne permet aux détenus d'amorcer ce traitement pendant l'incarcération.

Femmes enceintes qui s'injectent de la drogue

Des participants à l'atelier se sont dit préoccupés par le traitement obligatoire des femmes enceintes qui consomment de la drogue par injection. La législation sur la protection des enfants et les lois relatives à la santé mentale ont été invoquées par les autorités de provinces pour faire détenir des femmes et les contraindre de suivre un traitement prescrit, pendant leur grossesse. On a rapporté que d'aucuns avaient suggéré la création de lois criminelles pour punir le comportement des femmes enceintes qui consomment de la drogue. Plusieurs participants à l'atelier ont dit que de telles actions de la part de l'État inciteraient des femmes enceintes à ne pas avoir recours aux soins prénatals et constitueraient une enfreinte aux libertés individuelles.

Options de traitement limitées

Les participants à l'atelier ont affirmé que les options sont (ou peuvent être) limitées, pour les utilisateurs de drogue, tant dans le traitement du VIH/sida que dans le traitement de la toxicomanie.

Plusieurs médecins pour le VIH/sida se trouvent devant le dilemme de prescrire ou non les thérapies actuelles d'antirétroviraux à un utilisateur de drogue séropositif, parce qu'ils perçoivent un risque élevé de non-respect du régime de prescription, parmi cette clientèle, pouvant entraîner le développement et la propagation conséquente de souches de VIH résistantes aux médicaments. Les utilisateurs de drogue considèrent que plusieurs personnes ont de la difficulté à respecter des régimes de traitement complexes et qu'il est nécessaire de trouver des régimes plus simples que tout le monde pourrait respecter plus aisément.

En ce qui concerne le traitement de la toxicomanie, certaines options ne sont pas disponibles au Canada, comme la prescription d'héroïne ou de cocaïne. Par ailleurs, les utilisateurs de drogue et les médecins ont de la difficulté à obtenir de l'information pharmacologique fiable au sujet des drogues illégales et de leurs interactions avec les médicaments d'ordonnance, y compris les médicaments contre le VIH/sida.

On a dit qu'il est nécessaire d'effectuer des essais cliniques pour évaluer les opiacés et leurs substituts, les stimulants et leurs substituts ainsi que les interactions entre les drogues illégales et les médicaments (en particulier les médicaments contre le VIH/sida). De plus, des utilisateurs de drogue devraient faire partie des essais cliniques sur les nouveaux traitements contre le VIH/sida.

Manque de logement et de soutien social

Le manque de logement pour les utilisateurs de drogue est un problème majeur dans les grands centres urbains comme Vancouver et Toronto. On a fait remarquer que les prestations d'aide sociale pour les utilisateurs de drogue sont limitées, voire réduites dans certaines provinces, et que ce phénomène accroît le nombre de gens sans abri : le fait d'être sans-abri rend difficile l'accès régulier à d'autres services et le respect d'un régime de traitement.

Le statut illégal de la drogue

Les participants ont affirmé que le statut juridique actuel de la drogue pose des obstacles quasi insurmontables dans la prévention du VIH/sida et dans la

prestation de soins, de traitements et de soutien pour les utilisateurs de drogue. Ces témoignages concordent avec ceux exprimés durant la consultation effectuée pour le rapport *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida*: « [N]ous savons ce qu'il faut faire, mais nous ne sommes pas capables de le faire, pour plusieurs raisons », ⁴⁷ notamment à cause des obstacles posés par le statut illégal de la drogue et de l'usage de drogue. Les participants aux deux consultations ont dit qu'à moins de changements à ce chapitre, il sera difficile de faire des progrès dans le traitement de la toxicomanie et la prévention du VIH.

Les participants à l'atelier ont affirmé qu'il est nécessaire de se pencher sur d'autres types de structures de réglementation plus efficaces pour réduire les méfaits de cet usage et pour assurer la sécurité et la qualité des drogues vendues dans la rue. Par ailleurs, le manque d'information sur l'opinion publique réelle, quant à l'usage de drogue, est un obstacle au changement de la situation légale; des études et des renseignements fiables sur la drogue et sur les attitudes du public sont nécessaires.

Premier atelier – identification des questions prioritaires

Les participants à l'atelier ont identifié les huit priorités juridiques et éthiques suivantes, pour une analyse plus poussée :

1. Quel impact le statut juridique actuel de la drogue et de l'usage de drogue a-t-il sur les efforts de prévention de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection et sur la fourniture de soins, traitements et soutien aux utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida? Quelles sont les alternatives possibles à ce statut? Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées?
2. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées dans les situations où l'on permet l'usage de drogue illégale lorsque l'on fournit des soins de santé ou des services sociaux (soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs, services d'hébergement) aux utilisateurs de drogue par injection?
3. Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique, d'exiger qu'une personne cesse d'utiliser de la drogue, comme condition de son traitement? Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique, de refuser de donner des antirétroviraux aux utilisateurs de drogue séropositifs?
4. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées, au Canada, par la prescription d'opiacés et de stimulants désignés, pour des utilisateurs de drogue?
5. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées par (a) l'absence d'essais cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire; (b) l'absence de recherches concernant les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales; et (c) l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?
6. Quels motifs légaux et éthiques incitent à assurer que les professionnels des soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de l'information exacte et complète au sujet des drogues illégales et de leurs effets?
7. Quelles considérations juridiques et éthiques doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues et de

⁴⁷ *Supra*, note 36.

traitement d'entretien à la méthadone, afin de réduire les méfaits de l'usage de drogue?

8. Quelles considérations juridiques et éthiques soulève le traitement obligatoire contre la toxicomanie, pour les utilisatrices de drogue qui sont enceintes?

Les quatre premières questions ont été retenues pour analyse dans la phase I du projet.

Les documents de travail

Après l'atelier, trois individus ont préparé des documents sur les quatre problèmes prioritaires, en fonction de leurs perspectives et expériences respectives: la D^{re} Diane Riley (International Harm Reduction Association et Fondation canadienne des politiques sur les drogues) a abordé les politiques en matière de drogue; Me Eugene Oscanella (Fondation canadienne des politiques sur les drogues) a abordé les questions juridiques; et le D^r David J. Roy (Centre de bioéthique, Institut de recherches cliniques de Montréal) a abordé les aspects éthiques.

Deuxième atelier

Un deuxième atelier, tenu en février 1998, a réuni de nouveau les informateurs clés et les trois auteurs ainsi que d'autres participants. On a examiné les documents de travail de Riley, Oscanella et Roy, puis on a discuté de leur contenu. Les participants ont formulé des recommandations sur chacune des questions, en regard de ce qui devrait être accompli à court terme (buts à court terme), ce qui devrait être accompli à long terme (buts à long terme) et des moyens qui pourraient permettre d'atteindre ces buts à court et à long terme.

À la suite de l'atelier, les auteurs ont révisé leurs documents à la lumière de la discussion et de l'information du second atelier, puis un rapport de la phase I du projet a été préparé.

Rapport de la Phase I

Le rapport, rédigé par Theodore de Bruyn, résumait la discussion du premier atelier; présentait une liste des questions juridiques et éthiques identifiées lors du premier atelier, y compris les quatre sélectionnées pour analyse ultérieure; résumait le contenu des trois documents de travail abordant les quatre questions prioritaires; et présentait une liste des recommandations formulées au terme de l'atelier, pour l'action à venir concernant ces quatre priorités.

Phase II

En mai 1998, du financement a été obtenu pour poursuivre le travail du projet. Les trois questions prioritaires analysés dans cette phase du projet étaient :

1. Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées par (a) l'absence d'essais cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire; (b) l'absence de recherches concernant les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales; et (c) l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?
2. Quels motifs légaux et éthiques incitent à assurer que les professionnels des soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de

l'information exacte et complète au sujet des drogues illégales et de leurs effets?

3. Quelles considérations juridiques et éthiques doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone, afin de réduire les méfaits de l'usage de drogue?

À l'instar de la démarche de la phase I, Riley, Oscapella et Roy ont préparé des documents de travail sur ces questions, d'après leur spécialité et expertise respectives.

L'analyse de la huitième question prioritaire – les questions juridiques et éthiques concernant les utilisatrices de drogue enceintes et séropositives – a été reportée, puisqu'une analyse approfondie était en cours au sujet des questions juridiques et éthiques soulevées par le test du VIH chez les femmes enceintes.⁴⁸ On a considéré que cette analyse devrait être complétée avant que soit amorcée l'analyse des questions juridiques et éthiques, certes distinctes mais apparentées, que soulève le cas des utilisatrices de drogue enceintes et séropositives.

L'atelier national

Un atelier national, les 15-16 mars 1999, a rassemblé d'à travers le Canada 40 personnes détenant des connaissances et de l'expérience en rapport avec les questions liées au VIH/sida et à l'injection de drogue. Parmi elles, on trouvait plusieurs des participants des deux premiers ateliers, des utilisateurs de drogue par injection, des membres d'organismes du domaine du sida, des employés de programmes d'échange de seringues, des représentants de ministères fédéraux et provinciaux, des employés d'organismes qui offrent des programmes de méthadone, des médecins, éthiciens, chercheurs, analystes de politiques ainsi qu'un membre d'un organisme autochtone.⁴⁹ Les participants y ont discuté des documents de travail préparés par Riley, Oscapella et Roy, puis ont formulé des recommandations d'action en rapport avec les questions de politiques abordées dans les documents. Par la suite, les documents de travail ont été soumis à une révision par des pairs et finalisés en tenant compte de ces commentaires. Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche, au Réseau juridique canadien VIH/sida, a été chargé de réécrire le document de travail consacré aux questions juridiques, en collaboration avec l'auteur, Eugene Oscapella.

Le présent rapport

Le présent rapport sur les phases I et II du projet présente une analyse des sept questions prioritaires abordées durant les deux phases, suivie des recommandations qu'ont développées les participants aux ateliers. Le rapport se fonde sur les documents de travail, sur le rapport de la première phase de consultation et les commentaires des participants aux trois ateliers tenus entre novembre 1997 et mars 1999. Toutefois, on a effectué des recherches supplémentaires au sujet de chacune des sept questions, notamment au sujet de décisions de tribunaux, de traités et articles législatifs, de publications scientifiques et médicales ainsi que de documents du domaine de la santé publique. D'autres discussions ont eu lieu avec des membres d'organismes du domaine du VIH/sida, des médecins impliqués dans des essais de médicaments anti-VIH/sida, des responsables de la santé publique, des employés de collègues de médecins, des scientifiques, des gens impliqués dans des organismes qui

⁴⁸ Voir L. Stoltz et L. Shap, « Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse : aspects médicaux et juridiques du débat d'orientation politique », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3), p. 48-51. Voir aussi B. Hoffmaster et T. Schrecker, « Une analyse éthique du test du VIH chez les femmes enceintes et leurs nouveau-nés », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4): (à paraître).

⁴⁹ La liste des participants à l'atelier est présentée à l'annexe 2.

offrent des programmes de traitement à la méthadone ainsi que des représentants de Santé Canada.

Le recueil de documents de fond

En accompagnement à ce rapport, on trouve un recueil des documents de fond préparés pendant les phases I et II du projet.⁵⁰

Prochaines étapes

Le projet ne se clôt pas avec la publication de ce rapport et du recueil de documents de fond. Le Réseau entreprendra du travail dans différents domaines. Le point de mire du Réseau portera sur la dissémination du contenu du rapport à l'intention de divers publics. Cela comprendra la préparation de feuillets d'information qui résumeront les principales conclusions, afin d'accroître l'accessibilité de l'information contenue dans ces documents; ainsi que la publication d'articles dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit* et d'autres publications. Conjointement à d'autres organismes, lorsque cela est approprié, le Réseau entreprendra des activités de suivi qui seront axées sur la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport.

⁵⁰ *Supra*, note 45.



Le statut juridique actuel de la drogue

Quel impact le statut juridique actuel de la drogue et de l'usage de drogue a-t-il sur les efforts de prévention de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection et sur la fourniture de soins, traitements et soutien aux utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida? Quelles sont les alternatives possibles à ce statut? Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées?

Dans ce chapitre, on souligne que les lois canadiennes ont une approche punitive à l'endroit des individus qui consomment des drogues illégales, en criminalisant non seulement le trafic de certaines drogues, mais aussi le fait d'en posséder. Les effets de cette approche sur les utilisateurs de drogue, les professionnels des soins de santé et l'ensemble de la société semblent aggraver les méfaits de l'usage de drogue plutôt que de les réduire. Cependant, certaines alternatives possibles ne nécessiteraient pas de changement drastique au cadre légal prohibitionniste du Canada. D'autres alternatives, de plus grande portée, nécessiteraient que le Canada dénonce des pactes internationaux sur le contrôle des drogues.

Ce chapitre explique la nécessité éthique d'envisager des alternatives à l'approche actuelle. La réflexion éthique doit servir à reconnaître quels aspects des politiques actuelles sur la drogue doivent être conservés, lesquels doivent être renversés et quelles alternatives doivent être explorées et soumises à des expériences contrôlées.

On conclut le chapitre en identifiant deux grandes orientations pour l'action future : (1) le Canada doit renverser les impacts négatifs que le statut juridique actuel de la drogue entraîne pour les utilisateurs de drogue et les personnes qui leur fournissent des services; et (2) le Canada doit agir pour adopter des alternatives à l'approche actuelle, afin de réduire l'usage de drogue et ses méfaits

parmi les Canadiens. La mise en pratique des recommandations qui concluent le chapitre permettrait d'améliorer les soins, les traitements et le soutien à l'intention des utilisateurs de drogue et de rehausser l'efficacité des efforts de prévention du VIH et d'autres méfaits associés à l'usage de drogue.

Analyse du droit et des politiques

La criminalisation de la drogue au Canada

Depuis le début des années 1900, il existe au Canada des dispositions législatives visant à contrôler des drogues particulières.⁵¹ La *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques*,⁵² promulguée en 1911, puis la *Loi sur les stupéfiants*⁵³ et la *Loi sur les aliments et drogues*⁵⁴ ont régi l'usage de drogue pendant quelque 85 ans. Puis, en mai 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁵⁵ a été sanctionnée.⁵⁶ Cette loi a abrogé la *Loi sur les stupéfiants* ainsi que les parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues*, et a consolidé sous une seule loi les principales dispositions sur les drogues illégales.⁵⁷ Plusieurs des infractions définies dans les lois précédentes sont maintenant contenues dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS).

Infractions relatives à des substances désignées

En général, les actes *non autorisés* de possession,⁵⁸ fabrication,⁵⁹ culture,⁶⁰ trafic⁶¹ (qui comprend la vente, l'administration, le don, la cession, le transport, l'expédition et la livraison), exportation⁶² et importation⁶³ de substances énumérées dans les annexes de la loi constituent des infractions criminelles. Actuellement, on trouve énumérés dans ces annexes, comme substances « désignées », le cannabis (la résine et la marijuana), l'héroïne, la méthadone, la cocaïne et la feuille de coca, les barbituriques, les amphétamines et une vaste gamme d'autres substances.

En outre, c'est une infraction que d'obtenir ou de chercher à obtenir d'un praticien (comme un médecin) une substance désignée sans lui dévoiler les détails de l'acquisition d'une telle substance au cours des 30 jours précédents.⁶⁴

Diverses sanctions pénales s'appliquent aux violations de la loi, selon la substance en cause (et, dans le cas du cannabis, selon la quantité). Par exemple, la possession non autorisée d'héroïne, de méthadone ou de cocaïne est punissable d'une peine d'emprisonnement maximale de sept ans. La personne en possession non autorisée de cannabis est passible d'une peine d'emprisonnement maximale de cinq ans, bien que la possession d'une petite quantité (un gramme de résine ou 30 grammes de feuilles de marijuana) n'emporte qu'une peine de six mois d'emprisonnement, une amende de 1 000 \$, ou les deux.⁶⁵

La définition très large accordée à « substance désignée », dans la LDS, entraîne qu'il est criminel de posséder, importer, exporter, faire le trafic [etc.], non seulement de la drogue elle-même, mais aussi de

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.⁶⁶

Il s'ensuit que si une seringue ou tout autre article (par exemple, un fondoir) utilisé pour l'injection de drogue renferme un résidu de drogue, comme c'est habituellement le cas pour les seringues usagées, ce matériel est assimilé à une « substance désignée » et la personne qui a la seringue peut être reconnue

Il n'y a dans la loi (ou les règlements) aucune exemption ou protection expresse des programmes d'échange d'aiguilles ou de seringues, ni de leurs employés, qui, souvent, ont sciemment en leur possession du matériel usagé que leur retournent les usagers.

⁵¹ P.J. Giffen, S. Endicott, S. Lambert, *Panic and Indifference : The Politics of Canada's Drug Laws*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 1991.

⁵² *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques*, L.C. 1911, ch. 17.

⁵³ *Loi sur les stupéfiants*, L.C. 1960-61, ch. 35.

⁵⁴ *Loi sur les aliments et drogues*, L.C. 1962-63, ch. 15, parties III et IV.

⁵⁵ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch 19.

⁵⁶ S1/97-47, *Gaz Can*, partie II, 14 mai 1997.

⁵⁷ B. McFarlane, *Drug Offences In Canada*, Toronto, Canada Law Book Inc., 3^e édition, 1997, p. 2-14 et 2-15.

⁵⁸ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, art. 4(1).

⁵⁹ *Ibid.*, art. 7(1).

⁶⁰ *Ibid.*, art. 7(1).

⁶¹ *Ibid.*, art. 5(1).

⁶² *Ibid.*, art. 6(1).

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*, art. 4(2).

⁶⁵ *Ibid.*, art. 4(3)-(5).

⁶⁶ *Ibid.*, art. 2(2).

coupable de possession en vertu de la LDS. Il n'y a dans la loi (ou les règlements) aucune exemption ou protection expresse des programmes d'échange d'aiguilles ou de seringues, ni de leurs employés, qui, souvent, ont sciemment en leur possession du matériel usagé que leur retourment les usagers. Pareillement, l'exploitant d'une salle d'injection ou « piquerie » qui fournit des réceptacles pour le retour sûr de seringues usagées serait sciemment en possession d'une « substance désignée ». Comme le décrit Bruckner,⁶⁷ les gens qui travaillent pour des échanges de seringues et les utilisateurs de drogue qui sont en possession de matériel contaminé n'ont d'autre choix que de compter sur la discrétion policière et des procureurs de ne pas tenter de poursuites criminelles.⁶⁸

Accessoires pour la consommation de drogue : instruments et documentation

La LDS n'aborde pas le matériel d'injection ailleurs que dans sa définition large de « substance désignée » qui inclut ce matériel. Toutefois, depuis les modifications introduites dans le *Code criminel* en 1988, quiconque, « sciemment », importe, exporte, fabrique ou vend de la documentation ou des instruments pour l'utilisation de drogues illégales, ou en fait la promotion, commet une infraction au *Code criminel*.⁶⁹ Sont assimilés à la vente la mise en vente, l'étalage en vue de la vente, le fait de posséder en vue de vendre et le fait de distribuer, que la distribution soit faite à titre onéreux ou non.⁷⁰ Une première infraction rend son auteur passible d'une amende maximale de 100 000 \$ et d'une peine d'emprisonnement de six mois; en cas de récidive, la peine maximale est une amende de 300 000 \$ et un emprisonnement d'un an.⁷¹ Bien que le seul fait de posséder des drogues illégales soit une infraction (à la LDS), tel n'est pas le cas de la simple possession d'accessoires facilitant la consommation de drogue.

Documentation sur les drogues

De plus, un tribunal de l'Ontario a statué que l'interdiction portant sur la « documentation », dans l'article 462.2 du *Code criminel*, était une atteinte inconstitutionnelle à la liberté d'expression, contraire à l'article 2(b) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et n'avait par le fait même aucun effet ou force d'application. Dans l'affaire *Iofida c. MacIntyre*,⁷² il a été affirmé que l'article 462.2 du *Code* visait à exercer de la censure; il est conçu pour empêcher la dissémination d'une perspective particulière sur un sujet spécifique. La cour a observé que la défense et la promotion d'intérêts liés à l'usage de drogues illégales peut être inspirée par diverses raisons : par des considérations humanitaires comme des usages médicaux, par des motifs spirituels liés à des mouvements religieux ou pour des raisons artistiques de romanciers et d'autres auteurs de fiction. Le juge Macdonald a soutenu que la tentative de faire taire des messages, même un « message répugnant qui vise à populariser ou à glorifier des formes d'activités socialement indésirables »⁷³ [trad.], porte atteinte à la liberté d'expression dans une société démocratique. Les propos du juge Cory dans l'affaire *R. c. Kopyto*⁷⁴ [alors qu'il était juge à la Cour d'appel de l'Ontario] ont été cités à l'appui par la Cour de l'Ontario :

La notion de discours libre et non inhibé imprègne toute société vraiment démocratique. Des débats caustiques et mordants sont, par exemple, la caractéristique de campagnes électorales, de débats parlementaires et de campagnes pour la création de nouvelles institutions publiques ou pour la réforme des pratiques et institutions en

⁶⁷ T. Bruckner, *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, Toronto, Thomson Canada Limited, 1997, p. 20.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 462.2.

⁷⁰ *Ibid.* art. 462.1.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Iofida c. MacIntyre* (1994), 93 C.C.C. (3^e) 395 (Cour Ont. Div. gén.).

⁷³ *Ibid.*, p. 408.

⁷⁴ *R. c. Kopyto* (1987), 39 C.C.C. (3^e) 1 (C.A. Ont.).

vigueur. L'échange d'idées sur des sujets importants est souvent campé dans un langage coloré et vitriolé. Tant et aussi longtemps que les commentaires sur des sujets d'intérêt public ne sont ni obscènes ni contraires aux lois sur la diffamation criminelle, les citoyens d'un État démocratique ne devraient pas avoir à s'inquiéter indûment de la façon de présenter l'expression de leurs idées. La sève même de la démocratie est le libre échange d'idées et d'opinions. Si ces échanges sont réprimés, le gouvernement démocratique est lui-même menacé. [trad.]

Dans l'affaire *Iofida c. MacIntyre*, la cour a amputé les mots « ou de la documentation » de l'article 462.2 du *Code criminel*.

Matériel pour la consommation de drogue

On peut soutenir que les seringues (les seringues non usagées, du moins) ne devraient pas être considérées comme des accessoires pour la consommation de drogue. On définit « les instruments pour l'utilisation de drogues illicites » comme « tout ce qui est destiné essentiellement ou en l'occurrence à la consommation d'une drogue illégale ou à la facilitation de sa consommation. N'est toutefois pas visé par la présente définition un "instrument" au sens de l'article 2 de la *Loi sur les aliments et drogues*. »⁷⁵ Le mot *instrument* est défini dans la *Loi sur les aliments et drogues* comme « tout article, instrument, appareil ou dispositif, y compris tout composant, partie ou accessoire de ceux-ci, fabriqué ou vendu pour servir, ou représenté comme pouvant servir [...] 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 ». ⁷⁶

Les seringues devraient être considérées comme des « instruments » au sens de la *Loi sur les aliments et drogues*, puisqu'elles sont fabriquées ou vendues pour servir, ou représentées comme pouvant servir, à des fins médicales. Ainsi, elles seraient exclues de la définition d'« instruments pour l'utilisation de drogues illicites », dans le *Code criminel*. Il existe de la jurisprudence au soutien de cette interprétation,⁷⁷ mais cette conclusion est incertaine, puisque la définition, dans le *Code criminel*, des « instruments pour l'utilisation de drogues illicites » comprend ce qui est « destiné [...] en l'occurrence » à la consommation d'une drogue illicite. Des tribunaux ont statué que cette définition n'était pas excessivement large au point de la rendre inconstitutionnelle.⁷⁸

Dans plusieurs cas, la seringue ou autre article sera destiné à cette fin (même si on veut que l'injection de drogue illégale soit plus « sûre », c'est-à-dire qu'elle soit moins susceptible de causer un préjudice, à savoir transmettre la maladie). Étant donné que la « vente » est définie de manière à inclure la simple « distribution », même sans fins lucratives, il demeure possible que, selon la situation, la personne qui fournit à autrui une seringue ou tout autre matériel d'injection pour que ce dernier puisse consommer une drogue illégale – par exemple, un travailleur des services d'approche d'un programme d'échange de seringues ou l'exploitant d'une piquerie – puisse être reconnue coupable de « vente » d'un accessoire facilitant la consommation de drogue. Si la seringue en cause renfermait le résidu d'une drogue illégale, la seringue elle-même serait assimilée à une « substance désignée » en vertu de la définition large de la LDS;

Les seringues (les seringues non usagées, du moins) ne devraient pas être considérées comme des accessoires pour la consommation de drogue.

⁷⁵ *Loi sur les aliments et drogues*, supra, note 54, art. 2.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *R. c. Ramje* (1989), 103 A.R. 23 (Cour prov.), cité et approuvé dans *R. c. Spindloe*, [1998] S.J. n° 561 (Cour prov.) (Q.L.).

⁷⁸ *Spindloe*, *ibid.*; *R. c. Rizzo*, inédit, 28 février 1993 (Cour Ont. Div. prov.), j. Taillon; *R. c. Temple*, inédit, 12 avril 1998, Cour prov. T.-N., j. Reid.

qui plus est, le résidu dans la seringue serait vraisemblablement une preuve importante qu'en l'occurrence, la seringue était destinée à cet usage.

Le droit international

Le Canada est signataire de conventions internationales relatives aux drogues : la *Convention unique de 1961 sur les stupéfiants*, la *Convention de 1971 sur les substances psychotropes* et la *Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*.⁷⁹ Les conventions de 1961 et de 1972 ont pour principal objet de limiter à des fins scientifiques et médicales la possession de drogue. Celle de 1988, qui renferme des dispositions sur le blanchiment d'argent et la coopération internationale, porte plus particulièrement sur le trafic.

Les conventions internationales sur les drogues renferment des dispositions qui permettent aux États de « dénoncer » le traité (c'est-à-dire de s'y soustraire comme signataire).⁸⁰ D'égale importance, il est expressément prévu que plusieurs obligations qui incombent aux États signataires sont imposées « sous réserve des principes constitutionnels » de ces derniers et des « notions fondamentales de leurs régimes juridiques ». Il demeure donc loisible au Canada d'élaborer ses propres lois sur les drogues (relativement à certaines matières, tout au moins, comme la possession pour consommation personnelle), de façon moins punitive que ce que pourrait prescrire une interprétation plus rigoureuse des conventions internationales.⁸¹ Enfin, chacune des conventions prévoit expressément que les États signataires peuvent adopter « des mesures de traitement, d'éducation, de suivi, de réadaptation et d'intégration sociale » destinées aux usagers de drogue, « soit comme *solution de rechange* à la condamnation ou à la punition, soit en plus de ceux-ci ». ⁸² Encore ici, l'approche punitive peut être tempérée dans le cadre législatif actuel.

L'impact du statut juridique actuel

La LDS, comme la loi qui l'a précédée (la *Loi sur les stupéfiants*), adopte une approche punitive à l'endroit des personnes qui consomment des drogues illégales. Les individus qui font usage de telles drogues sont perçus comme des criminels qui méritent un châtement, plutôt que comme des gens qui peuvent avoir besoin d'un traitement ou d'une aide médicale.⁸³ Comme on l'a affirmé dans un rapport québécois de 1994, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, cette approche à « tolérance zéro » souscrit à la répression et à la stigmatisation des individus qui consomment des substances désignées.⁸⁴

Les politiques sur le contrôle de la drogue aux États-Unis et, dans une large mesure aussi au Canada, sont fondées sur le précepte qu'on parviendrait à réduire considérablement l'usage de drogue en réduisant de manière agressive l'approvisionnement en drogue (et matériel pour sa consommation) et en punissant sévèrement les utilisateurs de drogue, ceux qui en cultivent, qui en fabriquent et qui en vendent. Ainsi, l'essence des politiques de contrôle de la drogue est de créer une rareté de drogue et de matériel d'injection, et de punir les utilisateurs.⁸⁵

L'approche par le droit criminel a de nombreux effets sur les utilisateurs de drogue, les professionnels des soins de santé et l'ensemble de la société. Dans les situations où certaines drogues ne sont pas légalement disponibles, on ne peut que se les procurer sur le marché noir.⁸⁶ Les drogues obtenues de cette façon sont d'une force et d'une composition incertaines, ce qui peut entraîner des surdoses ou d'autres effets néfastes pour la santé de l'utilisateur.⁸⁷ De plus,

⁷⁹ Bruckner, *supra*, note 67, p. 7.

⁸⁰ Art. 46, Convention de 1961; art. 29, Convention de 1971; art. 30, Convention de Vienne de 1988.

⁸¹ Par exemple, art. 36(1)a), Convention de 1961; art. 21, 22(1)a), Convention de 1971; art. 3(1)c), 3(2), Convention de Vienne de 1988.

⁸² Art 36(1)b), Convention de 1961; art 22(1)b), Convention de 1971; art 3(4)d), Convention de Vienne de 1988.

⁸³ Voir D.C. Des Jarlais, D. Paone, S. Friedman et coll., « Public health then and now : regulating controversial programs for unpopular people – methadone maintenance and syringe exchange programs », *American Journal of Public Health*, 1995, 85 : 1577, à la p. 1579.

⁸⁴ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, Centre de coordination sur le sida, juin 1994, p. 25.

⁸⁵ L. Goldstein, « Law and Policy », dans J. Stryker (éd.), *Dimensions of HIV Prevention : Needle Exchange*, Californie, The Kaiser Forums, 1993, p. 35.

⁸⁶ L. Millar, *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia – Pay Now or Pay Later?*, juin 1998; P. Albrecht, « Narcotics Distribution : The Battle Between AIDS and Repression in the Legal Arena », dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997, p. 50.

⁸⁷ Millar, *supra*, note 86; et A. Goldstein. *Addiction : From Biology to Drug Policy*, New York, W.H. Freeman and Company, 1994, p. 263.

des activités criminelles, notamment des crimes contre la personne et la propriété, comme des vols et des cambriolages, peuvent être utilisées afin de payer le prix élevé de la drogue sur le marché noir. En raison des poursuites criminelles, de nombreux utilisateurs de drogue passent des années de leur vie à entrer et sortir de prison. Une somme importante de ressources est consacrée à l'application de la loi, au détriment des programmes de prévention ou de l'expansion des possibilités de traitement pour les utilisateurs de drogue.⁸⁸ Comme l'ont observé des auteurs, des sommes d'argent exorbitantes sont dépensées pour une approche criminelle inefficace.⁸⁹

L'approche punitive contribue aussi à la transmission du VIH et des virus d'hépatite. La peur de subir des pénalités criminelles et le coût élevé de la drogue incitent les utilisateurs à la consommer par des moyens efficaces, comme l'injection qui est une activité à risque très élevé de transmission du VIH et des virus d'hépatite.⁹⁰

L'effet le plus marqué de la criminalisation de certaines drogues est cependant de marginaliser les personnes qui en consomment. La marginalisation complique la tâche de rejoindre ces personnes par des messages éducatifs qui pourraient améliorer leur santé et réduire le risque de propagation de maladies; elle incite des utilisateurs de drogue à ne pas avoir recours aux services sociaux et de santé; elle rend des fournisseurs de services hésitants à donner de l'éducation essentielle sur l'usage plus sûr de drogue, par peur d'avoir l'air de fermer les yeux sur cette consommation; elle alimente des attitudes anti-drogue à l'encontre de l'utilisateur, orientant l'action vers le châtement du « délinquant » plutôt que vers un climat de compréhension et d'aide.⁹¹

Les efforts de lutte contre l'épidémie de VIH associée à l'usage de drogue ont mis en relief la polarisation qui existe au Canada entre les tenants de deux points de vue opposés : le modèle abstentionniste et punitif de la tolérance zéro et le modèle de la réduction des méfaits ou de la santé publique.⁹² À l'opposé du modèle punitif, l'approche de la réduction des méfaits cherche à réduire le tort que les utilisateurs de drogue se causent à eux-mêmes et causent à leurs partenaires sexuels, à leurs proches et à l'ensemble de la société.⁹³ Elle considère la dépendance à la drogue comme une question de santé publique.⁹⁴ Comme l'affirme Nadelmann, au lieu de tenter de sevrer tous les utilisateurs de drogue illégale par des moyens punitifs, la réduction des méfaits cherche à réduire la possibilité que les utilisateurs contractent ou transmettent le VIH ou d'autres infections, soient victimes de surdoses à cause de drogues d'une puissance ou d'une pureté inconnues, ou fassent du tort à eux-mêmes ou à autrui.⁹⁵

Dans le contexte de l'usage de drogue, est-il approprié de recourir au droit criminel plutôt qu'à d'autres moyens d'intervention sociale? Dans un rapport du gouvernement du Canada intitulé *Le droit pénal dans la société canadienne*, on exprime au sujet des sanctions criminelles le principe suivant :

On ne doit recourir au droit pénal que lorsque d'autres moyens d'intervention sociale sont inadéquats ou inappropriés à l'égard d'un certain mode de comportement et de façon à n'empiéter qu'au minimum sur les droits et libertés des personnes, compte tenu des objectifs poursuivis.⁹⁶

Étant donné qu'il constitue la forme la plus importante d'intervention sociale à l'égard des libertés individuelles, on ne devrait recourir au droit pénal que lorsque c'est absolument nécessaire, lorsque les autres moyens sont clairement

⁸⁸ Poulin et coll., *supra*, note 11; Millar, *supra*, note 86, p. 4. Voir aussi la discussion au sujet des coûts, dans C. Hankins. « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129, à la p. 1131.

⁸⁹ B. Beyerstein et B. Alexander, « Why treat doctors like pushers? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1985, 132 : 337, à la p. 340.

⁹⁰ American Bar Association, *AIDS : The Legal Issues*, Discussion Draft of the American Bar Association AIDS Coordinating Committee, Washington (D.C.), 1988, p. 233.

⁹¹ *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : un plan d'action national*, *supra*, note 13, p. 12 et 14.

⁹² *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, *supra*, note 84, p. 25.

⁹³ *Ibid.*, p. 25.

⁹⁴ Goldstein, *supra*, note 87, p. 235 et 268; et R. Newcombe, « The Reduction of Drug-Related Harm : A Conceptual Framework for Theory, Practice, and Research », dans P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning, E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1992, p. 1.

⁹⁵ E. Nadelmann, « Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists, and the Reduction of Drug Related Harms », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P.A. O'Hare (éd.), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, 1993, p. 36.

⁹⁶ Gouvernement du Canada, *Le droit pénal dans la société canadienne*, Ottawa, août 1982, p. 67.

inadéquats ou qu'ils ne suffisent pas à la gravité du comportement en cause. Par ailleurs, ce principe laisse sous-entendre que, même après la décision de recourir au droit pénal, la nature et la portée de l'intervention du système judiciaire devraient être guidées par des considérations d'économie, de nécessité et de prudence, compte tenu, naturellement, du maintien de l'ordre social et de la protection du public.

Comme l'ont affirmé Oscapella et Elliott,

ce principe et les critères sous-jacents sembleraient exclure le recours au droit criminel pour réprimer du moins certaines activités relatives à la drogue. On n'a pas fait la preuve que la criminalisation, « la forme la plus importante d'intervention sociale à l'égard des libertés individuelles » était nécessaire. Toutefois, de nombreux faits (y compris l'expérience d'autres pays) indiquent qu'il existe d'autres moyens, moins attentatoires et moins préjudiciables, de lutter contre l'usage de drogue et qui permettent de maintenir (voire de favoriser) l'ordre social et la protection du public.

En outre, il est douteux que les interdictions criminelles à l'égard de la drogue aient apporté des bienfaits importants aux Canadiens. En revanche, les lois actuelles en matière de drogue coûtent cher, sur le plan humain et financier, ce qui est contraire au principe de l'économie dans le recours au droit criminel.⁹⁷

Options dans le cadre d'une politique prohibitionniste en matière de drogue

Options disponibles au Canada

Il existe plusieurs façons de réduire les méfaits qui découlent des lois actuelles en matière de drogue. Certaines d'entre elles sont possibles sans que l'on doive changer fondamentalement l'approche actuelle en la matière. Par exemple, la LDS donne un pouvoir étendu au gouverneur en conseil (c'est-à-dire au Cabinet fédéral) de prendre des règlements en vertu de la loi, notamment des règlements régissant l'importation, la production, la livraison, la vente, la fourniture, l'administration ou la possession d'une substance désignée. Le règlement peut également préciser les personnes ou les catégories de personnes auxquelles s'applique le règlement ainsi que les moyens de désigner ces personnes ou catégories de personnes.⁹⁸ Le Cabinet a également le pouvoir d'ordonner des modifications à toute annexe à la loi, « pour y ajouter ou en supprimer tout ou partie d'un article dont l'adjonction ou la suppression lui paraît nécessaire dans l'intérêt public. »⁹⁹

La loi habilite également le ministre de la Santé à *soustraire* toute personne (ou catégorie de personnes) ou toute substance désignée (c'est-à-dire une drogue illégale ou un article renfermant un résidu d'une drogue illégale) à l'application de la loi ou des règlements d'application. Il peut le faire « s'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient ».¹⁰⁰

Ce pouvoir réglementaire du Cabinet ou ce pouvoir ministériel d'exemption pourrait être exercé de nombreuses façons :

⁹⁷ E. Oscapella, R. Elliott, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse juridique de questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, supra, note 45.

⁹⁸ LDS, supra, note 55 art. 55(1)a),b).

⁹⁹ *Ibid.*, art. 60.

¹⁰⁰ *Ibid.*, art. 56.

- la possession ou la production de petites quantités des substances désignées ou de certaines d'entre elles, pour consommation personnelle seulement, pourrait être permise. (La loi elle-même prévoit déjà que la possession de petites quantités de cannabis constitue une infraction moindre.) Une autre possibilité, théorique, serait de permettre la simple possession ou production de n'importe quelle quantité, mais de laisser en place les interdictions de trafic, d'importation et d'exportation;
- les seringues et d'autres éléments de matériel d'injection renfermant des résidus de drogue pourraient être exclus expressément, par règlement ou par exemption ministérielle, de la définition large de l'expression « substance désignée ». On pourrait ainsi appuyer les efforts de réduction des méfaits (par des techniques plus sûres d'injection et de mise au rebut du matériel usagé) en éliminant la menace de poursuites pénales pour possession de matériel usagé. En outre, on éviterait le risque que les intervenants des programmes d'échange de seringues ou les administrateurs de ces programmes soient, en droit strict, en infraction à la loi;
- l'accès à certaines substances désignées (par exemple, la marijuana et l'héroïne) pourrait être autorisé par règlement ou par exemption ministérielle pour le traitement thérapeutique de ceux qui ont le VIH/sida ou d'autres maladies, si un tel traitement était indiqué sur le plan médical. Par exemple, la méthadone est actuellement une substance désignée; toutefois, les règlements d'application en vigueur de la LDS autorisent déjà les médecins, les pharmaciens et d'autres à prescrire de la méthadone, et les patients à en posséder.¹⁰¹ L'accès à des drogues actuellement illégales pour des fins thérapeutiques peut être autorisé en vertu d'autres lois. Le Programme d'accès spécial, créé par Santé Canada (en remplacement du Programme de médicaments d'urgence), permet aux médecins de demander au gouvernement fédéral l'autorisation de prescrire des substances illégales, à des fins thérapeutiques.

De plus, le gouvernement a le pouvoir discrétionnaire d'adopter une politique de ne pas tenter de poursuites pour certaines activités, comme par exemple, la possession de substances contrôlées lorsque c'est à des fins de traitement.

En outre, d'autres options que le recours strict aux poursuites criminelles s'offrent aux procureurs et des mesures de détermination de peines alternatives sont à la disposition des juges. Ces alternatives peuvent présenter dans certains cas une solution partielle pour réduire les méfaits associés à la prohibition criminelle de l'usage de drogue. Des modifications apportées au *Code criminel* en 1995 (projet de loi C-41) fournissent un cadre légal qui permet aux poursuivants de renvoyer les contrevenants accusés d'infractions « minutes » de possession ou de trafic, du système traditionnel vers des programmes de mesures de rechange, plutôt que d'intenter des poursuites criminelles qui résultent en un casier judiciaire pour l'utilisateur de drogue.

Lorsque les contrevenants *sont* poursuivis, les modifications prévoient également un cadre qui permet aux tribunaux chargés de la détermination de la peine d'imposer les mesures de rechange (autres que l'incarcération) qui sont autorisées par les procureurs généraux des provinces.¹⁰² Conformément aux recommandations maintes fois répétées dans de nombreux rapports antérieurs,¹⁰³ ces réformes indiquent que l'emprisonnement doit être une peine de dernier recours qui ne doit être imposée qu'après avoir considéré les autres sanctions disponibles.¹⁰⁴

¹⁰¹ *Règlement sur les stupéfiants*, C.R.C., ch. 1041.

¹⁰² *Loi modifiant le Code criminel (Détermination de la peine) et d'autres lois en conséquence*, L.C. 1995, ch. 22.

¹⁰³ *Justice pénale et correction : un lien à forger. Rapport du comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle* (le rapport Ouimet; président, R. Ouimet), Ottawa, Imprimeur de la reine, 31 mars 1969; Commission de réforme du droit du Canada, *Notre droit pénal*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1976, p. 27-28; Gouvernement du Canada, *Le droit pénal dans la société canadienne*, Ottawa, août 1982, à la p. 51; *Réformer la sentence : une approche canadienne. Rapport de la Commission canadienne sur la détermination de la peine*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, février 1987; *Des responsabilités à assumer : Rapport du comité permanent de la justice et du solliciteur général sur la détermination de la peine, la mise en liberté sous condition et d'autres aspects du système correctionnel*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, août 1988, question n° 65.

¹⁰⁴ *Code criminel*, *supra*, note 69, art. 718.2.

Un projet pilote de « tribunal de la drogue », à Toronto, dont l'un des éléments est un comité consultatif communautaire, est un exemple de mesure qui a été bien accueillie dans l'ensemble. Les accusés admissibles à ce programme sont inscrits dans un programme de traitement et de réadaptation pour la toxicomanie sous surveillance judiciaire. Les accusés qui sont évalués « toxicomanes », qui satisfont aux autres critères d'admissibilité et qui sont accusés de possession ou de possession en vue d'un trafic de petites quantités de cocaïne ou d'héroïne ont la possibilité de s'inscrire à ce programme avant d'inscrire un plaidoyer à l'égard de l'accusation. S'ils demeurent inscrits au programme jusqu'à la fin, l'accusation est retirée ou fait l'objet d'un sursis. Les contrevenants accusés de trafic ont la possibilité de plaider coupable d'abord, puis de s'inscrire au programme et de voir leur peine suspendue. S'ils complètent le programme, ils se voient imposer une peine en milieu ouvert.¹⁰⁵

Les mesures de déjudiciarisation et de peines alternatives, lorsqu'elles sont disponibles et appropriées, sont manifestement préférables à un casier judiciaire ou à l'incarcération; toutefois, il reste à savoir si tous les usagers de drogue qui peuvent faire l'objet de cette politique ont véritablement *besoin* du traitement et si le traitement nécessaire sera adéquatement financé. En outre, cette politique de déjudiciarisation laisse presque intacte la « guerre contre la drogue », si dommageable et qui entraîne d'énormes dépenses pour le système de justice criminelle.

Expériences d'autres pays

D'autres pays où prévaut une approche fondée sur le droit criminel, devant la drogue, ont acquis une expérience considérable dans d'autres avenues pour réduire les méfaits qui sont issus des lois sur la drogue.

Au Royaume-Uni, la prescription médicale de drogue est permise, à l'exception de l'opium. Dans ce pays, on a mis sur pied de vastes programmes de mesures de réduction des méfaits, comme l'échange de seringues, les programmes de traitement à la méthadone et le matériel éducationnel explicite au sujet des drogues et de leur usage.

Dans certains États de l'Australie, on a décriminalisé *de facto* la possession de cannabis et sa culture pour consommation personnelle. Des essais de prescription d'héroïne ont par ailleurs été proposés. Comme au Royaume-Uni, on trouve en Australie des programmes de réduction des méfaits sous formes d'échange de seringues et de vastes programmes de traitement à la méthadone ainsi que du matériel éducationnel explicite.

Aux Pays-Bas, on a procédé à la décriminalisation *de facto* de la possession du cannabis pour usage personnel et pour consommation dans les *coffee shops*. Des essais de prescription d'héroïne ont aussi été proposés. Les programmes de réduction des méfaits à l'intention des utilisateurs de drogue incluent des programmes de traitement à la méthadone, du matériel d'éducation au sujet des drogues et de leur usage, de même que l'échange de seringues.

En Suisse, la prescription d'héroïne, de cocaïne et de méthadone aux utilisateurs de drogue est permise. Les programmes de réduction des méfaits incluent des programmes d'échange de seringues, de prescription de méthadone ainsi que des salles d'injection.¹⁰⁶

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ Voir D. Riley, « L'injection de drogue et le VIH/sida : Questions de politiques », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, supra, note 45. Voir aussi : E. Nadelmann, J. McNeely, E. Drucker, « International Perspectives », dans J. Lourinson, P. Ruiz, R. Millman, J. Langrod (éd.), *Substance Abuse : A Comprehensive Textbook*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1997.

Alternatives à une politique prohibitionniste en matière de drogue

D'autres options pourraient être mises en œuvre si les lois actuelles en matière de drogue étaient modifiées. La première à venir à l'esprit serait de délaissier la criminalisation de la drogue et du matériel pour se l'administrer, afin d'adopter plutôt une réglementation autre que criminelle, selon une philosophie de réduction des méfaits.

La décriminalisation de la possession de petites quantités de drogue qui sont illégales à l'heure actuelle a déjà été recommandée par le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection.¹⁰⁷ Pour ce faire, le Canada devrait « dénoncer » des aspects de trois traités internationaux relatifs à la drogue dont il est signataire. Ceci est possible dans les termes de ces traités (voir ci-dessus).

Considérations éthiques

Questions éthiques soulevées

Pour comprendre la complexité de l'usage de drogue dans la société contemporaine, il est nécessaire d'examiner des insights^(*) directs et des insights à rebours.¹⁰⁸ Les insights à rebours mettent en relief les aspects des politiques sur les drogues qui doivent être renversés en raison de leurs conséquences sociales négatives. L'approche qui criminalise l'usage de drogue:

- échoue à atteindre les buts pour lesquels elle a été conçue;
- conduit à exclure des utilisateurs de drogue de la communauté;
- conduit à des usages non appropriés de ressources limitées, à l'encontre des principes de la justice distributive;
- favorise l'avènement de pouvoirs socialement destructeurs; et
- exacerbe un déclin du caractère d'humanité qui est essentiel à une société civilisée.¹⁰⁹

L'insight direct résulte d'un processus de recherche, de discussion, d'expérimentation et de réflexion qui, en bout de ligne, conduit à une réaction intégrée et constructive devant les complexités de l'usage de drogue dans la société contemporaine. Ceci implique de rechercher des positions plutôt que des contrepositions.¹¹⁰ Les positions invitent et favorisent l'évolution non seulement parce qu'elles sont cohérentes entre elles, mais parce qu'elles se modifient selon les exigences d'une intelligence critique et de la raison réflexive.¹¹¹ Ces exigences incluent le besoin de preuves en tant que base de décision et d'action. En revanche, les contrepositions, bien qu'elles puissent être cohérentes entre elles, invitent un renversement parce qu'elles ne s'accordent pas avec les exigences de l'intelligence critique et de la raison réflexive; elles contiennent des éléments irrationnels ou de profondes erreurs. Il faut renverser les contrepositions, mais cela peut demander énormément de temps.¹¹²

Au Canada, les politiques, lois et règlements qui régissent actuellement l'usage de drogue manquent de cohérence. Le refus de considérer des alternatives à des lois et politiques qui renferment des contrepositions est contraire à l'éthique.¹¹³

¹⁰⁷ Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national, *supra*, note 13, p. 16 et 37.

^(*) N.d.t.: À l'instar de Pierrot Lambert, traducteur de l'ouvrage du philosophe Bernard Lonergan qu'il a intitulé en français « L'insight. Étude de la compréhension humaine » (*infra*, note 108), nous avons choisi de ne pas utiliser d'équivalent français pour le terme *insight*, « étant donné la richesse de ce terme et la place centrale qu'il occupe [...] ». L'insight est l'avènement [...] de la réponse à un questionnement [...], la saisie d'une unité ou d'une intelligibilité dans les présentations des sens ou de l'imagination constituant le pivot [...] entre le concret et l'abstrait » (*Ibid.*).

¹⁰⁸ B. J. F. Lonergan, *Insight. A Study of Human Understanding*, New York, Longmans, 1957, aux p. 54-57. [*L'insight. Étude de la compréhension humaine*, Bellarmin, 1996.]

¹⁰⁹ D. Roy, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse éthique de questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, *supra*, note 45.

¹¹⁰ Lonergan, *supra*, note 108, p. 387-390, 680-683.

¹¹¹ Roy, *supra*, note 109.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*

Rechercher la complexité intégrative

La complexité intégrative¹¹⁴ requiert que l'analyse et l'action soient de proportions équivalentes à la complexité de la situation abordée. En vertu des principes de l'éthique, ceci implique la « capacité de différenciation et d'intégration constructive ».

« Différenciation » signifie qu'il existe plusieurs points de vue différents pour se pencher sur un problème et que les problèmes demeureront irrésolus si on ne les diagnostique pas dans toute leur complexité. « Intégration constructive » réfère à la nécessité de réagir à la différenciation d'une manière constructive – c'est-à-dire par la reconnaissance des composantes du problème, comme les politiques canadiennes actuelles sur la drogue, qui doivent être maintenues ou renversées. Cela implique aussi d'examiner les alternatives au système actuel.¹¹⁵

Rechercher un débat public

La complexité intégrative ne peut pas être atteinte sans qu'il y ait débat public. La discussion publique repose sur deux principes fondamentaux : la liberté et l'occasion de s'exprimer publiquement, ainsi que la liberté et l'occasion de remettre en cause et de répondre. Roy affirme que :

La liberté d'une société ouverte de s'exprimer publiquement sur des questions de grande importance pour tous les citoyens est contrainte par la responsabilité d'équilibre, la responsabilité de la raison en même temps que celle du caractère d'humanité, d'honorer les normes de discours public : les normes de clarté et de précision; d'énoncés fondés sur des faits; de distinction entre l'opinion personnelle et la connaissance; d'honnêteté; de retenue dans la généralisation; de civilité dans le débat.¹¹⁶

Pour une réelle discussion publique visant l'atteinte de positions plutôt que de contrepositions et menant vers la complexité intégrative, il est essentiel de faire la distinction entre les questions de fait, les questions de signification et les questions de conviction. Dans le contexte des lois, des politiques et des règlements relatifs aux stupéfiants, ce concept peut être appliqué comme suit :

Questions de fait – Le refus d'effectuer des études empiriques susceptibles de conduire à la résolution de disputes entourant des questions de fait, comme les bienfaits thérapeutiques de la marijuana ou les bienfaits possibles de l'entretien à l'héroïne, révèle l'attachement à des contrepositions.

Questions de signification – Les stratégies du silence, d'information sélective et d'exagération pour dissuader les gens d'utiliser de la drogue impliquent une déformation de la signification à des fins de manipulation.

Questions de conviction – Les controverses impliquant des croyances fondamentales opposées sont difficilement résolubles, particulièrement si « résolution » signifie « atteinte d'un compromis ou d'une politique avec laquelle tous sont d'accord ». Souvent, le mieux que l'on puisse atteindre dans ces circonstances est un

¹¹⁴ P.E. Tetlock, « Integrative Complexity of Policy Reasoning », dans S. Kraus, R.M. Perloff (éd.), *Mass Medical Political Thought*, Californie, Sage, 1985; P.E. Tetlock, « Monitoring the integrative complexity of American and Soviet policy rhetoric : what can be learned », *Journal of Social Issues*, 1988, 44 : 101-131; et R.J. McCoun, J.F. Kahan, J. Gillespie, J. Rhec, « A content analysis of the drug legalization debate », *Journal of Drug Issues*, 1993, 23 : 615-629.

¹¹⁵ Roy, *supra*, note 109.

¹¹⁶ *Ibid.*

accommodement politique qui maintient la cohérence d'une société, qui protège la civilité du discours public, qui permet le respect de la conscience personnelle et qui refuse de tolérer que des minorités morales soient soumises à de la discrimination ou à du harcèlement.¹¹⁷

Orientations globales pour l'action à venir

Deux grandes orientations ont été identifiées pour l'action future:

- le Canada devrait renverser les conséquences négatives des lois en matière de drogue sur les utilisateurs de drogue et sur les personnes qui leur fournissent des services; et
- le Canada devrait adopter une alternative à l'approche actuelle en matière de réduction de l'usage de drogue et des méfaits associés à cet usage.

Recommandations

1. À long terme, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient établir une alternative plus constructive que le cadre législatif actuel et assurer la recherche, l'éducation et les mesures sociales nécessaires à la réduction des méfaits de l'usage de drogue. Les gouvernements et tous les Canadien-ne-s doivent :
 - reconnaître l'ampleur de l'usage de drogue et la diversité des personnes qui en utilisent, au Canada;
 - reconnaître que les lois canadiennes actuelles en matière de drogue ont un impact disproportionné sur les plus vulnérables de la société canadienne, notamment les autochtones, les minorités raciales et les femmes;
 - reconnaître que les lois actuelles aggravent les méfaits de l'usage de drogue plutôt que de les réduire et, en particulier, qu'elles marginalisent les utilisateurs;
 - reconnaître les droits humains des utilisateurs de drogue et reconnaître comment les lois et traités actuels y portent atteinte, au Canada; et
 - au besoin, dénoncer les conventions internationales sur le contrôle des drogues si elles présentent des obstacles insurmontables à la mise en œuvre au Canada de politiques et de lois, en matière de contrôle des drogues, qui soient plus constructives et fondées sur un modèle de réduction des méfaits.
2. À court terme, dans le contexte du cadre législatif actuel, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient financer de la recherche sur l'impact différentiel des lois, pratiques et politiques actuelles en matière de drogue, selon la race, la classe, le sexe et d'autres facteurs socioéconomiques.
3. En consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires qui offrent des services à ces personnes, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient évaluer les résultats positifs d'initiatives comme les politiques de déjudiciarisation, les mesures alternatives et les projets pilotes qui mettent en pratique de telles alternatives. En présence d'une évaluation favorable, de telles initiatives devraient être appliquées à plus grande échelle afin de tempérer l'approche punitive que reflètent actuellement les lois et politiques du Canada en matière de drogue.
4. Le gouvernement fédéral devrait utiliser les pouvoirs de réglementation et d'exemption que lui confère la législation actuelle, afin que le matériel d'injection contenant des traces d'une drogue illégale soit expressément exclus de la définition de « substance désignée », aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
5. Le gouvernement fédéral devrait prendre les mesures nécessaires pour clarifier que les intervenants dans les programmes d'échange ou de

¹¹⁷ *Ibid.*

distribution de seringues ne sont pas passibles de poursuites criminelles en vertu des dispositions du *Code criminel* sur le matériel de consommation de drogue, relativement à la « vente » d'« instruments ou de documentation pour l'usage de drogue illicite ».

6. Le gouvernement fédéral devrait utiliser les pouvoirs de réglementation et d'exemption que lui confère la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, afin de décriminaliser la possession pour usage personnel de petites quantités de drogues qui sont présentement illégales, du moins en présence d'une ordonnance d'un professionnel de la santé qualifié et autorisé.
7. Le gouvernement fédéral devrait assurer qu'il existe un mécanisme juste et rapide par le biais duquel les Canadiens et les professionnels qui les soignent peuvent demander l'accès à des drogues actuellement illégales, à des fins médicales.



L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé

Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées dans les situations où l'on permet l'usage de drogue lorsque l'on fournit des soins de santé ou des services sociaux – soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs, services d'hébergement – aux utilisateurs de drogue par injection?

Tolérer l'usage de drogue dans le cadre de soins sociaux et de santé s'écarte du principe d'abstinence en tant que seul précepte, norme ou but acceptable dans la fourniture de services aux utilisateurs de drogue. Or, ce principe imprègne fortement les politiques et les programmes nord-américains, bien qu'il soit remis en question par des fournisseurs de services qui considèrent que, s'ils doivent insister auprès de leurs clients pour qu'ils atteignent ou maintiennent l'abstinence, ils ne peuvent pas donner des soins, des traitements et du soutien adéquats. Par exemple, dans certaines résidences pour les personnes vivant avec le VIH/sida, on a le sentiment qu'on ne devrait pas rejeter un client ou un client potentiel s'il n'est pas (encore) prêt à cesser l'usage de drogue; dans certains hôpitaux, on préférerait permettre aux patients de continuer l'usage de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins, plutôt que de les laisser souffrir de symptômes de sevrage de la drogue qui pourraient nuire au traitement contre le VIH/sida.

Ce chapitre montre que, d'un point de vue purement légal, les professionnels de la santé qui tolèrent ou permettent l'usage de drogue illégale dans l'établissement peuvent être accusés en vertu de la LDS ou être l'objet de mesures de discipline professionnelle comme une amende ou une

suspension/révocation de leur permis de pratique. Toutefois, un certain nombre de moyens permettent d'éviter les poursuites ou la responsabilité criminelle. Les professionnels de la santé doivent aussi tenir compte de questions éthiques. Ce chapitre se conclut par plusieurs recommandations détaillées pour faire face à des situations où les fournisseurs de services peuvent être piégés entre des contraintes légales et des impératifs éthiques, dans la fourniture de services à des utilisateurs de drogue par injection séropositifs.

Questions juridiques

Responsabilité criminelle

Lorsque l'usage de drogue illégale est permis ou toléré dans un établissement où l'on fournit des soins de santé ou des services sociaux, les utilisateurs de drogue ainsi que les fournisseurs de services peuvent être sujets à des poursuites criminelles.¹¹⁸

Possession

Ils peuvent être accusés de l'infraction criminelle de possession de drogue illégale, en vertu de l'article 4 de la LDS.¹¹⁹ En vertu de la définition prévue dans le *Code criminel*, il y a infraction de *possession* non seulement lorsque quelqu'un a une drogue en sa « possession personnelle », mais également lorsque

- la personne a « sciemment » la drogue en la possession ou sous la garde réelle d'une autre personne ou l'a en un lieu qui lui appartient ou non, ou qu'elle occupe ou non, pour son propre usage ou avantage, ou celui d'une autre personne (« possession de droit »); et
- « lorsqu'une de deux ou plusieurs personnes, au su et avec le consentement de l'autre ou des autres, a une chose en sa garde ou possession, cette chose est censée sous la garde et en la possession de toutes ces personnes et de chacune d'elles » (« copossession »).¹²⁰

Il ressort de cette définition large que l'employé d'un établissement qui « a sciemment » des drogues illégales dans l'établissement pour le bénéfice d'un patient risque de commettre l'infraction soit de possession de droit, soit de copossession. Pour qu'un accusé soit reconnu coupable de possession de droit ou de copossession, il faut prouver qu'il *savait* que la drogue était présente, mais aussi qu'il avait un certain *contrôle* sur la drogue. En outre, dans le cas d'une accusation de « copossession », le ministère public doit également prouver le *consentement* de la personne qui n'a pas la drogue en sa véritable possession matérielle, afin que cette personne soit tenue criminellement responsable.

Il importe de noter également que les fournisseurs de soins de santé ou d'autres intervenants qui recueillent des seringues usagées ou qui entreposent du matériel contenant des traces d'une drogue illégale peuvent être trouvés coupables de possession, compte tenu de la définition large qui est attribuée à l'expression « substance désignée » dans la LDS.

Trafic

Ceux qui travaillent dans un établissement de services de santé ou d'autres services s'exposent également à des accusations de trafic. La LDS définit l'infraction de « trafic » en termes très larges, c'est-à-dire « toute opération de vente [...] d'administration, de don, de cession, de transport, d'expédition ou de

¹¹⁸ Pour une explication plus détaillée de l'interprétation légale de ces infractions, voir Oscapella et Elliott, *supra*, note 97.

¹¹⁹ *Supra*, note 55.

¹²⁰ *Ibid.*, art. 4(3).

livraison portant sur une telle substance. »¹²¹ En outre, dans la définition, toute offre d'effectuer l'une de ces opérations est assimilée au trafic.

Si les employés d'un établissement devaient aller plus loin que le simple fait d'ignorer la possession de substances désignées, par des patients ou des résidents, ou le trafic de ces substances (par exemple, si un résident fournissait une substance désignée à un autre), la possibilité d'une accusation de trafic serait plus importante, sur le plan théorique. Par exemple, l'employé d'un établissement qui garderait les drogues illégales d'un patient ou d'un résident et les lui fournirait à intervalles réguliers (ou irait même jusqu'à l'aider à les consommer) pourrait vraisemblablement être reconnu coupable de trafic. Un autre scénario pourrait être celui où un patient ou un résident demande, par nécessité, à un employé d'obtenir matériellement une drogue pour lui.

Aide et encouragement à l'infraction

Une personne qui en aide une autre ou l'encourage à commettre une infraction est considérée participante à l'infraction et est coupable du même crime que la personne qui l'a elle-même commis. « Aide » a été défini comme le fait d'apporter une assistance à commettre l'infraction; « encouragement » réfère au fait d'être présent lors du crime et d'encourager quelqu'un à le commettre.¹²²

La Cour suprême du Canada a jugé que le fait d'être présente sur le lieu d'un crime ne rend pas une personne nécessairement coupable d'aide ou d'encouragement.¹²³ Il est plutôt nécessaire de démontrer qu'elle a encouragé le principal intéressé, qu'elle a posé un acte facilitant la commission de l'infraction par lui ou qu'elle a agi de manière à empêcher une autre personne de faire obstacle à la commission du crime.¹²⁴

Pour qu'on puisse la trouver coupable d'aide ou d'encouragement, une personne doit avoir eu l'intention d'aider le principal intéressé du crime.¹²⁵ Il n'est pas nécessaire qu'elle ait été au courant de tous les détails de l'infraction; il suffit qu'elle ait été « consciente du type de crime qui serait commis »¹²⁶ et qu'elle ait connu « les circonstances nécessaires pour constituer l'infraction qu'elle est accusée d'avoir encouragée ». ¹²⁷

Négligence criminelle

En outre, les poursuivants pourraient théoriquement porter des accusations de *négligence criminelle causant la mort*¹²⁸ ou des *lésions corporelles*¹²⁹ contre ceux qui travaillent dans les établissements de santé ou de traitement si les poursuivants étaient d'avis que, parce qu'il tolérait ou facilitait la possession de drogue sur les lieux, l'établissement causait un préjudice à quelqu'un (par exemple, un résident, un employé, un bénévole ou un visiteur) ou contribuait à ce préjudice. En vertu du *Code criminel*, est coupable de négligence criminelle quiconque, « en faisant quelque chose, ou en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre une insouciance déréglée et téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui. »¹³⁰ Le ministère public pourrait plaider que ceux qui exploitent un établissement de santé ou autre sont coupables de négligence criminelle si, en tolérant que les patients consomment des drogues illégales, ils n'empêchent pas les patients de se causer du tort ou de causer du tort à autrui.

Pour établir qu'il y a eu infraction, il faut que le ministère public prouve au delà de tout doute raisonnable que l'accusé a fait quelque chose ou n'a pas fait quelque chose qu'il avait le devoir légal de faire. Ce devoir peut être imposé par la législation ou par le *common law*.¹³¹ Plusieurs établissements ont un devoir de préserver le bien-être du patient et des autres qui se trouvent en leurs murs. Il

¹²¹ *Ibid.*, art. 2(1). Voir Oscapeella et Elliott, *supra*, note 97, pour une analyse plus détaillée des interprétations de tribunaux quant aux différents modes de trafic.

¹²² K. Roach, *Criminal Law*, Concord (Ontario), Irwin Law, 1996, p. 80.

¹²³ *Dunlop and Sylvester c. The Queen* (1979), 47 C.C.C. (2^e) 93, à 111.

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ *R. c. Morgan* (1993), 80 C.C.C. (3^e) 16, à 21 (C.A. Ont.).

¹²⁶ *R. c. Yanover and Gerol* (1985), 20 C.C.C. (3^e) 300, à 329 (C.A. Ont.).

¹²⁷ *R. c. FW Woolworth Co Ltd* (1974), 18 C.C.C. (2^e) 23, à 32 (C.A. Ont.).

¹²⁸ *Code criminel*, art. 220.

¹²⁹ *Ibid.*, art. 221.

¹³⁰ *Ibid.*, art. 219.

¹³¹ *R. c. Coyne* (1958), 124 C.C.C. 176 (C.S.N.É. div. app.).

pourrait être soutenu que le fait de faciliter l'usage de drogue, voir de le tolérer, constitue une infraction à un devoir légal.

De plus, il faut prouver que l'accusé, en faisant quelque chose ou en omettant de faire quelque chose, a montré une « insouciance déréglée ou téméraire » à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui. Bien que la jurisprudence ne soit pas constante sur l'application exacte de la notion de « négligence criminelle », la jurisprudence dominante veut que le comportement de l'accusé doive être une « dérogation marquée » à la norme de comportement à laquelle on s'attendrait d'une « personne raisonnablement prudente dans les circonstances ».¹³²

Généralement, des accusations de négligence criminelle ne seraient portées que dans des établissements de santé, puisqu'un établissement d'hébergement n'a vraisemblablement aucune obligation juridique de protéger la santé des résidents en les empêchant d'utiliser des drogues illégales, tout comme il n'a aucune obligation juridique de les empêcher d'utiliser des drogues légales. L'établissement qui offre plus que l'hébergement en fournissant certains services de soutien à domicile (sans toutefois offrir des soins de santé) pourrait se trouver dans une situation juridique incertaine.

Poursuites civiles

Mesures disciplinaires contre des professionnels de la santé

Les codes de conduite professionnels peuvent interdire aux professionnels des soins de santé de permettre à des patients d'ingérer de la drogue ou de s'en injecter. Médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé peuvent être sujets à des mesures disciplinaires de la part des instances qui réglementent leur profession. Dans plusieurs provinces, par exemple, les collèges des médecins et chirurgiens peuvent imposer des amendes au médecin ou suspendre ou révoquer son permis de pratique, pour cause de conduite professionnelle inappropriée.

Action au civil en négligence

Un établissement ou un employé risque d'encourir la responsabilité civile pour avoir permis ou toléré la possession de drogues illégales. Par exemple, si un hôpital permettait à un patient de posséder (et de consommer par la suite) des drogues illégales dans l'hôpital et que le patient subissait un préjudice (par exemple, une surdose), l'hôpital pourrait être tenu responsable de négligence dans les soins au patient. La portée de l'obligation dépendrait du type d'établissement. Un hôpital ou un établissement de traitement où travaillent des médecins aurait une plus grande responsabilité envers les patients qu'un établissement résidentiel qui ne fait qu'héberger des utilisateurs de drogue sans leur offrir d'autre assistance. Pareillement, si un établissement permettait la possession (et la consommation subséquente) de drogues illégales et qu'un patient ou un résident utilisateur de ces drogues blessait autrui, l'établissement pourrait être tenu responsable de négligence dans la cause du préjudice, ou du moins d'y avoir contribué. Des poursuites au civil pourraient être intentées contre les particuliers en cause (par exemple les conseillers ou les médecins) ou l'établissement, ou les deux.

Éviter la responsabilité criminelle ou civile

Bien que ceux qui exploitent les établissements puissent faire l'objet d'accusations criminelles ou de poursuites au civil, ils peuvent avoir des moyens de défense à faire valoir.

¹³² R. c. Anderson (1990), 53 C.C.C. (3^e) 481 (C.S.C.); R. c. Barron (1985), 23 C.C.C. (3^e) 544 (C.A. Ont.); R. c. Tutton (1989), 69 C.R. (3^e) 289 (C.S.C.); R. c. Waite (1989), 69 C.R. (3^e) 323 (C.S.C.); R. c. Nelson (1990), 54 C.C.C. (3^e) 285 (C.A. Ont.); R. c. Gingrich (1991), 65 C.C.C. (3^e) 188 (C.A. Ont.); R. c. Ubhi (1994), 27 C.R. (4^e) 332 (C.A.C.-B.).

L'établissement ou l'employé faisant l'objet d'une poursuite civile ou criminelle pourrait soutenir qu'il lui était *nécessaire* de permettre l'usage de drogue illégale pour le traitement du patient ou que, dans la situation où il se trouvait, il aurait été *négligent d'interdire* la possession, par le patient, d'une substance désignée, puisque l'interdiction aurait pu nuire à un traitement médical essentiel.

Par ailleurs, les hôpitaux ou autres établissements pourraient faire en sorte que certaines drogues en particulier soient disponibles, de manière à ce que ces drogues, qui seraient illégales par ailleurs, soient permises, voire administrées aux patients. Le Programme [canadien] d'accès spécial (anciennement le Programme de médicaments d'urgence) est un exemple de mesure qui pourrait empêcher des accusations criminelles d'être portées contre ceux qui travaillent dans ces établissements.¹³³

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le ministère de la Santé est habilité en vertu de la LDS (art. 56) à soustraire une personne ou une catégorie de personnes à l'application de la loi. La loi permet également au Cabinet de prendre des règlements qui pourraient avoir le même effet (art. 55). Le droit actuel prévoit ainsi la possibilité de soustraire certaines personnes ou certains groupes aux sanctions criminelles. Ces dispositions pourraient être appliquées pour mettre à l'abri d'accusations criminelles les établissements qui fournissent des soins aux utilisateurs de drogue et qui tolèrent la possession de drogues illégales.

Toutefois, le simple « aveuglement volontaire » devant la possession ou le « trafic » de drogue illégale sur les lieux ne suffira pas à éviter au fournisseur de service la responsabilité en vertu de la LDS. Le concept d'aveuglement volontaire est expliqué comme ceci, par l'auteur d'un document renommé :¹³⁴

si une partie en vient à avoir un soupçon, mais omet ensuite de s'informer davantage parce qu'elle préfère rester dans l'ignorance, elle est considérée avoir été au courant [...] Elle a soupçonné le fait; elle a compris la probabilité; mais elle s'est empêchée d'en obtenir la confirmation définitive parce qu'elle souhaitait dans les circonstances avoir la possibilité d'affirmer ne pas avoir été au courant [...] Cela nécessite, en effet, que l'accusé ait eu l'intention de déjouer l'administration de la justice.

La Cour suprême du Canada a affirmé que lorsque l'on démontre qu'il y a eu aveuglement volontaire, le droit présume qu'il y avait connaissance des faits :¹³⁵

l'ignorance volontaire se produit lorsqu'une personne qui a ressenti le besoin de se renseigner refuse de le faire parce qu'elle ne veut pas connaître la vérité. Elle préfère rester dans l'ignorance. La culpabilité [...] dans le cas de l'ignorance volontaire se justifie par la faute que commet l'accusé en omettant de se renseigner lorsqu'il sait qu'il y a des motifs de le faire.

Questions éthiques

La question éthique fondamentale

La *question éthique fondamentale* dont il faut tenir compte concerne l'impératif éthique de mobiliser et de maintenir les services nécessaires pour aider une

¹³³ Règlement sur les aliments et drogues, C.R.C., ch. 870, art. C.08.010.

¹³⁴ G. Williams, *Criminal Law : The General Part*, 2^e éd., Londres, Stevens and Sons Ltd, 1961, p. 157-160.

¹³⁵ *Sansregret c. R.*, [1985] 1 R.C.S. 570.

personne avant qu'elle ne se détériore irrémédiablement et qu'elle risque d'en perdre la vie.¹³⁶ Les utilisateurs de drogue par injection sont rejetés par la société à cause de leur usage de drogue illégale, de leur comportement dérangeant, de leur vie désorganisée et de leur affliction par des maladies comme l'infection à VIH. Embrasser l'éthique de l'humanité, plutôt que la logique de l'exclusion, implique les conduites suivantes :¹³⁷

- Voir les gens et se lier avec eux dans les termes de toute leur particularité humaine. Ne pas réduire une personne à un seul aspect de ce qu'elle est.
- Faire la distinction entre ce qu'une personne peut faire maintenant et ce qui est au delà du niveau actuel de ses capacités.
- Respecter l'éthique de la complexité. Comme toute personne, les personnes qui ont une dépendance à une drogue, y compris celles qui sont en voie de mourir, réagissent aux traitements, aux soins et aux actes de bonté humaine.
- Respecter le principe de l'émergence. Il peut falloir bien du temps et des efforts pour observer un progrès chez une personne qui a perdu le sens de sa valeur propre et qui est en situation de grande instabilité.
- Respecter la logique des besoins. De façon symbolique, il faut d'abord qu'une personne soit accueillie auprès de nous, avant d'être capable de se construire un chez-soi. Avoir soin d'une personne blessée comporte des impératifs éthiques particuliers : lui procurer de quoi se nourrir et se vêtir, lui donner des traitements pour ses maladies, l'abriter, encourager sa notion presque éteinte de dignité et de valeur propre, appuyer et permettre la satisfaction d'autres besoins, comme celui d'utiliser de la drogue pendant que, et jusqu'à ce que, la satisfaction de ses besoins élémentaires lui permette de croître en force et en grandeur. Il est possible que l'on doive tolérer plusieurs comportements qui portent atteinte aux valeurs dominantes et aux sensibilités sociales ainsi qu'aux lois, pendant que l'on aide des gens à se sortir de perturbations personnelles et sociales pour vivre dans la dignité humaine.
- Reconnaître ce qui est de la plus haute importance dans des situations caractérisées par des limites insurmontables. La tentative de libérer une personne de la dépendance à une drogue ne constitue pas la valeur à poursuivre lorsque cette personne, accoutumée à une drogue depuis plusieurs années, se trouve aux derniers stades d'une maladie mortelle comme le sida. Dans le contexte de soins palliatifs, aider une personne mourante à finir sa vie dans la dignité constitue l'impératif éthique le plus élevé.

Questions éthiques dérivées

La question éthique fondamentale est de donner des soins adéquats aux utilisateurs de drogue par injection qui sont séropositifs. Découlant des attitudes et des valeurs qui prévalent dans notre société, ainsi que de nos lois et politiques en ce qui concerne la drogue et les « minorités comportementales », des *questions éthiques dérivées* se manifestent lorsque l'on s'engage et que l'on agit pour « accueillir auprès de nous » ces personnes qui sont traitées comme si elles n'étaient pas des nôtres, comme si elles ne faisaient pas partie de notre société et de notre communauté. Roy identifie plusieurs questions éthiques dérivées que soulève la décision de permettre ou de tolérer l'usage de drogue illégale dans le cadre de la fourniture de services résidentiels ou de soins palliatifs.

¹³⁶ Voir Roy, *supra*, note 109.

¹³⁷ *Ibid.*

La question éthique dérivée qui est centrale consiste à savoir s'il peut être justifié, sur le plan de l'éthique, de permettre ou de tolérer l'usage de drogue illégale dans des établissements et des unités de soins palliatifs pour les personnes qui vivent avec le VIH et qui ont une dépendance à une drogue. Ceci, je le souligne, est *seulement* une question dérivée. Ce n'est pas la question éthique fondamentale. La question éthique fondamentale [...] porte sur l'obligation éthique de prendre soin de ces personnes adéquatement ainsi que sur la question éthique implicite de déterminer ce qui est essentiel à l'objectif de fournir à ces personnes des soins adéquats.

Roy identifie toutefois d'autres questions éthiques dérivées :

Premièrement, comment pourrait-on s'organiser pour permettre l'usage de drogue illégale sans que l'établissement perde son permis ou l'assentiment social et son autorisation de fonctionner? Le dilemme éthique est le suivant : la permission de faire usage de drogue illégale menace-t-elle la raison d'être fondamentale de l'établissement – servir de refuge à des personnes qui, en raison de leur usage de drogue illégale, sont abandonnées et se trouvent menacées de détérioration physique, psychosociale et sociale? La face cachée de ce dilemme est la suivante : le fait de ne pas permettre l'usage de drogue illégale peut protéger le permis de fonctionnement de l'établissement ou l'approbation sociale à son égard, mais au prix de faire fonctionner un refuge qui demeurera pratiquement vide.

Deuxièmement, avec des ressources très limitées, comment pourrait-on s'organiser adéquatement pour s'occuper d'employés qui pourraient éprouver une grande difficulté à vivre avec le constat qu'ils sont en train de fermer les yeux sur des infractions à la loi, voire d'y collaborer? Des résidants coriaces, agressifs ou manipulateurs pourraient parvenir à éveiller la vulnérabilité latente ou des incertitudes chez des employés. Cette question se rapporte aussi à la question éthique liée aux critères établis pour la sélection des employés de ces résidences ou des unités de soins palliatifs lorsque ces services même nécessitent que l'on permette l'usage de drogue illégale.

Troisièmement, dans quelle mesure un employé peut-il, avec la bonne intention de tolérer l'usage de drogue illégale dans la résidence, permettre qu'un résidant continue de dépérir en consommant cette drogue, alors que le fait de lui permettre d'en consommer visait à contribuer à son mieux-être? Autrement dit, que devrait faire le personnel d'un établissement lorsqu'une personne échoue à se stabiliser et à s'améliorer et que, de fait, l'état de cette personne qui reçoit des soins ou des services en vient à se détériorer?

Quatrièmement, comment peut-on assurer d'une façon éthique l'accessibilité de drogue illégale lorsque les résidants ont une

incapacité telle qu'ils ne peuvent plus se déplacer pour contacter leurs fournisseurs et s'approvisionner par leurs propres moyens?

Cinquièmement, les résidences et unités de soins palliatifs ne pourraient pas fonctionner sans règles clairement établies quant aux comportements acceptables et inacceptables. Lorsque des résidents présentent des troubles psychologiques et comportementaux multiples et que leur passé est rempli d'habitudes de vie dissolue, il se présentera inévitablement des situations qui feront naître des conflits éthiques relatifs à l'application de règles maison par opposition à la tolérance d'infractions à ces règles afin de préserver des relations qui se stabiliseront éventuellement avec les personnes dont les comportements s'avèrent dérangeants.¹³⁸

S'y ajoutent d'autres questions éthiques dérivées qu'a identifiées Riley :¹³⁹

- quel âge une personne devrait-elle avoir pour que l'on puisse lui permettre d'utiliser de la drogue dans un établissement de soins de santé, de services résidentiels ou de soins palliatifs?
- devrait-on adopter des mesures pour assurer que la drogue utilisée sur les lieux de ces soins ou services soit pure et d'une concentration déterminée?
- les règles des établissements, au sujet des comportements non tolérés, devraient-elles être appliquées de la même manière aux personnes qui font usage de stimulants qu'à celles qui prennent des dépresseurs? Les dépresseurs, comme l'héroïne, sont consommés à intervalles de quelques heures; la méthadone, à intervalles de 24 ou 36 heures; en revanche, des stimulants comme la cocaïne sont parfois consommés jusqu'à 20 fois par jour, ce qui peut entraîner un comportement chaotique si l'usage se fait à ce rythme pendant plusieurs jours;
- quelles mesures devraient être adoptées pour prévenir les conflits possibles entre les résidents qui utilisent de la drogue et ceux qui ne le font pas, au sein d'un établissement?
- quelles questions éthiques sont soulevées lorsque des femmes enceintes souhaitent participer à des programmes où l'usage de drogue est permis?

Une éthique pour la complexité

Une « éthique pour la complexité »¹⁴⁰ décrit les tensions entre la question éthique fondamentale, les questions éthiques dérivées et les problèmes pratiques qui se manifestent. Les établissements et les employés qui permettent ou tolèrent l'usage de drogue dans le cadre de services résidentiels ou de soins palliatifs peuvent rencontrer les situations suivantes :¹⁴¹

- des conflits entre l'« horizon » des politiques prohibitionnistes et abstentionnistes (*éthique d'horizon*);
- des conflits entre les « normes » qui se sont développées sur l'« horizon » d'une politique abstentionniste ou prohibitionniste et les « normes » qui se sont développées sur l'« horizon » des soins résidentiels et palliatifs (*éthique normative*); et
- des conflits entre ce qui, dans une situation donnée, s'avère « pratique » pour l'utilisateur de drogue, d'autres résidents de l'établissement, le personnel ou d'autres individus concernés (*éthique pratique*).

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Voir Riley, *supra*, note 106.

¹⁴⁰ Voir Roy, *supra*, note 109.

¹⁴¹ *Ibid.*

Une éthique pour la complexité reconnaît le besoin d'une interaction constante entre ces trois paliers de l'éthique – *horizon, norme, pratique*. Cette interaction générera inévitablement des tensions. Par exemple, des jugements d'éthique pratique quant à la nécessité de se conformer à des politiques de réduction des méfaits entreront en conflit avec des normes sociales et des lois qui souscrivent à des philosophies complètement différentes à propos de l'usage de drogue. L'éthique pratique reconnaît la particularité de chaque personne, ce qui peut s'écarter des tendances de l'éthique normative.¹⁴²

En ce qui concerne directement la question de tolérer l'usage de drogue dans le cadre de la fourniture de services, les résolutions proposées devant les questions éthiques dérivées doivent aller dans le sens de l'impératif éthique fondamental « de mobiliser et de maintenir tous les services nécessaires pour “accueillir les personnes auprès de nous” avant qu'elles ne se détériorent irrémédiablement et ne meurent dans un recoin d'abandon total par la société ». Si l'intelligence critique, la réflexion et les jugements concernant les questions éthiques liées à la question de tolérer ou de permettre l'usage de drogue ne tiennent pas compte de cette dimension éthique fondamentale, on perd de vue la tension naturelle ou inévitable qui fait partie d'une éthique pour la complexité, ce qui signifie que les décisions éthiques ne tiennent plus compte de la complexité dans son ensemble, mais seulement en partie. Si cela se produit, l'intervenant qui s'interroge sur la dimension éthique doit se demander : cette réaction tient compte de la complexité de qui? et elle néglige la complexité de qui?

Recommandations

8. À long terme, les lois devraient être changées de manière à permettre la provision de drogues qui sont actuellement illégales, aux utilisateurs de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins, afin d'éliminer un obstacle au recours de ces personnes aux soins de santé et à d'autres services sociaux, et afin d'éliminer la menace de responsabilité criminelle des fournisseurs de services qui sont prêts à donner des soins, des traitements et du soutien sans insister sur l'abstinence auprès des patients qui font usage de drogues présentement illégales.
9. À court terme, dans le contexte législatif actuel, le gouvernement fédéral devrait adopter un règlement autorisant la provision de stupéfiants dans le cadre des soins palliatifs, par respect pour la dignité des utilisateurs de drogue dans le processus du mourir.
10. Santé Canada devrait octroyer des fonds pour effectuer une analyse juridique et éthique détaillée de quatre ou cinq « situations » ou « scénarios » qui se rencontrent dans la fourniture de services pour le VIH aux utilisateurs de drogue (p. ex. une salle d'injection à la disposition des utilisateurs de drogue, dans une résidence ou un contexte institutionnel). Les « situations » à étudier devraient être choisies en collaboration avec des organismes de services aux utilisateurs de drogue.
11. Les associations professionnelles devraient adopter des directives pratiques et éthiques à l'intention des dispensateurs de soins de divers domaines recoupant le VIH/sida et l'injection de drogue – soins de premier recours, cliniques communautaires, services en pharmacie, soins en résidence, soins palliatifs, services de logement. Ces directives devraient tenir compte des tensions entre les contraintes légales et l'impératif éthique de fournir des services aux utilisateurs de drogue séropositifs. Leur élaboration devrait se faire en collaboration avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires de services à ces personnes et/ou aux personnes vivant avec le VIH/sida.

¹⁴² Ibid.

12. Les associations professionnelles devraient mettre sur pied un programme de formation complète à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux, des forces policières et des professionnels du droit, comme suite aux analyses juridiques et éthiques qui auront été faites des situations prioritaires et aux directives pratiques et éthiques que l'on aura développées.
13. Les autorités provinciales et fédérales de Santé devraient octroyer des fonds pour une série de rencontres nationales de travailleurs de première ligne et d'utilisateurs de drogue, pour discuter des politiques et des pratiques en matière de soins aux utilisateurs de drogue. Les buts seraient le partage d'information et d'expériences, l'identification des meilleures pratiques et la contribution au développement de programmes de formation et de directives éthiques et pratiques.

Les ministères provinciaux et fédéral de la Santé ainsi que les associations professionnelles devraient organiser régulièrement des ateliers et des séminaires à l'intention des fournisseurs de services liés au VIH chez les utilisateurs de drogue. Cette initiative servirait de tribune pour l'échange d'information, la résolution de problèmes et le perfectionnement de compétences. Entre autres sujets qu'il conviendrait d'aborder, soulignons : les médicaments contre le VIH/sida, les services de soutien, l'hébergement, les résidences et les soins palliatifs.

14. Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada devrait développer et mettre en œuvre, en étroite collaboration avec les intervenants concernés, une stratégie pour intégrer les programmes relatifs à la drogue et ceux relatifs au VIH, au Canada. Dans la mise au point de tels programmes intégrés, on devrait accorder l'importance nécessaire aux conséquences qu'un modèle axé sur la santé publique et la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues illégales entraîne sur le plan des lois et politiques en matière de drogue.



Traitement

Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique d'exiger qu'une personne cesse d'utiliser de la drogue, comme condition de son traitement? Est-il légal et acceptable sur le plan de l'éthique de refuser de donner des antirétroviraux aux utilisateurs de drogue séropositifs?

Introduction

Les traitements antirétroviraux (TARV) conduisent à d'importantes améliorations dans la santé et la qualité de vie de plusieurs personnes séropositives au VIH et réduisent la morbidité et la mortalité. Les utilisateurs de drogue par injection séropositifs se voient toutefois offrir moins souvent que d'autres personnes séropositives la possibilité d'amorcer un TARV. Sur le plan légal, le fait d'imposer l'abstinence de drogue comme condition d'un traitement, ou de ne pas donner un traitement médical aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs, peut contrevenir à la *Charte canadienne des droits et libertés*, aux lois sur les droits de la personne, aux codes de conduite professionnelle et aux conventions internationales sur les droits humains.

Pareillement, il est contraire à l'éthique d'insister sur la cessation de l'usage de drogue, comme condition d'un traitement médical, si cette exigence est au delà des capacités de l'utilisateur de drogue. Il est aussi injuste de juger qu'une personne ne respecterait probablement pas le régime de son TARV simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue, et de refuser de lui administrer un TARV pour cette raison. L'éthique exige que l'évaluation du respect d'un traitement par une personne vivant avec le VIH/sida ne soit pas réduite à des caractéristiques d'ordre personnel, mais que l'on examine aussi comment il est possible d'adapter les systèmes de soins de santé afin de les rendre plus accessibles. Bien qu'il puisse être justifiable, dans certaines situations, de retarder le TARV ou, en cas extrêmes, de ne pas l'administrer, cette décision ne

peut pas être justifiée sur le plan de l'éthique si elle est prise sans égard aux caractéristiques d'une relation thérapeutique authentique.

On formule dans ce chapitre plusieurs recommandations détaillées pour l'amélioration de l'accès aux traitements chez les utilisateurs de drogue séropositifs.

Réconcilier l'usage de drogue et les soins de santé : l'approche de la réduction des méfaits

Les politiques nord-américaines en matière de drogue sont dominées par le principe de l'abstinence qui est enraciné dans un modèle d'imposition par la loi.¹⁴³ Les personnes qui consomment des drogues illégales sont considérées comme des individus méritant une punition plutôt qu'ayant besoin de soins de santé ou d'un traitement. Comme on l'exprime dans un rapport de 1994 du Gouvernement du Québec,¹⁴⁴ l'approche de tolérance zéro entraîne la répression et la stigmatisation des individus qui consomment des drogues illégales; les utilisateurs de drogue sont perçus comme des criminels dont les activités doivent être punies. Certains responsables gouvernementaux et des membres du grand public souscrivent à cette approche même si le châtement, par exemple l'incarcération, est peu susceptible de modifier le comportement de l'utilisateur de drogue.

Les tenants de l'approche de l'abstinence interdisent aux utilisateurs qui demandent des soins de santé de consommer de la drogue. Ils insistent sur la notion selon laquelle l'abstinence de drogues non médicinales est une composante fondamentale d'un comportement sain. Un auteur a d'ailleurs fait remarquer que les tenants de cette approche considèrent que « l'abstinence complète et permanente est le seul signe de réussite d'un traitement, alors qu'en fait une diminution de la quantité de drogue consommée peut en soi être un résultat valable ». ¹⁴⁵ Ces personnes ne comprennent pas que la privation de services de santé et de traitements pour les utilisateurs de drogue met en danger non seulement la santé de ces individus mais aussi le bien-être de l'ensemble de la communauté.¹⁴⁶

Le sida et la transmission du VIH, à la fois au sein de la population d'utilisateurs de drogue et à d'autres gens, ont entraîné une réévaluation fondamentale des services et des programmes à l'intention des personnes qui ont une dépendance à une drogue.¹⁴⁷ On en vient lentement à reconnaître qu'un sevrage complet de la drogue est un but auquel plusieurs ne peuvent pas parvenir.¹⁴⁸ De plus, on estime que seulement environ 5 à 10% des utilisateurs de drogue sont disposés à envisager de participer à des programmes fondés sur l'abstinence.¹⁴⁹ Par conséquent, le traitement de la dépendance et les autres services et soins de santé pour lesquels l'abstinence est un préalable priveraient plusieurs utilisateurs de drogue d'obtenir de l'aide pour des maladies comme le VIH/sida.

Le concept de réduction des méfaits, qui repose sur un modèle de santé publique,¹⁵⁰ est devenu un point de mire pour des scientifiques, des universitaires et des membres de la communauté médicale depuis la fin des années 80.¹⁵¹ L'intérêt envers cette approche alternative découle de deux facteurs : la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection et la conviction que les stratégies actuelles contre l'usage de drogue exacerbent le problème plutôt que de contribuer à le résoudre.¹⁵²

Les stratégies de réduction des méfaits cherchent à réduire les chances que les utilisateurs de drogue contractent ou transmettent le VIH, les virus

On constate un appui croissant à l'égard de l'approche de la réduction des méfaits, devant la double épidémie de la dépendance à la drogue et du VIH/sida.

¹⁴³ Newcombe, *supra*, note 94, p. 1.

¹⁴⁴ *Supra*, note 84, p. 24.

¹⁴⁵ J. Normand, D. Vlahov, L.E. Mose, *Preventing HIV Transmission : The Role of Sterile Needles and Bleach*, Panel on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine, Washington, D.C., 1995, p. 130.

¹⁴⁶ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1579.

¹⁴⁷ S. Henderson, « HIV and Drugs », dans *The Reduction of Drug-Related Harm*, *supra*, note 94, p. 130.

¹⁴⁸ Office fédéral de la Justice, Berne, Suisse, « The Controlled Dispensation of Hard Drugs : A Legal Notice Issued by Mandate of the Federal Office of Public Health », dans *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and the Practical Experiences*, *supra*, note 86, p. 56.

¹⁴⁹ P.A O'Hare, « A Note on the Concept of Harm Reduction », dans *The Reduction of Drug-Related Harm*, *supra*, note 94.

¹⁵⁰ Newcombe, *supra*, note 94, p. 1; et Goldstein, *supra*, note 87, p. 269.

¹⁵¹ O'Hare, *supra*, note 94.

¹⁵² *Ibid.*

d'hépatite ou d'autres agents infectieux, qu'ils soient victimes de surdoses à cause de drogues d'une concentration ou d'une pureté inconnues, ou qu'ils se fassent du tort ou en fassent à autrui.¹⁵³ Cette tendance vise à réduire les méfaits spécifiques liés à l'usage de drogue, sans demander l'abstinence complète de toute drogue.¹⁵⁴ Les stratégies de réduction des méfaits sont fondées sur une hiérarchie de buts¹⁵⁵ et mettent l'accent sur des objectifs pragmatiques, atteignables et à court termes, plutôt qu'idéalistes et à long terme.¹⁵⁶ On constate un appui croissant à l'égard de l'approche de la réduction des méfaits, devant la double épidémie de la dépendance à la drogue et du VIH/sida.¹⁵⁷ Comme l'a affirmé de Burger dans un éditorial publié dans la *Revue canadienne de santé publique*, la réduction des méfaits est une philosophie de santé publique qui :

reconnaît qu'une approche pragmatique et qui ne porte pas de jugement, en particulier lorsqu'il s'agit de dépendances, est plus efficace pour réduire les méfaits qu'un modèle qui insiste sur l'abstinence comme condition préalable d'un traitement. Sans fermer les yeux sur l'usage de drogue, mais sans le condamner non plus, le modèle de réduction des méfaits accepte le fait que l'usage de drogue continue et que cela n'empêche pas d'entreprendre des initiatives préventives. Les programmes d'échange de seringues sont un bon exemple d'intervention efficace qui reconnaît la réalité de l'injection de drogue tout en offrant au moins une protection importante contre la propagation d'infections transmissibles comme le VIH ou l'hépatite C.¹⁵⁸ [trad.]

Une approche de réduction des méfaits comporte plusieurs volets, notamment :¹⁵⁹

1. la provision de services médicaux aux utilisateurs de drogue;
2. la disponibilité de divers modèles de programmes de traitement;
3. la provision de services de santé mentale;
4. des stratégies d'approche auprès de la clientèle;
5. l'échange de seringues et la disponibilité de condoms;
6. la provision d'hébergement et de vêtements;
7. des groupes de soutien entre pairs, à l'intention des utilisateurs de drogue;
8. des services de réhabilitation professionnelle; et
9. l'inclusion des utilisateurs de drogue dans la conception et la planification des stratégies de réduction des méfaits.

Les services à l'intention des personnes dépendantes d'une drogue, au Canada, sont souvent basés sur l'approche de l'abstinence.¹⁶⁰ Bien que ceci soit en voie de changer, il subsiste plusieurs obstacles à l'efficacité des soins pour les utilisateurs de drogue par injection, en raison de l'attachement à cette philosophie.¹⁶¹ Par exemple, les utilisateurs de drogue par injection qui ne cessent pas leur usage peuvent se voir refuser des soins de santé, un traitement ou de l'hébergement.¹⁶²

¹⁵³ Nadelmann, *supra*, note 95, p. 36.

¹⁵⁴ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1578.

¹⁵⁵ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, *L'échange de seringues : une façon de prévenir l'infection par le VIH liée aux drogues*, document de travail sur la politique, décembre 1994, p. 1.

¹⁵⁶ D.C. Des Jarlais et S. Friedman, « Aids, Injecting Drug Use and Harm Reduction », dans *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, *supra*, note 95, p. 297.

¹⁵⁷ O'Hare, *supra*, note 94.

¹⁵⁸ R. de Burger, « Heroin substitution in Canada : a necessary public health intervention », *Revue canadienne de santé publique*, 1997, p. 365.

¹⁵⁹ Millar, *supra*, note 86, p. 15.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 16.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

Les utilisateurs de drogue sont moins susceptibles de recevoir un TARV que les individus d'autres groupes.

L'accès aux médicaments antirétroviraux

Plusieurs arguments ont été avancés afin de refuser aux utilisateurs de drogue l'accès à des médicaments. D'aucuns déclarent simplement qu'un utilisateur de drogue ne mérite pas le même accès aux traitements médicaux que les gens qui ne consomment pas de drogue illégale. D'autres affirment que les personnes qui ont une dépendance à une drogue abusent du système de santé en s'accaparant une portion trop importante des services d'urgence. D'autres encore sont d'avis que les utilisateurs de drogue ne sont pas capables de respecter les exigences complexes des régimes de traitement pour le VIH.¹⁶³

L'évolution des traitements antirétroviraux (TARV) permet des améliorations à la santé et à la qualité de vie de plusieurs personnes séropositives¹⁶⁴ et des diminutions de la morbidité et de la mortalité.¹⁶⁵ Or, des études ont révélé que, malgré les bienfaits de ces traitements, les utilisateurs de drogue par injection séropositifs se voient offrir moins souvent que d'autres personnes séropositives la possibilité d'en amorcer un. Dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine*,¹⁶⁶ des chercheurs ont conclu que les utilisateurs de drogue sont moins susceptibles de recevoir un TARV que les individus d'autres groupes. Cette situation prévaut, d'après les auteurs, en dépit d'études qui ont documenté un respect adéquat du régime de traitement lorsque ce dernier est fourni dans le contexte de soins ambulatoires pour le VIH, dans le cadre des programmes pour le traitement de la dépendance ou encore à l'hôpital.¹⁶⁷

Une étude publiée en 1998, effectuée à Baltimore auprès d'utilisateurs de drogue par injection séropositifs, a corroboré ces conclusions.¹⁶⁸ Seulement 14% des participants à l'étude ont répondu avoir reçu un traitement antirétroviral puissant; 63% n'avaient reçu aucun traitement antirétroviral.¹⁶⁹ On a constaté que les facteurs suivants étaient associés au fait que les utilisateurs de drogue par injection reçoivent ces traitements moins que d'autres personnes : ne pas participer à un programme de traitement de la dépendance, continuer à consommer de la drogue et ne pas avoir d'assurance santé.

On ne rencontre pas cette situation qu'aux États-Unis. D'une étude menée en Colombie-Britannique par Strathdee et ses collègues,¹⁷⁰ il a été conclu qu'il existe aussi au Canada des obstacles au TARV pour les utilisateurs de drogue par injection séropositifs. On parle pourtant ici d'un système de soins de santé dit universel, où le TARV est fourni gratuitement au patient. L'étude de Strathdee a porté sur 1 106 utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Les chercheurs ont constaté qu'environ seulement la moitié d'entre eux recevaient un TARV; les femmes, les jeunes et les individus ne participant pas à un programme pour la dépendance à la drogue ou à l'alcool étaient représentés en plus faible proportion parmi les sujets recevant un TARV. On a observé par ailleurs que les médecins qui avaient peu d'expérience en relation avec les TARV avaient moins tendance à prescrire un tel traitement à un patient séropositif faisant usage de drogue.¹⁷¹

Comme on l'a mentionné précédemment, plusieurs facteurs expliquent le piètre accès des utilisateurs de drogue aux TARV. Souvent, les médecins ne reçoivent pas une formation adéquate au sujet des soins pour les utilisateurs de drogue, pendant leurs études médicales, leur formation en résidence ou dans le cadre des programmes de formation continue. La maladie mentale, les problèmes psychosociaux et les maladies chroniques du foie expliquent en partie la réticence des médecins à prescrire un TARV à un utilisateur de

¹⁶³ R. Batey, « Denying treatment to drug and alcohol-dependent patients », *Addiction*, 1997, 92 : 1189, à la p. 1190.

¹⁶⁴ S. Strathdee, A. Palepu, P.G.A. Cornelisse et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547.

¹⁶⁵ P. Selwyn, « The impact of HIV infection on medical services in drug abuse treatment programs », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1996 : 397, à la p. 402.

¹⁶⁶ P.G. O'Connor, P.A. Selwyn, R.S. Schottenfeld, « Medical Progress : Medical care for injection drug users with Human Immunodeficiency Virus infection », *New England Journal of Medicine*, 1994, 331(7) : 450, à la p. 455.

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ D.D. Celentano, D. Vlahov, S. Cohn et coll., « Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547-549. Voir R. Sherer, « Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 567.

¹⁶⁹ Notons que des recherches effectuées en France ont aussi conclu que les utilisateurs de drogue par injection séropositifs sont beaucoup moins susceptibles de recevoir un traitement antirétroviral. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (janvier 1999), rapporté par Reuters Health Information Services, 19 janvier 1999, « Injected Drug Use Linked to Restricted Anti-HIV Therapy in France ».

¹⁷⁰ Strathdee et coll., *supra*, note 164.

¹⁷¹ *Ibid.*

drogue.¹⁷² De plus, certains médecins sont d'avis que les utilisateurs de drogue sont incapables de respecter les exigences des régimes du TARV et ils s'inquiètent qu'en cas de non-respect du régime indiqué, une résistance au traitement puisse se développer.

Cependant, les médecins peuvent adopter plusieurs mesures pour assurer des résultats optimaux pour les utilisateurs de drogue qui suivent un TARV,¹⁷³ notamment la simplification du régime en réduisant la fréquence de la prise du médicament et en diminuant le nombre de comprimés.¹⁷⁴ Un facteur d'importance particulière est une relation imprégnée de confiance et d'accessibilité, entre le patient et le médecin. Comme l'a affirmé Sherer, « armés de stratégies et d'outils pour aider au respect du régime de traitement, les médecins peuvent rendre possible l'accès aux traitements » par le biais de « pratiques rationnelles, dans leurs ordonnances aux patients qui présentent des problèmes complexes de gestion, y compris les utilisateurs de drogue par injection ». ¹⁷⁵ Cet avis est partagé par Selwyn, qui soutient que les traitements anti-VIH devraient être offerts aux utilisateurs de drogue d'une manière et dans un contexte qui soient efficaces : « [L]orsque les traitements sont donnés dans le cadre d'un programme de traitement de la drogue ou par le biais d'un système d'orientation qui fonctionne bien, il a été démontré à maintes reprises que les utilisateurs de drogue les entreprennent et s'y tiennent en proportions qui se comparent avantageusement à d'autres populations ». ¹⁷⁶

Questions juridiques

Le fait d'imposer l'abstinence comme condition du traitement ou de ne pas fournir un traitement médical (un traitement antirétroviral, par exemple) aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs peut contrevenir à la *Charte canadienne des droits et libertés*, aux lois sur les droits de la personne, aux codes de conduite professionnelle et aux pactes internationaux sur les droits humains.

L'abstinence obligatoire comme condition de traitement

Des politiques gouvernementales ou institutionnelles peuvent imposer l'abstinence comme condition d'accès à des traitements, à des établissements d'hébergement ou à des services sociaux. Ceci a pour effet de priver l'utilisateur de recevoir un service s'il continue d'utiliser de la drogue pendant qu'il cherche à se faire traiter. Quelle est la légalité d'une telle imposition d'abstinence, considérant que, pour être réellement appliquée, il faudrait que l'abstinence soit contrôlée par une forme quelconque de surveillance attentatoire (par exemple, le dépistage antidrogue) qui permettrait de détecter l'usage de substances prohibées?

L'abstinence forcée soulève un certain nombre de questions, comme les atteintes aux droits à l'autonomie protégés par la loi, les atteintes aux droits à la vie privée et, possiblement, les atteintes aux droits à l'égalité. La manière dont ces droits peuvent être protégés juridiquement dépendra de la question de savoir si l'État intervient pour tenter d'imposer l'abstinence (auquel cas des droits constitutionnels peuvent être en cause) ou s'il y a intervention par une partie privée (auquel cas il faudrait avoir recours au *common law* et aux lois applicables aux rapports entre parties privées).¹⁷⁷

¹⁷² Sherer, *supra*, note 168.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Oscapella et Elliott, *supra*, note 97. Pour une analyse plus détaillée de ces questions, voir leur document de travail.

L'applicabilité de la Charte

Seuls les gouvernements et les actes de ceux-ci peuvent faire l'objet d'un contrôle fondé sur la *Charte*; un tel contrôle constitutionnel ne s'applique pas aux parties privées qui ne sont pas rattachées au gouvernement.¹⁷⁸ Cependant, il peut parfois être difficile de savoir si une loi, une politique ou un acte commis dans une situation donnée constitue un « acte du gouvernement ». Par exemple, dans l'arrêt *Stoffman*, la Cour suprême a statué que les hôpitaux, du moins à certains égards, ne font pas partie du « gouvernement »; en règle générale, leurs politiques ou règlements ne sont donc pas soumis à un contrôle fondé sur la *Charte*.¹⁷⁹ Toutefois, dans l'arrêt *Stoffman*, la Cour n'a pas exclu la possibilité que, si une politique ou un règlement en particulier était le fait d'une initiative du gouvernement ou représentait la mise en œuvre d'une politique de celui-ci, la politique ou le règlement fasse l'objet d'un contrôle fondé sur la *Charte*. Par la suite, la Cour suprême a précisé que, si une entité privée (par exemple, un hôpital) agit dans le cadre d'un programme ou d'une politique du gouvernement (y compris la prestation de services de santé nécessaires payés par l'État), elle est soumise à la *Charte*.¹⁸⁰ La question de savoir si la manière dont un professionnel de la santé en particulier s'y prend pour imposer l'abstinence comme condition de la prestation de traitement fera l'objet ou non d'un contrôle fondé sur la *Charte* dépendra du degré auquel le gouvernement conserve la responsabilité ultime à l'égard de la politique ou de la pratique en cause.

Le refus d'administrer des traitements médicaux aux utilisateurs de drogue séropositifs

Imposer l'abstinence aux utilisateurs de drogue séropositifs comme condition de traitement peut, au bout du compte, équivaloir au refus de leur fournir des traitements médicaux. Dans d'autres situations, ce ne sera peut-être pas même une question d'imposer des conditions à la prestation de traitements; dans certains cas, les patients dont on connaît l'utilisation de drogue illégale (ou de certaines autres drogues légales) peuvent se voir refuser complètement certaines formes de traitement.

Il y a probablement peu de justification, sur le plan juridique, au refus de fournir des traitements médicaux (y compris les médicaments antirétroviraux) aux utilisateurs de drogue séropositifs simplement parce qu'ils consomment des substances désignées. De fait, il peut même exister plusieurs armes juridiques contre le refus du traitement, bien que ce serait probablement à l'utilisateur de drogue de les invoquer après coup. Par ailleurs, il faut signaler qu'il existe relativement peu de jurisprudence canadienne sur cette question. La décision de refuser un traitement contre le VIH/sida à un patient qui utilise des substances désignées pourrait avoir plusieurs dimensions juridiques.

Premièrement, les *conventions internationales sur les droits de l'homme* protègent le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.¹⁸¹ Pareillement, le droit à la santé (dont le contenu exact fait l'objet d'un certain débat parmi les juristes) est protégé en droit international. Par exemple, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (art. 12) prévoit que les États signataires reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre; il prévoit aussi que les États doivent prendre les mesures nécessaires pour créer les « conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ». La *Déclaration universelle des droits de l'homme*

¹⁷⁸ *Charte*, article 32; *Le Syndicat des détaillants, grossistes et magasins à rayons, section locale 580 c. Dolphin Delivery Ltd.*, [1986] 2 R.C.S. 573, 33 D.L.R. (4^e) 174.

¹⁷⁹ *Stoffman c. Vancouver General Hospital*, [1990] 3 R.C.S. 483, 76 D.L.R. (4^e) 700.

¹⁸⁰ *Eldridge c British Columbia (Attorney General)* (1997), 46 C.R.R. (2^e) 189 (C.S.C.)

¹⁸¹ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, art. 3; *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, art. 9.

(art. 25) prévoit que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être, notamment les soins médicaux et les services sociaux nécessaires. Ces conventions internationales peuvent être interprétées comme obligeant les signataires à garantir l'accès aux soins médicaux appropriés à moins qu'ils puissent justifier de ne pas le faire. Ces conventions interdiraient donc le refus arbitraire de donner l'accès à une thérapie antirétrovirale utile sur le plan médical. Toutefois, on reconnaît que, dans la plupart des cas, de telles propositions revêtent une valeur plus symbolique qu'exécutoire sur le plan juridique.

Deuxièmement, le refus de traiter les utilisateurs de drogue (si ce refus résultait d'une loi ou d'un acte quelconque du gouvernement) pourrait porter atteinte aux *droits à l'égalité et à la sécurité de la personne* garantis par la *Charte*. La Cour suprême a statué que les actes du gouvernement ayant pour effet de refuser l'égalité d'accès aux traitements médicaux à des personnes ayant des déficiences constitueraient de la discrimination inconstitutionnelle, en violation des droits à l'égalité prévus à l'article 15 de la *Charte*.¹⁸² Tel que nous en discuterons plus loin en nous penchant sur l'interprétation des dispositions sur les droits de la personne, il a été établi en droit canadien que la dépendance à une drogue ou à l'alcool constitue un handicap. Le fait de refuser le traitement à une personne ayant la déficience de la dépendance à une drogue violerait probablement ses droits constitutionnels à l'égalité, et il faudrait que ce refus soit justifié au regard de l'article 1 de la *Charte*. Toutefois, les utilisateurs de drogue qui n'ont pas de dépendance à cet usage ne pourraient probablement pas bénéficier de cette protection.

Le refus du traitement pourrait enfreindre les droits garantis par l'article 7 de la *Charte*, c'est-à-dire le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, auxquels il ne peut être porté atteinte « qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Lorsqu'elle a invalidé les anciennes restrictions du *Code criminel* portant sur l'accès des femmes à l'avortement, la Cour suprême a statué, dans l'arrêt historique *Morgentaler*,¹⁸³ que :

- l'ingérence de l'État dans l'intégrité corporelle constitue une atteinte à la sécurité de la personne;¹⁸⁴
- le droit à la sécurité de la personne comprend le droit au traitement médical d'un état dangereux pour la vie ou la santé, sans crainte de répression pénale;¹⁸⁵ et
- le droit à la liberté est le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans ingérence de l'État.¹⁸⁶

Dans l'arrêt *Wakeford*,¹⁸⁷ plus récent, un tribunal de première instance de l'Ontario a conclu que le fait de refuser à un homme séropositif les avantages médicaux de la marijuana violait son droit à la sécurité de sa personne de façon non conforme au principe de justice fondamentale, vu qu'il n'existait aucun mécanisme permettant d'obtenir un examen ministériel efficace de sa demande d'exemption à l'égard de l'interdiction pénale portant sur la possession de marijuana. Il ressort de ces deux arrêts qu'une mesure gouvernementale ayant pour objet de refuser le traitement médical (même si le traitement consiste à administrer une drogue illégale) peut constituer une atteinte *prima facie* aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte*.

Toutefois, les droits prévus dans la *Charte* ne sont pas absolus et ils ne sont garantis « que dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique » (art. 1).

Le droit à la sécurité de la personne comprend le droit au traitement médical d'un état dangereux pour la vie ou la santé, sans crainte de répression pénale.

- R. c. *Morgentaler*, Cour suprême du Canada, 1988

¹⁸² *Eldridge*, *supra*, note 180.

¹⁸³ R. c. *Morgentaler*, *Smoling and Scott* [1988] 1 R.C.S. 30, 37 C.C.C. (3^e) 449.

¹⁸⁴ *Ibid.*, motifs du juge en chef Dickson et du juge Lamer.

¹⁸⁵ *Ibid.*, motifs des juges Beetz et Estey.

¹⁸⁶ *Ibid.*, motifs du juge Wilson.

¹⁸⁷ *Wakeford c. Canada*, [1999] O.J. n° 1574 (Q.L.) (Div. gén.).

Pour déterminer si un gouvernement peut justifier son refus d'un traitement à des utilisateurs de drogue séropositifs, les tribunaux devraient évaluer les éléments suivants :

Toute décision de ne pas donner un traitement nécessite une justification médicale rationnelle.

- i) l'objectif gouvernemental visé par le refus du traitement est-il suffisamment important pour justifier l'atteinte à des droits constitutionnels?
- ii) la mesure gouvernementale adoptée en refusant le traitement a-t-elle un lien rationnel avec l'objectif en question?
- iii) le moyen choisi pour atteindre l'objectif du gouvernement est-il de nature à porter le moins possible atteinte au(x) droit(s) constitutionnel(s) enfreint(s)?
- iv) y a-t-il proportionnalité entre les effets néfastes de la mesure gouvernementale qui enfreint les droits constitutionnels et l'importance de l'objectif?¹⁸⁸

Il a été établi en droit canadien que la dépendance à une drogue ou à l'alcool constitue un handicap au sens des lois sur les droits de la personne.

À notre avis, si l'on applique ce critère, un gouvernement aurait de la difficulté à justifier une mesure qui a pour effet de refuser des médicaments à des personnes séropositives simplement parce qu'elles consomment des substances désignées. Toute décision de ne pas donner un traitement nécessite plutôt une justification médicale rationnelle.

Troisièmement, les *codes des droits de la personne* interdisent eux aussi la discrimination fondée sur la déficience intellectuelle ou physique, dans la prestation de services, et ils s'appliquent tant au gouvernement qu'aux justiciables privés. Dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, le mot « déficience » comprend expressément la dépendance, présente ou passée, envers l'alcool ou la drogue.¹⁸⁹ La Cour d'appel fédérale a expressément confirmé, dans l'arrêt *Canada c. Banque Toronto-Dominion*,¹⁹⁰ que le fait de limiter la définition de la déficience à la dépendance aux drogues « légales » serait contraire à l'interprétation, par la Cour suprême du Canada, des lois sur les droits de la personne; par conséquent, la dépendance envers les drogues illégales constitue également une déficience au regard des lois fédérales sur les droits de la personne.

On ne trouve pas nécessairement cette reconnaissance expresse de la dépendance envers la drogue comme « déficience » (ou « handicap ») dans toutes les lois provinciales sur les droits de la personne. Toutefois, la jurisprudence publiée des tribunaux des droits de la personne appelés à interpréter la définition des mots « déficience » ou « handicap » dans les lois provinciales, de même que les énoncés de politiques des commissions des droits de la personne et la doctrine, ont aussi considéré que la dépendance à une drogue constituait une déficience au sens des lois provinciales en question.¹⁹¹ Le refus de fournir un traitement contre le VIH/sida à un usager toxicomane constituerait certainement de la discrimination *prima facie* fondée sur une déficience, ce qui est interdit par la loi. Comme c'est le cas pour la *Charte*, la protection contre la discrimination n'est pas absolue; selon les faits en l'espèce, il pourrait être possible de fournir une justification valable à la discrimination fondée sur une déficience.

Quatrièmement, les *codes de déontologie professionnelle* qui obligent le professionnel de la santé à agir dans l'intérêt du patient peuvent aussi l'empêcher de refuser le traitement à un utilisateur de drogue séropositif. Toutefois, il faut reconnaître que la détermination de ce qui constitue l'intérêt du patient sera (ou devrait être) en grande partie l'exercice de bonne foi du

¹⁸⁸ *R c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

¹⁸⁹ L.R.C. (1985), ch. H-6, art. 25, et ses modifications. Voir également *Cie des chemins de fer nationaux du Canada c. Niles* (1992), 142 N.R. 188 (C.A.F.).

¹⁹⁰ *Canada (Commission des droits de la personne) c. Banque Toronto-Dominion* [1998] 4 C.F. 205 (C.A.).

¹⁹¹ Voir par exemple, *Entrop c. Imperial Oil Ltd.*, [1996] O.H.R.B.I.D. n° 30 (Commission d'enquête Ont.) (Q.L.), confirmée par [1998] O.J. n° 422 (Cour div.) (Q.L.), autorisation d'en appeler à la C.A. Ont. accordée [1998] O.J. n° 1927, aucun arrêt publié de la C.A. Ont.; *Handfield c. North Thompson School District No. 26* [1995] B.C.C.H.R.D. n° 4 (BC Council Hum Rts) (Q.L.); Commission sur les droits de la personne de l'Ontario, *Politique sur les tests de dépistage de la consommation de drogues et d'alcool*, novembre 1990; Commission canadienne des droits de la personne, *Politique 88-1 : Dépistage des drogues*, Ottawa, 1988; Commission de réforme du droit de l'Ontario, *Report on Drug and Alcohol Testing in the Workplace*, Toronto, 1992.

jugement médical qui tient compte des issues cliniques éventuelles de la prescription d'un médicament donné à un patient, sachant que ce médicament peut interagir avec d'autres drogues (légalles ou interdites) que consomme le patient. Toutefois, les codes de déontologie professionnelle reconnaissent également qu'en définitive, c'est au patient qu'il appartient de prendre une décision éclairée quant aux options de traitement.

Cinquièmement, le fait de refuser l'accès à des médicaments contre le VIH/sida peut également constituer de la *négligence criminelle causant des lésions corporelles ou la mort*. Comme nous l'avons vu précédemment, est coupable de négligence criminelle quiconque, en faisant quelque chose, ou en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre « une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité »¹⁹² du patient. Les autorités sanitaires et les médecins ont l'obligation de protéger et de promouvoir la santé des patients. On pourrait soutenir que le fait de refuser l'accès à une thérapie satisfait au critère de « l'insouciance déréglée ou téméraire » qui a été définie comme une « dérogation marquée » à la norme de comportement dont on s'attendrait d'une « personne raisonnablement prudente dans les circonstances ». Encore une fois, selon les dispositions de la politique, du règlement ou de la décision de refuser les médicaments contre le VIH/sida à une personne ou à une catégorie de personnes, et selon la preuve médicale fournie pour justifier ce refus, on pourrait arriver à la conclusion que le responsable est coupable de négligence criminelle causant un préjudice au patient. Par ailleurs, la preuve pourrait amener à conclure que le refus de donner un certain traitement à un patient en particulier était une décision médicale valable et qu'il aurait été négligent de fournir le médicament tout en sachant que le patient consommerait d'autres substances (comme l'héroïne ou la cocaïne). Toutefois, la valeur de tout argument de ce type dépendra en grande partie des circonstances en l'espèce; notamment parce que la conduite du médecin doit être évaluée à la lumière de la pratique généralement acceptée et cliniquement fondée, parmi des praticiens raisonnablement qualifiés et informés, il est probable qu'il s'avérera difficile de prouver que la décision de ne pas donner un traitement était de l'ordre de la *négligence criminelle*.

Il y a lieu d'examiner deux *justifications possibles* au refus de fournir aux utilisateurs de drogue un traitement contre le VIH/sida. Premièrement, on pourrait soutenir que le fait de ne pas se conformer strictement aux modalités d'une thérapie antirétrovirale permettrait au virus de développer une résistance à la thérapie (la tuberculose résistante aux antituberculeux courants pourrait être invoquée au soutien de cet argument). Cette résistance réduirait l'efficacité de la thérapie pour le patient et pour d'autres à l'avenir. S'appuyant sur ce motif, les autorités ou les professionnels de la santé pourraient soutenir qu'il est justifié de refuser certaines thérapies à une personne si on a des motifs de croire qu'elle n'en suivrait pas les modalités, causant un risque pour elle-même ou pour d'autres.

Pour justifier le refus d'un traitement, il faudrait cependant démontrer qu'un utilisateur de drogue en particulier – ou tout autre bénéficiaire éventuel de la thérapie – est susceptible de se faire lui-même du tort ou de faire du tort à autrui en ne se conformant pas au régime thérapeutique. Par ailleurs, on pourrait soutenir qu'il n'est pas indiqué de refuser la thérapie mais qu'il y a lieu de prendre des mesures vigoureuses pour veiller à ce que ceux qui consentent à la recevoir acceptent d'en suivre le régime, peut-être par une forme quelconque de surveillance intensive, comme c'est le cas pour la tuberculose. Il ne s'agit donc

¹⁹² Code criminel, art. 219-221.

pas d'une question qui intéresse strictement les utilisateurs de drogue; cette question intéresse quiconque est susceptible de ne pas suivre les ordres de son médecin dans le cadre de toute thérapie qui pourrait mener au développement de souches résistantes de virus ou de bactéries.

Deuxièmement, ceux qui prodiguent les traitements pourraient très bien avoir des préoccupations à l'égard de leur responsabilité civile ou pénale éventuelle fondée sur la négligence s'ils prescrivent des médicaments à un patient dont ils savent qu'il utilise certaines drogues (légalles ou illégales) qui pourraient interagir de façon nocive avec les médicaments prescrits, causant un préjudice au patient. Agir ainsi sans expliquer les interactions possibles au patient constituerait certainement de la négligence professionnelle. Toutefois, si tous les « risques importants » connus, y compris les interactions avec des substances désignées, sont expliqués au patient, et si le patient a la capacité mentale voulue pour prendre ses propres décisions médicales à l'égard de ce traitement, le patient aura donné son « consentement éclairé » au traitement et le professionnel de la santé n'assumera aucune responsabilité civile à l'égard de la décision du patient de prendre ces risques.¹⁹³ Pareillement, il est peu probable que le médecin qui prendrait ces mesures soit reconnu coupable de négligence criminelle, puisqu'il n'aurait pas fait preuve d'insouciance déréglée et téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité du patient.

Questions éthiques

L'abstinence obligatoire comme condition de traitement

On peut affirmer avec conviction qu'il est injustifiable, sur le plan de l'éthique, « d'insister pour la cessation de l'usage de drogue comme condition du traitement si la cessation est au delà de la capacité de l'utilisateur à ce moment ou si l'exigence menace la relation thérapeutique, conduisant au risque possible ou probable que l'utilisateur abandonne le traitement ».¹⁹⁴

Le refus d'administrer un traitement médical à un utilisateur de drogue séropositif

Les décisions en matière de traitement doivent être prises de pair par le médecin et la personne séropositive, guidés autant que possible par des données cliniques fiables et par l'expérience. La décision d'amorcer le traitement médical complexe qu'est le TARV, pour une personne qui vit avec le VIH, nécessite que l'on soupèse les facteurs suivants :¹⁹⁵

- la volonté de la personne de commencer ce traitement;
- le degré d'immunodéficience à ce moment, évalué par une numération des cellules CD4+ et des lymphocytes T;
- le risque de progression de la maladie, évalué par une mesure de la charge virale;
- les possibles risques et avantages de commencer un tel traitement, pour l'individu;
- la probabilité que le patient, après counselling et éducation, suive fidèlement le régime du traitement.

Une analyse éthique des situations dans lesquelles on pourrait ne pas donner de médicaments antirétroviraux à un utilisateur de drogue séropositif porte sur deux considérations :

¹⁹³ *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880; *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192; *Malette c. Shulman* (1990), 37 O.A.C. 281 (C.A.); *Fleming c. Reid*, [1991], 82 D.L.R. (4^e) 298 (C.A. Ont.); *Van Mol c. Ashmore*, [1999] B.C.J. n° 31 (C.A.) (Q.L.).

¹⁹⁴ Roy, *supra*, note 109.

¹⁹⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection; voir *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents (Federal Register Draft Document)*, à la p. 4.

1. Comment peut-on s'acquitter d'une obligation professionnelle et éthique – celle de traiter la maladie à VIH à l'aide des meilleurs traitements disponibles – dans des conditions qui en rendent l'accomplissement extrêmement difficile, improbable ou impossible?
2. Existe-t-il des circonstances dans lesquelles le recours aux traitements (pour la maladie à VIH) consistant en un inhibiteur de la protéase et deux autres médicaments antirétroviraux serait susceptible de causer à la personne séropositive, ou indirectement à la société, des dommages plus grands que ceux que pourraient entraîner des traitements plus simples que plusieurs personnes considèrent aujourd'hui inférieurs à la norme de soins?

Il est injuste de juger qu'un individu ne respecterait probablement pas le régime de son traitement simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue et de le priver de ce traitement pour cette raison.

Insister sur la cessation de l'usage de drogue comme condition d'un traitement médical, si cette exigence est au delà des capacités de l'utilisateur de drogue, est contraire à l'éthique. Il est aussi injuste de juger qu'une personne ne respecterait probablement pas le régime de son TARV simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue, et de refuser de lui administrer un TARV pour cette raison. Le respect du régime de traitement dépend grandement des systèmes de soins. Lorsque le système de soins de santé est adapté aux besoins des personnes marginalisées ou des indigents, on observe une grande amélioration dans la rétention et le respect du traitement. Par conséquent, l'éthique exige que l'évaluation du respect d'un traitement par une personne vivant avec le VIH/sida ne soit pas réduite à des caractéristiques d'ordre personnel. En revanche, il peut être justifiable, dans certaines situations, de retarder le TARV ou, en cas extrêmes, de ne pas l'administrer; une telle décision n'est toutefois pas justifiée sur le plan de l'éthique si elle est prise sans égard aux caractéristiques d'une relation thérapeutique authentique : l'humanité (respect de l'entière particularité biologique et biographique de la personne qui vit avec le VIH/sida), l'autonomie (respect de la façon de vivre et des projets de vie de la personne), la lucidité (partage transparent de toute information pertinente) et la fidélité (compréhension et respect des attentes de la personne malade).

Recommandations

Les mesures suivantes amélioreraient l'accès à des soins, des traitements et du soutien de qualité, pour les utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH/sida :

Principes élémentaires

15. Les professionnels de la santé devraient s'assurer que la provision de services aux utilisateurs de drogue n'est pas conditionnelle à leur acceptation d'un traitement de la dépendance à la drogue.
16. Les professionnels de la santé ne doivent pas retarder ou refuser un traitement (y compris des médicaments antidouleur appropriés) à un patient séropositif au VIH simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue.
17. L'approche prédominante dans la fourniture de soins et de traitements à des utilisateurs de drogue séropositifs devrait consister à adapter le régime thérapeutique aux besoins des utilisateurs de drogue plutôt que d'attendre de ces derniers qu'ils s'adaptent au régime.
18. Les médecins et les utilisateurs de drogue devraient envisager ensemble les options thérapeutiques pour déterminer le régime de traitement le plus approprié. Cette démarche devrait être régie par les principes d'humanité, d'autonomie, de lucidité et de fidélité.

19. Les commissions provinciales des droits de la personne qui ne l'ont pas encore fait devraient adopter des politiques qui stipulent expressément que la dépendance à la drogue constitue un motif prohibé de discrimination.

Traitement

20. Les professionnels de la santé et de l'éthique devraient recueillir de l'information en vue de développer des directives sur les questions cliniques et éthiques soulevées dans la pratique, en matière de traitements médicaux aux utilisateurs de drogue. Cette démarche devrait inclure une évaluation du bien-fondé d'imposer aux utilisateurs de drogue des restrictions comme la cessation de l'usage de drogue, dans des situations cliniques données.
21. L'Association médicale canadienne, les associations médicales provinciales et les Collèges provinciaux des médecins et chirurgiens devraient créer un réseau de médecins ayant de l'expertise (ou de l'intérêt) en matière de fourniture de soins de santé et de traitements aux utilisateurs de drogue par injection, dans le but de discuter des questions pertinentes et de favoriser une évolution dans le traitement médical des utilisateurs de drogue séropositifs au VIH.

Traitement antirétroviral

22. Les fabricants pharmaceutiques doivent développer des traitements contre le VIH dont le régime soit plus simple et plus facile à respecter pour les utilisateurs de drogue séropositifs (et pour d'autres personnes vivant avec le VIH).
23. Le secteur de la santé publique devrait offrir ou rendre disponible du soutien aux utilisateurs de drogue qui ont besoin d'aide pour respecter leur traitement contre le VIH. Ceci devrait s'étendre au financement de programmes d'intervention sur le terrain pour apporter des médicaments anti-VIH à des utilisateurs de drogue.



La prescription d'opiacés et de stimulants désignés

Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées, au Canada, par la prescription d'opiacés et de stimulants désignés, pour des utilisateurs de drogue?

Introduction

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) et le *Règlement sur les aliments et drogues* (le *Règlement*) définissent rigoureusement les circonstances dans lesquelles un médecin peut prescrire des narcotiques. Les médecins et autres professionnels de la santé qui enfreignent ces lois et règlements peuvent être l'objet de poursuites criminelles. Le présent chapitre présente un historique du traitement d'entretien à la méthadone, au Canada, puis se penche sur ses avantages et ses limites. On relate aussi l'expérience d'autres pays où est permise et se pratique la prescription d'autres drogues que la méthadone. Les intervenants qui s'opposent à la mise en œuvre d'essais cliniques fiables sur le plan méthodologique, pour des traitements au moyen d'opiacés sous ordonnance, se trouvent à promouvoir l'abandon thérapeutique de personnes qui ne peuvent pas bénéficier des traitements actuellement offerts. Les recommandations à ce sujet qui concluent le chapitre sont, à court terme, que des projets pilotes sur la prescription d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines devraient être entrepris au Canada et, à long terme, que l'on développe des plans pour la prescription d'opiacés et de stimulants désignés.

Questions juridiques

Responsabilité criminelle

La LDS interdit le « trafic » de stupéfiants. On l'a déjà mentionné, cette loi définit de manière plutôt vaste l'infraction de « trafic », et y assimile

Le droit criminel pour contrôler la dépendance a reçu amplement plus que sa chance et on a vu qu'il ne parvient pas à la tâche.

- Beyerstein et Alexander

l'« administration » d'une substance désignée. Le terme « administration » a reçu plusieurs interprétations.

Dans son verdict *R c. Tan*,¹⁹⁶ la Cour d'appel de la Saskatchewan a rejeté l'argument selon lequel l'acte de « prescrire » une drogue pouvait être considéré comme un acte d'« administration ». La cour a affirmé qu'une substance n'est pas « administrée », tant qu'elle n'entre pas dans le système de la personne à laquelle est destinée. Dans ce verdict, le terme « administrer » a été décrit par la cour comme l'application d'un médicament ou le fait de le « faire prendre » à l'opposé du simple fait de rendre un stupéfiant disponible en remettant une ordonnance. La Cour d'appel de l'Ontario a suivi cette même interprétation dans *R c. Verma*,¹⁹⁷ où il a été conclu que la vente d'une ordonnance d'un stupéfiant par un médecin ne constituait pas un « trafic » puisque le médecin n'avait pas de contrôle sur l'éventuel échange de cette ordonnance contre la substance elle-même. En revanche, la Cour d'appel du Québec a affirmé dans *R c. Rousseau*¹⁹⁸ qu'un médecin qui vend une ordonnance de stupéfiant peut être coupable de trafic.

Cependant, la prescription non autorisée d'une substance désignée peut effectivement être permise. La LDS et le *Règlement* interdisent aux praticiens (les personnes qui, en vertu des lois d'une province, sont agréées et autorisées à y exercer la profession de médecin) d'administrer, de prescrire, de donner, de vendre ou de fournir un stupéfiant (donc, dans l'ensemble, d'en faire un « trafic ») à quiconque, sauf pour ce qu'autorise le *Règlement*.¹⁹⁹ Le *Règlement*²⁰⁰ stipule en outre que :

- lorsqu'il « estime que des raisons scientifiques ou d'intérêt public le justifient » le ministre de la Santé peut autoriser quiconque (par écrit et sous réserve de certaines conditions) à posséder un stupéfiant;
- le ministre peut également autoriser un praticien à fournir de la méthadone à une personne confiée à ses soins ou à fournir un stupéfiant (autre que l'héroïne) à quiconque est également autorisé par le ministre à posséder un stupéfiant;
- le responsable d'un hôpital peut permettre que de la méthadone soit fournie ou administrée à un patient hospitalisé ou externe, sur réception d'une ordonnance ou d'une commande écrite, signée et datée par un praticien autorisé par le ministre à prescrire la méthadone;
- un praticien ne peut fournir de l'héroïne qu'à un patient hospitalisé; et
- à part ces restrictions, un praticien n'est autorisé à prescrire un stupéfiant qu'aux patients qu'il traite et seulement si le stupéfiant est nécessaire pour l'état pathologique traité.

Par conséquent, il existe des situations soigneusement circonscrites dans lesquelles les praticiens peuvent prescrire des stupéfiants, y compris des opiacés, bien que la prescription d'héroïne soit sévèrement limitée. Dans les situations où le médecin n'a pas le droit de prescrire, le *Règlement* prévoit l'imposition de peines.

Des membres de la profession médicale sont d'avis que les gouvernements et les instances d'accréditation devraient élargir les options à la disposition des médecins, dans le maintien de patients qui ont une dépendance à une drogue. Lors des audiences d'un comité parlementaire au sujet du projet de loi qui est devenu la LDS, un représentant de l'Association médicale canadienne a affirmé que les médecins devraient être protégés contre les sanctions criminelles lorsqu'ils prescrivent à un patient des substances désignées, d'une manière

¹⁹⁶ *R c. Tan* (1984), 15 C.C.C. (3^e) 303 (C.A. Sask.).

¹⁹⁷ *R c. Verma* (1996), 112 CCC (3^e) 155 (C.A. Ont.).

¹⁹⁸ *R c. Rousseau* (1991), 70 CCC (3^e) 445 (C.A. Qué.).

¹⁹⁹ *Supra*, note 101, art. 53.

²⁰⁰ *Ibid.* art. 53, 65 et 68.

légitime mais qui ne correspond pas, strictement parlant, aux procédures médicales reconnues. On a soumis l'exemple d'une situation où le médecin donne un stupéfiant, ou le moyen d'obtenir ce stupéfiant, à son patient qui a une dépendance, en étant convaincu que cela sert au traitement de la dépendance. L'Association médicale canadienne a affirmé que les médecins qui agissent de la sorte ne devraient pas être passibles de poursuites criminelles pour trafic.²⁰¹

Beyerstein et Alexander ont dénoncé la tentative des autorités de résoudre les problèmes d'usage de drogue en traitant les médecins comme s'il s'agissait de *pushers*.²⁰² Affirmant que les personnes qui ont une dépendance à une drogue « ont besoin d'un accompagnement médical accru, plutôt que réduit » [trad.],²⁰³ ces auteurs ont déclaré que la prérogative d'un médecin de prescrire des substances désignées devrait être élargie. Ils ont aussi fait valoir qu'il n'existe pas de données convaincantes à l'effet que les lois prohibitives résolvent les problèmes des personnes qui ont une dépendance : « [L]e droit criminel pour contrôler la dépendance a reçu amplement plus que sa chance et on a vu qu'il ne parvient pas à la tâche » [trad.].²⁰⁴ D'après eux, des lois devraient être promulguées pour permettre aux médecins de disposer d'un « registre d'options plus large que le simple traitement d'entretien à la méthadone par voie orale » pour traiter les personnes qui ont une dépendance.²⁰⁵

Responsabilité civile

Les règlements professionnels en vigueur dans chaque province, concernant la conduite des médecins, prévoient aussi des pénalités en cas d'écart de la pratique médicale reconnue. Par exemple, la *Loi [ontarienne] de 1991 sur les professions de la santé réglementées*²⁰⁶ prévoit que le droit de pratique d'un médecin peut être suspendu ou révoqué s'il commet une faute professionnelle. Des lois semblables sont en vigueur dans les autres provinces canadiennes.

Les médecins peuvent aussi être tenus civilement responsables pour négligence dans l'administration d'un traitement médical. En théorie, le médecin qui prescrit un opiacé peut être tenu civilement responsable si cela a causé un préjudice au patient. Toutefois, il faudrait prouver que le médecin a omis de faire preuve d'un degré raisonnable de compétence et de connaissance ou qu'il n'a pas exercé le degré de diligence dont on aurait pu raisonnablement s'attendre d'un praticien ordinaire et prudent. Le défaut d'expliquer au patient les « risques importants »²⁰⁷ connus au sujet du médicament ou d'avoir prescrit des médicaments d'une manière qui a causé un préjudice « raisonnablement prévisible » au patient équivaudrait à de la négligence. Le médecin est tenu à une norme plus élevée lorsque des médicaments dangereux sont administrés²⁰⁸ ou lorsqu'un patient doit faire l'objet d'une surveillance particulière.²⁰⁹ La diligence que doit exercer le médecin dépend de la nature du médicament lui-même et du patient à qui il est prescrit, et non du fait qu'un médicament soit légal ou illégal.

Droit international

Le fait que le Canada soit signataire de trois conventions internationales (précitées) en matière de drogue ne constitue pas un obstacle insurmontable à la prescription de substances désignées aux usagers de drogue. L'article 3 de la *Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes* prévoit expressément que les obligations imposées aux États de criminaliser la possession ou le trafic de drogues interdites sont assujetties aux « principes constitutionnels » de l'État et aux « concepts fondamentaux de son

Le droit international accorde au Canada la latitude de conclure que la prescription réglementée de substances désignées peut constituer un des éléments d'une approche fondée sur la réduction des méfaits pour fournir le traitement, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale des usagers de drogue.

²⁰¹ T. Bruckner, *supra*, note 67, p. 17.

²⁰² Beyerstein et Alexander, *supra*, note 89, p. 337.

²⁰³ *Ibid.*, p. 340.

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ *Loi sur les professions de la santé réglementées*, 1991, L.O. 1991, ch. 18, art. 51.

²⁰⁷ Reibl, *supra*, note 193.

²⁰⁸ *Male c. Hopmans* (1967), 64 D.L.R. (2^e) 105 (C.A. Ont.); Hopp, *supra*, note 193; et Malette, *supra*, note 193.

²⁰⁹ *University Hospital c. Lepine* [1966] R.C.S. 561; *Worth c. Royal Jubilee Hospital* (1980), 4 L Med. Q 59 (C.A.C.-B.).

**La méthadone est l'arme
la moins coûteuse et la plus efficace
dont nous disposons pour
réagir à la dépendance à l'héroïne.**

- Commission Le Dain, 1973

système juridique », et que la description des infractions et des moyens de défense qu'on peut leur opposer est réservée au droit interne de l'État. L'article 4 de la Convention de 1961 envisage les objectifs médicaux éventuels de la distribution, de l'utilisation et de la possession de drogue. En outre, la Convention de 1961²¹⁰ et la Convention de 1971²¹¹ obligent toutes deux les États à « prendre toutes les mesures » pour empêcher l'usage abusif de drogue et pour fournir les mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réinsertion sociale des usagers de drogue. Le droit international accorde au Canada la latitude de conclure que la prescription réglementée de substances désignées peut constituer un des éléments d'une approche fondée sur la réduction des méfaits pour fournir le traitement, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale des usagers de drogue.

Enfin, il demeure loisible au Canada de « dénoncer » ses obligations au regard de ces traités s'il considère qu'elles empêchent la mise en œuvre de la prescription réglementée de substances désignées en tant que mesure de réduction des méfaits. Chacune des trois conventions renferme des dispositions sur la dénonciation.

La prescription de méthadone

La méthadone est encore le seul opioïde approuvé pour le traitement à long terme de la dépendance aux opiacés.²¹² La méthadone, la méthode la plus étudiée parmi les traitements de la dépendance à la drogue,²¹³ est un stupéfiant synthétique que peuvent utiliser les personnes ayant une dépendance à l'héroïne ou à la morphine.²¹⁴ C'est un opioïde à action de longue durée que l'on peut prendre par voie orale, contrairement aux drogues dont l'effet est plus bref et que l'on s'administre par injection.

Bref survol historique

C'est le Dr Robert Halliday, à Vancouver (C.-B.), qui a fait reconnaître l'entretien à la méthadone en tant que forme légitime de traitement des personnes dépendantes d'opiacés, au Canada.²¹⁵ En 1959, le Dr Halliday a reçu la permission du ministère fédéral de la Santé de procéder à une petite expérience contrôlée sur le recours à la méthadone. Le but de son étude était d'examiner l'utilité de prescrire la méthadone pour gérer le sevrage ou pour une désintoxication à court terme de personnes ayant une dépendance aux opiacés. Après la création en C.-B. d'un programme de gestion du sevrage au moyen de la méthadone, à la Narcotics Addiction Foundation, le Dr Halliday a décidé d'adapter le programme en vue d'un « sevrage prolongé ».²¹⁶ Halliday a adopté la position que l'entretien à la méthadone était semblable au traitement du diabète par l'insuline. L'abstinence n'était plus le but premier du traitement. Dès les années 60, l'entretien à la méthadone était considéré comme une forme efficace de traitement de la dépendance aux opiacés.

En 1972, il existait au Canada environ deux douzaines de tels programmes de traitement.²¹⁷ La Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, connue sous le nom de Commission Le Dain, a conclu que la méthadone est l'arme la moins coûteuse et la plus efficace dont nous disposons pour réagir à la dépendance à l'héroïne.²¹⁸ La Commission a recommandé que l'entretien à la méthadone soit rendu disponible partout au pays, pour les personnes dépendantes d'opiacés. Elle a proposé que ce traitement soit administré uniquement par des médecins affiliés à des cliniques spécialisées, accréditées et outillées des laboratoires et services connexes.²¹⁹

²¹⁰ Art. 38.

²¹¹ Art. 20.

²¹² Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Fondation de recherche sur la toxicomanie, Collège des pharmaciens de l'Ontario, *Methadone Maintenance Guidelines*, 1996.

²¹³ J. Zweben, J.T. Payte, « Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence : a current perspective », *Western Journal of Medicine*, 1990 : 588.

²¹⁴ Millar, *supra*, note 86, p. 2; et D.R. Gerstin, « The Effectiveness of Drug Treatment », dans C. O'Brien et J. Jaffe (éd.), *Addictive States*, New York, Raven Press Ltd, 1992, p. 254-255.

²¹⁵ H. Kent, « Harm-reduction strategies weapon of choice in BC's battle with drug addiction », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1996, 155 : 572; et B. Fischer, « Opiate Addiction Treatment, Research, and Policy in Canada – Past, Present and Future Issues », à paraître dans M. Rihs-Middel et coll. (éd.), *Proceedings of Symposium Heroin-Assisted Treatment for Dependent Drug Users : State of The Art and New Research Perspectives : Scientific Findings and Political Perspectives*, Berne, Université de Berne, 10-12 mars 1999.

²¹⁶ B. Fischer, « Prescription, power and politics : the turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, 1999 (à paraître).

²¹⁷ Fischer, *supra*, note 215.

²¹⁸ Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain), Ottawa, Information Canada, 1973; *Le traitement : rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*, p. 30.

²¹⁹ *Supra*, note 218, *Rapport final*, p. 152-168.

Au début des années 1970, les usages abusifs de la méthadone sont devenus une préoccupation pour le gouvernement fédéral. Le ministère de la Santé et du Bien-être social a créé un comité conjoint spécial sur la méthadone, composé de représentants gouvernementaux en matière de santé et de représentants de l'Association médicale canadienne.²²⁰ On a proposé l'élaboration de directives qui établiraient les pratiques appropriées pour les médecins et qui restreindraient la disponibilité de méthadone.²²¹ Le comité a recommandé que la méthadone soit administrée uniquement à des personnes qui ont une dépendance de longue date aux opiacés, par le biais de cliniques spécialisées autorisées par le gouvernement fédéral à prescrire cet opioïde. On faisait prendre la méthadone par voie orale et le médecin devait tenir un dossier détaillé sur chaque patient.²²²

Les recommandations du comité ont été acceptées par le gouvernement fédéral. Des règlements ont été adoptés en 1972, dans la *Loi sur les stupéfiants*.²²³ En vertu de ces règlements, aucun médecin ne devait administrer, prescrire, donner, vendre ou fournir de la méthadone à quiconque à moins d'y être autorisé par le gouvernement fédéral. On interdisait aux pharmaciens de remettre de la méthadone si l'ordonnance n'était pas autorisée par le ministre de la Santé. Des directives ont été développées par le ministère de la Santé et du Bien-être social, à l'intention des médecins désirant faire une demande d'autorisation pour prescrire de la méthadone à leurs patients.²²⁴

Le *Règlement sur les stupéfiants* a eu un impact marqué sur les programmes de méthadone qui existaient déjà, au Canada. De 1972 à 1975, le nombre de professionnels pouvant prescrire la méthadone ainsi que le nombre de patients en recevant ont diminué d'un tiers. En 1982, ces nombres avaient décliné des deux tiers.²²⁵ De nos jours, le nombre de places en traitement à la méthadone au Canada demeure l'un des plus faibles parmi les pays occidentaux où la méthadone est disponible légalement.²²⁶ Il a été affirmé que :

sur le plan des taux nationaux *per capita* de places dans le traitement d'entretien à la méthadone, le Canada se trouve au bas de la liste, en comparaison avec d'autres pays axés sur la santé publique, comme l'Australie (1 020), la Suisse (2 000), la Belgique (1 000), ou d'autres pays comme l'Allemagne (247) qui n'utilise le traitement à la méthadone que depuis quelques années.

Vers le milieu des années 90, les autorités fédérales de santé ont décidé de reléguer aux provinces l'accréditation et le contrôle de la prescription de méthadone.²²⁸ En juillet 1995, la Colombie-Britannique est devenue la première juridiction à amorcer un programme d'entretien à la méthadone en marge du Bureau [fédéral] de la surveillance des médicaments. Certaines provinces, comme l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont confié à leur collège des médecins et chirurgiens la responsabilité de surveiller les programmes.

Avantages et limites du traitement d'entretien à la méthadone

La sûreté et l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est documentée dans des publications scientifiques et médicales.²²⁹ Un important avantage de la méthadone pour les personnes dépendantes d'opiacés, comme on l'a mentionné, réside dans son effet de longue durée.²³⁰ On n'a besoin que d'une dose de méthadone aux 24 à 36 heures. La méthadone n'engendre pas d'euphorie, de sédation ou d'analgésie,²³¹ ce qui se distingue de l'action de

De nos jours, le nombre de places en traitement à la méthadone au Canada demeure l'un des plus faibles parmi les pays occidentaux où la méthadone est disponible légalement.

La sûreté et l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone est documentée dans des publications scientifiques et médicales.

²²⁰ *Ibid.*, p. 157.

²²¹ *Ibid.*

²²² Voir la discussion de Fischer, *supra*, note 215.

²²³ Décret PC 1972-1033, 16 mai 1972, SOR 72-155.

²²⁴ Commission d'enquête, *supra*, note 218, p. 972-973.

²²⁵ Fischer, *supra*, note 215.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ B. Fischer, « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1997, 88 : 367, à la p. 368.

²²⁸ Hankins, *supra*, note 88, p. 1141.

²²⁹ Gerstin, *supra*, note 214, p. 255.

²³⁰ A. Mino, « Personal Considerations », dans *The Medical Prescription of Narcotics*, *supra*, note 86, p. 42.

²³¹ *Supra*, note 212.

D'autres options de traitement doivent être développées, y compris l'entretien à d'autres drogues.

Le Canada, qui a une conscience et un système de santé publique parmi les plus développés au monde, est tombé loin derrière plusieurs pays occidentaux d'Europe et l'Australie.

courte durée et des hauts et des bas contrastés que présentent l'héroïne, la morphine et d'autres opiacés.²³² L'effet de longue durée de la méthadone permet à l'utilisateur de drogue de chercher un emploi et il facilite la réinsertion dans la communauté.²³³

On a constaté que les programmes de TEM diminuent l'usage d'opiacés, réduisent le crime et améliorent la santé générale de l'utilisateur de drogue.²³⁴ Le TEM réduit aussi la mortalité et la morbidité.²³⁵ Un autre bienfait important du TEM est qu'il aide à réduire la propagation du VIH, puisque la méthadone est habituellement prise par voie orale plutôt que par injection.²³⁶ Par conséquent, le TEM est devenu « une ressource vitale dans la lutte contre l'injection de drogue et le sida ».²³⁷ Les cliniques de méthadone sont par ailleurs d'excellents sites potentiels pour l'éducation et la prévention de la maladie. On peut y offrir aux patients des tests et du counselling pour les maladies transmissibles, de même que de l'information sur le sécurisexe, les dangers du partage de seringue ainsi que les méthodes de nettoyage du matériel d'injection.

En dépit de ses importants avantages, la méthadone présente des limites. Elle est efficace dans le cas de la dépendance à l'héroïne, mais pas pour la dépendance à la cocaïne, aux amphétamines et à d'autres non-opiacés.²³⁸ Or, dans certaines régions du Canada, comme en Colombie-Britannique et à Montréal, les utilisateurs de drogue s'injectent de la cocaïne, plutôt que de l'héroïne. « Étant donné qu'il n'y a aucun traitement pharmacologique contre la dépendance à la cocaïne », « d'autres options de traitement doivent être développées, y compris l'entretien à d'autres drogues ».²³⁹ De plus, la méthadone n'est pas indiquée dans le cas de pluri-dépendance.²⁴⁰ Autre limite, la méthadone entraîne elle-même une dépendance.²⁴¹ En fait, les symptômes du sevrage de la méthadone peuvent être pires et plus difficiles à gérer que ceux du sevrage de l'héroïne.²⁴² Ainsi, bien que le traitement à la méthadone soit efficace dans la poursuite d'objectifs de réduction des méfaits, il ne résoud pas tous les problèmes associés à la dépendance à la drogue.²⁴³ C'est pourquoi il est nécessaire d'explorer d'autres moyens de réagir à la dépendance aux drogues.

Traitement d'entretien à l'héroïne

Compte tenu des limites du TEM, certains membres de la communauté scientifique et médicale, au Canada, ainsi que des utilisateurs de drogue, font valoir que d'autres drogues que la méthadone devraient être procurées aux personnes qui ont une dépendance. Le traitement à l'héroïne, soutient-on, peut permettre d'éviter certains écueils du TEM tout en parvenant aux mêmes objectifs : améliorer la santé physique et mentale de l'utilisateur, prévenir la propagation du VIH et des virus d'hépatite, réduire la criminalité liée à l'usage de drogue et favoriser la réinsertion sociale.²⁴⁴ Comme l'ont fait valoir Ostini et ses collègues, une raison primordiale de procéder à « un essai sur la disponibilité contrôlée d'héroïne consiste à obtenir des données fondées [...] concernant des régimes alternatifs, devant la dépendance à l'héroïne ».²⁴⁵

Contrairement à des pays comme la Suisse, le Royaume-Uni, l'Australie et les Pays-Bas, le Canada s'est refusé à envisager la prescription de drogues autres que la méthadone, aux individus qui ont une dépendance à une drogue. Un professionnel du Centre de toxicomanie et de santé mentale a écrit :

Le Canada, qui a une conscience et un système de santé publique parmi les plus développés au monde, est tombé loin derrière plusieurs pays occidentaux d'Europe et l'Australie, qui ont réagi

²³² Gerstin, *supra*, note 214, p. 255.

²³³ Kent, *supra*, note 215, p. 573; ministère de la Justice, *supra*, note 148, p. 59.

²³⁴ Zweben et Payte, *supra*, note 213, p. 588; M.D. Anglin, Y.I. Hser, « Drug Abuse Treatment », dans R. Watson (éd.), *Drug Abuse Treatment*, New Jersey, The Humana Press Inc, 1992, p. 6; Millar, *supra*, note 86, p. 17; et *Methadone Maintenance Guidelines*, *supra*, note 212.

²³⁵ Kent, *supra*, note 215, p. 573.

²³⁶ R. Price, T. D'Annunzio, « The Organization and Impact of Outpatient Drug Abuse Treatment Services », dans *Drug Abuse Treatment*, *supra*, note 234, p. 46.

²³⁷ Zweben et Payte, *supra*, note 213, p. 598.

²³⁸ Nadelmann et coll., *supra*, note 95.

²³⁹ Millar, *supra*, note 86, p. 17.

²⁴⁰ Office fédéral de la Justice, Berne, Suisse, *supra*, note 148, p. 59.

²⁴¹ Anglin et Hser, *supra*, note 227, p. 369.

²⁴² Fischer, *supra*, note 234, p. 6.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ Millar, *supra*, note 86, p. 18; et F. Gutzwiller, A. Uchtenhagen, « Heroin Substitution : Part of The Fight Against Drug Dependency », *The Medical Prescription of Narcotics*, *supra*, note 86 p. 299.

²⁴⁵ R. Ostini, G. Bammer, P. Dance, R. Goodin, « The ethics of experimental heroin maintenance », *Journal of Medical Ethics*, 1993, 19 : 175, à la p. 181.

avec beaucoup plus de détermination, d'empressement et d'efficacité devant d'aussi grands défis en matière de dépendance à des opiacés injectables et devant les méfaits et les coûts sociaux qui y sont liés.²⁴⁶

Le système britannique

Au Royaume-Uni, les médecins sont autorisés à prescrire de l'héroïne, de la cocaïne, de la morphine, des amphétamines et d'autres drogues à leurs patients qui ont une dépendance à une drogue.²⁴⁷ En 1926, le rapport Rolleston a identifié la dépendance en tant que problème médical. Le traitement de la dépendance a été délégué à la médecine et on a permis aux médecins de prescrire à des fins médicales des drogues qui autrement sont illégales. Il appartient au médecin de procéder à un traitement d'entretien du patient ou à une désintoxication graduelle en lui prescrivant la drogue choisie. Bien que le rapport Rolleston réfère à l'héroïne et à la morphine, la prescription d'autres drogues – cocaïne, amphétamines, péthidine, dicanol, Cyclimorph et dipipanone, par exemple – est aussi permise.²⁴⁸ Comme l'ont fait remarquer Nadelmann et ses collègues, « cette flexibilité et l'autorité confiée aux médecins de traiter les dépendances au moyen d'agents pharmacologiques sont le noyau de ce qu'on nomme depuis longtemps *le système britannique* ».²⁴⁹

La Suisse

Le gouvernement suisse a effectué une étude dans plusieurs villes pour évaluer si la prescription d'héroïne, de morphine ou de méthadone à s'injecter réduisait la maladie, le crime et d'autres problèmes liés à la drogue. Quelque mille volontaires y ont participé. Les critères d'admissibilité exigeaient notamment que la personne ait une dépendance à l'héroïne, qu'elle soit âgée d'au moins 20 ans et qu'elle ait fait au moins deux tentatives échouées dans des programmes de traitement.²⁵⁰ Presque tous les participants à l'étude ont préféré l'héroïne aux autres drogues que pouvaient leur prescrire les médecins. D'importants services sociaux et de santé accompagnaient l'étude.²⁵¹

Les résultats préliminaires de l'étude sont les suivants : le nombre de crimes a diminué; l'usage illégal d'héroïne et de cocaïne a considérablement diminué; l'emploi stable a augmenté; et la santé physique des utilisateurs s'est améliorée. Il n'y a eu aucun décès par surdose et les drogues prescrites n'ont pas été détournées vers le marché noir.²⁵² Plusieurs participants à l'étude ont amorcé une thérapie axée sur l'abstinence.

Propositions d'expérience sur l'héroïne au Canada

Comme on l'a mentionné, des scientifiques, des médecins et des responsables de la santé publique²⁵³ ainsi que des utilisateurs de drogue font valoir que le Canada devrait entreprendre un essai sur l'entretien à l'héroïne. Il est à noter que la Commission Le Dain a formulé cette recommandation il y a plus de 25 ans.²⁵⁴ Pour sa part, dans un rapport publié en 1998, le médecin hygiéniste de la Colombie-Britannique, Dr Millar, a recommandé que « la disponibilité contrôlée d'héroïne dans un système de prescription médicale sous contrôle strict soit mise à l'essai, en tant qu'option au sein d'un programme complet de réduction des méfaits ».²⁵⁵ Le Dr de Burger a adopté une position semblable, en affirmant que « la substitution à l'héroïne et l'entretien à l'héroïne sont des alternatives raisonnables qui ont une place dans une approche globale de santé publique devant l'usage de drogue au Canada ».²⁵⁶ Il déclare en outre :²⁵⁷

La substitution à l'héroïne et l'entretien à l'héroïne sont des alternatives raisonnables qui ont une place dans une approche globale de santé publique devant l'usage de drogue au Canada.

L'expérience d'autres pays, la leçon apprise dans le traitement de la dépendance et la nécessité d'affronter un problème urgent pour la santé publique font que les Canadiens devraient être disposés à mettre diverses approches à l'essai.

²⁴⁶ Fischer, *supra*, note 215, p. 8-9.

²⁴⁷ Mino, *supra*, note 230, p. 42-43.

²⁴⁸ Nadelmann et coll., *supra*, note 95; The Lindesmith Center, *Heroin Maintenance Treatment*. New York, 1998.

²⁴⁹ Nadelmann et coll., *supra*, note 95.

²⁵⁰ *Ibid.*; The Lindesmith Center, *supra*, note 248.

²⁵¹ *Ibid.*

²⁵² *Ibid.*; et A. Uchtenhager, A. Dobler-Mikola, F. Gutzwiller, « Medically Controlled Prescription of Narcotics : Fundamentals, Research Plan, First Experiences », dans *The Medical Prescription of Narcotics*, *supra*, note 86, p. 27.

²⁵³ Fischer, *supra*, note 227; Centre for Addiction and Mental Health, *Heroin Prescription Trials for Opiate Addicts*, 1998.

²⁵⁴ Fischer, *supra*, note 215; de Burger, *supra*, note 158.

²⁵⁵ Millar, *supra*, note 86, p. 18.

²⁵⁶ de Burger, *supra*, note 158.

²⁵⁷ *Ibid.*

L'expérience d'autres pays, la leçon apprise dans le traitement de la dépendance et la nécessité d'affronter un problème urgent pour la santé publique font que les Canadiens devraient être disposés à mettre diverses approches à l'essai. [trad.]

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, à Toronto, envisage la possibilité d'un essai sur le traitement contrôlé à l'héroïne dans plusieurs villes, en Amérique du Nord. L'étude viserait essentiellement des personnes qui ont une dépendance aux opiacés mais qui n'ont pas tiré de bénéfices d'autres formes de traitement.²⁵⁸ Le but serait de comparer l'efficacité d'un programme d'entretien à l'héroïne et celle des traitements actuellement offerts. On s'attend à ce que la description du projet soit complétée vers la fin de 1999. L'approbation de Santé Canada est requise pour que s'effectue un tel essai. De plus, le gouvernement canadien devrait obtenir la permission des instances internationales sur le contrôle de la drogue.²⁵⁹

Questions éthiques

Une analyse éthique des questions liées à la perspective de donner à des utilisateurs des ordonnances d'opiacés ou de stimulants réglementés doit, selon Roy, être fondée sur une compréhension adéquate de ce qu'est la dépendance. Il explique que la dépendance à une drogue n'est pas une manifestation de comportement manipulateur, criminel ou sociopathologique face auquel l'emprisonnement serait la meilleure solution, ni simplement une maladie aiguë à traiter ou même à guérir par des méthodes de désintoxication. En outre, le traitement de la dépendance nécessite un programme complet de soins continus, y compris des services médicaux, psychologiques et sociaux. Cette évaluation a des implications en éthique clinique, en éthique de la recherche et en éthique sociale.

Implications pour l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique sociale

Éthique clinique

La compréhension adéquate de la dépendance à une drogue, en tant qu'état chronique, et une compréhension également adéquate du traitement d'une personne dépendante d'une drogue, comme un programme complexe de services continus, a des implications en éthique clinique. Les principaux objectifs du traitement devraient être l'amélioration de la santé et la réinsertion sociale, plutôt que l'abstinence. Roy affirme que :

l'éthique clinique applicable au traitement assorti de prescription de méthadone ou, si nécessaire, d'héroïne, compte tenu de la nature chronique de l'état de dépendance, ne peut pas être guidée par le but de parvenir à une abstinence totale et permanente.

[...] le but clinique qui gouverne l'éthique clinique de la prescription de méthadone ou d'héroïne dans un programme de traitement assorti de services médicaux et psychosociaux consiste à améliorer la santé physique et psychologique de la personne, et à aider cette personne à parvenir à une intégration sociale aussi bonne que possible et à une vie productive et satisfaisante.»²⁶⁰

Les principaux objectifs du traitement devraient être l'amélioration de la santé et la réinsertion sociale, plutôt que l'abstinence.

²⁵⁸ Fischer, *supra*, note 215.

²⁵⁹ Centre de toxicomanie et de santé mentale, *supra*, note 253.

²⁶⁰ *Supra*, note 109.

Roy conclut que la décision de ne pas accorder de traitement à la méthadone ou à l'héroïne, à une personne qui y consent et qui est susceptible d'en tirer un bienfait, serait contraire à l'éthique clinique :

Refuser ces traitements à des personnes qui en ont besoin, qui les désirent et qui pourraient en bénéficier est inhumain. Les questionnements de la justification éthique doivent porter sur le refus d'offrir ces traitements, plutôt que sur le recours à ces traitements. Ce refus ne peut pas être justifié si on dispose de données sur la sécurité et l'efficacité des traitements assortis de prescription de méthadone ou d'héroïne.²⁶¹

Éthique de la recherche

En ce qui concerne l'éthique de la recherche, il est impératif d'effectuer des études qui procureraient une base pour prendre des décisions cliniques fondées, y compris en matière de prescription d'opiacés et de stimulants désignés. « Des recherches et des essais cliniques fiables sur le plan de la méthodologie font partie intégrante de l'impératif éthique fondamental en vertu duquel les médecins et autres professionnels doivent *savoir* ce qu'ils font lorsqu'ils interviennent sur le corps, l'esprit et la vie de gens malades. »²⁶² Les opposants à la mise sur pied d'essais cliniques méthodologiquement fiables portant sur les programmes de traitement assortis de prescription d'opiacés se trouvent à promouvoir l'abandon thérapeutique de patients qui ne bénéficient pas ou qui ne peuvent pas bénéficier des traitements actuels.²⁶³

Éthique sociale

Comme nous en discuterons plus loin dans ce rapport, le nombre de programmes complets de traitement pour les personnes qui ont une dépendance à la drogue, au Canada, est inadéquat et trop peu de médecins sont formés pour traiter la dépendance à la drogue. Comme l'affirme Roy, « [l]a complexité des soins n'est pas à la hauteur de la complexité de la maladie. »²⁶⁴ De telles lacunes cliniques mettent en relief les obligations éthiques de justice sociale et d'humanité.

L'ampleur de l'écart entre ce qui devrait être fait et ce qui est réellement fait, pour les personnes dépendantes qui ont besoin de traitement, est un reflet de l'injustice qui règne dans la société. Cette injustice est fondée sur une contreposition qui est fertile en incohérence morale et scientifique. Il faut renverser cette contreposition, souligne Roy, « parce qu'elle enfreint les principes éthiques d'une société civilisée et parce qu'elle conduit aux types de déshumanisation que provoque la logique d'exclusion ».²⁶⁵

Recommandations

Les mesures suivantes amélioreraient l'accès des utilisateurs de drogue à des options plus complètes pour le traitement de la dépendance.

24. À long terme, Santé Canada devrait élaborer des plans pour permettre aux médecins de prescrire des opiacés et des stimulants désignés.
25. À court terme, des projets pilotes impliquant la prescription d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines devraient être autorisés, financés et effectués, au Canada. Ces projets pilotes devraient

Le nombre de programmes complets de traitement pour les personnes qui ont une dépendance à la drogue, au Canada, est inadéquat et trop peu de médecins sont formés pour traiter la dépendance à la drogue.

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² *Ibid.*

²⁶³ *Ibid.*

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ *Ibid.*

- inclure des utilisateurs de drogue et des médecins dans la conception, la mise en œuvre, l'évaluation des résultats et les recommandations pour la pratique;
- s'accompagner d'éducation du public, aux paliers local, provincial et national, quant aux bienfaits du projet pour les utilisateurs de drogue et la communauté en général;
- être conçus en plusieurs phases et assortis de plans pour qu'à la fin du projet les options jugées efficaces à l'atteinte d'objectifs de réduction des méfaits soient mises en œuvre à plus grande échelle; et
- aborder les problèmes qui pourraient se manifester dans la transition entre l'essai clinique contrôlé et la pratique générale, tant pour les utilisateurs de drogue que pour les fournisseurs de soins de santé.



Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales

Quelles questions juridiques et éthiques sont soulevées par (a) l'absence d'essais cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire; (b) l'absence de recherches concernant les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales; et (c) l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?

Introduction

Les utilisateurs de drogue par injection séropositifs peuvent présenter un registre plus large de déficiences immunologiques et des différences dans la progression de la maladie; leurs réactions aux traitements peuvent aussi être différentes de celles d'autres personnes vivant avec le VIH/sida. Toutefois, le manque de données cliniques concernant l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire de même qu'au sujet des interactions possibles entre les drogues illégales et les médicaments anti-VIH/sida empêche d'assurer un niveau optimal de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue par injection qui sont séropositifs.

Dans ce chapitre, on explique que, bien qu'il existe un fondement légal pour *autoriser* la recherche médicale sur les effets des drogues illégales, il est difficile d'invoquer des arguments de cet ordre pour imposer à quiconque un *devoir* d'effectuer cette recherche. Au mieux, on pourrait peut-être contester devant les tribunaux le refus de permettre ou d'autoriser les recherches portant sur les drogues illégales. Cependant, une fois entreprises, les recherches médicales sont régies ou touchées par la loi ou les politiques; on doit tenir

compte de questions d'ordre juridique et éthique dans la conception des recherches, et l'on serait peut-être en droit d'obtenir une réparation pour l'exclusion des usagers de drogue des études portant sur les médicaments contre le VIH/sida.

Du point de vue de l'éthique, il se trouve des raisons scientifiques, cliniques, sanitaires et humanitaires de procéder à des études de l'effet que peut avoir l'usage de drogues actuellement illégales sur le système immunitaire, de même que des interactions entre les drogues illégales et les traitements anti-VIH/sida. Sur les plans clinique et éthique, il est fautif d'exclure les utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques nécessaires pour déterminer s'ils ont besoin de traitements médicaux différents de ceux donnés aux personnes vivant avec le VIH/sida qui ne consomment pas de narcotiques ou de stupéfiants.

Par le passé, l'illégalité d'une drogue
n'a pas nécessairement été
un obstacle aux recherches, et elle
ne devrait pas l'être maintenant.

On conclut ce chapitre en recommandant d'éliminer les obstacles à la participation des utilisateurs de drogue par injection aux essais cliniques; on recommande aussi que le Conseil de recherches médicales du Canada et les fabricants pharmaceutiques, en collaboration avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, développent un programme détaillé qui identifie les priorités de la recherche concernant les utilisateurs de drogue par injection.

Questions juridiques

L'autorisation légale d'effectuer des recherches

Exemption de la responsabilité criminelle

Le caractère illégal des drogues est-il un obstacle aux recherches sur les effets de ces drogues sur le système immunitaire ou leur interaction avec les médicaments contre le VIH/sida? Dans le cadre de ces recherches, des drogues illégales seront obtenues, transférées, livrées, administrées ou possédées. Sauf exception législative expresse, la LDS interdit la possession, l'administration, le transfert, la vente ou la livraison de substances désignées. Certains peuvent soutenir que l'illégalité liée à l'usage de telles drogues justifie l'absence d'études au sujet de leur effet sur le système immunitaire. En fait, plusieurs programmes de recherches ont porté sur des drogues illégales. Par le passé, l'illégalité d'une drogue n'a pas nécessairement été un obstacle aux recherches, et elle ne devrait pas l'être maintenant.

En pratique, il est peu probable que des chercheurs professionnels soient poursuivis en justice pour avoir travaillé avec des drogues illégales dans le cours de leurs recherches. Toutefois, il convient de soustraire ces recherches de l'application du droit criminel pour éviter des infractions de droit. Le droit canadien prévoit déjà la possibilité de telles exemptions. La LDS renferme des dispositions qui permettent au Cabinet fédéral et au ministre de la Santé de mettre à l'abri de la responsabilité criminelle les chercheurs qui étudient les effets de drogues illégales et les participants à ces recherches.

En vertu de la loi, le Cabinet peut prendre des règlements concernant l'importation, la production, la livraison, la vente, la fourniture, l'administration ou la possession de substances désignées. Les règlements peuvent également préciser à quelles personnes ou catégories de personnes ils s'appliquent.²⁶⁶ Le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir de soustraire à l'application de la loi ou des règlements toute personne ou catégorie de personnes ou toute substance désignée (c'est-à-dire une drogue illégale ou un article renfermant des résidus d'une telle drogue). Le ministre peut le faire « s'il

²⁶⁶ LDS, *supra*, note 55, art. 55(1) a), b).

estime que des raisons médicales, scientifiques, ou d'intérêt public le justifient ».²⁶⁷

La loi permet donc de rendre licite ce qui serait illicite autrement. Les activités comme la possession, le transfert, la livraison, l'administration ou la vente de substances désignées dans le cadre de recherches pourraient et devraient être soustraites de l'application de la loi. Par conséquent, les chercheurs pourraient, en théorie du moins, obtenir les exemptions juridiques nécessaires en vertu de la LDS pour effectuer des recherches comme celles mentionnées précédemment. Pareillement, ceux qui participent à ces recherches pourraient être exemptés des dispositions de la loi. De fait, le ministre fédéral de la Santé a récemment annoncé que le Canada autorisera des essais cliniques de la marijuana et que des exemptions ont été accordées à deux Canadiens pour la possession et la culture de la marijuana à des fins médicales.²⁶⁸

Les préoccupations quant à la confidentialité en tant qu'obstacles à la recherche

Le statut illégal des drogues soulève une autre préoccupation pour les chercheurs et les participants aux études, à savoir : les renseignements fournis aux chercheurs sont-ils confidentiels? Les usagers de drogue pourraient craindre qu'une perte de confidentialité puisse mettre en péril leur emploi ou l'accès à des services comme l'assurance. Les usagers de drogue, qui forment déjà un groupe ciblé par la police, peuvent également être réticents à participer à des études, de peur que la police ait accès aux renseignements sur leur usage de drogue. Par exemple, en mars 1999, on s'est demandé dans les médias comment des policiers ont pu connaître l'identité de personnes inscrites à des programmes de traitement d'entretien à la méthadone.²⁶⁹

Actuellement, un dossier doit être communiqué à la police si cette dernière a un mandat pour l'obtenir. Même la promesse de confidentialité donnée par les chercheurs ne peut empêcher la police ou d'autres organismes de l'État d'obtenir ces renseignements en vertu d'un mandat. Bien que le *common law* et les lois provinciales imposent une obligation de confidentialité aux professionnels de la santé, aucun « privilège » absolu ne protège la confidentialité des renseignements reçus par le professionnel, et les renseignements protégés peuvent toujours être divulgués « lorsque la loi l'exige ».

La seule limitation possible à ce pouvoir d'obtenir des dossiers découlerait des articles 7 et 8 de la *Charte*. Selon la jurisprudence, ces deux articles garantissent la vie privée dans le contexte d'une poursuite criminelle et leur portée pourrait éventuellement être étendue au delà du cadre pénal.²⁷⁰ Bien qu'une loi provinciale en particulier interdise la divulgation de renseignements confiés à un « groupe de recherches médicales » [trad.] dans diverses sortes d'instances civiles, cette loi n'offre aucune protection contre la divulgation forcée dans le cadre d'une instance pénale.²⁷¹ Les tribunaux pourraient éventuellement être appelés à trancher définitivement la question de savoir si l'expectative raisonnable de vie privée des participants et l'intérêt de la société à ce qu'il y ait des recherches efficaces qui nécessitent la protection de la confidentialité des dossiers de recherche doivent céder le pas à l'intérêt de la société à l'égard de l'application des lois qui criminalisent l'usage de drogue.

Toutefois, vu que le droit ne protège sans doute pas complètement ces renseignements personnels délicats, les chercheurs auraient peut-être intérêt à utiliser des données anonymes dans la mesure du possible.

Les activités comme la possession, le transfert, la livraison, l'administration ou la vente de substances désignées dans le cadre de recherches pourraient et devraient être soustraites de l'application de la loi.

²⁶⁷ *Ibid.* à l'art. 56.

²⁶⁸ « Medical marijuana approved », *The Globe and Mail*, 10 juin 1999.

²⁶⁹ Voir, par exemple, T. Appleby, « Methadone users say program lists available to police », *The Globe and Mail*, 15 mars 1999, A3.

²⁷⁰ Par exemple, *R. c. Morgentaler, Smoling and Scott*, *supra*, note 183; *Hunter c. Southam*, [1984] 2 R.C.S. 145; *R. c. Edwards*, [1996] 1 R.C.S. 128; *R. c. Plant*, [1993] 3 R.C.S. 28; *R. c. Pohoretsky*, [1987] 1 R.C.S. 945; *R. c. Dymant*, [1988] 2 R.C.S. 417.

²⁷¹ *Evidence Act*, R.S.B.C. 1996, ch. 124, art. 51 et 57.

Les obligations juridiques portant sur l'exécution des recherches

L'analyse qui précède intéresse principalement la question de savoir si le droit *autorise* les recherches portant sur des drogues actuellement illégales. Toutefois, il n'existe aucune *obligation* juridique positive d'effectuer des recherches sur les effets des drogues illégales sur le système immunitaire et sur leurs interactions avec les médicaments contre le VIH/sida. Or, de telles études pourraient fournir des renseignements susceptibles d'apporter des bienfaits cliniques aux usagers de drogue. Bien que la loi autorise les ministres fédéral et provinciaux de la Santé à effectuer des recherches²⁷² et, comme nous l'avons vu ci-dessus, bien que ces derniers puissent accorder à d'autres l'autorisation juridique leur permettant d'effectuer des recherches sur les drogues illégales, il est douteux que les mandats larges dont sont chargés par la loi les autorités sanitaires, à savoir « la promotion et [le] maintien » de la santé des Canadiens,²⁷³ soient interprétés par les tribunaux comme ayant pour effet d'imposer au gouvernement des obligations positives d'effectuer des recherches d'un type particulier.

Toutefois, la loi régleme la manière dont les recherches sont effectuées. On trouve les commentaires suivants dans l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* :

La loi influence et régleme de diverses façons les normes et la réalisation des projets de recherche avec les sujets humains – protection de la vie privée et des renseignements personnels, propriété intellectuelle, aptitude, etc. Les lois sur les droits de la personne interdisent la discrimination et ce, sous plusieurs motifs. La majorité des documents consacrés à l'éthique de la recherche avec des êtres humains interdisent également toute discrimination et reconnaissent qu'il est fondamental de traiter chacun de façon équitable.

Par ailleurs, les CÉR [comités d'éthique pour la recherche] devraient respecter l'esprit de la *Charte canadienne des droits et libertés*, notamment les articles traitant de la vie, de la liberté et de la sécurité de la personne et ceux ayant trait à l'égalité et à la discrimination.

Toutefois, les approches juridiques et éthiques mènent parfois à des conclusions différentes. Le respect de la loi signifie souvent l'obligation de se conformer à des normes de comportement. Le but de l'éthique est de promouvoir des normes de conduite rigoureuses nécessitant l'acquisition par la pratique d'un sens des valeurs et permettant de faire des choix et d'assumer ses erreurs.²⁷⁴

Vu qu'il existe des principes juridiques applicables à la manière dont les recherches sont effectuées, on pourrait peut-être faire valoir les droits à la santé des usagers de drogue en produisant des données scientifiques sur les effets des drogues illégales et leur interaction avec des médicaments. On pourrait peut-être invoquer la *Charte* ou les lois sur les droits de la personne pour contester l'exclusion des usagers de drogue d'études sur les médicaments prescrits aux personnes ayant le VIH/sida ou d'autres maladies, et pour

²⁷² Voir, par exemple, *Loi sur le ministère de la Santé* [de l'Ontario] L.R.O. 1990, ch. M.26, art. 6(2).

²⁷³ Voir, par exemple, *Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.C. (1985), ch. H-32, s. 4; *Loi sur le ministère de la Santé*, *supra*, note 262, art. 6(1).

²⁷⁴ Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, août 1998, p. i.8.

contester le refus des autorités gouvernementales ou des organismes privés de permettre des recherches portant sur les drogues illégales.

Exclusion des utilisateurs de drogue dans les études scientifiques

Charte

On pourrait soutenir que l'exclusion des usagers de drogue de diverses études contrevient aux garanties, prévues dans la *Charte*, d'égalité de bénéfice et de protection égale de la loi (art. 15) et aux droits à la vie et à la sécurité de la personne, droits auxquels il ne peut être porté atteinte « qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (art. 7).

Toutefois, la *Charte* ne s'applique généralement qu'aux institutions gouvernementales (art. 32); une entité privée ne peut faire l'objet d'un contrôle constitutionnel à moins que, « soit de par sa nature même, soit à cause du degré de contrôle exercé par le gouvernement sur elle », elle ne puisse être à juste titre considérée comme faisant partie du « gouvernement ». ²⁷⁵ La mesure dans laquelle la *Charte* s'applique au secteur quasi public, comme les hôpitaux et les universités qui effectuent des recherches sur des médicaments contre le VIH/sida, fait encore l'objet de débats; on ne peut encore tirer de principes clairs de la jurisprudence dans ce domaine.

De plus, seuls les usagers *toxicomanes* pourraient vraisemblablement invoquer une violation de leur droit à l'égalité, puisque l'article 15 de la *Charte* interdit la discrimination fondée sur des motifs énumérés dans l'article ou sur des motifs analogues à ceux-ci. Les personnes dépendantes d'une drogue sont reconnues comme ayant une « déficience » et auraient donc droit à la protection de la *Charte* contre la discrimination fondée sur ce motif. Toutefois, il est peu probable que la garantie d'égalité prévue dans la *Charte* aille jusqu'à comprendre l'usager de drogue qui n'a pas de dépendance. ²⁷⁶

Les lois sur les droits de la personne

On devrait donc avoir recours aux lois fédérales et provinciales sur les droits de la personne – lesquelles s'appliquent tant au secteur public que privé – pour obliger les chercheurs à se conformer aux principes mentionnés ci-dessus. En droit canadien, il est généralement admis que la toxicomanie constitue une « déficience » ou un « handicap » au sens des lois fédérales et provinciales sur les droits de la personne qui interdisent la discrimination pour ce motif. ²⁷⁷ Les usagers de drogues non toxicomanes ne seraient donc pas visés par ces lois. Toutefois, ces lois interdisent la discrimination pour les motifs énoncés dans des domaines particuliers comme le logement, l'emploi et les services. ²⁷⁸ Pour avoir gain de cause contre un organisme de recherche dans une plainte de discrimination fondée sur la déficience de toxicomanie, le plaignant devra d'abord convaincre le tribunal que l'organisme de recherche fournissait un « service » au sens de la loi.

Questions éthiques

Recherche sur l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire

Comme l'indique Roy, un commentaire éthique approfondi, quant aux questions que soulève l'absence d'études sur l'effet des drogues illégales sur le système immunitaire des utilisateurs de drogue, nécessiterait d'abord une minutieuse analyse scientifique et méthodologique de la manière dont ces études devraient être conçues et menées. ²⁷⁹ Cette analyse n'existant pas, Roy

²⁷⁵ Eldridge, *supra*, note 180.

²⁷⁶ Hamon c. La Reine (1993), 20 C.R.R. (2^e) 181 (C.A. Qué.), demande d'appel refusée.

²⁷⁷ Entrop c. Imperial Oil Ltd, *supra*, note 191; Canada (Commission des droits de la personne) c. Banque Toronto-Dominion, *supra*, note 190; Commission ontarienne des droits de la personne, *supra*, note 191; Commission canadienne des droits de la personne, *supra*, note 191.

²⁷⁸ Voir, p. ex., la Loi canadienne sur les droits de la personne, L.R.C. 1985, ch. H-6; ou Nova Scotia Human Rights Act, R.S.N.S., ch. 214.

²⁷⁹ Roy, *supra*, note 109.

présente une ébauche de la forme que pourrait prendre un commentaire éthique sur cette question. Il propose quatre considérations qui se concentrent sur la question de savoir si de telles études sont possibles et, le cas échéant, si des raisons d'ordre clinique et de santé publique militent en faveur de la conception et de la tenue de telles études pour connaître l'impact de l'usage de drogue illégale sur le système immunitaire.²⁸⁰

Recherche sur les interactions entre les médicaments anti-VIH/sida et les drogues illégales

En 1998 ont été publiés les conclusions d'une étude effectuée pour déterminer quels effets le traitement à la méthadone pouvait avoir sur l'élimination de la zidovudine (ZDV) chez des utilisateurs de drogue séropositifs.²⁸¹ L'étude a révélé que les patients entretenus à la méthadone et qui recevaient des doses normales de ZDV étaient en fait plus exposés à la ZDV (en raison de l'inhibition de la glucuronidation de la ZDV et d'une diminution de son élimination rénale) et pouvaient ainsi être plus vulnérables à des effets secondaires de la ZDV et à une toxicité plus élevée. Les chercheurs ont conclu qu'il serait crucial de déterminer si les drogues illégales ont des interactions aussi importantes avec la ZDV, et nécessaire de déterminer si les drogues illégales et les traitements de l'usage de ces drogues interagissent de manière importante avec les médicaments contre le VIH/sida.²⁸²

Par conséquent, Roy conclut que « il incombe à l'industrie pharmaceutique et à la profession médicale une responsabilité d'unir leurs efforts pour élaborer et effectuer des études sur les interactions des drogues illégales avec les agents pour le traitement du VIH/sida ».²⁸³

Équité dans la participation aux essais cliniques

Contexte historique : évolution de la perspective

Depuis la deuxième Guerre mondiale, des efforts concertés ont été faits afin d'exclure les personnes vulnérables des expériences scientifiques et médicales. Depuis 40 à 50 ans, les personnes qui appartiennent à des groupes ethniques et à des minorités, les personnes ayant un handicap mental ainsi que les personnes marginalisées socialement ont été mises à l'écart des recherches expérimentales de la médecine.

L'exclusion de ces groupes des essais scientifiques est due aux recherches médicales qui ont été effectuées au dix-neuvième siècle et dans la première moitié du vingtième. Pendant cette période, des expériences médicales d'une éthique douteuse ont été effectuées sur des personnes vulnérables. En Allemagne, en France, en Russie, en Irlande et aux États-Unis, des personnes vulnérables ont été recrutées comme sujets et exploitées dans les recherches sur la blennorragie et la syphilis.²⁸⁴ Des femmes esclaves, aux É.-U., ont été utilisées pour des expériences chirurgicales.²⁸⁵ Des détenus, des enfants et des gens internés ont aussi été recrutés pour des expériences scientifiques dans plusieurs pays.²⁸⁶ Les expériences que les Nazis allemands ont pratiquées sur des Juifs, des gitans et des personnes atteintes de handicap mental sont bien connues. Aux É.-U., l'étude sur la syphilis effectuée à Tuskegee sur des hommes de race noire, de même que celle sur l'hépatite infectieuse effectuée sur des enfants handicapés mentalement, à Willowbrook, sont d'autres exemples d'expérimentation scientifique sur des personnes vulnérables.²⁸⁷

Depuis la fin des années 40, une préoccupation éthique de premier ordre consiste donc à protéger les personnes vulnérables contre l'exploitation

²⁸⁰ *Ibid.*

²⁸¹ E.F. McCance-Katz, P.M. Rainey, P. Jatlow, G. Friedland, « Methadone effects on zidovudine disposition (AIDS Clinical Trials Group 262) », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998, 18 : 435-443.

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ Roy, *supra*, note 109.

²⁸⁴ *Ibid.*; voir aussi C.R. McCarthy, « Historical background of clinical trials involving women and minorities », *Academic Medicine*, 1994, 69 : 695-698; et V. Veressayev, *The Memoirs of a Physician*, New York, Knopf, 1916.

²⁸⁵ T.L. Savitt, *Medicine and Slavery : The Diseases and Health Care of Blacks in Antebellum Virginia*, Urbana, University of Illinois Press, 1978, p. 297-298; et M.S. Pernick, « The Calculus of Suffering in 19th Century Surgery », dans J.W. Leavitt, R.L. Numbers (éd.), *Sickness and Health in America*. Madison, University of Wisconsin Press, 1985.

²⁸⁶ Voir J. Mitford, « Cheaper than Chimpanzees », dans J. Mitford (éd.), *Kind and Unusual Punishment : The Prison Business*, New York, Vintage Books, 1974, p. 151-184; E.E. Pellagra, « An Unappreciated Reminder of Southern Distinctiveness », dans T.L. Savitt, J.H. Young (éd.), *Disease and Distinctiveness in the American South*, Knoxville, University of Tennessee Press, 1988, p. 110-119; et H.K. Beecher, « Ethics and clinical research », *New England Journal of Medicine*, 1966 : 274 : 1354.

²⁸⁷ A.M. Brandt, « Racism and Research : The Case of the Tuskegee Syphilis Study », *Hastings Center Report*, 1978 : 21-29; R. Ward et coll., « Infectious hepatitis : studies of its natural history and prevention », *New England Journal of Medicine*, 1958, 258 : 407-416; et J. Katz, *Experimentation with Human Beings*. New York, Russell Jage Foundation, 1972, p.1007-1010.

médicale. Le *Code de Nuremberg*, l'*International Code of Medical Ethics* et la *Déclaration d'Helsinki* ont été développés après la deuxième Guerre mondiale pour protéger les individus contre l'exploitation médicale et scientifique.

Depuis quelques années, cependant, les perspectives se modifient. Bien que la protection des sujets de recherche demeure une préoccupation importante, l'opinion qui est aujourd'hui mise de l'avant est que l'on devrait offrir un accès équitable aux essais cliniques. On estime que les femmes, les personnes désavantagées sur le plan économique, celles qui sont marginalisées socialement et celles qui appartiennent à des groupes ethniques et à des minorités rencontrent souvent de la discrimination et de l'injustice en ce qu'elles sont exclues des essais cliniques sur de nouveaux traitements prometteurs, ou y sont sous-représentées.

L'*Énoncé de politique des trois conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains*, publié au Canada en 1998, renferme un chapitre intitulé « L'intégration à la recherche ». Fondé sur le principe de la justice distributive, l'*Énoncé* renferme la disposition suivante :²⁸⁸

les membres de la société ne devraient jamais supporter plus que leur juste part du fardeau directement associé à leur participation à une recherche, pas plus qu'ils ne devraient être arbitrairement privés de ses éventuels avantages.

Aux États-Unis, la participation de sujets humains à des essais cliniques est régie par des critères qui sont soumis à l'approbation de l'Institutional Review Board.²⁸⁹ La Food and Drug Administration (FDA) et les National Institutes of Health (NIH), toujours aux É.-U., ont récemment modifié leurs politiques concernant la sélection équitable de femmes et de gens de groupe ethniques et de minorités, pour les essais cliniques.²⁹⁰

Plusieurs raisons motivent le récent changement de perspective. L'une des principales préoccupations concerne la difficulté de généralisation des résultats d'essais cliniques, dans des circonstances où les participants à une étude médicale ne sont pas représentatifs de la population affectée par la maladie et à laquelle est destiné le traitement à l'étude. De plus, les participants à un essai scientifique peuvent avoir accès à des médicaments et traitements qui ne sont pas offerts au reste de la population. La participation à des essais cliniques dans les hôpitaux universitaires ou dans la communauté est la seule voie d'accès à de nouveaux traitements prometteurs.²⁹¹

L'essai clinique contrôlé

La recherche est effectuée pour produire de nouvelles connaissances et pour résoudre des controverses au sujet de médicaments et traitements particuliers, en générant des données fiables qui permettent de tirer des preuves concluantes. La recherche clinique sur les médicaments ou sur les interventions chirurgicales vise à apporter des réponses à certaines des questions suivantes :²⁹²

- Ce traitement prévient-il ou guérira-t-il une maladie en particulier?
- Ce traitement fera-t-il plus de bien que de mal aux patients atteints de la maladie en question?
- Ce traitement sera-t-il plus bénéfique que ceux qui sont disponibles?

Des biais peuvent entraîner la recherche vers des résultats ou des conclusions qui s'écartent systématiquement de la vérité.²⁹³ Plusieurs sources de biais

²⁸⁸ *Supra*, note 274.

²⁸⁹ *United States Department of Human and Health Services Rules and Regulations* 45 CFR 46 (Title 45 : Code of Federal Regulations, Part 46).

²⁹⁰ R.B. Merkatz et coll., « Women in clinical trials of new drugs : a change in food and drug administration policy », *New England Journal of Medicine*, 1993, 329 : 292-296; et United States Congress Public Law 103-43, *National Institutes of Health Revitalization Amendment*, Washington, DC, 10 juin 1993.

²⁹¹ Roy, *supra*, note 109.

²⁹² *Ibid.*

²⁹³ *Ibid.*

peuvent déformer le processus scientifique à diverses étapes de la recherche clinique – de l'élaboration du protocole de recherche jusqu'à l'analyse, à l'interprétation et au compte-rendu des résultats de la recherche, en passant par la sélection des patients et le déroulement de l'étude. Le Dr David Sackett et ses collègues de l'Université McMaster ont identifié au moins 65 sources possibles de biais susceptibles de fausser des résultats de recherche.²⁹⁴

Diverses précautions sont utilisées pour réduire les biais possibles des études, afin d'assurer que les résultats des essais soient aussi probablement valides que possible. Un essai clinique contrôlé est conçu pour protéger la recherche clinique contre les biais. Le terme « essai » est utilisé lorsqu'une comparaison est faite entre deux traitements possibles contre une maladie. Le but de la recherche est de vérifier quel traitement est le plus sûr et le plus efficace. Lorsqu'un seul traitement est disponible, la comparaison peut être faite entre l'administration d'un traitement et l'administration d'aucun traitement, que l'on nomme « placebo ». L'essai est contrôlé lorsque les résultats d'un traitement sont évalués en comparaison avec les résultats d'un autre traitement, ou de l'absence de traitement, sur des groupes semblables et affectés par la même maladie.²⁹⁵

La « randomisation » (échantillonnage aléatoire, au hasard) est une méthode supplémentaire que l'on utilise pour réduire ou éliminer des biais dans les études. On y a recours pour empêcher le biais de sélection qui peut affecter les résultats d'essai lorsque les patients participant à l'étude ne sont pas semblables. L'élément de « double insu » est un autre moyen utilisé. Le patient et le médecin sont gardés dans l'insu, c.-à-d. dans l'ignorance quant à quel traitement le patient reçoit (notons que l'un des deux « traitements » possibles peut n'être qu'un placebo) pendant l'essai. Puisque l'incertitude est inhérente à la science médicale et que la fiabilité des résultats de recherche est généralement mesurée en termes de probabilité, d'importantes conditions statistiques doivent aussi être respectées pour qu'un essai clinique génère des résultats crédibles. La taille de l'échantillon (le nombre de personnes participant à l'essai) est un de ces facteurs, car un essai effectué sur trop peu de gens produira généralement des résultats qui ne sont pas fiables.²⁹⁶

Critères de sélection et d'exclusion pour les essais cliniques contrôlés

Quand est-il juste et justifié, tant sur le plan scientifique qu'en vertu de l'éthique, d'exclure des personnes de la participation à un essai clinique?

Plusieurs facteurs préalables ont été identifiés comme des conditions nécessaires pour que les résultats d'un essai clinique soient crédibles, valides et généralisables à une population spécifique. Une de ces conditions réside dans la nécessité que les critères d'inclusion et d'exclusion atteignent un équilibre entre l'efficacité et la possibilité de généralisation.²⁹⁷ Par exemple, si des limites aux ressources financières contraignent l'essai clinique à n'inclure qu'un petit nombre de participants, les principes d'efficacité requièrent que les participants soient seulement des personnes qui présentent un risque élevé à l'égard de la maladie visée par l'essai en question et qui sont susceptibles d'être très sensibles au traitement à l'étude. Cependant, si ces sujets à risque élevé ne sont qu'une minorité des personnes touchées par la maladie, les résultats de l'essai se prêteront moins à la généralisation.²⁹⁸

Feinstein a énuméré des raisons d'exclure des individus des essais cliniques :²⁹⁹

²⁹⁴ D.L. Sackett, « Bias in analytic research », *Journal of Chronic Diseases*, 1979, 32 : 51-63.

²⁹⁵ Roy, *supra*, note 109.

²⁹⁶ *Ibid.*

²⁹⁷ *Ibid.*

²⁹⁸ D.L. Sackett, « On Some Prerequisites for a Successful Clinical Trial », dans S. Shapiro, T.A. Louis (éd.), *Clinical Trials and Approaches*, New York, Basel Marcel Dekker, 1983, p. 65-79.

²⁹⁹ A.R. Feinstein, *Clinical Epidemiology : The Architecture of Clinical Research*, Toronto, WB Saunders Company, 1985, p. 277.

- Exigence thérapeutique : la participation à un essai clinique contrôlé peut être contre-indiquée pour le patient.
- Susceptibilité du pronostic : les patients dont l'espérance de vie est brève peuvent être exclus si l'essai est conçu pour mesurer les résultats d'une intervention à long terme. Par ailleurs, les personnes qui ont une forme moins prononcée d'une maladie peuvent être exclues d'une étude conçue pour éprouver un traitement contre une forme grave de la maladie.
- (In-)vulnérabilité thérapeutique : des personnes peuvent être exclues d'un essai clinique si elles ne sont pas atteintes de la maladie visée par l'intervention ou si elles présentent une forme plus grave de la maladie et qu'il est peu probable que l'intervention porte fruit. De plus, les personnes qui pourraient souffrir d'effets nocifs d'un traitement autrement présumé être bénéfique peuvent être exclues. Par exemple, les femmes enceintes sont souvent exclues d'essais cliniques concernant des maladies qui peuvent les concerner, en raison des dommages qui pourraient toucher le fœtus.
- Les personnes qui prennent des médicaments pouvant interférer avec le traitement à l'étude, ou masquer son effet, peuvent être exclues de l'essai clinique.
- En raison des sommes d'argent et de temps requises par plusieurs essais cliniques, des gens peuvent en être exclus s'ils sont susceptibles de se déplacer à grande distance du site de l'essai ou s'ils sont susceptibles de ne pas respecter certains aspects de l'essai.

Lorsque l'exclusion est douteuse ou malavisée sur le plan éthique

Certaines des populations qui sont régulièrement exclues ou sous-représentées dans les essais cliniques sont les femmes, les personnes pauvres et marginalisées socialement, les enfants, les personnes âgées, les gens de couleur, les minorités, les alcooliques et les utilisateurs de drogue par injection.³⁰⁰ Le sexe, le statut socio-économique, l'âge et le comportement, isolément ou en combinaison, sont responsables de l'exclusion de ces personnes des essais cliniques. Lorsque des essais cliniques ont lieu pour vérifier la sûreté et l'efficacité de nouveaux traitements pour le VIH/sida, les utilisateurs de drogue par injection et les personnes de faible statut socio-économique n'en font pas partie.³⁰¹

Plusieurs raisons peuvent être un obstacle à l'accès à un essai clinique, pour des personnes sujettes à des pressions économiques ou sociales. Freeman note que la participation à des essais cliniques peut être bien loin des « préoccupations de personnes qui doivent se concentrer sur la survie de tous les jours et dont les priorités concernent des dimensions de la vie comme l'approvisionnement en nourriture, en vêtements, ou la recherche d'un abri [...] ». ³⁰² Une autre raison possible du manque de participation réside dans la méfiance que des gens peuvent avoir à l'égard de l'establishment médical et des chercheurs du domaine clinique. De plus, des médecins et des chercheurs peuvent démontrer de l'indifférence à l'égard des gens pauvres, marginalisés ou qui s'injectent de la drogue illégale.³⁰³

Dans un certain nombre de pays, l'exclusion des utilisateurs de drogue par injection des essais cliniques concernant le VIH se produit dans un climat socio-politique qui incite à ne pas effectuer de recherche (fondamentale, clinique, épidémiologique, anthropologique) sur la drogue illégale.³⁰⁴ Une étude effectuée au Canada par Hankins et ses collègues a révélé que les femmes qui n'étaient pas blanches, celles qui s'injectaient de la drogue et celles ayant

³⁰⁰ Roy, *supra*, note 109.

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² H.P. Freeman, « The impact of clinical trial protocols on patient care systems in a large city hospital », *Cancer Supplement*, 1993, 72 : 2834-2838.

³⁰³ L.S. Brown, « Enrollment of drug abusers in HIV clinical trials : a public health imperative for communities of color », *Journ of Psychoactive Drugs*, 1993, 25 : 45-52.

³⁰⁴ *Ibid.*

fait peu d'études étaient sous-représentées dans les essais cliniques du domaine du VIH/sida.³⁰⁵ Les conclusions de l'étude ont mis en relief l'importance de recruter activement des utilisatrices de drogue par injection pour ces essais et elles ont souligné le manque d'information sur les interactions entre les médicaments antirétroviraux et les drogues illégales comme l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy ainsi que la méthadone et les substituts potentiels d'opiacés comme la buprénorphine, le naltrexone et le LAAM (L-alpha-acétylméthadol).³⁰⁶

L'exclusion d'individus de la participation à des essais cliniques pour des motifs de non-respect du régime nécessite une considération éthique minutieuse. Dans des circonstances où l'exclusion est basée sur des opinions non fondées et arbitraires, cette décision est injuste, non fondée et discriminatoire. Considérer qu'une personne est susceptible de ne pas respecter les procédures de l'essai clinique simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue, sans avoir pris le temps d'obtenir de l'information sur cette personne et sans avoir examiné si le non-respect serait lié à des circonstances de vie et d'environnement qui pourraient être modifiées, est contraire aux principes de l'éthique.³⁰⁷ Il importe ici de souligner que certains chercheurs cliniques ont rapporté que le degré de respect du régime par des utilisateurs de drogue par injection était équivalent à celui d'autres membres de la population.³⁰⁸

Il est impératif, selon l'éthique, que les professionnels de la santé s'efforcent d'obtenir la connaissance requise pour s'acquitter des responsabilités cliniques en matière de traitement, de soins et de soutien. L'exclusion systématique des utilisateurs de drogue par injection, des femmes et des personnes pauvres, dans les essais cliniques, équivaut au refus d'obtenir le savoir nécessaire pour traiter adéquatement ceux qui ont souvent le plus grand besoin de soins. Il est scientifiquement non fondé d'assumer qu'un utilisateur de drogue par injection séropositif au VIH suit le même parcours de maladie que les personnes vivant avec le VIH qui ne consomment pas de drogue par injection, ou que les drogues injectées n'interagissent pas de manière défavorable avec des médicaments antirétroviraux.³⁰⁹ Comme l'a affirmé Bennett :³¹⁰

Lorsqu'on ne peut pas prendre pour acquis qu'il y aurait une réaction homogène dans des sous-groupes de la population, il est essentiel qu'un nombre suffisant de membres des sous-groupes pertinents soit inclus afin qu'une réaction différentielle puisse être détectée et mesurée. L'exclusion d'une étude d'un sous-groupe en particulier empêche de pouvoir tirer des inférences quant aux résultats pouvant être attendus dans ce groupe.

Les utilisateurs de drogue par injection séropositifs peuvent présenter un registre plus large de déficiences immunologiques et des différences dans la progression de la maladie;³¹¹ leurs réactions aux traitements peuvent aussi être différentes de celles d'autres personnes vivant avec le VIH/sida. Par conséquent, il est fautif sur le plan éthique d'exclure ces personnes d'essais qui pourraient nous indiquer s'ils est nécessaire de leur donner des traitements différents de ceux que reçoivent les autres personnes qui vivent avec le VIH.³¹²

En conclusion, prenons en considération les principes articulés dans *Building a New Consensus : Ethical Principles and Policies for Clinical Research on HIV/AIDS* :³¹³

³⁰⁵ C. Hankins, N. Lapointe, S. Walmsley, « Participation in clinical trials among women living with HIV in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998, 159 : 1359.

³⁰⁶ *Ibid.*, p. 1364.

³⁰⁷ Roy, *supra*, note 109.

³⁰⁸ Voir T.A. Slays et coll., « Therapy Compliance of HIV-Infected Intravenous Drug Users », abrégé présenté à la VIII^e Conférence internationale sur le sida (Amsterdam, 1992); et B. Broers et coll., « Compliance of Drug Users with Zidovudine Treatment », abrégé présenté à la VIII^e Conférence internationale sur le sida (Amsterdam, 1992)

³⁰⁹ Roy, *supra*, note 109.

³¹⁰ J.C. Bennett, « Inclusion of women in clinical trials – policies for population subgroups », *New England Journal of Medicine*, 1993, 329 : 288-292.

³¹¹ Voir P. Pehrson, S. Lindbäck, C. Lidman, H. Gaines, J. Giesecke, « Longer survival after HIV infections for injecting drug users than for homosexual men : implications for immunology », *AIDS*, 1997, 11 : 1007.

³¹² Roy, *supra*, note 109.

³¹³ C. Levine, N. Dubler Neveloff, IRB, 1991, 13 : 7, 8, 14.

L'exclusion de représentants de groupes de sujets potentiels dont on croit qu'ils ne respectent pas le régime prescrit (p. ex. les utilisateurs de drogue par injection) peut vraisemblablement rehausser la validité et l'efficacité; cependant, de telles exclusions sont inacceptables pour des motifs liés à la fois à la généralisation des résultats et à l'exigence d'équité dans la distribution des fardeaux et des bienfaits (justice distributive).

Les critères pour l'inclusion dans les essais de phases II et III devraient être basés sur la présomption que tous les groupes affectés par la recherche sont admissibles, sans égard au sexe, au statut social ou économique, à l'usage de drogue illégale, ou au stade de la maladie à moins que l'essai soit destiné à l'examen d'un stade particulier de la maladie.

Aucun groupe ne devrait être exclu de manière catégorique de l'accès à des essais cliniques ou à d'autres mécanismes d'accès à des thérapies expérimentales, pour des motifs d'âge, de sexe, d'état mental, de lieu de résidence ou d'incarcération, ou d'autres caractéristiques sociales ou économiques. Des efforts particuliers devraient être faits pour se rapprocher de populations qui ont été exclues. Cependant, les personnes vulnérables pour une de ces raisons possibles requièrent une considération spéciale dans la conception et le déroulement des essais.

Recommandations

Si appliquées, les recommandations suivantes contribueraient grandement à ce que d'importantes données pour le traitement des utilisateurs de drogue par injection séropositifs deviennent disponibles; en particulier, de l'information au sujet de l'impact des drogues illégales sur le système immunitaire et des interactions entre les drogues illégales et les médicaments contre le VIH/sida. En outre, l'application de ces recommandations contribuerait à l'inclusion des utilisateurs de drogue dans les essais scientifiques portant sur des médicaments contre le VIH/sida.

Le programme de recherche

26. Le Conseil de recherches médicales du Canada et les fabricants pharmaceutiques, en consultation avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, devraient développer un programme détaillé de recherche qui identifie les priorités de la recherche concernant les utilisateurs de drogue par injection.
27. Des professionnels des domaines médical et scientifique devraient effectuer de la recherche sur des questions à l'intersection du VIH/sida et de l'usage de drogue, comme les interactions entre les drogues illégales et les médicaments d'ordonnance, et les effets des drogues illégales sur la progression de la maladie à VIH.
28. Les fabricants pharmaceutiques devraient assumer un rôle de leadership dans la promotion d'études concernant les interactions entre les médicaments contre le VIH/sida et les drogues illégales.

29. Les chercheurs du domaine clinique devraient reconnaître la nécessité que des études soient effectuées pour et par les groupes des Premières nations ainsi que d'autres communautés affectées par le VIH/sida.
30. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, de Santé Canada, devrait accorder du financement pour intensifier le développement de la capacité en matière de recherche au palier communautaire.

Le programme de recherche

31. Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé devraient adopter des mesures pour assurer que des laboratoires soient établis, à travers le Canada, afin d'analyser les substances désignées que consomment les utilisateurs de drogue.
32. Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé devraient octroyer des fonds pour rendre disponibles des trousseaux d'analyse permettant aux utilisateurs de drogue de connaître la dose et la pureté de la drogue.

La participation à la recherche

33. Comme principe général, les chercheurs cliniques et les associations professionnelles devraient adopter des mesures pour assurer que les obstacles à la participation d'utilisateurs de drogue aux essais cliniques soient abolis.
34. Les responsables d'essais cliniques, en consultation avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, devraient élaborer des stratégies de recrutement pour encourager la participation d'utilisateurs de drogue séropositifs aux essais cliniques.
35. Les médecins chercheurs devraient établir des sites d'essais cliniques dans des régions géographiques accessibles aux utilisateurs de drogue.
36. Les responsables d'essais cliniques devraient offrir de rembourser aux éventuels participants les frais de garde d'enfant et de transport, afin de favoriser la participation.
37. Les médecins chercheurs devraient donner aux utilisateurs de drogue de l'information sur les études médicales proposées (y compris les formulaires de consentement) dans un langage accessible.
38. Le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain devrait développer des directives pour la recherche impliquant des personnes marginalisées.
39. Le Réseau canadien des essais VIH devrait développer des directives à l'intention des chercheurs, en vue d'assurer que le consentement d'utilisateurs de drogue à participer à des recherches soit un consentement éclairé. La documentation à cet effet devrait inclure une formule type de consentement éclairé où l'on n'exclut pas automatiquement les personnes qui font usage de drogue illégale, mais où l'on aborde des questions comme les interactions (lorsqu'on en connaît) entre le médicament à l'étude et des drogues illégales, ainsi que les mesures adoptées pour protéger la confidentialité des renseignements à être reçus des participants (y compris l'information concernant leur usage de drogues illégales) et les limites possibles de la confidentialité.

40. Les autorités fédérales et provinciales, y compris les forces d'application de la loi, ne devraient avoir aucun accès, dans les dossiers de recherches, aux données permettant d'identifier les participants à des essais.



Information sur l'usage et les effets des drogues illégales

Quels motifs légaux et éthiques incitent à assurer que les professionnels des soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de l'information exacte et complète au sujet des drogues illégales et de leurs effets?

On amorce ce chapitre en décrivant deux types de programmes d'éducation sur l'usage et les effets des drogues : l'un basé sur des principes d'abstinence, l'autre basé sur des principes de réduction des méfaits. On rapporte que, généralement, les gens ont le sentiment que les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogue et le grand public ne reçoivent pas d'information suffisamment exacte et complète, au sujet des drogues illégales, et que ce manque d'information a un impact négatif sur la provision de soins, de traitements et de soutien ainsi que sur les efforts de prévention. On poursuit la réflexion par une analyse juridique qui mène à la conclusion que, sur le plan légal, le développement de matériel d'éducation sur la drogue relève généralement du pouvoir discrétionnaire des responsables gouvernementaux en matière de santé. Il serait difficile, voire impossible, d'avoir recours au droit pour réagir au défaut de donner de l'information exacte sur les drogues illégales et leurs effets. Toutefois, les principes de l'éthique exigent que les membres de la société aient de l'information exacte et complète sur toutes les questions qui impliquent une décision, un choix et une action. Le maniement ou la suppression d'information sur les drogues illégales dont devraient disposer les utilisateurs de drogue, les professionnels et les citoyens, pour pouvoir agir de manière responsable, est contraire à l'éthique.

Le chapitre se conclut par la recommandation, entre autres, que de l'information exacte, non biaisée et sans jugement soit développée au sujet des

drogues illégales, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des utilisateurs de drogue et du public.

Éducation sur la drogue

Programmes d'éducation fondés sur des principes d'abstinence

Dans plusieurs pays d'Occident, y compris le Canada, la principale réaction à l'usage de drogues illégales réside dans une prévention primaire.³¹⁴ L'abstinence est la philosophie essentielle qui sous-tend plusieurs de ces programmes. Les tenants de cette approche soutiennent que les individus, en particulier les jeunes, devraient être conseillés sur les dangers des substances illégales et incités à s'abstenir d'en consommer.

Dans le programme *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), aux États-Unis, l'abstinence est l'objectif principal. On dit aux jeunes que tout comportement qui va au delà de l'expérimentation d'une seule fois constitue un abus de drogue, que l'alcool et les cigarettes sont les premiers pas vers la consommation de drogues illégales et que l'usage de drogues illégales comme la marijuana conduira à la consommation d'autres drogues illégales comme l'héroïne et la cocaïne.³¹⁵ Les agents de police sont les intervenants chargés de conduire le programme DARE. Au dire du US Department of Justice, le but du programme DARE est « d'aider les enfants à dire non à la drogue en leur enseignant des techniques pour éviter la pression de leurs pairs ». ³¹⁶ Un autre objectif du programme consiste à promouvoir un plus grand respect de la loi.³¹⁷ Au Canada, la Gendarmerie royale du Canada a entraîné des agents de police à enseigner le programme DARE à des enfants. Des agents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest ont récemment reçu une telle formation.

Programmes d'éducation sur la réduction des méfaits

Les programmes d'éducation sur la réduction des méfaits adoptent une approche qui ne porte pas de jugement sur la consommation de drogue. Ces programmes cherchent à donner de l'information exacte au sujet de la composition et des effets des diverses substances, et de proposer des sources d'assistance aux personnes qui font usage de drogue. Les programmes à l'intention des adolescents cherchent à développer leurs capacités d'évaluation, de communication, d'affirmation, de résolution de conflit et de prise de décision.³¹⁸

Les programmes d'éducation basés sur le modèle de la réduction des méfaits s'efforcent de :

- réduire la prévalence des méthodes et des fréquences risquées de consommation de drogue;
- réduire le taux de consommation intense ou dépendante;
- réduire l'expérimentation de drogues qui sont particulièrement susceptibles de causer des problèmes médicaux; et
- améliorer la capacité des utilisateurs de drogue et d'autres personnes de réagir aux problèmes associés à la drogue.

Voici un exemple de l'information donnée, selon cette approche, à des utilisateurs d'héroïne par injection :³¹⁹

³¹⁴ Voir E. Single, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, *New Developments in Drug Education in Canada*, International Conference on Drug Education in Schools, Hong Kong, 1997.

³¹⁵ Voir Riley, *supra*, note 106.

³¹⁶ United States Department of Justice, *An Introduction to the National DARE Program*, juin 1993.

³¹⁷ United States Department of Justice, *An Invitation to Project DARE : Drug Abuse Resistance Education*, juin 1988.

³¹⁸ Riley, *supra*, note 106.

³¹⁹ *Ibid.*

- à cause des nombreux problèmes que l'héroïne peut causer, il est préférable d'éviter d'utiliser cette drogue pour « se geler »;
- mais si tu utilises de l'héroïne, fume-la ou renifle-la plutôt que de te l'injecter;
- mais si tu te l'injectes, ne partage pas ta seringue, ton aiguille ou d'autre matériel avec une autre personne;
- mais si tu partages ton matériel d'injection, prends soin d'obtenir un stock de nouvelles aiguilles et seringues, et des condoms;
- et si tu partages des aiguilles et des seringues, assure-toi de les nettoyer correctement.

Dans certains pays, on a mis en œuvre des programmes d'éducation sur la drogue qui sont basés sur une approche de réduction des méfaits. Au Royaume-Uni, la Harm-Reduction Drug Education (HRDE) [éducation sur la drogue et la réduction des méfaits] repose sur la notion que la prise de risques et l'expérimentation sont des comportements fréquents à l'adolescence. Elle accepte l'idée que l'on ne peut pas prévenir tout usage de drogue. La HRDE ne porte pas de jugement; elle n'exprime ni approbation ni condamnation de l'usage de drogue. Elle cherche à donner de l'information exacte aux jeunes, au sujet des drogues, et à assurer que des mesures sont prises afin de réduire les risques pour la santé et sur d'autres plans, chez les utilisateurs de drogue et dans l'ensemble de la société.³²⁰

Au Canada, certains ministères et agences gouvernementales, comme la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et Santé Canada,³²¹ ont publié de l'information basée sur des principes de réduction des méfaits, à l'intention du public. On dénote toutefois des préoccupations liées au fait que l'éducation et les publications concernant la drogue et basées sur ces principes, à l'intention des jeunes, des utilisateurs de drogue et du grand public, ne circulent pas à grande échelle.

En outre, il a été évalué que les fournisseurs de soins de santé, comme les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, en Amérique du Nord, reçoivent une éducation inadéquate au sujet des drogues, de la dépendance et des traitements pour les personnes qui ont une dépendance à la drogue. Comme on l'affirme dans l'article « Medical care for injection drug users with Human Immunodeficiency Virus infection »,³²² il est nécessaire d'améliorer l'éducation des médecins en matière d'usage de drogue : « Une éducation complète sur l'abus [sic] de drogue, dès la première année à la faculté de médecine et se poursuivant pendant la formation en résidence, est nécessaire pour que ces patients reçoivent des soins optimaux. » Une étude effectuée en Colombie-Britannique est arrivée à la même conclusion. Des étudiants et résidents en médecine ont affirmé que les programmes de formation devraient aborder d'autres drogues que l'alcool.³²³ L'Association des psychiatres du Canada a aussi souligné la nécessité de « corriger le niveau actuel inadéquat de formation en toxicomanie dans la plupart des programmes de résidence en psychiatrie ».³²⁴

Questions juridiques

Responsabilité de donner de l'éducation publique

Les responsables de la santé, au palier provincial, sont chargés par les lois de santé publique de fournir de l'éducation sur la santé aux membres du public. Cependant, ils ont le pouvoir discrétionnaire de décider de quels types de

³²⁰ Voir M. Rosenbaum, *Kids, Drugs, and Drug Education: A Harm Reduction Approach*, San Francisco, National Council on Crime and Delinquency, 1996.

³²¹ Voir la discussion de Riley, *supra*, note 106.

³²² *Supra*, note 166, p. 457.

³²³ A. Towle, Faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique, *Addiction Medicine and Intercollegial Responsibility (AMIR): Evaluation Report*, 1996.

³²⁴ N. el-Guebari et Y. Garneau, « Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie » (encart), [énoncé de principe 1997-37], *Bulletin de l'Association des psychiatres du Canada*, (octobre 1997), 29.

documentation il s'agira et à quels secteurs du public elle s'adressera. Le langage des dispositions réglementaires est permissif. Par exemple, le *Health Act* de la Nouvelle-Écosse³²⁵ stipule que « le ministère peut effectuer, diriger et promouvoir des programmes en réponse, ou ayant trait, à la dépendance à la drogue » [trad.]. L'article 133 prévoit par ailleurs que « [l]es programmes effectués, dirigés ou promus par le ministère en réponse, ou ayant trait, à la dépendance à la drogue *peuvent* inclure :

l'expérimentation de méthodes d'éducation, de prévention, de traitement et de réadaptation concernant la dépendance à la drogue;

1. l'éducation au sujet des causes et effets de la dépendance à la drogue;
2. la dissémination d'information au sujet de la reconnaissance, de la prévention et du traitement de la dépendance à la drogue. » [trad.]

Par conséquent, les principes de base appliqués dans la documentation éducative sur la drogue, de même que la question de savoir si de l'information sera destinée aux jeunes, aux utilisateurs de drogue ou aux membres du grand public, est généralement laissée à la discrétion des responsables gouvernementaux en matière de santé.

Responsabilité criminelle

Le défaut de fournir des renseignements exacts ou la communication délibérée de renseignements inexacts pourrait équivaloir à de la négligence criminelle, si la conséquence est la mort ou des lésions corporelles. En vertu du *Code criminel*,³²⁶ « est coupable de négligence criminelle quiconque, en faisant quelque chose, ou en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui ». Il peut s'agir d'un devoir imposé par la loi ou par le *common law*.³²⁷ D'après la jurisprudence, il y a « insouciance déréglée ou téméraire » lorsque le comportement de l'accusé témoigne d'une « dérogation marquée » à la norme de comportement d'une « personne raisonnablement prudente dans les circonstances ».³²⁸

Il peut s'avérer difficile de démontrer la présence des éléments constitutifs d'une infraction de négligence criminelle. Premièrement, il serait probablement difficile de prouver que les lésions corporelles ou le décès ont été causés par le comportement de négligence criminelle. Deuxièmement, il peut être difficile de prouver l'existence d'une obligation juridique d'agir. Troisièmement, compte tenu de la nature contradictoire des « renseignements scientifiques et médicaux » dont on dispose sur les effets des drogues illégales, il peut être difficile d'établir que le comportement de celui qui a fourni l'information (par exemple, le médecin ou l'infirmier hygiéniste) représentait une « dérogation marquée » au comportement d'une « personne raisonnablement prudente ».

Responsabilité civile

Sur le plan de la responsabilité civile, une personne qui ne s'acquitte pas d'une « obligation de diligence » peut être tenue civilement responsable pour le délit de négligence si son comportement cause un préjudice à autrui. Comme dans le cas de la responsabilité criminelle, l'obligation peut être imposée par la loi ou par le *common law*. L'obligation peut naître de le *common law* si, dans la

³²⁵ *Health Act*, R.S.N.S., 1989, art. 133.

³²⁶ Art. 219.

³²⁷ *Coyne*, *supra*, note 131.

³²⁸ *R. c. Waite* (1989), 69 C.R. (3^e) 323 (C.S.C.); *R. c. Tutton* (1989), 69 C.R. (3^e) 289 (C.S.C.).

situation en cause, il était objectivement prévisible par une personne ordinaire que le défaut d'exercer de la diligence raisonnable pouvait causer un préjudice.³²⁹ Une poursuite au civil à ce chapitre échouera probablement si l'on ne parvient pas à prouver qu'il y a un lien de causalité entre le comportement négligent et le préjudice subi et que le risque de préjudice était prévisible.³³⁰ Il serait probablement difficile de démontrer que les éléments du délit de négligence sont présents dans le cas de responsables gouvernementaux en matière de santé ou de fournisseurs de services de santé qui ne donnent pas une information exacte ou complète, au sujet des drogues illégales, à des utilisateurs de drogue ou à des membres du public.

Questions éthiques

Une partie de la complexité qui entoure l'usage de stupéfiants provient des politiques, des lois et des règlements qu'une société a adoptés et maintenus afin d'en contrôler ou d'en interdire l'usage.³³¹ Les politiques, les lois et les règlements qui interdisent l'usage de stupéfiants peuvent représenter des « accidents figés ». Les réactions adoptées depuis un certain temps peuvent subsister malgré le fait que la connaissance, les attitudes et les circonstances sociales aient changé. Les politiques qui sont devenues des « accidents figés » peuvent entraîner des conséquences non intentionnelles, mais néanmoins destructrices sur le plan social.³³²

Les notions de position et de contreposition, tel que les a définies Lonergan,³³³ présentent une pertinence directe pour la question de donner de l'information exacte et complète sur les drogues illégales, à l'intention du public, des fournisseurs de soins de santé et des utilisateurs de drogue.³³⁴ Des positions sont non seulement cohérentes entre elles, mais elles s'accordent aussi avec – et se modifient selon – les exigences d'une intelligence critique et de la raison réflexive. Les preuves sont un préalable aux décisions et aux actions. Des contrepositions, en revanche, renferment des éléments irrationnels et des erreurs; il peut s'agir de distorsion, de falsification ou de suppression d'information.³³⁵ Musto a observé que « le silence et l'exagération » sont des stratégies utilisées, aux États-Unis, pour réagir au problème des drogues illégales.³³⁶

Les normes du discours public dans une société ouverte doivent être respectées – clarté et précision; énoncés fondés sur des faits; distinction entre l'opinion personnelle et la connaissance; honnêteté; retenue dans la généralisation et civilité dans le débat.³³⁷

Il est important que les individus, dans la société, disposent d'information exacte et complète sur toute question qui nécessite une décision, un choix et une action. Le refus de partager l'information qui existe, ou toute mesure visant à déformer ou à falsifier l'information, fait obstruction à une prise de décision et à des actions responsables. Les principes de l'éthique sont enfreints lorsque la connaissance est maniée dans l'intention de promouvoir une certaine ligne d'action chez des individus.³³⁸

Les quatre principes éthiques de l'autonomie, de la lucidité, de la fidélité et de l'humanité sont enfreints lorsqu'une personne en manipule d'autres ou les aveugle ou les domine.³³⁹ L'autonomie implique qu'une personne possède la connaissance requise pour prendre des décisions et être ainsi en contrôle de sa vie. Lorsqu'un individu n'a pas la connaissance voulue, il peut trouver conseil auprès d'autres membres de la société qui sont considérés posséder cette information, comme des professionnels.³⁴⁰

Il est important que les individus, dans la société, disposent d'information exacte et complète sur toute question qui nécessite une décision, un choix et une action.

³²⁹ *Ibid.*

³³⁰ Voir A. Linden, *Canadian Tort Law*, cinquième édition, Toronto, Butterworths, 1993, chapitre 9.

³³¹ Roy, *supra*, note 109.

³³² *Ibid.*

³³³ Lonergan, *supra*, note 108, p. 387-390 et 680-683.

³³⁴ Roy, *supra*, note 109.

³³⁵ *Ibid.*

³³⁶ D.F. Musto, « Opium, Cocaine and Marijuana in American History », *Scientific American*, 1991, 46.

³³⁷ Roy, *supra*, note 109.

³³⁸ *Ibid.*

³³⁹ C. Fried, *Medical Experimentation, Personal Integrity and Social Policy*, Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1974, p. 103.

³⁴⁰ Roy, *supra*, note 109.

La lucidité, la fidélité et l'humanité sont reliées au concept d'autonomie. Le principe de la *lucidité* implique que les utilisateurs de drogue ont la responsabilité de chercher, et le droit de recevoir, de l'information exacte, fiable et complète au sujet des drogues illégales, de leurs interactions avec d'autres drogues et médicaments, de même qu'au sujet des effets de ces drogues sur leur corps, leur psyché et leur vie sociale. La *fidélité* signifie qu'une personne qui cherche une aide professionnelle a le droit que son attente raisonnable soit respectée et honorée. Les personnes qui demandent une aide professionnelle ont le droit de s'attendre à ne pas être trompées ou conservées dans le noir sur des sujets qu'il leur faut connaître afin de diriger leur vie. En vertu du principe éthique d'*humanité*, il incombe aux professionnels d'obtenir non seulement de l'information exacte concernant les maladies, conditions ou traitements de leurs patients, mais d'obtenir aussi de l'information au sujet de leurs patients qui cherchent un avis, une connaissance ou un traitement.³⁴¹

Les *utilisateurs de drogue*, au nom de l'autonomie personnelle, ont une responsabilité de chercher à obtenir l'information la plus fiable et la plus complète qui est disponible pour les guider dans les choix et décisions qui feront avancer ou échouer leurs plans de vie, et peut-être les plans de vie d'une autre personne avec laquelle ils interagissent ou sont liés.

Les *professionnels des soins de santé*, pour honorer les impératifs de lucidité, de fidélité et d'humanité – impératifs qui font partie intégrante de leurs relations professionnelles avec leurs clients – ont la responsabilité d'être certains de maîtriser l'information et la connaissance au sujet de l'usage de drogue, puisque cela est nécessaire pour qu'ils puissent prendre soin de personnes dont les besoins concernent leur mandat professionnel. Ils ont aussi une responsabilité de signaler à la communauté médicale et à la communauté de recherche, de même qu'à la société, les domaines où il manque des informations et des connaissances qui sont nécessaires.

Les *chercheurs en soins de santé* et les intervenants qui organisent et effectuent des études et des essais cliniques ont une responsabilité assez particulière, concernant l'information et la connaissance au sujet des effets de divers médicaments sur le corps et la santé d'individus de sous-groupes diversifiés sur le plan de la biochimie; et au sujet des effets des médicaments sur le corps et la santé des utilisateurs de drogues illégales. Les chercheurs produisent les renseignements et les connaissances qui sont nécessaires; leur première responsabilité scientifique/éthique est de concevoir et d'effectuer, dans les règles de l'éthique, des études qui procureront des données fiables et généralisables. Les chercheurs ont aussi la responsabilité d'éviter les fautes d'omission qui sont commises lorsque des représentants de sous-groupes qui pourraient être affectés par les essais cliniques en sont déraisonnablement ou négligemment exclus.

La responsabilité du grand public – entendons par là les *citoyens* et leurs *représentants au pouvoir* – de devenir adéquatement informés au sujet de l'usage de drogue, et des effets de cet usage, découle de son rôle central et de son pouvoir de formulation, d'adoption et de mise en œuvre de politiques publiques concernant tous les aspects de l'usage de drogue, notamment la criminalisation de l'usage de drogue, les programmes de prévention et d'éducation, les programmes de réduction des méfaits, de même que les soins, les traitements et le soutien des utilisateurs de drogue.³⁴²

³⁴¹ Ibid.

³⁴² Ibid.

Recommandations

Si appliquées, les recommandations suivantes contribueraient grandement à une provision d'information plus exacte et complète aux professionnels de la santé, aux utilisateurs de drogue et au grand public, au sujet des drogues illégales. Ceci aurait une incidence bénéfique sur la provision de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs ainsi que sur les initiatives de prévention.

41. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, devraient octroyer des fonds pour le développement et la vaste distribution d'information sur les drogues illégales qui soit exacte, non biaisée et qui ne porte pas de jugement, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des utilisateurs de drogue et du grand public.
42. Les hôpitaux devraient être tenus de transmettre de l'information aux autorités provinciales de santé publique, au sujet des cas de surdoses, et ceci devrait être compilé pour former une base de données sur les surdoses de drogue. Cette information devrait être disséminée aux organismes qui travaillent dans le domaine de l'usage de drogue et être accessible au grand public.
43. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, de même que les organismes communautaires, devraient fournir de l'information sur les drogues qui sont présentement illégales et sur les ressources communautaires, dans une forme et un langage qui soient accessibles aux divers groupes culturels et dans les diverses régions du Canada (p. ex. les communautés autochtones).
44. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient élaborer des programmes d'éducation fondés sur une philosophie de réduction des méfaits.
45. Les hôpitaux et les associations professionnelles devraient organiser des séances d'éducation concernant l'usage de drogue, à l'intention des professionnels des soins de santé (p. ex. séances scientifiques, programmes de formation continue).
46. Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation et de la Santé devraient procéder à une évaluation des programmes d'éducation scolaire portant sur les drogues illégales.
47. Les universités et les collèges devraient assurer que les programmes de formation des professionnels de la santé comprennent de la documentation, des exposés et des discussions dont le contenu soit exact, sans biais et ne porte pas de jugement, au sujet des drogues, de l'usage de drogue et des approches de réduction des méfaits liés à l'usage de drogue.
48. Les gouvernements provinciaux/territoriaux devraient mettre sur pied des instances chargées de superviser l'application des directives sur les meilleures pratiques par les travailleurs de la santé et les autres intervenants qui administrent des soins et des traitements à des utilisateurs de drogue.

49. Les dirigeants des paliers fédéral et provincial/territorial devraient convoquer une tribune pour discuter du matériel d'éducation qui devrait être disséminé. Ce lieu d'échange devrait inclure des responsables fédéraux de la santé, la police, des utilisateurs de drogue ainsi que des organismes comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale.



L'échange de seringues et le traitement d'entretien à la méthadone

Quelles considérations juridiques et éthiques doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone, afin de réduire les méfaits de l'usage de drogue?

Introduction

Ce chapitre offre un bref historique des programmes d'échange de seringues au Canada. On explique ensuite pourquoi les programmes d'échange de seringues sont importants, puis on rapporte plusieurs conclusions d'études qui ont montré qu'il s'agit d'une mesure efficace de réduction des méfaits. On mentionne ensuite certains obstacles dans l'accès à des seringues et aiguilles – notamment, les lois criminelles qui assujettissent à la responsabilité les personnes impliquées dans ces programmes ainsi que les utilisateurs de drogue, si l'on détecte des traces de drogue illégale dans le matériel d'injection qu'ils possèdent.

Le chapitre aborde ensuite les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et met en relief les nombreux obstacles que l'on rencontre au Canada et qui entravent l'efficacité de ce traitement pour les utilisateurs de drogue par injection.

On effectue ensuite une analyse éthique des questions soulevées. On conclut en recommandant plusieurs mesures qui, si on les applique, amélioreront l'accès aux programmes d'échange de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone.

Les programmes d'échange de seringues

La mise sur pied de programmes d'échange de seringues au Canada

Les programmes d'échange de seringues (PÉS) sont une importante stratégie au sein de l'approche de la réduction des méfaits liés à l'usage de drogue.³⁴³ Un raisonnement sous-jacent à leur établissement est lié au fait que les utilisateurs de drogue par injection partagent souvent des aiguilles et des seringues, ce qui est très propice à la propagation du VIH. La philosophie inhérente aux PÉS est la suivante : en donnant des seringues et aiguilles stériles aux utilisateurs de drogue par injection, on réduira l'importance du partage de matériel d'injection, ce qui diminuera la propagation d'agents infectieux transmissibles par le sang, comme le VIH et le virus de l'hépatite C.³⁴⁴ Plusieurs utilisateurs de drogue affirment qu'une raison importante du partage d'aiguilles et de seringues est la rareté de ces instruments.³⁴⁵

Les PÉS, particulièrement aux États-Unis, soulèvent la controverse. Comme l'ont fait remarquer certains auteurs, ces programmes contredisent le symbolisme « antidrogue » du discours public.³⁴⁶ Les opposants à ces programmes soutiennent que si les stupéfiants sont mauvais pour la santé, si leur usage est illégal et que l'on doit le décourager, les gouvernements ne devraient pas financer des programmes qui servent à donner à des gens du matériel pour s'injecter de la drogue.³⁴⁷ Gostin a écrit :³⁴⁸

Peu de questions à l'intersection du droit, des politiques et de la santé publique sont aussi chargées de conflit que la distribution de matériel d'injection stérile pour la prévention de la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Au cœur de la controverse réside un conflit fondamental entre les politiques sur le contrôle de la drogue, profondément enracinées, et des politiques de santé publique dont l'apparition est récente.

Le premier PÉS au Canada a été mis sur pied à Vancouver en 1989.³⁴⁹ Le programme était financé par le gouvernement municipal et situé dans le quartier Est de la ville. Moins de 6 mois après la création de ce PÉS, d'autres voyaient le jour à Montréal et à Toronto. D'autres villes canadiennes d'importance ont rapidement emboîté le pas.³⁵⁰

À la fin de l'année 1990, il existait au Canada huit PÉS financés par des gouvernements. Leurs modèles différaient d'une ville à l'autre. Dans certaines villes, il n'y avait qu'un site central; d'autres programmes offraient des seringues et des aiguilles par l'entremise d'intervenants qui circulaient en camionnette ou à pied; d'autres combinaient le site fixe et la distribution mobile.³⁵¹ Aujourd'hui, on estime qu'il existe plus d'une centaine de points d'échange de seringues, au Canada.³⁵² Il semble que le PÉS de Vancouver soit le plus grand en Amérique du Nord.³⁵³

L'importance des PÉS

Les PÉS peuvent représenter davantage qu'un simple lieu où l'on donne des seringues stériles aux utilisateurs de drogue par injection.³⁵⁴ Ils offrent d'importantes occasions de diffuser des messages éducatifs à propos du VIH/sida, d'améliorer la sensibilisation au sujet des risques pour la santé, et d'offrir du counselling, du soutien et d'autres services.³⁵⁵ Comme on l'explique

³⁴³ Goldstein, *supra*, note 87, p. 234; S. Loue, P. Lurie, S. Lloyd, « Ethical issues raised by needle exchange programs », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 1995 : 382.

³⁴⁴ Goldstein, *supra*, note 87, p. 231.

³⁴⁵ L.O. Gostin, « Law and Policy », dans J. Stryker (éd.), *Dimensions of HIV Prevention : Needle Exchange, USA*, The Kaiser Forums, 1993.

³⁴⁶ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1578.

³⁴⁷ *Ibid.*

³⁴⁸ L.O. Gostin, *supra*, note 345.

³⁴⁹ Hankins, *supra*, note 88, p. 1133.

³⁵⁰ *Ibid.* Voir aussi J. Bruneau, F. Lamothe, E. Franco 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*, 1997 : 994, p. 995.

³⁵¹ Hankins, *supra*, note 88.

³⁵² *Ibid.*, p. 1134 et 1142.

³⁵³ Strathdee et coll., *supra*, note 15, p. F60.

³⁵⁴ D.C. Des Jarlais, S. Friedman, N. Peysers, « Regulating Syringe Exchange Programs : A Cautionary Note (Letter to the editor) », *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 : 431.

³⁵⁵ Goldstein, *supra*, note 87, p. 234.

dans une publication de Santé Canada, en plus de distribuer des seringues, les PÉS « facilitent les contacts avec une population qui est autrement difficile à joindre afin de fournir des services d'éducation, de counselling et d'orientation vers des services de santé et de désintoxication ».³⁵⁶

Les PÉS peuvent servir d'accès à des soins de santé, pour des personnes stigmatisées dans la société;³⁵⁷ ils peuvent offrir les tests du VIH et de la tuberculose; il peuvent donner accès à des condoms et à de l'eau de Javel; et ils peuvent donner une occasion de participer à des programmes de traitement de la dépendance.

Au fil des ans, des études ont conclu que les PÉS sont efficaces pour réduire la propagation du VIH. Des recherches effectuées dans des villes européennes comme Londres et Glasgow, et des villes nord-américaines comme Hartford (Connecticut) et New York, ont démontré que le partage de matériel d'injection diminue chez les utilisateurs de drogue par injection qui visitent les PÉS.³⁵⁸ Le *Lancet* a publié en 1997 les conclusions d'une étude qui a observé une diminution de l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection, dans des villes où il existe des PÉS, et le phénomène inverse dans les villes où il n'en existe pas.³⁵⁹ Des conclusions allant dans le même sens sont citées par Loue, Lurie et Lloyd, qui ont rapporté que les PÉS parvenaient à entraîner une diminution de 40% l'incidence du VIH et à réduire par sept à huit fois celles de hépatites B et C.³⁶⁰ Kilwein a conclu aussi que les PÉS aidaient à prévenir la propagation du VIH et des hépatites et à initier le contact entre des personnes ayant une dépendance à la drogue et des services de réhabilitation à leur intention.³⁶¹ Comme l'a écrit Hankins, les PÉS ont fait leurs preuves dans la tâche d'attirer des utilisateurs de drogue par injection et de favoriser la modification du comportement.³⁶² En outre, d'après les résultats de diverses études, Santé Canada a tiré la conclusion que les PÉS réduisent la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection; que ces programmes ne sont pas responsables d'une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue ni d'une diminution de l'âge auquel les gens se font une injection de drogue pour la première fois.³⁶³

Les PÉS sont bien établis au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie et en Suisse.³⁶⁴ Leurs résultats sont positifs. De plus en plus de prisons suisses, allemandes et espagnoles distribuent aussi du matériel d'injection aux détenus.³⁶⁵

Les préoccupations à l'égard des PÉS

Les conclusions d'une étude effectuée à Montréal par Bruneau et ses collègues³⁶⁶ ont d'abord suscité une certaine inquiétude à l'égard des programmes d'échange de seringues. De fait, cette étude concluait que les clients de PÉS à Montréal avaient des taux de séroconversion plus élevés et des comportements à risque plus fréquents que les utilisateurs de drogue qui ne fréquentaient pas de PÉS. On craignait aussi que les PÉS servent de lieu de rencontre pour des utilisateurs de drogue par injection autrement isolés, facilitant du même coup la formation de nouveaux réseaux de partage de matériel d'injection.

Les membres des communautés scientifique et médicale qui ont analysé minutieusement l'étude de Bureau ont conclu que les résultats relevés à Montréal ne les poussaient pas à remettre en question l'efficacité des PÉS. Comme l'a affirmé un commentateur :

³⁵⁶ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 1.

³⁵⁷ Des Jarlais et coll., supra, note 83, p. 1579.

³⁵⁸ Voir la discussion de J. Bruneau et coll., supra, note 350, p. 995.

³⁵⁹ S. Hurley, D. Jolley, J. Kaldor, « Effectiveness of needle-exchange programmes », *Lancet*, 1997, 349 : 1797, p. 1800.

³⁶⁰ Supra, note 343.

³⁶¹ J.H. Kilwein, « On needles, breasts and bullets : health and the conflict of values », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1996, 21 : 363.

³⁶² Hankins, supra, note 88, p. 1142.

³⁶³ *Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, supra, note 1. Voir aussi *Preventing HIV Transmission : The Role of Sterile Needles and Bleach*, Panel on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine, Washington (D.C.), National Academy Press, 1995, p. 132 et 725; et Goldstein, supra, note 87.

³⁶⁴ Hurley et coll., supra, note 359, p. 1797.

³⁶⁵ Voir *VIH/sida et prisons (feuillelet d'information 6)*, *Prévention : le matériel d'injection stérile*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

³⁶⁶ Bruneau et coll., supra, note 350.

Ces résultats démontrent-ils que les PÉS, au lieu de prévenir la transmission du VIH, causent en fait une augmentation de sa transmission comme l'ont prétendu certains opposants à ces programmes? Et ces résultats indiquent-ils que l'on doit abandonner les politiques de prévention du VIH parmi les [utilisateurs de drogue par injection] fondées sur la provision de seringues stériles? La réponse à ces deux questions est simplement « non ».³⁶⁷

Comme l'a écrit Lurie, l'étude de Bruneau confirme qu'un plus grand nombre d'utilisateurs de drogue par injection à risque élevé fréquente les PÉS de Montréal.³⁶⁸ Les clients de PÉS sont moins susceptibles d'être inscrits à des programmes de traitement de la dépendance et ils sont plus susceptibles d'être des injecteurs fréquents. Ils sont plus susceptibles de partager du matériel d'injection avec une personne séropositive au VIH et de fréquenter des piqueries. Lurie indique que, si les PÉS attirent réellement les utilisateurs de drogue par injection qui ont le plus grand risque de contracter ou de propager le VIH, ce sont alors des sites idéaux pour offrir une intervention plus soutenue en matière de réduction des risques.³⁶⁹ D'après lui, « afin de réduire les terribles conséquences du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Montréal, on ne devrait pas diminuer le nombre de sites d'échange de seringues, mais plutôt l'augmenter ».³⁷⁰ Abondant dans le même sens, des chercheurs canadiens ont affirmé :³⁷¹

Si les PÉS attirent les [utilisateurs de drogue par injection] à risque plus élevé, alors une réaction appropriée de santé publique devrait consister à miser sur cette opportunité en utilisant le PÉS comme un véhicule de changement des normes sociales entourant le partage de seringues. Selon cette perspective, il est vital que les PÉS soient conservés, en tant que pierres d'angle de la prévention du VIH.

La nécessité d'améliorer les PÉS au Canada

Bien que des PÉS existent dans plusieurs villes canadiennes importantes depuis la fin des années 80, certaines restrictions qui y sont imposées limitent souvent leur efficacité.

Dans plusieurs PÉS, le nombre de seringues remises à chaque utilisateur, à chaque visite, est limité. Des quotas individuels sont imposés. Comme l'ont indiqué Bruneau et ses collègues, de telles limites sont nées de bonnes intentions mais entraînent des conséquences négatives auxquelles on ne s'attendait pas. Par exemple, certains PÉS limitent le nombre de seringues par visite afin de favoriser les visites multiples par les utilisateurs de drogue par injection³⁷² et de permettre au personnel d'offrir des soins de santé, du soutien et du counseling à une fréquence plus soutenue. Ou, comme l'indique Hankins, des PÉS ont établi un système de quota afin d'éviter la diversion de seringues vers des revendeurs et afin d'amener les utilisateurs de drogue à avoir un contact régulier avec un point d'accès du système de santé et de services sociaux.³⁷³

Une autre restriction imposée par certains PÉS réside dans le fait que des seringues usagées doivent être rapportées afin d'en obtenir des stériles. Cette mesure a été adoptée pour assurer que les seringues souillées, qui peuvent contenir des pathogènes hématogènes, soient mises au rebut de façon plus sûre. Par exemple, la politique de CACTUS, le plus grand PÉS montréalais,

³⁶⁷ P. Lurie, commentateur invité, « Le Mystère de Montréal », *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146 : 1003.

³⁶⁸ *Ibid.* Cette hypothèse concorde avec les conclusions d'une étude menée en 1998 à Vancouver, à l'effet que les femmes qui ont fréquemment recours aux PÉS s'injectent plus fréquemment, sont plus susceptibles d'avoir une source illégale de revenu et sont plus susceptibles de se faire des injections dans des piqueries. Dans cette étude, les hommes qui fréquentaient des PÉS rapportaient des taux élevés d'usage de cocaïne. Voir C.P. Archibald, M. Ofner, S. Strathdee et coll., « Factors associated with frequent needle exchange program attendance among injection drug users in Vancouver, Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998 : 160.

³⁶⁹ Lurie, *supra*, note 367, p. 1003-1004.

³⁷⁰ *Ibid.*, p. 1005. Voir aussi J. Bruneau, N. Lachance, J. Soto et coll., « Changes in HIV seroprevalence rates of IDUs attending needle exchange programs (NEP) in Montreal : the Saint-Luc cohort », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1999, 10 (supplé. B); *Abrégés de la VIIIe Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida (mai 1999)*.

³⁷¹ Strathdee et coll., *supra*, note 15.

³⁷² Bruneau et coll., *supra*, note 350, p. 1001.

³⁷³ Hankins et coll., *supra*, note 88, p. 1141.

fonctionnait selon un ration 1:1 et était limité à un maximum de 15 seringues par personne par jour.³⁷⁴

En général, on s'inquiète, parmi les professionnels de la santé, que le nombre de seringues distribuées au Canada soit de beaucoup inférieur à ce dont ont besoin les utilisateurs de drogue par injection. Dans un rapport québécois de 1998, on affirme que le nombre de seringues est inférieur au besoin estimé.³⁷⁵ Le système de quota a un impact important sur les injecteurs de cocaïne, qui peuvent se faire quelque 20 injections par jour.³⁷⁶ Par conséquent, il est avancé que l'accès à des seringues stériles ne devrait pas être limité en nombre.³⁷⁷ Les professionnels de la santé soulignent aussi que la distribution secondaire de matériel d'injection stérile, par les clients de PÉS, devrait être encouragée.³⁷⁸

D'autres limites viennent du nombre insuffisant de PÉS au Canada et du fait qu'ils sont généralement situés dans les grandes villes. Les personnes qui vivent en milieu rural ou dans de petites villes ont généralement peu d'accès à ces programmes. De plus, même au sein de grandes villes, les PÉS sont centralisés, en partie pour des raisons d'efficacité politique, c'est-à-dire pour éviter les démarches d'approbation qui sont souvent nécessaires pour implanter un PÉS dans un secteur donné.³⁷⁹ De plus, les personnes qui sont en prison, que ce soit dans un établissement fédéral ou provincial, au Canada, ne se voient pas remettre de matériel d'injection stérile.³⁸⁰ Comme on le résume dans un rapport gouvernemental, seulement une mince proportion des utilisateurs de drogue par injection ont accès à un PÉS.³⁸¹

Les heures de fonctionnement des PÉS sont une autre limite à leur efficacité. À Montréal, par exemple, CACTUS n'était ouvert que de 9h00 à 16h00. Dans les régions rurales, du matériel d'injection stérile est fourni par des cliniques communautaires ou l'urgence d'hôpitaux, mais parfois pendant deux heures par semaine seulement.³⁸²

Les pharmaciens, en raison de leur réticence à fournir des seringues aux utilisateurs de drogue par injection, dans la plupart des régions du Canada, sont une autre source de préoccupation. Pendant les années 80, plusieurs collèges provinciaux des pharmaciens ont conseillé à leurs membres de ne pas vendre de matériel d'injection à des personnes susceptibles d'être des utilisateurs de drogue illégale. Ce conseil était fondé sur la croyance erronée selon laquelle les pharmaciens seraient l'objet de poursuites criminelles pour aide ou encouragement à un acte criminel. Un observateur commente d'ailleurs : « Il ne fait pas de doute que les ventes limitées ont contribué à accroître la vulnérabilité au VIH, aux hépatites B et C et à d'autres infections sanguines, chez les utilisateurs de drogue. »³⁸³ L'Association des pharmaciens du Canada a recommandé par la suite aux pharmaciens que des aiguilles et des seringues soient vendues aux utilisateurs de drogue désireux de s'en procurer. En dépit de ce changement de cap, une étude nationale publiée en 1995 a conclu que des efforts plus importants étaient nécessaires de la part de ces professionnels, « pour que les pharmaciens deviennent des partenaires de prévention aussi efficaces qu'ils pourraient l'être ».³⁸⁴

Le rôle crucial des pharmaciens dans l'amélioration de l'accessibilité du matériel d'injection stérile a déjà été mis en relief.³⁸⁵ Certains d'entre eux continuent d'être rébarbatifs à mettre ce matériel à la disposition des utilisateurs de drogue. Certains se préoccupent de possibles impacts négatifs sur les revenus de leur commerce et sur la qualité du service offert aux autres clients; d'autres craignent une hausse du vol à l'étalage ou le retour à leur comptoir de seringues usagées contenant du sang qui renferme le VIH.³⁸⁶

³⁷⁴ Bruneau et coll., *supra*, note 350, p. 1001.

³⁷⁵ *Les Programmes de Prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec : Une démarche collective d'évaluation*, Centre de Santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998.

³⁷⁶ *Ibid.*; et Hankins, *supra*, note 88, p. 1141.

³⁷⁷ American Bar Association, *supra*, note 90, p. 233; H. Stover, K. Schaller, « AIDS Prevention with Injecting Drug Users in the Former West Germany : A User-Friendly Approach on a Municipal "Level" », dans *The Reduction of Drug-Related Harm*, *supra*, note 94, p. 192.

³⁷⁸ Des Jarlais, *supra*, note 83, p. 1582.

³⁷⁹ Hankins, *supra*, note 88, p. 1141.

³⁸⁰ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996; et Hankins, *supra*, note 88, p. 1138.

³⁸¹ Gouvernement du Québec, *supra*, note 84, p. 35.

³⁸² Hankins, *supra*, note 88.

³⁸³ *Ibid.*, p. 1136.

³⁸⁴ Abordé dans Hankins, *ibid.*

³⁸⁵ *Preventing HIV Transmission*, *supra*, note 363, p. 123; Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1582.

³⁸⁶ *Preventing HIV Transmission*, *supra*, note 363, p. 124.

Il a été recommandé qu'au Canada des mesures soient adoptées pour inciter un plus grand nombre de pharmaciens à mettre du matériel stérile à la disposition des utilisateurs de drogue par injection. Notamment dans des régions rurales ou semi-urbaines, les pharmacies peuvent constituer une des rares possibilités de s'en procurer. Il a été suggéré que les pharmaciens qui participent à ces activités de réduction des méfaits s'occupent d'éduquer leurs pairs pour les encourager à s'impliquer eux aussi dans la prévention.³⁸⁷ On a aussi recommandé que les pharmaciens songent à offrir un meilleur prix aux personnes qui rapportent leurs seringues usagées,³⁸⁸ comme c'est le cas en Nouvelle-Zélande.³⁸⁹

Afin que les PÉS soient aussi efficaces que possible dans la réduction de la propagation du VIH, il est fondamental que ces programmes ne se limitent pas à la provision de matériel d'injection. Des soins de santé, du counselling, de l'éducation et du soutien devraient aussi y être disponibles. Une étude effectuée en Colombie-Britannique (1997) a révélé que, dans les villes où les PÉS offrent des services complets incluant le test du VIH, du counselling, de l'éducation et la possibilité de choisir une option de traitement de la dépendance, l'incidence du VIH et les comportements à risque ont considérablement diminué.³⁹⁰ Cependant, les PÉS ne devraient pas *exiger*, comme condition de l'échange de seringues, que les utilisateurs de drogue par injection participent à d'autres services qu'ils leur offrent.³⁹¹ Un autre élément important, nécessaire à la réussite des PÉS, réside dans le respect de leurs employés à l'égard des utilisateurs de drogue en tant que personnes à part entière.³⁹²

Questions juridiques

Au Canada, on l'a déjà expliqué, il est légal de donner ou de vendre du matériel d'injection stérile aux utilisateurs de drogue par injection. Cependant, les employés et les clients de PÉS peuvent faire l'objet d'accusations criminelles, en vertu de la LDS, si les seringues qu'ils possèdent renferment des traces de drogue illégale. Il convient aussi de noter que, bien qu'il ne soit pas obligatoire sur le plan légal qu'ils donnent de l'information sur la drogue illégale ou répondent aux questions de la police, les employés de PÉS peuvent être convoqués en cour pour témoigner et déposer les dossiers de leur service, pour un procès.³⁹³ Il a été suggéré que le personnel de PÉS recueille aussi peu d'information personnelle que possible, au sujet des individus qui participent à leur programme; en particulier, le nom des clients et d'autres renseignements permettant leur identification ne devraient pas être conservés par les conseillers et les autres employés de ces programmes.

Les programmes de traitement d'entretien à la méthadone

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est reconnu à travers le monde comme un moyen de réagir à la dépendance aux opiacés.³⁹⁴ Comme l'ont indiqué Des Jarlais et Friedman, le TEM est un exemple important de mesure de réduction des méfaits qui met l'accent sur des buts pragmatiques à court terme, plutôt que des objectifs idéalistes à long terme.³⁹⁵

Comme nous en avons discuté dans le chapitre intitulé « La prescription d'opiacés et de stimulants désignés », le TEM présente plusieurs avantages et des données convaincantes ont été recueillies au fil des ans quant à la sûreté et à l'efficacité de la méthadone.³⁹⁶ En particulier,

³⁸⁷ Hankins, *supra*, note 88, p. 1136.

³⁸⁸ *Ibid.*

³⁸⁹ Loue et coll., *supra*, note 343, p. 386.

³⁹⁰ Strathdee et coll., *supra*, note 15, p. 63.

³⁹¹ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83.

³⁹² *Ibid.*

³⁹³ S. Uspich, R. Solomon, « Notes on the Potential Criminal Liability of a Needle Exchange Program », *Health Law in Canada*, 1988, 42.

³⁹⁴ Nadelmann, *supra*, note 95, p. 52.

³⁹⁵ Des Jarlais et Friedman, *supra*, note 156.

³⁹⁶ Gerstin, *supra*, note 214, p. 254.

Les politiques actuelles mettent « trop d'emphase sur la protection de la société contre la méthadone, et pas assez sur la protection de la société contre l'épidémie de dépendances, de violence et de maladies infectieuses que la méthadone peut aider à réduire ».

il a été démontré que l'entretien à la méthadone conduit à des diminutions importantes et soutenues, sur les plans de l'usage de drogues illicites, des comportements qui exposent l'individu au risque de contracter le VIH, des complications médicales liées à l'injection de drogue ainsi que de l'activité criminelle, diminutions qui résultent subséquemment en une amélioration de l'ensemble du fonctionnement médical, social et professionnel.³⁹⁷

Obstacles à l'efficacité des programmes de méthadone

Les restrictions imposées dans le cadre des programmes de traitement à la méthadone sont venues de plusieurs facteurs. L'un d'entre eux est l'opposition philosophique à ce traitement et à son utilisation pour parvenir à une abstinence d'usage de stupéfiants.³⁹⁸ Comme l'a écrit un observateur, « le traitement d'entretien à la méthadone offre un exemple évident de l'entrave, par la réglementation, à l'efficacité d'un programme controversé de santé publique à l'intention de gens qui n'ont pas la faveur populaire ». ³⁹⁹ Le US Institute of Medicine a conclu que les politiques actuelles mettent « trop d'emphase sur la protection de la société contre la méthadone, et pas assez sur la protection de la société contre l'épidémie de dépendances, de violence et de maladies infectieuses que la méthadone peut aider à réduire ». ⁴⁰⁰ La même remarque a été faite au Canada, où l'on a déploré que les règles et les règlements des programmes de méthadone soient souvent des obstacles à la provision de soins efficaces aux utilisateurs de drogue par injection.⁴⁰¹

Peu de places, peu de financement, autres problèmes

Le nombre de personnes dépendantes de l'héroïne qui reçoivent un traitement à la méthadone est faible, au Canada. D'après un rapport québécois, la proportion de programmes d'entretien à la méthadone, pour les personnes dépendantes de l'héroïne, est plus forte en Suisse, en Australie, et même aux États-Unis.⁴⁰² Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, en Ontario, est arrivé à la même conclusion : il a affirmé qu'un examen du nombre de places en traitement à la méthadone par million d'habitants montre que le Canada se trouve « au bas de l'échelle » en comparaison avec d'autres pays comme l'Australie, la Suisse et la Belgique.⁴⁰³

De plus, le financement des programmes de méthadone au Canada est insuffisant et trop peu de médecins et de pharmaciens participent à la provision de TEM.⁴⁰⁴ Nous y reviendrons plus loin, les programmes du Canada sont aussi critiqués pour l'arsenal de règles qu'ils imposent à leurs patients, comme de rigoureuses procédures d'évaluation, l'exigence de visites quotidiennes, l'imposition de la condition d'abstinence d'autres drogues et les analyses d'urine au hasard.⁴⁰⁵ D'autres obstacles sont les frais imposés aux participants ainsi que les frais de pharmacie.⁴⁰⁶

Des programmes de méthadone sont critiqués pour leur orientation sur l'abstinence. Les patients de plusieurs de ces programmes sont supposés s'abstenir d'utiliser des drogues qui ne leur sont pas prescrites. L'analyse d'urine est le principal instrument de vérification du respect de cette exigence. De telles règles sont considérées comme un facteur incitant les personnes qui ont une dépendance à la drogue à ne pas se faire traiter. Il a été affirmé que :⁴⁰⁷

Les services en matière de drogue doivent mettre la priorité sur le besoin d'établir et de maintenir le contact avec les utilisateurs de

³⁹⁷ P. O'Connor, P. Selwyn et R. Schottenfeld, « Medical care for injection drug users with human immunodeficiency virus infection », *New England Journal of Medicine*, 1994, 331 : 450, p. 454.

³⁹⁸ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1581.

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 1583.

⁴⁰⁰ *Federal Regulation of Methadone Treatment*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1995, cité dans Des Jarlais, *ibid.*, p. 1581.

⁴⁰¹ Millar, *supra*, note 86, p. 17.

⁴⁰² R. Cloutier, *Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone*, présenté au sous-ministre adjoint à la Santé publique, 9 avril 1999.

⁴⁰³ Fischer, *supra*, note 227, p. 368.

⁴⁰⁴ Millar, *supra*, note 86, p. 17.

⁴⁰⁵ *Ibid.*

⁴⁰⁶ *Ibid.*

⁴⁰⁷ P.A. O'Hare, « A Note on the Concept of Harm Reduction », dans *The Reduction of Drug-Related Harm*, *supra*, note 94.

drogue par injection afin qu'ils puissent travailler à modifier leurs comportements. Afin de maximiser les contacts, les services ne peuvent plus se permettre de limiter leur travail à ceux qui veulent cesser l'usage de drogue. On estime que seulement entre 5 et 10% de la population qui fait usage de drogue est disposée à envisager à un moment donné un programme axé sur l'abstinence.

Règles et réglementation

En vertu de l'article 68 (1) d) du *Règlement sur les stupéfiants*, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser par écrit tout praticien à vendre, prescrire, donner ou administrer de la méthadone. Les demandes de prescription de méthadone sont examinées par le Bureau de surveillance des médicaments. Les permis sont accordés par le Programme des produits thérapeutiques au nom du ministre de la Santé.⁴⁰⁸

L'obtention par les médecins d'une autorisation du gouvernement fédéral pour prescrire de la méthadone est devenue obligatoire en 1972. On l'a mentionné précédemment, l'introduction de ce mécanisme a conduit à une diminution du nombre de professionnels de la santé disposés à donner un traitement de méthadone à des personnes dépendantes d'opiacés. En 1992, la Direction générale de la protection de la santé a publié des directives sur l'entretien à la méthadone, intitulées *L'usage des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*.⁴⁰⁹ Les exigences à l'endroit des médecins prescrivant de la méthadone, les critères d'admission des patients à ce traitement, les provisions concernant l'analyse d'urine, les doses et les permissions de doses à apporter étaient indiqués dans ces directives. Des médecins et des patients se sont plaint que les directives étaient trop restrictives et qu'elles faisaient entrave à l'accès au traitement.⁴¹⁰ En 1996, le gouvernement fédéral a délégué aux provinces l'autorité d'établir les conditions d'autorisation aux médecins de prescrire la méthadone,⁴¹¹ mais les médecins doivent encore obtenir l'autorisation du fédéral en vertu du *Règlement sur les stupéfiants*, afin de prescrire ou d'administrer de la méthadone à leurs patients.

Des médecins, d'autres professionnels des soins de santé ainsi que des patients considèrent encore que le mécanisme en vigueur au Canada décourage des personnes dépendantes de drogue de demander un traitement pour leur dépendance. En janvier 99, un médecin ontarien a écrit :⁴¹²

Une immense controverse entoure les sévères restrictions à l'endroit des patients qui prennent de la méthadone – des restrictions qui ne s'appliquent d'aucune façon à la prescription d'autres stupéfiants aussi dangereux, voire davantage. On en aurait pour un traité complet à expliquer l'histoire politique et philosophique qui sous-tend la sévérité des normes que doivent respecter les patients qui reçoivent de la méthadone en Ontario [... et qui] considèrent généralement que les *Directives* sont oppressives et contraires au principe d'autonomie du patient. [trad.]

En Colombie-Britannique, un autre médecin a déclaré que les règles en vigueur – procédures rigoureuses d'évaluation, visites quotidiennes, analyse d'urine au hasard – poussent plusieurs personnes dépendantes de drogue à ne pas se faire soigner.⁴¹³

⁴⁰⁸ Réunion de consultation nationale sur le traitement d'entretien à la méthadone, 19-20 février 1998.

⁴⁰⁹ Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services, 1992.

⁴¹⁰ Réunion de consultation nationale, *supra*, note 408, exposé de J.M. Ruel sur la perspective historique du traitement à la méthadone au Canada.

⁴¹¹ Hankins, *supra*, note 88, p. 1141.

⁴¹² Lettre de P. Berger datée du 7 janvier 1999.

⁴¹³ Millar, *supra*, note 86, p. 17.

Les doses inadéquates de méthadone, par exemple, sont controversées. Un observateur a fait remarquer que le but d'un médecin est de parvenir à une dose efficace sur le plan thérapeutique, pour le patient. On a observé que des traitements avec une dose relativement forte et assortis de la participation des patients à des séances de discussion parvenaient à un meilleur taux de rétention des patients.⁴¹⁴ Dans la majorité des programmes de méthadone de l'Amérique du Nord, en moyenne un tiers des patients abandonne pendant les douze premiers mois, puis un autre tiers après 12 à 24 mois.⁴¹⁵ Il a été affirmé qu'il existe d'importantes variations dans la métabolisation de la méthadone chez les patients, étant donné les différences de métabolisme de chaque individu et de l'absorption par le système gastro-intestinal.⁴¹⁶ La complexité et la rigidité des règles imposées aux médecins, soutient-on, va à l'encontre de la notion selon laquelle un traitement devrait être individualisé en fonction des besoins du patient.⁴¹⁷ Comme l'affirment certains professionnels de la santé, les dosages maximum sont peut-être dictés par la politique ou les politiques, plutôt que par des critères médicaux.⁴¹⁸

Enchaînons avec un bref aperçu des directives ou règlements qui régissent la méthadone dans certaines provinces – l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique – afin de mettre en relief certaines des conditions imposées aux médecins et aux patients qui participent à des programmes de traitement de la dépendance aux opiacés.

En Ontario

En 1996, le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, la Fondation de recherche sur la toxicomanie et le Collège des pharmaciens de l'Ontario ont élaboré des directives pour l'entretien à la méthadone dans cette province.⁴¹⁹ Pour être admissible à un programme de traitement à la méthadone, en Ontario,

- le candidat doit être âgé d'au moins 18 ans;
- il doit satisfaire aux critères établis dans le *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-IV) concernant la dépendance aux opiacés;
- il doit présenter d'importants antécédents d'usage d'opiacés ou avoir échoué au traitement; et
- le résultat d'un test de détection d'opiacés dans l'urine doit être positif.

Des évaluations médicales et psychologiques sont effectuées sur le candidat au traitement. Une entente de traitement doit être signée, établissant les responsabilités et obligations du patient. Le patient doit être avisé si le centre de traitement de la dépendance où il souhaite être traité n'offre pas de soins médicaux complets.

Un dépistage toxicologique dans l'urine est effectué pour s'assurer que le patient prend la méthadone qui lui est prescrite et pour détecter s'il utilise des drogues non prescrites. Les directives stipulent que « règle générale, la validité des résultats de l'analyse d'urine augmente si l'échantillon est fourni sous surveillance ». Le patient doit fournir un échantillon d'urine à toutes les deux semaines pendant la période de stabilisation à la méthadone; après cette étape, le prélèvement est fait sur une base aléatoire. Les directives ontariennes suggèrent en outre un protocole de dosage de la méthadone.

Les doses de réserve, pour apporter à la maison, ne sont pas recommandées pendant les trois premiers mois de la phase de stabilisation. Par la suite, les patients qui sont jugés « fonctionnellement stables » peuvent obtenir le privilège de recevoir de doses de réserve. Cette évaluation procède d'une liste de critères

⁴¹⁴ Zweben et Payte, *supra*, note 213, p. 591.

⁴¹⁵ Price et D'Aunno, *supra*, note 236, p. 46.

⁴¹⁶ Fischer, *supra*, note 215.

⁴¹⁷ Zweben et Payte, *supra*, note 213, p. 519.

⁴¹⁸ Des Jarlais et coll., *supra*, note 83, p. 1581.

⁴¹⁹ *Methadone Maintenance Guidelines*, *supra*, note 212.

spécifiques, incluant l'abstinence, la participation active au traitement à la méthadone, et l'insertion sociale, comme l'obtention d'un emploi. Lorsque l'évaluation de leur cas est positive, les patients ayant participé à un programme de méthadone pendant 3 mois peuvent recevoir 3 doses à apporter, ceux qui y participent depuis 6 mois peuvent recevoir 5 doses et, après 12 mois, on peut leur remettre jusqu'à 6 doses à apporter à la maison.

Le ministère de la Santé de l'Ontario, qui octroie des fonds au Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario pour qu'il administre le programme provincial de méthadone, lui a demandé d'assurer un contrôle de qualité. En 1998, le Collège a interviewé des médecins qui prescrivent de la méthadone. Certains d'entre eux ont reçu la directive de s'abstenir d'en prescrire à cause d'un manque de fidélité stricte aux directives. Les médecins ont eu recours à un conseiller juridique et le Collège est parvenu à une entente de règlement.

En Colombie-Britannique

Le College of Physicians and Surgeons of British Columbia, comme sa contrepartie ontarienne, a adopté des directives sur l'entretien à la méthadone.⁴²⁰ L'admissibilité aux programmes de méthadone est semblable à celle définie par les directives ontariennes. En ce qui concerne l'analyse d'urine, les patients doivent fournir des échantillons deux fois par semaine pendant les trois premiers mois du traitement. Certains sont supervisés pendant qu'ils urinent. Après ce stade, on effectue des tests sur une base aléatoire à une fréquence d'au moins deux fois par mois. On donne aux patients la directive de ne pas faire usage de drogues illégales. Un résultat positif au dépistage de ces drogues par l'analyse d'urine peut entraîner le retrait du patient du programme de méthadone.

Les privilèges de doses de réserve sont limités, d'après les directives de la C.-B., en raison de la possibilité de diversion de la méthadone. En toutes circonstances, les doses à apporter avec soi sont limitées à une période de 4 jours. Une dose quotidienne de méthadone excédant 100 mg par jour doit être justifiée et les motifs doivent être clairement indiqués au dossier du patient; une consultation doit avoir eu lieu avec l'autorité d'accréditation et Santé Canada doit être informé par écrit. À l'exception des doses à apporter, les doses quotidiennes de méthadone doivent être prises sous la supervision directe d'un professionnel de la santé. Le nombre de patients qu'un professionnel est autorisé à traiter dépend du degré de soins professionnels et thérapeutiques requis par chaque patient. La limite du nombre de dossiers permis à un médecin est déterminée par Santé Canada et l'autorité d'accréditation.

En Alberta

Une agence du gouvernement provincial albertain, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, a publié des directives sur la méthadone.⁴²¹ Les programmes de méthadone sont réservés aux personnes qui ont une dépendance de longue date aux opiacés et qui ont essayé sans succès d'autres formes de traitement. Les patients sont supposés s'abstenir de consommer toute autre drogue, y compris la marijuana et le haschisch, l'alcool et les autres stupéfiants et les analgésiques stupéfiants. Des analyses d'urine, au moyen d'une bande thermosensible qui est immergée dans l'échantillon d'urine, sont effectuées régulièrement pour assurer que les patients respectent cette règle. Les patients qui continuent de faire usage de drogues non autorisées sont soumis à un sevrage obligatoire.

⁴²⁰ College of Physicians and Surgeons of British Columbia, *Methadone Maintenance*; et College of Physicians and Surgeons of British Columbia, *Golden Rules Methadone Treatment Guidelines*.

⁴²¹ Voir références dans AADAC Adult Services, *Opiate Dependency Program – Client's Manual*, Edmonton, West End Treatment Centre, septembre 1998; AADAC Adult Services, *A brief description of West End Treatment Centre Opiate Dependency Program*, non daté; AADAC Adult Services, *Opiate Dependency Program – Pharmacist's Manual*, Edmonton, West End Treatment Centre, 1997.

Après quatre à six semaines de traitement, les clients qui sont stabilisés à une dose donnée de méthadone ont la permission d'obtenir la méthadone d'une pharmacie communautaire. Les clients doivent payer et ingérer la méthadone à la pharmacie. Cette dernière mesure vise à empêcher la diversion. Les doses à apporter avec soi sont permises pour jusqu'à 4 jours.

Les politiques carcérales

Des préoccupations sont aussi exprimées en ce qui concerne l'accès limité au TEM en prison. En septembre 1996, la British Columbia Corrections Branch a adopté une politique permettant la continuation du traitement à la méthadone chez les adultes qui suivaient déjà ce traitement dans la communauté avant leur incarcération, devenant la première autorité correctionnelle au Canada à adopter une approche uniforme pour l'accès à ce traitement. Le 1 décembre 1997, le système carcéral fédéral a annoncé la même décision. Aujourd'hui, dans le système fédéral et dans certains systèmes de détention au palier provincial – mais pas tous –, les détenus qui suivaient déjà un TEM avant leur incarcération peuvent le poursuivre en prison. Cependant, aucun système au Canada n'a adopté de politique d'accès au TEM pour les détenus qui ne recevaient pas ce traitement avant l'incarcération, bien que quelques systèmes envisagent de le faire dans un avenir rapproché. Le système fédéral a déjà mis en œuvre une politique dite de circonstances exceptionnelles en vertu de laquelle certains détenus « qui ont un besoin évident d'intervention immédiate » [trad.] peuvent recevoir un TEM même s'ils n'en suivaient pas avant d'être incarcérés.⁴²²

Considérations éthiques

Roy a écrit :

Le but ultime ou la fin que visent ces programmes concerne la réduction ou l'élimination d'une constellation de méfaits qui accompagnent la dépendance à des drogues et à l'injection de drogue. Les PÉS et les PTEM [programmes de traitement d'entretien à la méthadone] sont des moyens de parvenir à cette fin.

Cependant, ces programmes ne sont pas des moyens efficaces lorsqu'ils fonctionnent de manières qui imposent des restrictions qui les condamnent à échouer à satisfaire les besoins des personnes à l'intention desquelles ils avaient été conçus. Ces programmes échouent aussi si leur mode de mise en œuvre entre en conflit avec leurs buts essentiels. Dans le cas des PTEM, l'un des buts est d'aider les gens à stabiliser leur vie et à se réhabiliter socialement (redevenir capable de s'occuper d'un logement, d'aller à l'école, de conserver un emploi), bref à recouvrer un degré croissant de dignité humaine. Comment pouvons-nous y arriver, pourtant, si les PTEM fonctionnent d'une façon qui se rit de la dignité de la personne, qui porte atteinte à la vie privée élémentaire de l'individu et qui lui refuse son autonomie?⁴²³

En vertu de l'éthique de la réduction des méfaits, toute mesure pour diminuer les conséquences néfastes liées à l'usage de drogue est valable;⁴²⁴ la dépendance à la drogue y est abordée de manière pragmatique, sans

⁴²² Voir VIH/sida et prisons (feuillet d'information 7), *Prévention et traitement : la méthadone*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

⁴²³ Roy, *supra*, note 109.

⁴²⁴ *Ibid.*

moralisation. L'éthique de la réduction des méfaits ne cherche pas à obtenir l'abstinence dès maintenant :

La réduction des méfaits englobe l'abstinence en tant que but certes désirable, mais elle reconnaît que, lorsque l'abstinence n'est pas possible, le fait de laisser de côté d'autres moyens disponibles pour réduire la souffrance humaine enfreint les principes éthiques.⁴²⁵

L'éthique de la réduction des méfaits repose sur la notion que le présent d'un utilisateur de drogue est influencé par son passé, mais que le passé ne détermine pas l'avenir; de nouveaux accomplissements peuvent se présenter dans le futur, mais le passé n'en sera pas pour autant dissipé rapidement. Si on considère que les programmes d'échange de seringues ou de traitement à la méthadone sont fautifs sur le plan moral, ou si on les considère comme une capitulation devant la délinquance, les moyens nécessaires pour réduire les préjudices portés aux utilisateurs de drogue seront obstrués.

Loue et coll.⁴²⁶ projettent sur les PÉS les quatre principes de (1) bienfaisance et de non-malfaisance; (2) respect des personnes (autonomie et dignité); (3) justice et équité; et (4) utilitarisme. Ces principes peuvent être appliqués également aux programmes de méthadone.

La bienfaisance et la non-malfaisance concernent la maximisation des bienfaits pour le patient et la minimisation des méfaits. Les programmes d'échange de seringues profitent aux injecteurs de drogue qui y participent, en réduisant leur risque de contracter des maladies mortelles comme l'infection à VIH ou l'hépatite C. Le respect des personnes englobe le droit de l'individu à l'autodétermination, ou la capacité de prendre des décisions éclairées concernant le cours d'action à suivre.⁴²⁷ Les PÉS tentent d'aider les utilisateurs de drogue par injection à prendre des décisions saines, comme d'utiliser des seringues stériles. Les PÉS peuvent aussi promouvoir le respect des personnes en accroissant leur accès à des services de traitement de la dépendance et en mettant du counselling à leur disposition. Le respect des personnes nécessite aussi que la confidentialité des clients soit rigoureusement préservée, en particulier lorsque le refus de ce faire pourrait conduire à la stigmatisation sociale et à des poursuites criminelles.⁴²⁸ Le principe éthique de la justice et de l'équité commande une distribution équitable des fardeaux et des bienfaits, parmi les individus et la communauté. En tant que société, nous avons alloué trop peu de ressources pour s'occuper des problèmes qu'ont les utilisateurs de drogue par injection. Le principe de l'utilitarisme dicte la maximisation du bienfait pour la société. Lorsque les utilisateurs de drogue par injection amorcent un programme de traitement, suivant la suggestion d'un employé de PÉS, le nombre de gens d'une communauté à avoir besoin de soins médicaux s'en trouve réduit, ce qui réduit la morbidité reliée à l'usage de drogue.⁴²⁹

Recommandations

L'application des recommandations suivantes contribuerait grandement à ce que les programmes d'échange de seringues et de traitement d'entretien à la méthadone, au Canada, réussissent mieux.

Méthadone

50. Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux devraient prendre les mesures nécessaires pour assurer que des programmes d'entretien à la

⁴²⁵ N. Gunn, C. White, R. Srinivasan, « Primary care as harm reduction for injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1191, p. 1195.

⁴²⁶ Loue et coll., *supra*, note 343.

⁴²⁷ *Ibid.*

⁴²⁸ *Ibid.*

⁴²⁹ *Ibid.*

méthadone soient disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires, y compris en région rurale et semi-urbaine.

51. Les responsables gouvernementaux en matière de santé et les Collèges des médecins et chirurgiens devraient assurer que des services complets soient accessibles aux personnes qui participent à un programme de méthadone. Ceci inclut les soins de santé de premier recours, le counselling, l'éducation et les services de soutien.
52. Les systèmes correctionnels devraient assurer que les détenus qui suivaient un programme d'entretien à la méthadone avant leur incarcération aient la possibilité de continuer ce traitement en prison, et que les détenus aient la capacité d'amorcer ce traitement en prison d'après les mêmes critères d'admissibilité qu'hors de prison.
53. Afin de dissiper les mythes courants au sujet du traitement d'entretien à la méthadone, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé devraient prendre les mesures nécessaires pour assurer que des programmes d'éducation du public et de la documentation sur les programmes de méthadone soient disséminés dans toutes les régions du pays.
54. Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les Collèges des médecins et chirurgiens, en consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires, devraient effectuer une révision de la réglementation et des règles concernant la méthadone, afin d'assurer qu'elles soient en conformité avec les besoins des utilisateurs de drogue par injection, sur le plan des soins, des traitements et du soutien.
55. L'Association des facultés de médecine du Canada, les établissements universitaires en sciences de la santé ainsi que l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement devraient assurer que des cours sur l'usage de drogue, les programmes d'entretien à la méthadone et la gestion de la douleur soient intégrés au programme de formation des facultés de médecine, de pharmacie et de sciences infirmières.
56. Santé Canada et les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé, en consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires, devraient développer des mesures pour le contrôle de la qualité des programmes de méthadone au Canada.
57. Les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé devraient assurer que les programmes de méthadone soient sensibles aux besoins des diverses populations (p. ex. les autochtones).
58. Les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé, de même que les Collèges des médecins et chirurgiens, devraient prendre des mesures pour assurer que les programmes de méthadone soient fondés sur les principes de la réduction des méfaits. Le respect de l'individu, la souplesse du traitement et le caractère soutenu du traitement devraient faire partie intégrante de chaque programme.
59. Les Collèges des médecins et chirurgiens devraient considérer la pertinence de créer une spécialité médicale dans le domaine de la dépendance.

Programmes d'échange de seringues

60. Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux devraient assurer que des programmes d'échange de seringues soient faciles d'accès pour les utilisateurs de drogue par injection partout au Canada.
61. Le gouvernement fédéral devrait abroger les lois criminelles qui assujettissent les utilisateurs de drogue par injection et les employés des services d'échange de seringues à la responsabilité criminelle en cas de possession de matériel pour la consommation de drogue contenant des traces d'une substance désignée.
62. Une réunion devrait être financée par les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux, à l'intention des employés de services d'échange de seringues, à travers le pays, en vue d'élaborer de la documentation sur les meilleures pratiques.
63. Les responsables en matière de santé devraient assurer que l'on abandonne le système de quota qui régit le nombre de seringues échangeables dans des services d'échange de seringues; les utilisateurs de drogue par injection devraient avoir accès à autant de seringues qu'il leur en faut, sans frais.
64. Santé Canada devrait octroyer des fonds pour l'étude des questions juridiques et éthiques soulevées par la perspective de fournir des seringues stériles à des mineurs.
65. Les systèmes correctionnels devraient rendre disponible en prison du matériel d'injection stérile.
66. Les associations de pharmaciens ainsi que leurs instances d'accréditation devraient encourager ces professionnels à distribuer du matériel d'injection stérile.



Conclusion

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida et l'injection de drogue. Les nombres de cas d'infection à VIH et de sida attribuables à l'injection de drogue sont en hausse constante. Déjà en 1996, la moitié du nombre estimé de nouveaux cas d'infection à VIH se situait parmi les utilisateurs de drogue par injection.

La réaction du Canada dans cette crise est loin d'être efficace et concertée. De fait, le manque d'action appropriée donne à certains le sentiment qu'une autre tragédie de santé publique est en gestation, comparable à celle qui a éclaté pendant les années 80 dans le dossier du sang contaminé – et illustre que peu de leçons, voire aucune, ont été retenues à ce chapitre. Comme l'a décrit Scirrow,

Un groupe marginalisé – les utilisateurs de drogue par injection – est frappé par une vague de décès et de maladie résultant non pas des substances consommées, mais des méthodes inefficaces et inadaptées que nous employons pour lutter contre l'usage de drogue illicite et la toxicomanie. On observe dans ce domaine la même réticence à analyser correctement le problème ou à mettre de côté les méthodes conventionnelles et les vieilles idées. On observe une lutte de pouvoir entre les forces de l'ordre et les autorités de la santé publique sur la façon d'aborder le problème. On observe parmi les décideurs et bon nombre de professionnels de la santé une profonde méconnaissance du groupe et des individus à risque.⁴³⁰

Le présent rapport et les consultations tenues pour sa rédaction démontrent une fois de plus que l'illégalité des drogues, au Canada, contribue aux difficultés que l'on éprouve à réagir au problème du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Cependant, on a constaté que bien des choses peuvent être faites dès maintenant, dans le cadre législatif actuel, sans attendre l'avènement de

⁴³⁰ J. Scirrow, « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3) : 39-47.

changements légaux au demeurant fort nécessaires – bien des choses *doivent* être faites, comme l’indique l’analyse éthique, à laquelle ne résistent pas les approches actuelles.

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

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

Il est incorrect, d’un point de vue *éthique*, de conserver des politiques et des programmes qui insistent sur l’abstinence de l’usage de drogue d’une manière si unilatérale et si utopique qu’on laisse de côté l’urgence qui appelle une attention plus immédiate : celle de réduire les souffrances des utilisateurs de drogue et d’assurer leur survie, leur santé et leur croissance vers la liberté et la dignité.

Il est incorrect, d’un point de vue *éthique*, de négliger complètement de mettre sur pied les études qui sont nécessaires pour générer les connaissances dont il nous faut disposer pour mieux prendre soin des personnes qui font usage de drogue et qui sont séropositives.

Il est incorrect, d’un point de vue *éthique*, de refuser aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs la participation à des essais cliniques lorsque cette exclusion ne découle pas de raisons scientifiques mais plutôt de préjugés, de discrimination ou simplement de considérations pratiques visant à simplifier la tâche aux chercheurs dans le cours des essais.

Il est incorrect, d’un point de vue *éthique*, de manipuler ou de supprimer de l’information que les utilisateurs, les professionnels et le public en général doivent recevoir, au sujet des drogues illégales, pour pouvoir agir de manière responsable.

Il est incorrect, d’un point de vue *éthique*, de créer des programmes de traitement ou de prévention qui sont conçus d’une telle manière qu’ils donnent d’une main pour reprendre de l’autre.

Il est *impératif* de reconnaître – avec toutes les conséquences éthiques de cette réalité éthique – que les personnes qui font usage de drogue possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.⁴³¹

⁴³¹ Roy, *supra*, note 109.

CONCLUSION

La mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport améliorera sur-le-champ la capacité de prévenir la propagation ultérieure du VIH et d'autres agents infectieux parmi les personnes qui s'injectent de la drogue, au Canada, et de donner des soins, des traitements et du soutien à celles qui ont déjà contracté le VIH ou qui sont atteintes du sida. Par conséquent, mettre en œuvre ces recommandations doit devenir une priorité urgente.



Bibliographie

Lois et règlements au Canada

Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46.

Evidence Act, R.S.B.C. 1996, ch. 124.

Health Act, R.S.N.S., 1989.

Human Rights Act, R.S.N.S., ch. 214.

Loi canadienne sur les droits de la personne, L.R.C. 1985, ch. H-6.

Loi modifiant le Code criminel (Détermination de la peine) et d'autres lois en conséquence, L.C. 1995, ch. 22.

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch 19.

Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C. (1985), ch. H-32.

Loi sur le ministère de la Santé, L.R.O. 1990, ch. M.26.

Loi sur les aliments et drogues, L.C. 1962-63, ch. 15, parties III et IV.

Loi sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991, ch. 18, art. 51.

Loi sur les stupéfiants, L.C. 1960-61, ch. 35.

Loi sur l'opium et les drogues narcotiques, L.C. 1911, ch. 17.

Règlement sur les aliments et drogues, C.R.C., ch. 870

Règlement sur les stupéfiants, C.R.C., ch. 1041.

Jurisprudence canadienne

Canada (Commission des droits de la personne) c. Banque Toronto-Dominion [1998] 4 C.F. 205 (C.A.).

Cie des chemins de fer nationaux du Canada c. Niles (1992), 142 N.R. 188 (C.A.F.).

Dunlop and Sylvester c. The Queen (1979), 47 C.C.C. (2^e) 93.

Eldridge c. British Columbia (Attorney General) (1997), 46 C.R.R. (2^e) 189 (C.S.C.).

Entrop c. Imperial Oil Ltd., [1996] O.H.R.B.I.D. n^o 30 (Commission d'enquête Ont.) (Q.L.), confirmée par [1998] O.J. n^o 422 (Cour div.) (Q.L.), autorisation d'en appeler à la C.A. Ont. accordée [1998] O.J. n^o 1927, aucun arrêt publié de la C.A. Ont.

Fleming c. Reid, [1991], 82 D.L.R. (4^e) 298 (C.A. Ont.).

Hamon c. La Reine (1993), 20 C.R.R. (2^e) 181 (C.A. Qué.), demande d'appel refusée.

Handfield c. North Thompson School District No. 26 [1995] B.C.C.H.R.D. n^o 4 (BC Council Hum Rts) (Q.L.).

Hopp c. Lepp, [1980] 2 R.C.S. 192.

Hunter c. Southam, [1984] 2 R.C.S. 145.

Iorfida c. MacIntyre (1994), 93 C.C.C. (3^e) 395 (Cour Ont. Div. gén.).

Le Syndicat des détaillants, grossistes et magasins à rayons, section locale 580 c. Dolphin Delivery Ltd., [1986] 2 R.C.S. 573, 33 D.L.R. (4^e) 174.

Male c. Hopmans (1967), 64 D.L.R. (2^e) 105 (C.A. Ont.).

Malette c. Shulman (1990), 37 O.A.C. 281 (C.A.).

R c. Anderson (1990), 53 C.C.C. (3^e) 481 (C.S.C.).

R c. Barron (1985), 23 C.C.C. (3^e) 544 (C.A. Ont.).

R c. Coyne (1958), 124 C.C.C. 176 (C.S.N.É. div. app.).

R c. Dymont, [1988] 2 R.C.S. 417.

R c. Edwards, [1996] 1 R.C.S. 128.

R c. FW Woolworth Co Ltd (1974), 18 C.C.C. (2^e) 23 (C.A. Ont.).

R c. Gingrich (1991), 65 C.C.C. (3^e) 188 (C.A. Ont.).

R c. Kopyto (1987), 39 C.C.C. (3^e) 1 (C.A. Ont.).

R c. Morgan (1993), 80 C.C.C. (3^e) 16 (C.A. Ont.).

R c. Morgentaler, Smoling and Scott [1988] 1 R.C.S. 30, 37 C.C.C. (3^e) 449.

R c. Nelson (1990), 54 C.C.C. (3^e) 285 (C.A. Ont.).

R c. Oakes, [1986] 1 R.C.S. 103.

R c. Plant, [1993] 3 R.C.S. 28.

- R c. Pohoretsky*, [1987] 1 R.C.S. 945.
- R c. Ramje* (1989), 103 A.R. 23 (Cour prov.).
- R c. Rizzo*, inédit, 28 février 1993 (Cour Ont. Div. prov.), j. Taillon.
- R c. Rousseau* (1991), 70 CCC (3^e) 445 (C.A. Qué.).
- R c. Spindloe*, [1998] S.J. n° 561 (Cour prov.) (Q.L.).
- R c. Tan* (1984), 15 C.C.C. (3^e) 303 (C.A. Sask.).
- R c. Temple*, inédit, 12 avril 1998, Cour prov. T.-N., j. Reid.
- R c. Tutton* (1989), 69 C.R. (3^e) 289 (C.S.C.); *R c. Tutton*, [1989] 1 R.C.S 1392.
- R c. Ubhi* (1994), 27 C.R. (4^e) 332 (C.A.C.-B.).
- R c. Verma* (1996), 112 C.C.C. (3^e) 155 (C.A. Ont.).
- R c. Waite* (1989), 69 C.R. (3^e) 323 (C.S.C.); *R c. Waite*, [1989] 1 R.C.S 1436.
- R c. Yanover and Gerol* (1985), 20 C.C.C. (3^e) 300 (C.A. Ont.).
- Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880.
- Sansregret c. R.*, [1985] 1 R.C.S. 570.
- Stoffman c. Vancouver General Hospital*, [1990] 3 R.C.S. 483, 76 D.L.R. (4^e) 700.
- University Hospital c. Lepine* [1966] R.C.S. 561.
- Van Mol c. Ashmore*, [1999] B.C.J. n° 31 (C.A.) (Q.L.).
- Wakeford c. Canada*, [1999] O.J. n° 1574 (Q.L.) (Div. gén.).
- Worth c. Royal Jubilee Hospital* (1980), 4 L Med. Q 59 (C.A.C.-B.).

Livres, articles, rapports, abrégés, etc.

- Alary, M., C. Hankins, R. Parent et coll., *Updated Results from the SurviDU Surveillance Network*, Actes de la 7^e réunion annuelle d'épidémiologie du sida organisée par la Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, 12-14 novembre 1998.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Adult Services, *A brief description of West End Treatment Centre Opiate Dependency Program*, non daté.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Adult Services, *Opiate Dependency Program – Client's Manual*, Edmonton, West End Treatment Centre, septembre 1998.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Adult Services, *Opiate Dependency Program – Pharmacist's Manual*, Edmonton, West End Treatment Centre, 1997.
- Albrecht, P., « Narcotics Distribution : The Battle Between AIDS and Repression in the Legal Arena », dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997.

BIBLIOGRAPHIE

American Bar Association, *AIDS : The Legal Issues*, Discussion Draft of the American Bar Association AIDS Coordinating Committee, Washington (D.C.), 1988.

Anglin, M.D., et Y.I. Hser, « Drug Abuse Treatment », dans R. Watson (éd.), *Drug Abuse Treatment*, New Jersey, The Humana Press Inc, 1992.

Appleby, T., « Methadone users say program lists available to police », *The Globe and Mail*, 15 mars 1999, A3.

Archibald, C.P., M. Ofner, S. Strathdee et coll., « Factors associated with frequent needle exchange program attendance among injection drug users in Vancouver, Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998 : 160.

Baskerville, B., L. Leonard et S. Holtz, *Evaluation of the SITE Project : A Pilot HIV Prevention Program for Injection Drug Users*, Service de santé d'Ottawa-Carleton, rapport final soumis au PNRDS, mars 1994.

Batey, R., « Denying treatment to drug and alcohol-dependent patients », *Addiction*, 1997, 92 : 1189.

Beecher, H.K., « Ethics and clinical research », *New England Journal of Medicine*, 1966 : 274 : 1354.

Bennett, J.C., « Inclusion of women in clinical trials – policies for population subgroups », *New England Journal of Medicine*, 1993, 329 : 288-292.

Beyerstein, B., et B. Alexander, « Why treat doctors like pushers? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1985, 132 : 337.

Blanchard, J., et E.T.L. Elliott, « Winnipeg Injection Drug Epidemiology Study », *Interim results*, avril 1999.

Brandt, A.M., « Racism and Research : The Case of the Tuskegee Syphilis Study », *Hastings Center Report*, 1978 : 21-29.

Broers, B., et coll., « Compliance of Drug Users with Zidovudine Treatment », abrégé présenté à la VIII^e Conférence internationale sur le sida (Amsterdam, 1992).

Brown, L.S., « Enrollment of drug abusers in HIV clinical trials : a public health imperative for communities of color », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1993, 25 : 45-52.

Bruckner, T., *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, Toronto, Thomson Canada Limited, 1997.

Bruneau, J., N. Lachance, J. Soto et coll., « Changes in HIV seroprevalence rates of IDUs attending needle exchange programs (NEP) in Montreal : the Saint-Luc cohort », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1999, 10 (suppl. B); *Abrégés de la VIII^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida (mai 1999)*.

Bruneau, J., F. Lamothe, E. Franco 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*, 1997 : 994.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS*, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS*, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

Celentano, D.D., D. Vlahov, S. Cohn et coll. « Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547-549.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, *L'échange de seringues : une façon de prévenir l'infection par le VIH liée aux drogues*, document de travail sur la politique, décembre 1994.

Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Heroin Prescription Trials for Opiate Addicts*, Toronto, 1998.

Cloutier, R., *Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone*, présenté au sous-ministre adjoint à la Santé publique, 9 avril 1999.

Collège des pharmaciens de l'Ontario, *Methadone Maintenance Guidelines*, 1996.

College of Physicians and Surgeons of British Columbia, *Golden Rules Methadone Treatment Guidelines*.

College of Physicians and Surgeons of British Columbia, *Methadone Maintenance*.

Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, *Justice pénale et correction : un lien à forger, Rapport du comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle* (rapport Ouimet; président, R. Ouimet), Ottawa, Imprimeur de la reine, 31 mars 1969.

Commission canadienne des droits de la personne, *Politique 88-1 : Dépistage des drogues*, Ottawa, 1988.

Commission canadienne sur la détermination de la peine, *Réformer la sentence : une approche canadienne. Rapport de la Commission canadienne sur la détermination de la peine*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, février 1987.

Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain), Ottawa, Information Canada, 1973.

Commission de réforme du droit de l'Ontario, *Report on Drug and Alcohol Testing in the Workplace*, Toronto, 1992.

Commission de réforme du droit du Canada, *Notre droit pénal*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1976.

Commission sur les droits de la personne de l'Ontario, *Politique sur les tests de dépistage de la consommation de drogues et d'alcool*, novembre 1990.

BIBLIOGRAPHIE

Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, août 1998.

de Bruyn, T., *VIH, usage de drogue par injection et soins, traitements et soutien : questions juridiques et éthiques – Rapport de consultation*, préparé pour le Programme des soins, des traitements et du soutien pour le sida, Division des politiques, de la coordination et des programmes, Santé Canada, par le Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, mars 1998.

de Burger, R., « Heroin substitution in Canada : a necessary public health intervention », *Revue canadienne de santé publique*, 1997 : 365.

Des Jarlais, D.C., et S. Friedman, « Aids, Injecting Drug Use and Harm Reduction », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P.A. O'Hare (éd.), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, 1993.

Des Jarlais, D.C., S. Friedman et N. Peyser, « Regulating Syringe Exchange Programs : A Cautionary Note (Letter to the editor) », *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 : 431.

Des Jarlais, D.C., D. Paone, S. Friedman et coll., « Public health then and now : regulating controversial programs for unpopular people – methadone maintenance and syringe exchange programs », *American Journal of Public Health*, 1995, 85 : 1577.

Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, *Inventory of HIV Incidence/Prevalence Studies in Canada*, Ottawa, Santé Canada, avril 1998.

Dufour, A. et coll., « HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B) : 31B.

el-Guebary, N., et Y. Garneau, « Programme-cadre de formation des résidents en psychiatrie sur l'alcoolisme et la toxicomanie » (encart), [énoncé de principe 1997-37], *Bulletin de l'Association des psychiatres du Canada*, (octobre 1997), 29.

Feinstein, A.R., *Clinical Epidemiology : The Architecture of Clinical Research*, Toronto, WB Saunders Company, 1985.

Fischer, B., « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1997, 88 : 367.

Fischer, B., « Opiate Addiction Treatment, Research, and Policy in Canada – Past, Present and Future Issues », à paraître dans M. Rihs-Middel et coll. (éd.), *Proceedings of Symposium Heroin-Assisted Treatment for Dependent Drug Users : State of The Art and New Research Perspectives : Scientific Findings and Political Perspectives*, Berne, Université de Berne, 10-12 mars 1999.

Fischer, B., « Prescription, power and politics : the turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, 1999 (à paraître).

Freeman, H.P., « The impact of clinical trial protocols on patient care systems in a large city hospital », *Cancer Supplement*, 1993, 72 : 2834-2838.

Fried, C., *Medical Experimentation, Personal Integrity and Social Policy*, Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1974.

Gerstin, D.R., « The Effectiveness of Drug Treatment », dans C. O'Brien et J. Jaffe (éd.), *Addictive States*, New York, Raven Press Ltd, 1992.

Giffen, P.J., S. Endicott et S. Lambert, *Panic and Indifference : The Politics of Canada's Drug Laws*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 1991.

Goldstein, A., *Addiction : From Biology to Drug Policy*, New York, W.H. Freeman and Company, 1994.

Goldstein, L., « Law and Policy », dans J. Stryker (éd.), *Dimensions of HIV Prevention : Needle Exchange*, Californie, The Kaiser Forums, 1993.

Gostin, L.O., « Law and Policy », dans J. Stryker (éd.), *Dimensions of HIV Prevention : Needle Exchange, USA*, The Kaiser Forums, 1993.

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

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, Montréal, juin 1994.

Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997.

Gunn, N., C. White et R. Srinivasan, « Primary care as harm reduction for injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 1191.

Gutzwiller, F., et A. Uchtenhagen, « Heroin Substitution : Part of The Fight Against Drug Dependency », *The Medical Prescription of Narcotics*, dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997.

Hankins, C., « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129.

Hankins, C. et coll., « Prior Risk Factors for HIV Infection and Current Risk Behaviours Among Incarcerated Men and Women in Medium-Security Correctional Institutions – Montréal », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B): 31B.

BIBLIOGRAPHIE

- Hankins, C., N. Lapointe, S. Walmsley, « Participation in clinical trials among women living with HIV in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159 : 1359.
- Hankins, C., et T. Tran, D. Desmarais et coll., « Moving from Surveillance to the Measurement of Programme Impact : CACTUS - Montreal Needle Exchange Programs », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (suppl. A): 28A (abrégé 223).
- Henderson, S., « HIV and Drugs », dans P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning, E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1992.
- Hoffmaster, B., et T. Schrecker, « Une analyse éthique du test du VIH chez les femmes enceintes et leurs nouveau-nés », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4): (à paraître).
- Hurley, S., D. Jolley et J. Kaldor, « Effectiveness of needle-exchange programmes », *Lancet*, 1997, 349 : 1797.
- Jürgens, R., *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.
- Katz, J., *Experimentation with Human Beings*. New York, Russell Jage Foundation, 1972.
- Kent, H., « Harm-reduction strategies weapon of choice in BC's battle with drug addiction », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1996, 155 : 572.
- Kilwein, J.H., « On needles, breasts and bullets : health and the conflict of values », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1996, 21 : 363.
- Linden, A., *Canadian Tort Law*, 5^e édition, Toronto, Butterworths, 1993.
- The Lindesmith Center, *Heroin Maintenance Treatment*, New York, 1998.
- Lonergan, B. J. F., *Insight. A Study of Human Understanding*, New York, Longmans, 1957 [L'insight. Étude de la compréhension humaine, Bellarmin, 1996.]
- Loue, S., P. Lurie et S. Lloyd, « Ethical issues raised by needle exchange programs », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 1995 : 382.
- Lurie, P., « Invited Commentary : Le Mystère de Montréal », *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146 : 1003.
- MacFarlane, B., *Drug Offences In Canada*, Toronto, Canada Law Book Inc., 3^e édition, 1997.
- Mathias, R.G., P.D. Riben, M.T. Schechter et J.E. Bardsley, *Evaluation of the Needle Exchange Program in the Cities of Vancouver and Victoria*, rapport final soumis au PNRDS.
- McAmmond, D., *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, mars 1997.

McCance-Katz, E.F., P.M. Rainey, P. Jatlow et G. Friedland, « Methadone effects on zidovudine disposition (AIDS Clinical Trials Group 262) », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998, 18 : 435-443.

McCarthy, C.R., « Historical background of clinical trials involving women and minorities », *Academic Medicine*, 1994, 69 : 695-698.

McCoun, R.J., J.F. Kahan, J. Gillespie, J. Rhec, « A content analysis of the drug legalization debate », *Journal of Drug Issues*, 1993, 23 : 615-629.

« Medical marijuana approved », *The Globe and Mail*, 10 juin 1999.

Merkatz, R.B., et coll., « Women in clinical trials of new drugs : a change in food and drug administration policy », *New England Journal of Medicine*, 1993, 329 : 292-296.

Millar, L., *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia – Pay Now or Pay Later?*, juin 1998.

Millson, P.E., *Evaluation of a Programme to Prevent HIV Transmission in Injection Drug Users in Toronto*, Toronto, Toronto Board of Health, 1991.

Millson, P.E., T. Myers, L. Calzavara et coll., « Prevalence of HIV and Other Blood-Borne Viruses and Associated Behaviors in Ontario IDUs », *Actes de la 7^e réunion annuelle d'épidémiologie du sida organisée par la Division de l'épidémiologie, Bureau du VIH, de la tuberculose et des MTS, LLCM, Santé Canada, 12-14 novembre 1998*.

Mino, A., « Personal Considerations », dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997.

Mitford, J., « Cheaper than Chimpanzees », dans J. Mitford (éd.), *Kind and Unusual Punishment : The Prison Business*, New York, Vintage Books, 1974.

Musto, D.F., « Opium, Cocaine and Marijuana in American History », *Scientific American*, 1991, 46.

Nadelmann, E., « Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists, and the Reduction of Drug Related Harms », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P.A. O'Hare (éd.), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction : From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, 1993.

Nadelmann, E., J. McNeely et E. Drucker, « International Perspectives », dans J. Lourinson, P. Ruiz, R. Millman, J. Langrod (éd.), *Substance Abuse : A Comprehensive Textbook*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1997.

Newcombe, R., « The Reduction of Drug-Related Harm : A Conceptual Framework for Theory, Practice, and Research », dans P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning, E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1992.

Nichol, T., *Bleach Pilot Project*, deuxième compte-rendu, non publié, du projet sur l'introduction de la distribution d'eau de Javel dans l'établissement Matsqui, 28 mars 1996 (en filière au Réseau juridique canadien VIH/sida).

Normand, J., D. Vlahov et L.E. Mose (éd.), *Preventing HIV Transmission : The Role of Sterile Needles and Bleach*, Panel on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine, Washington (D.C.), National Academy Press, 1995.

O'Connor, P.G., P.A. Selwyn et R.S. Schottenfeld, « Medical Progress : Medical care for injection drug users with Human Immunodeficiency Virus infection », *New England Journal of Medicine*, 1994, 331(7): 450.

O'Hare, P.A., « A Note on the Concept of Harm Reduction », dans P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning, E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1992.

Office fédéral de la Justice, Berne (Suisse), « The Controlled Dispensation of Hard Drugs : A Legal Notice Issued by Mandate of the Federal Office of Public Health », dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997.

Oscapella, E., et R. Elliott, « L'injection de drogue et le VIH/sida : analyse juridique de questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

Ostini, R., G. Bammer, P. Dance et R. Goodin, « The ethics of experimental heroin maintenance », *Journal of Medical Ethics*, 1993, 19 : 175.

Parent, R., M. Alary, C. Hankins et coll., « HIV among IDUs : Second Surveillance Year of the SurVIDU Network », 6^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida (Ottawa, mai 1997), *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (suppl. A): 27A (abrégé 220).

Pehrson, P., S. Lindbäck, C. Lidman, H. Gaines et J. Giesecke, « Longer survival after HIV infections for injecting drug users than for homosexual men : implications for immunology », *AIDS*, 1997, 11 : 1007.

Pellagra, E.E., « An Unappreciated Reminder of Southern Distinctiveness », dans T.L. Savitt, J.H. Young (éd.), *Disease and Distinctiveness in the American South*, Knoxville, University of Tennessee Press, 1988.

Pernick, M.S., « The Calculus of Suffering in 19th Century Surgery », dans J.W. Leavitt, R.L. Numbers (éd.), *Sickness and Health in America*. Madison, University of Wisconsin Press, 1985.

Poulin, C., P. Fralick, E. Whynot et coll., « The Epidemiology of Cocaine and Opiate Abuse in Urban Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, 89 : 234.

Price, R., et T. D'Aunno, « The Organization and Impact of Outpatient Drug Abuse Treatment Services », dans R. Watson (éd.), *Drug Abuse Treatment*, New Jersey, The Humana Press Inc., 1992.

Les Programmes de Prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec : Une démarche collective d'évaluation, Centre de Santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998.

- Remis, R., M. Millson et C. Major, *The HIV Epidemic Among Injection Drug Users in Ontario : The Situation in 1997*, préparé pour le AIDS Bureau, ministère de la Santé de l'Ontario, 1997.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, le Réseau, 1999.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, *VIH/sida et prisons – feuillets d'information*, Montréal, le Réseau, 1999.
- Des responsabilités à assumer : Rapport du comité permanent de la justice et du solliciteur général sur la détermination de la peine, la mise en liberté sous condition et d'autres aspects du système correctionnel*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, août 1988.
- Reuters Health Information Services, 19 janvier 1999, « Injected Drug Use Linked to Restricted Anti-HIV Therapy in France » (citant *Journal of Epidemiology and Community Health*, janvier 1999).
- Riley, D., « L'injection de drogue et le VIH/sida : Questions de politiques », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.
- Roach, K., *Criminal Law*, Concord (Ontario), Irwin Law, 1996.
- Rosenbaum, M., *Kids, Drugs, and Drug Education : A Harm Reduction Approach*, San Francisco, National Council on Crime and Delinquency, 1996.
- Roy, D., « L'injection de drogue et le VIH/sida : Analyse éthique de questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.
- Roy, E., N. Haley, J. Boivin et coll., « Injection Drug Use among Street Youth : A Dynamic Process. Paper », présenté à la 6^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Ottawa, mai 1997, *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1997, 8 (suppl. A) : 29A (abrégé 225).
- Sackett, D.L., « Bias in analytic research », *Journal of Chronic Diseases*, 1979, 32 : 51-63.
- Sackett, D.L., « On Some Prerequisites for a Successful Clinical Trial », dans S. Shapiro, T.A. Louis (éd.), *Clinical Trials and Approaches*, New York, Basel Marcel Dekker, 1983.
- Savitt, T.L., *Medicine and Slavery : The Diseases and Health Care of Blacks in Antebellum Virginia*, Urbana, University of Illinois Press, 1978.
- Schechter, M.T., S.A. Strathdee, P.G.A. Cornelisse et coll., « Do Needle Exchange Programmes Increase the Spread of HIV Among Injection Drug Users? An Investigation of the Vancouver Outbreak », *AIDS*, 1999, 13 : F45-F51.
- Selwyn, P., « The impact of HIV infection on medical services in drug abuse treatment programs », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1996 : 397.

BIBLIOGRAPHIE

Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : Rapport final – 1995 : rapport de recherche*, Ottawa, Service correctionnel du Canada (division de recherche et développement), 1996 N° SR-02.

Sherer, R., « Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 567.

Single, E., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, *New Developments in Drug Education in Canada*, International Conference on Drug Education in Schools, Hong Kong, 1997.

Skirrow, I., « « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3) : 39-47.

Slays, T.A., et coll., « Therapy Compliance of HIV-Infected Intravenous Drug Users », abrégé présenté à la VIII^e Conférence internationale sur le sida (Amsterdam, 1992).

Stoltz, L., et L. Shap, *Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse : aspects médicaux et juridiques du débat d'orientation politique*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Stover, H., et K. Schaller, « AIDS Prevention with Injecting Drug Users in the Former West Germany : A User-Friendly Approach on a Municipal "Level" », dans P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Mathews, E.C. Buning, E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge, 1992.

Strathdee, S.A., A. Palepu, P.G.A. Cornelisse et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 : 547.

Strathdee, S.A., D. Patrick, S. Currie et coll., « Needle Exchange is Not Enough : Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study », *AIDS*, 1997, 11 : 59-65.

Tetlock, P.E., « Integrative Complexity of Policy Reasoning », dans S. Kraus, R.M. Perloff (éd.), *Mass Medical Political Thought*, Californie, Sage, 1985.

Tetlock, P.E., « Monitoring the integrative complexity of American and Soviet policy rhetoric : what can be learned », *Journal of Social Issues*, 1988, 44 : 101-131.

Towle, A., Faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique, *Addiction Medicine and Intercollegial Responsibility (AMIR): Evaluation Report*, 1996.

Uchtenhager, A., A. Dobler-Mikola et F. Gutzwiller, « Medically Controlled Prescription of Narcotics : Fundamentals, Research Plan, First Experiences », dans D. Lewis, C. Gear, M. Laubi Loud, D. Langenick-Cartwright (éd.), *The Medical Prescription of Narcotics : Scientific Foundations and Practical Experiences*, Berne, Hogrefe and Huber Publishers, 1997.

United States Congress Public Law 103-43, *National Institutes of Health Revitalization Amendment*, Washington, DC, 10 juin 1993.

BIBLIOGRAPHIE

United States Department of Health and Human Services, *Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection*. Voir *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents*, Federal Register Draft Document.

United States Department of Human and Health Services *Rules and Regulations* 45 CFR 46 (Title 45 : Code of Federal Regulations, Part 46).

United States Department of Justice, *An Introduction to the National DARE Program*, juin 1993.

United States Department of Justice, *An Invitation to Project DARE : Drug Abuse Resistance Education*, juin 1988.

Uspich, S., et R. Solomon, « Notes on the Potential Criminal Liability of a Needle Exchange Program », *Health Law in Canada*, 1988, 42.

Veressayev, V., *The Memoirs of a Physician*, New York, Knopf, 1916.

Ward, R., et coll., « Infectious hepatitis : studies of its natural history and prevention », *New England Journal of Medicine*, 1958, 258 : 407-416.

Williams, G., *Criminal Law : The General Part*, 2^e éd., Londres, Stevens and Sons Ltd, 1961.

Zweben, J., et J.T. Payte, « Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence : a current perspective », *Western Journal of Medicine*, 1990 : 588.



Annexe A

Liste des recommandations

Le statut juridique actuel de la drogue

1. À long terme, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient établir une alternative plus constructive que le cadre législatif actuel et assurer la recherche, l'éducation et les mesures sociales nécessaires à la réduction des méfaits de l'usage de drogue. Les gouvernements et tous les Canadien-ne-s doivent :
 - reconnaître l'ampleur de l'usage de drogue et la diversité des personnes qui en utilisent, au Canada;
 - reconnaître que les lois canadiennes actuelles en matière de drogue ont un impact disproportionné sur les plus vulnérables de la société canadienne, notamment les autochtones, les minorités raciales et les femmes;
 - reconnaître que les lois actuelles aggravent les méfaits de l'usage de drogue plutôt que de les réduire et, en particulier, qu'elles marginalisent les utilisateurs;
 - reconnaître les droits humains des utilisateurs de drogue et reconnaître comment les lois et traités actuels y portent atteinte, au Canada; et
 - au besoin, dénoncer les conventions internationales sur le contrôle des drogues si elles présentent des obstacles insurmontables à la mise en œuvre au Canada de politiques et de lois, en matière de contrôle des drogues, qui soient plus constructives et fondées sur un modèle de réduction des méfaits.
2. À court terme, dans le contexte du cadre législatif actuel, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient financer de la recherche sur l'impact

différentiel des lois, pratiques et politiques actuelles en matière de drogue, selon la race, la classe, le sexe et d'autres facteurs socioéconomiques.

3. En consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires qui offrent des services à ces personnes, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient évaluer les résultats positifs d'initiatives comme les politiques de déjudiciarisation, les mesures alternatives et les projets pilotes qui mettent en pratique de telles alternatives. En présence d'une évaluation favorable, de telles initiatives devraient être appliquées à plus grande échelle afin de tempérer l'approche punitive que reflètent actuellement les lois et politiques du Canada en matière de drogue.
4. Le gouvernement fédéral devrait utiliser les pouvoirs de réglementation et d'exemption que lui confère la législation actuelle, afin que le matériel d'injection contenant des traces d'une drogue illégale soit expressément exclus de la définition de « substance désignée », aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.
5. Le gouvernement fédéral devrait prendre les mesures nécessaires pour clarifier que les intervenants dans les programmes d'échange ou de distribution de seringues ne sont pas passibles de poursuites criminelles en vertu des dispositions du *Code criminel* sur le matériel de consommation de drogue, relativement à la « vente » d'« instruments ou de documentation pour l'usage de drogue illicite ».
6. Le gouvernement fédéral devrait utiliser les pouvoirs de réglementation et d'exemption que lui confère la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, afin de décriminaliser la possession pour usage personnel de petites quantités de drogues qui sont présentement illégales, du moins en présence d'une ordonnance d'un professionnel de la santé qualifié et autorisé.
7. Le gouvernement fédéral devrait assurer qu'il existe un mécanisme juste et rapide par le biais duquel les Canadiens et les professionnels qui les soignent peuvent demander l'accès à des drogues actuellement illégales, à des fins médicales.

L'usage de drogue et la provision de services sociaux de santé

8. À long terme, les lois devraient être changées de manière à permettre la provision de drogues qui sont actuellement illégales, aux utilisateurs de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins, afin d'éliminer un obstacle au recours de ces personnes aux soins de santé et à d'autres services sociaux, et afin d'éliminer la menace de responsabilité criminelle des fournisseurs de services qui sont prêts à donner des soins, des traitements et du soutien sans insister sur l'abstinence auprès des patients qui font usage de drogues présentement illégales.
9. À court terme, dans le contexte législatif actuel, le gouvernement fédéral devrait adopter un règlement autorisant la provision de stupéfiants dans le cadre des soins palliatifs, par respect pour la dignité des utilisateurs de drogue dans le processus du mourir.

10. Santé Canada devrait octroyer des fonds pour effectuer une analyse juridique et éthique détaillée de quatre ou cinq « situations » ou « scénarios » qui se rencontrent dans la fourniture de services pour le VIH aux utilisateurs de drogue (p. ex. une salle d'injection à la disposition des utilisateurs de drogue, dans une résidence ou un contexte institutionnel). Les « situations » à étudier devraient être choisies en collaboration avec des organismes de services aux utilisateurs de drogue.
11. Les associations professionnelles devraient adopter des directives pratiques et éthiques à l'intention des dispensateurs de soins de divers domaines recoupant le VIH/sida et l'injection de drogue – soins de premier recours, cliniques communautaires, services en pharmacie, soins en résidence, soins palliatifs, services de logement. Ces directives devraient tenir compte des tensions entre les contraintes légales et l'impératif éthique de fournir des services aux utilisateurs de drogue séropositifs. Leur élaboration devrait se faire en collaboration avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires de services à ces personnes et/ou aux personnes vivant avec le VIH/sida.
12. Les associations professionnelles devraient mettre sur pied un programme de formation complète à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux, des forces policières et des professionnels du droit, comme suite aux analyses juridiques et éthiques qui auront été faites des situations prioritaires et aux directives pratiques et éthiques que l'on aura développées.
13. Les autorités provinciales et fédérales de Santé devraient octroyer des fonds pour une série de rencontres nationales de travailleurs de première ligne et d'utilisateurs de drogue, pour discuter des politiques et des pratiques en matière de soins aux utilisateurs de drogue. Les buts seraient le partage d'information et d'expériences, l'identification des meilleures pratiques et la contribution au développement de programmes de formation et de directives éthiques et pratiques.

Les ministères provinciaux et fédéral de la Santé ainsi que les associations professionnelles devraient organiser régulièrement des ateliers et des séminaires à l'intention des fournisseurs de services liés au VIH chez les utilisateurs de drogue. Cette initiative servirait de tribune pour l'échange d'information, la résolution de problèmes et le perfectionnement de compétences. Entre autres sujets qu'il conviendrait d'aborder, soulignons : les médicaments contre le VIH/sida, les services de soutien, l'hébergement, les résidences et les soins palliatifs.
14. Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada devrait développer et mettre en œuvre, en étroite collaboration avec les intervenants concernés, une stratégie pour intégrer les programmes relatifs à la drogue et ceux relatifs au VIH, au Canada. Dans la mise au point de tels programmes intégrés, on devrait accorder l'importance nécessaire aux conséquences qu'un modèle axé sur la santé publique et la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues illégales entraîne sur le plan des lois et politiques en matière de drogue.

Traitement

Principes élémentaires

15. Les professionnels de la santé devraient s'assurer que la provision de services aux utilisateurs de drogue n'est pas conditionnelle à leur acceptation d'un traitement de la dépendance à la drogue.
16. Les professionnels de la santé ne doivent pas retarder ou refuser un traitement (y compris des médicaments antidouleur appropriés) à un patient séropositif au VIH simplement parce qu'il s'agit d'un utilisateur de drogue.
17. L'approche prédominante dans la fourniture de soins et de traitements à des utilisateurs de drogue séropositifs devrait consister à adapter le régime thérapeutique aux besoins des utilisateurs de drogue plutôt que d'attendre de ces derniers qu'ils s'adaptent au régime.
18. Les médecins et les utilisateurs de drogue devraient envisager ensemble les options thérapeutiques pour déterminer le régime de traitement le plus approprié. Cette démarche devrait être régie par les principes d'humanité, d'autonomie, de lucidité et de fidélité.
19. Les commissions provinciales des droits de la personne qui ne l'ont pas encore fait devraient adopter des politiques qui stipulent expressément que la dépendance à la drogue constitue un motif prohibé de discrimination.

Traitement

20. Les professionnels de la santé et de l'éthique devraient recueillir de l'information en vue de développer des directives sur les questions cliniques et éthiques soulevées dans la pratique, en matière de traitements médicaux aux utilisateurs de drogue. Cette démarche devrait inclure une évaluation du bien-fondé d'imposer aux utilisateurs de drogue des restrictions comme la cessation de l'usage de drogue, dans des situations cliniques données.
21. L'Association médicale canadienne, les associations médicales provinciales et les Collèges provinciaux des médecins et chirurgiens devraient créer un réseau de médecins ayant de l'expertise (ou de l'intérêt) en matière de fourniture de soins de santé et de traitements aux utilisateurs de drogue par injection, dans le but de discuter des questions pertinentes et de favoriser une évolution dans le traitement médical des utilisateurs de drogue séropositifs au VIH.

Traitement antirétroviral

22. Les fabricants pharmaceutiques doivent développer des traitements contre le VIH dont le régime soit plus simple et plus facile à respecter pour les utilisateurs de drogue séropositifs (et pour d'autres personnes vivant avec le VIH).
23. Le secteur de la santé publique devrait offrir ou rendre disponible du soutien aux utilisateurs de drogue qui ont besoin d'aide pour respecter leur traitement contre le VIH. Ceci devrait s'étendre au financement de programmes d'intervention sur le terrain pour apporter des médicaments anti-VIH à des utilisateurs de drogue.

La prescription d'opiacés et de stimulants désignés

24. À long terme, Santé Canada devrait élaborer des plans pour permettre aux médecins de prescrire des opiacés et des stimulants désignés.
25. À court terme, des projets pilotes impliquant la prescription d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines devraient être autorisés, financés et effectués, au Canada. Ces projets pilotes devraient
 - inclure des utilisateurs de drogue et des médecins dans la conception, la mise en œuvre, l'évaluation des résultats et les recommandations pour la pratique;
 - s'accompagner d'éducation du public, aux paliers local, provincial et national, quant aux bienfaits du projet pour les utilisateurs de drogue et la communauté en général;
 - être conçus en plusieurs phases et assortis de plans pour qu'à la fin du projet les options jugées efficaces à l'atteinte d'objectifs de réduction des méfaits soient mises en œuvre à plus grande échelle; et
 - aborder les problèmes qui pourraient se manifester dans la transition entre l'essai clinique contrôlé et la pratique générale, tant pour les utilisateurs de drogue que pour les fournisseurs de soins de santé.

Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales

26. Le Conseil de recherches médicales du Canada et les fabricants pharmaceutiques, en consultation avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, devraient développer un programme détaillé de recherche qui identifie les priorités de la recherche concernant les utilisateurs de drogue par injection.
27. Des professionnels des domaines médical et scientifique devraient effectuer de la recherche sur des questions à l'intersection du VIH/sida et de l'usage de drogue, comme les interactions entre les drogues illégales et les médicaments d'ordonnance, et les effets des drogues illégales sur la progression de la maladie à VIH.
28. Les fabricants pharmaceutiques devraient assumer un rôle de leadership dans la promotion d'études concernant les interactions entre les médicaments contre le VIH/sida et les drogues illégales.
29. Les chercheurs du domaine clinique devraient reconnaître la nécessité que des études soient effectuées pour et par les groupes des Premières nations ainsi que d'autres communautés affectées par le VIH/sida.
30. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, de Santé Canada, devrait accorder du financement pour intensifier le développement de la capacité en matière de recherche au palier communautaire.

Le programme de recherche

31. Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé devraient adopter des mesures pour assurer que des laboratoires soient établis, à travers le Canada,

afin d'analyser les substances désignées que consomment les utilisateurs de drogue.

32. Les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé devraient octroyer des fonds pour rendre disponibles des trousseaux d'analyse permettant aux utilisateurs de drogue de connaître la dose et la pureté de la drogue.

La participation à la recherche

33. Comme principe général, les chercheurs cliniques et les associations professionnelles devraient adopter des mesures pour assurer que les obstacles à la participation d'utilisateurs de drogue aux essais cliniques soient abolis.
34. Les responsables d'essais cliniques, en consultation avec des organismes communautaires et des utilisateurs de drogue, devraient élaborer des stratégies de recrutement pour encourager la participation d'utilisateurs de drogue séropositifs aux essais cliniques.
35. Les médecins chercheurs devraient établir des sites d'essais cliniques dans des régions géographiques accessibles aux utilisateurs de drogue.
36. Les responsables d'essais cliniques devraient offrir de rembourser aux éventuels participants les frais de garde d'enfant et de transport, afin de favoriser la participation.
37. Les médecins chercheurs devraient donner aux utilisateurs de drogue de l'information sur les études médicales proposées (y compris les formulaires de consentement) dans un langage accessible.
38. Le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain devrait développer des directives pour la recherche impliquant des personnes marginalisées.
39. Le Réseau canadien des essais VIH devrait développer des directives à l'intention des chercheurs, en vue d'assurer que le consentement d'utilisateurs de drogue à participer à des recherches soit un consentement éclairé. La documentation à cet effet devrait inclure une formule type de consentement éclairé où l'on n'exclut pas automatiquement les personnes qui font usage de drogue illégale, mais où l'on aborde des questions comme les interactions (lorsqu'on en connaît) entre le médicament à l'étude et des drogues illégales, ainsi que les mesures adoptées pour protéger la confidentialité des renseignements à être reçus des participants (y compris l'information concernant leur usage de drogues illégales) et les limites possibles de la confidentialité.
40. Les autorités fédérales et provinciales, y compris les forces d'application de la loi, ne devraient avoir aucun accès, dans les dossiers de recherches, aux données permettant d'identifier les participants à des essais.

Information sur l'usage et les effets des drogues illégales

41. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, devraient octroyer des fonds pour le développement et la vaste distribution d'information sur les drogues illégales qui soit exacte, non biaisée et qui ne porte pas de jugement, à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des utilisateurs de drogue et du grand public.

42. Les hôpitaux devraient être tenus de transmettre de l'information aux autorités provinciales de santé publique, au sujet des cas de surdoses, et ceci devrait être compilé pour former une base de données sur les surdoses de drogue. Cette information devrait être disséminée aux organismes qui travaillent dans le domaine de l'usage de drogue et être accessible au grand public.
43. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, de même que les organismes communautaires, devraient fournir de l'information sur les drogues qui sont présentement illégales et sur les ressources communautaires, dans une forme et un langage qui soient accessibles aux divers groupes culturels et dans les diverses régions du Canada (p. ex. les communautés autochtones).
44. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient élaborer des programmes d'éducation fondés sur une philosophie de réduction des méfaits.
45. Les hôpitaux et les associations professionnelles devraient organiser des séances d'éducation concernant l'usage de drogue, à l'intention des professionnels des soins de santé (p. ex. séances scientifiques, programmes de formation continue).
46. Les ministères provinciaux/territoriaux de l'Éducation et de la Santé devraient procéder à une évaluation des programmes d'éducation scolaire portant sur les drogues illégales.
47. Les universités et les collèges devraient assurer que les programmes de formation des professionnels de la santé comprennent de la documentation, des exposés et des discussions dont le contenu soit exact, sans biais et ne porte pas de jugement, au sujet des drogues, de l'usage de drogue et des approches de réduction des méfaits liés à l'usage de drogue.
48. Les gouvernements provinciaux/territoriaux devraient mettre sur pied des instances chargées de superviser l'application des directives sur les meilleures pratiques par les travailleurs de la santé et les autres intervenants qui administrent des soins et des traitements à des utilisateurs de drogue.
49. Les dirigeants des paliers fédéral et provincial/territorial devraient convoquer une tribune pour discuter du matériel d'éducation qui devrait être disséminé. Ce lieu d'échange devrait inclure des responsables fédéraux de la santé, la police, des utilisateurs de drogue ainsi que des organismes comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

L'échange de seringues et le traitement d'entretien à la méthadone

Méthadone

50. Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux devraient prendre les mesures nécessaires pour assurer que des programmes d'entretien à la méthadone soient disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires, y compris en région rurale et semi-urbaine.

51. Les responsables gouvernementaux en matière de santé et les Collèges des médecins et chirurgiens devraient assurer que des services complets soient accessibles aux personnes qui participent à un programme de méthadone. Ceci inclut les soins de santé de premier recours, le counselling, l'éducation et les services de soutien.
52. Les systèmes correctionnels devraient assurer que les détenus qui suivaient un programme d'entretien à la méthadone avant leur incarcération aient la possibilité de continuer ce traitement en prison, et que les détenus aient la capacité d'amorcer ce traitement en prison d'après les mêmes critères d'admissibilité qu'hors de prison.
53. Afin de dissiper les mythes courants au sujet du traitement d'entretien à la méthadone, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé devraient prendre les mesures nécessaires pour assurer que des programmes d'éducation du public et de la documentation sur les programmes de méthadone soient disséminés dans toutes les régions du pays.
54. Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les Collèges des médecins et chirurgiens, en consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires, devraient effectuer une révision de la réglementation et des règles concernant la méthadone, afin d'assurer qu'elles soient en conformité avec les besoins des utilisateurs de drogue par injection, sur le plan des soins, des traitements et du soutien.
55. L'Association des facultés de médecine du Canada, les établissements universitaires en sciences de la santé ainsi que l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement devraient assurer que des cours sur l'usage de drogue, les programmes d'entretien à la méthadone et la gestion de la douleur soient intégrés au programme de formation des facultés de médecine, de pharmacie et de sciences infirmières.
56. Santé Canada et les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé, en consultation avec des utilisateurs de drogue et des organismes communautaires, devraient développer des mesures pour le contrôle de la qualité des programmes de méthadone au Canada.
57. Les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé devraient assurer que les programmes de méthadone soient sensibles aux besoins des diverses populations (p. ex. les autochtones).
58. Les responsables provinciaux/territoriaux en matière de santé, de même que les Collèges des médecins et chirurgiens, devraient prendre des mesures pour assurer que les programmes de méthadone soient fondés sur les principes de la réduction des méfaits. Le respect de l'individu, la souplesse du traitement et le caractère soutenu du traitement devraient faire partie intégrante de chaque programme.
59. Les Collèges des médecins et chirurgiens devraient considérer la pertinence de créer une spécialité médicale dans le domaine de la dépendance.

Programmes d'échange de seringues

60. Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux devraient assurer que des programmes d'échange de seringues soient faciles d'accès pour les utilisateurs de drogue par injection partout au Canada.

61. Le gouvernement fédéral devrait abroger les lois criminelles qui assujettissent les utilisateurs de drogue par injection et les employés des services d'échange de seringues à la responsabilité criminelle en cas de possession de matériel pour la consommation de drogue contenant des traces d'une substance désignée.
62. Une réunion devrait être financée par les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux, à l'intention des employés de services d'échange de seringues, à travers le pays, en vue d'élaborer de la documentation sur les meilleures pratiques.
63. Les responsables en matière de santé devraient assurer que l'on abandonne le système de quota qui régit le nombre de seringues échangeables dans des services d'échange de seringues; les utilisateurs de drogue par injection devraient avoir accès à autant de seringues qu'il leur en faut, sans frais.
64. Santé Canada devrait octroyer des fonds pour l'étude des questions juridiques et éthiques soulevées par la perspective de fournir des seringues stériles à des mineurs.
65. Les systèmes correctionnels devraient rendre disponible en prison du matériel d'injection stérile.
66. Les associations de pharmaciens ainsi que leurs instances d'accréditation devraient encourager ces professionnels à distribuer du matériel d'injection stérile.



Annexe B

Liste des participant-e-s aux ateliers

Les personnes qu'ont regroupées les trois ateliers organisés au cours des deux phases du Projet sont nommées ci-dessous. Certaines ont participé aux trois, d'autres à un ou à deux ateliers. Les affiliations inscrites à des organismes étaient valides au moment des ateliers mais peuvent être différentes aujourd'hui.

Russell Armstrong	Société canadienne du sida, Ottawa
Rafi Ballion	Queen Street Community Health Centre, Toronto
Sharon Baxter	Société canadienne du sida, Ottawa
Ronda Bessner	Consultante en droit et politiques, Toronto
Reeta Bhatia	Programme des soins, des traitements et du soutien pour le sida, Santé Canada, Ottawa
Suzanne Brissette	Hôpital St-Luc, Montréal
Paula Braitstein	BC Persons with AIDS Society, Vancouver
Erica Burnham	Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal
Walter Cavalieri	Toronto
Carmen Charest	Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal
Richard Cloutier	Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal
Pierre Côté	Clinique Quartier Latin, Montréal
Theodore de Bruyn	Consultant de recherche, Ottawa
Suzanne Deschênes	Chez ma cousine Evelyn, Montréal
Anne Marie Dicenso	Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières atteints du sida, Toronto
Arlo Yuzicapi Fayant	All Nations Hope AIDS Network, Regina
Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto
Melissa Eror	Vancouver Area Network of Drug Users, Vancouver
Elizabeth Evans	Portland Hotel, Vancouver
Benedikt Fischer	Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

ANNEXE B
LISTE DES PARTICIPANT-E-S AUX ATELIERS

Catherine Hankins	Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal
Alain Houde	Société canadienne du sida, Ottawa
Theresa Jaspersen	Boyle McCauley Co-op Streetworks, Edmonton
Ralf Jürgens	Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal
Tyleen Katz	May's Place, Vancouver
Paul Kenney	Programme des soins, des traitements et du soutien pour le sida, Santé Canada, Ottawa
Nancy Kotani	Vancouver/Richmond Health Board, Vancouver
Lise Ladouceur	Chez ma cousine Evelyne, Montréal
Claire Lahaie	CACTUS, Montréal
Rosanne LeBlanc	Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, Halifax
Trudo Lemmens	University of Toronto Joint Centre for Bioethics, Toronto
Brian MacKenzie	Vancouver
Diane McAmmond	Consultante, Duncan (C.-B.)
Tom McAulay	Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements, Vancouver
Carole Morissette	Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal
Joanne Mussell-Oppenheim	Vancouver Native Health, Vancouver
Eugene Oscapella	Fondation canadienne des politiques sur les drogues, Ottawa
Brent Patterson	Réseau communautaire d'info-traitements sida, Toronto
David Patterson	Consultant, Genève (Suisse)
Cindy Reardon	Street Health AIDS Project, Toronto
Anne Renaud	Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal
David Roy	Centre de bioéthique, IRCM, Montréal
Diane Riley	International Harm Reduction Association, Toronto
Jan Skirrow	Consultant, Duncan (C.-B.)
Marianne Tonnelier	CACTUS, Montréal
Mark Townsend	Portland Hotel, Vancouver
Richard Walsh	Chez ma cousine Evelyn, Montréal
Cheryl White	Queen Street Community Health Centre, Toronto
Beth Wolgemuth	Street Health AIDS Project, Toronto