

1

L'injection de drogue et le VIH/sida

2002/2003

L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits

Ce feuillet d'information présente les faits connus sur le VIH/sida et l'injection de drogue au Canada.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
8. Les programmes d'échange de seringues
9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles

Une situation urgente

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'usage de drogue par injection. La propagation du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres infections parmi les utilisateurs de drogue par injection, au Canada, requiert une attention sérieuse et immédiate.

- Le nombre élevé de cas d'infection à VIH attribuables à l'injection de drogue demeure inacceptable. Des quelque 4 190 nouveaux cas d'infection à VIH estimés en 1999, au Canada, 34,1% étaient attribués aux utilisateurs de drogue par injection. Plus de 60% des nouveaux cas de VHC sont associés à l'injection de drogue.
- Plusieurs études ont documenté une hausse de la prévalence et de l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection dans les plus grandes villes du Canada, mais *on a aussi observé une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue par injection séropositifs à l'extérieur des grands centres urbains.*
- Compte tenu de la mobilité des utilisateurs de drogue par injection et de leur interaction sociale et sexuelle avec des non-utilisateurs, le double problème de l'injection de drogue et de l'infection par le VIH *affecte en fin de compte toute la société canadienne.*

Des études dans plusieurs régions du Canada illustrent l'urgence du problème :

- La prévalence du VIH est passée d'environ 5% à 19,5%, entre 1988 et 1997, parmi les utilisateurs de drogue par injection à *Montréal*.
- à *Vancouver*, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est passée d'environ 4% (en 1992-93) à 23% (en 1996-97); même tendance à *Victoria*, où elle est passée de 6% (au début des années 1990) à 21% (en 1999);
- à *Toronto*, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est passée de 4,8% (en 1992-93) à 8,6% (en 1997-98);
- à *Ottawa*, une étude a relevé en 1992-1993 une prévalence du VIH d'environ 10,3% parmi les personnes qui visitaient des sites d'échange de seringues; en 1996-1997, une autre étude est arrivée à un taux de 20%;
- les données de programmes d'échange de seringues, à *Québec* et dans de 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 9,6%;
- à *Winnipeg*, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues par injection, qui était de

L'INJECTION DE DROGUE ET LE VIH/SIDA : LES FAITS

2,3% entre 1986 et 1990, avait augmenté à 12,6% en 1998.

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 très 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. fondoirs, filtres et eau) est aussi associé à la transmission du VIH et du VHC.
- Une tendance à délaissier l'usage d'héroïne au profit de la cocaïne pourrait être un facteur important dans la hausse de la prévalence et de l'incidence du VIH. Certains utilisateurs de cocaïne se font jusqu'à 20 injections par jour. Le taux d'injection de cocaïne est particulièrement élevé à Vancouver, Toronto et Montréal, et la popularité de la cocaïne est en hausse dans d'autres villes.
- Plusieurs utilisateurs de drogue par injection sont impliqués dans l'activité sexuelle commerciale sans protection. Le port de condoms est rare avec leurs partenaires sexuels réguliers et occasionnels.

Les populations les plus touchées

Les problèmes de l'injection de drogue et de l'infection à VIH et à VHC affectent en fin de compte toute la société canadienne. 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 45% (en 1998). Elle a connu une légère baisse, depuis (34,6% en 2000). Chez les hommes, l'augmentation a aussi été prononcée, mais moins dramatique : de 0,8% (avant 1989) à 19,8% (en 2000).

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.

L'injection de drogue est aussi un problème parmi *les détenus*. Les estimés de la prévalence du VIH en prison 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. Incarcérés, plusieurs continuent de s'injecter de la drogue. Par exemple,

- Dans une prison fédérale, en C.-B., 67% des détenus ayant répondu à un sondage ont déclaré s'injecter de la drogue en prison ou à l'extérieur et 17% ont déclaré s'en injecter *seulement en prison*.
- Dans un sondage effectué par le SCC en 1995, 11% des 4 285 détenus interrogés ont déclaré s'être injecté de la drogue depuis leur arrivée dans la prison où ils se trouvaient à ce moment.

En outre, *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.

Lectures complémentaires

Santé Canada, « **Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada** » et « **Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada** », dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS*, Ottawa, mai 2001.

VIH/sida et prisons : feuillets d'information 2, « **Comportements à risque élevé derrière les barreaux** », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2^e édition, 2001.

D'une série de 13, disponible à <www.aidslaw.ca/elements/factpris-f/f-pfacttofc.htm> ou au Centre canadien de documentation sur le VIH/sida.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <ids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

2

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

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 la prévention du VIH et du VHC, parmi les utilisateurs de drogue par injection, et sur les soins, les traitements et le soutien pour ceux qui vivent avec le VIH et/ou le VHC? Quelles sont les alternatives possibles à ce régime?

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles

La criminalisation de la drogue au Canada

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

En général, en vertu de la LDS, les actes *non autorisés* de possession, fabrication, culture, trafic (qui comprend la vente, l'administration, le don, la cession, le transport, l'expédition et la livraison), exportation et importation de substances énumérées dans les annexes de la loi sont des infractions criminelles. Les substances « désignées » sont le cannabis, l'héroïne, la méthadone, la cocaïne, les barbituriques, les amphétamines et bien d'autres. Dans certaines circonstances, obtenir ou chercher à obtenir une telle substance d'un praticien (comme un médecin) est une infraction. De plus, la LDS stipule qu'il est criminel de posséder, faire le trafic [etc.] non seulement de drogue, 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 ». Donc, si une seringue ou un autre article renferme un résidu de drogue, cet objet est considéré comme une « substance désignée » : la personne qui la possède peut être reconnue coupable de possession en vertu de la LDS.

L'impact du statut juridique actuel

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

Dans *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH/sida*, on a affirmé que les effets pharmacologiques des drogues 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, vu son illégalité. On y explique aussi que l'illégalité des drogues empêche les utilisateurs de drogue par injection d'accéder pleinement aux programmes de soins et de désintoxication; que l'approche de ces traitements, leurs protocoles d'admission et l'attitude du personnel et du public sont davantage un reflet de cette illégalité que de la nécessité de traitement pour la population cible.

LE STATUT JURIDIQUE ACTUEL DE LA DROGUE

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

Plus de tort que de bien

Plusieurs autres individus et organismes soulignent que l'approche criminelle à l'égard de l'usage de drogue peut aggraver les méfaits de cet usage :

- 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.
- La peur de 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 du VHC.
- Puisqu'ils n'ont pas toujours accès à du matériel d'injection stérile, les utilisateurs peuvent être contraints de partager des 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.

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; et elle alimente des attitudes anti-drogue envers les utilisateurs.

Des alternatives sont possibles

Ainsi, est-il approprié, dans le contexte de l'usage de drogue, de recourir au droit criminel plutôt qu'à d'autres moyens d'intervention sociale? Le Gouvernement du Canada, dans le rapport *Le droit pénal dans la société canadienne*, affirme : « On ne

doit recourir au droit pénal que lorsque d'autres moyens d'intervention sociale sont inadéquats [...] et de façon à n'empiéter qu'au minimum sur les droits et libertés des personnes, compte tenu des objectifs poursuivis. » Ceci semble exclure l'utilisation du droit pénal, devant au moins certaines activités reliées à la drogue. Il existe d'autres moyens, moins néfastes, de lutter contre l'usage de drogue tout en préservant (voire en améliorant) l'ordre social et la protection du public.

D'autres approches sont possibles. Par exemple, *au sein des politiques actuelles de prohibition*, sans besoin de changement au cadre législatif actuel, les possibilités sont la décriminalisation *de facto* de la possession de cannabis pour usage personnel, la prescription médicale d'héroïne, des programmes d'éducation explicites, etc. On pourrait aussi envisager le *remplacement de l'approche prohibitionniste actuelle*, ce qui nécessiterait que le Canada dénonce des conventions internationales anti-drogue.

Des alternatives nécessaires

En 2001, Santé Canada a reconnu qu'il faut « apporter des changements fondamentaux aux cadres législatif et stratégique actuels pour que l'usage de drogues par injection soit traité d'abord et avant tout comme un problème de santé ». D'un point de vue éthique, envisager des alternatives à l'approche actuelle est une nécessité. Certains aspects des politiques actuelles doivent être renversés à cause de leurs conséquences sociales intolérables. Les principes de l'éthique demandent que l'on travaille à des politiques 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.

Grands axes d'orientation 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.
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.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

3

L'injection de drogue et le VIH/sida

2002/2003

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 services sociaux ou de santé – soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs, hébergement – aux utilisateurs de drogue par injection? (Voir feuillet 10, pour une discussion de questions particulières aux lieux sécuritaires pour l'injection.)

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
8. Les programmes d'échange de seringues
9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles

Contexte

La tolérance de l'usage de drogue dans le cadre de services sociaux et de santé s'écarte de l'abstinence en tant que seul fondement, norme ou but acceptable à l'égard des utilisateurs de drogue. Le principe d'abstinence imprègne fortement les politiques et les programmes nord-américains. En Europe et ailleurs, il a cependant été remis en question dans plusieurs pays par des fournisseurs de services qui considèrent que, s'ils doivent exiger l'abstinence de leurs clients, ils ne peuvent pas donner des soins, des traitements et du soutien adéquats. Dans certaines résidences pour personnes séropositives, on a le sentiment qu'il ne faut pas rejeter un client ou un candidat s'il n'est pas (encore) prêt à cesser l'usage de drogue. Dans certains hôpitaux, on préférerait permettre au patient de continuer l'usage de drogue pendant ses soins, plutôt que de le laisser souffrir de symptômes de sevrage de la drogue qui pourraient nuire au traitement médical.

Questions juridiques

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 sujets à des mesures disciplinaires (p. ex., amende ou révocation du permis de pratique).

Responsabilité criminelle

1. Un employé en soins de santé ou sociaux peut être accusé de **possession** de drogue illégale, en vertu de la LDS, s'il sait qu'il y en a sur les lieux et s'il a un certain contrôle sur cette drogue. Un employé qui recueille des seringues usagées ou d'autre matériel d'injection contenant des résidus de drogue peut aussi être déclaré coupable de possession.
2. Un employé qui entrepose la drogue d'un patient ou d'un résidant, pour la lui donner à intervalles établis, pourrait être déclaré coupable de **trafic**. « Trafic » est défini en termes larges, dans la LDS, pour inclure tout acte de vente, administration, don, cession, transport, expédition ou livraison d'une drogue illégale. Simplement offrir d'effectuer l'une de ces opérations est aussi une infraction criminelle de trafic.
3. Un employé qui permet ou tolère l'usage de drogue dans un établissement peut être déclaré coupable d'aide ou d'encouragement à une personne pour un crime.
4. Un employé pourrait aussi être responsable de négligence criminelle si, en tolérant ou facilitant la possession de drogue, il a causé un préjudice physique ou la mort du patient, ou y a contribué en faisant quelque chose ou en ne faisant pas quelque chose qu'il avait le devoir légal de faire.

Poursuites civiles

Les codes de conduite professionnels peuvent interdire aux professionnels des soins de santé de laisser

des patients consommer de la drogue. Médecins, infirmiers, etc., peuvent être sujets à des mesures disciplinaires de la part des instances qui réglementent leur profession.

Un établissement ou un employé risque d'encourir la responsabilité civile s'il permet ou tolère la possession de drogue illégale. Par exemple, si un hôpital permet à un patient de posséder (et de consommer par la suite) de la drogue en ses murs et que le patient subit un préjudice (p. ex., 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 et de services qu'il offre.

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. Un établissement ou un employé visé par 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.

De plus, les établissements pourraient faire en sorte que certaines drogues en particulier soient disponibles, de sorte que ces drogues, qui seraient illégales par ailleurs, soient permises, voire administrées aux patients. Le Programme [canadien] d'accès spécial (l'ancien Programme de médicaments d'urgence) est un exemple de mesure qui pourrait prévenir des accusations criminelles contre le personnel de ces établissements.

De plus, le ministre 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, lorsque c'est dans l'intérêt public ou à des fins scientifiques. La loi permet aussi au Cabinet d'adopter un règlement autorisant la distribution d'une drogue illégale à des fins scientifiques.

Questions éthiques

La question éthique fondamentale est l'impératif de prendre soin adéquatement des utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Des principes d'éthique indiquent que l'on ne devrait pas imposer à un utilisateur de drogue par injection un comportement au-delà de ses capacités actuelles. Les personnes qui ont une dépendance à la drogue devraient pouvoir recevoir des soins pour leurs maladies, de la nourriture et un refuge – leur dignité et leur estime de soi doivent être les premières valeurs soutenues; ce faisant, leurs besoins à l'endroit de la drogue doivent être tolérés pour qu'ils puissent s'occuper d'autres choses plus graves. « Libérer une personne de la dépendance » n'est pas le but à poursuivre lorsqu'une personne accoutumée à la drogue depuis longtemps se trouve aux derniers stades d'une maladie mortelle. Dans le contexte de soins palliatifs, aider un mourant à finir sa vie dans la dignité est l'impératif éthique principal.

Recommandations

1. À long terme, les lois devraient être changées pour permettre la provision de drogues actuellement illégales, aux utilisateurs de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins, afin d'éliminer un obstacle aux soins de santé et à d'autres services sociaux pour ces personnes, et d'éliminer la menace de responsabilité criminelle pour les fournisseurs de services prêts à donner des soins, des traitements et du soutien sans insister sur l'abstinence auprès des patients qui font usage de drogue.
2. À court terme, des mesures devraient être adoptées pour assurer des soins, des traitements et du soutien améliorés, aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Notamment, les associations professionnelles devraient adopter des directives pratiques et éthiques pour les fournisseurs de soins de divers domaines liés au VIH/sida et à l'injection de drogue.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

4

L'injection de drogue et le VIH/sida

2002/2003

Les traitements

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

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles

L'exigence d'abstinence

L'abstinence

Le principe d'abstinence, enraciné dans un modèle d'imposition par la loi, domine les politiques nord-américaines sur la drogue. Les personnes qui consomment des drogues illégales sont considérées comme méritant une punition plutôt qu'ayant besoin de soins de santé ou d'un traitement.

Les tenants de l'abstinence interdisent aux demandeurs de soins de santé de consommer de la drogue. Ils insistent sur la notion que l'abstinence de drogues non médicinales est un aspect fondamental d'un comportement sain, et que l'abstinence complète et permanente est le seul signe de réussite d'un traitement.

La réduction des méfaits

Depuis quelques années, le sida et la transmission du VIH et du VHC, parmi les utilisateurs de drogue et à d'autres gens, entraînent une réévaluation fondamentale des services et des programmes pour les personnes dépendantes d'une drogue. On en vient peu à peu à reconnaître qu'un sevrage complet de la drogue est un but auquel plusieurs ne peuvent pas parvenir. D'ailleurs, il est estimé que seule une petite minorité des utilisateurs se sentent capables de participer à des programmes axés sur l'abstinence. Les services de traitement de la dépendance et de soins de santé où l'abstinence est un préalable incitent donc plusieurs utilisateurs de drogue à ne pas demander de soins.

Les stratégies de réduction des méfaits visent à réduire les problèmes spécifiques associés à l'usage de drogue, sans demander l'abstinence complète de toute drogue. On veut diminuer les chances que les utilisateurs de drogue contractent ou transmettent le VIH, des hépatites ou d'autres infections, 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. L'approche part d'une hiérarchie de buts et met l'accent sur des objectifs pragmatiques, atteignables et à court terme, plutôt qu'idéalistes et à long terme.

Une approche complète de réduction des méfaits comporte plusieurs volets: (1) provision de services médicaux aux utilisateurs de drogue; (2) disponibilité de divers modèles de programmes de traitement; (3) provision de services de santé mentale; (4) stratégies d'approche auprès de la clientèle; (5) échange de seringues et disponibilité de condoms; (6) provision d'hébergement et de vêtements; (7) soutien entre pairs; (8) services de réhabilitation professionnelle; et (9) inclusion des utilisateurs dans la conception et la planification des stratégies.

L'accès aux antirétroviraux

L'évolution des traitements antirétroviraux (TARV) permet des améliorations à la santé et à la qualité de

LES TRAITEMENTS

vie de plusieurs personnes séropositives et des diminutions de la morbidité et de la mortalité. Des études ont révélé que les utilisateurs de drogue séropositifs se voient offrir moins souvent que d'autres personnes séropositives la possibilité d'amorcer un tel traitement. Pendant leurs études, leur résidence ou la formation continue, peu de médecins reçoivent une formation adéquate pour les soins aux utilisateurs de drogue. La maladie mentale, les problèmes psychosociaux et les maladies du foie expliquent en partie la réticence à prescrire un TARV à un utilisateur de drogue. Certains médecins sont d'avis que les utilisateurs de drogue sont incapables de respecter le régime du TARV; ils s'inquiètent que cela entraîne une résistance au traitement.

Pourtant, les médecins peuvent adopter plusieurs mesures pour assurer des résultats optimaux pour les utilisateurs de drogue qui suivent un TARV. On pourrait simplifier le régime en réduisant la fréquence de la prise du médicament et le nombre de comprimés. Un facteur important est une relation de confiance et d'accessibilité, entre le patient et le médecin.

Questions juridiques

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

Questions éthiques

Il est injustifiable, sur le plan de l'éthique, d'exiger la cessation de l'usage de drogue comme condition du traitement, si c'est au delà de la capacité de l'utilisateur à ce moment.

Il est aussi injuste de juger qu'une personne ne respecterait probablement pas son traitement 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 beaucoup des systèmes de soins. Si on adapte le système de soins de santé aux besoins des personnes marginalisées, on observe une grande amélioration dans leur fidélité au traitement. 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 vraie : humanité (respecter toute la particularité biologique et biographique de la personne), autonomie (respecter sa façon de vivre et de ses projets de vie), lucidité (partage ouvert de toute information pertinente) et fidélité (compréhension et respect des attentes de la personne).

Recommandations

1. 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.
2. Les professionnels de la santé ne doivent pas retarder ou refuser un traitement (y compris des antidouleur appropriés) à un patient séropositif simplement parce qu'il fait usage de drogue.
3. L'approche prédominante dans la fourniture de soins et traitements à des utilisateurs de drogue séropositifs devrait consister à adapter le régime thérapeutique à leurs besoins plutôt que de s'attendre à ce qu'ils s'adaptent au régime.
4. On devrait créer un réseau de médecins expérimentés (ou intéressés) dans les soins de santé et les traitements aux utilisateurs de drogue par injection.
5. 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.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <info@aidslaw.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

5

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

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?

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles

Questions juridiques

Responsabilité criminelle

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) et le *Règlement sur les aliments et drogues* interdisent aux praticiens d'administrer, de prescrire, de donner, de vendre ou de fournir un stupéfiant à quiconque, sauf pour ce qu'autorise le *Règlement*. Le *Règlement* stipule que :

- lorsque le ministre de la Santé « estime que des raisons scientifiques ou d'intérêt public le justifient », il peut autoriser quiconque à posséder un stupéfiant;
- le ministre peut également autoriser un praticien à fournir de la méthadone à une personne qu'il soigne ou à fournir un stupéfiant (autre que l'héroïne) à quiconque est 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 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 où 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. De plus, si un médecin possède une drogue et en donne (ou offre d'en donner) à un patient, alors que lui-même n'a pas le droit de la posséder, le médecin peut contrevenir à la LDS de trois façons – possession, possession dans le but d'un trafic, et trafic.

Responsabilité civile

Dans chaque province, des règlements professionnels portent sur la conduite des médecins. Le droit de pratique d'un médecin peut être suspendu ou révoqué s'il commet une faute professionnelle. Ce peut être le cas si un médecin procure ou prescrit une drogue illégale à un patient.

Un médecin peut aussi être tenu civilement responsable de négligence s'il a prescrit une drogue qui a causé un préjudice au patient. Toutefois, il faudrait prouver que le médecin n'avait pas un degré raisonnable de compétence et de connaissance ou qu'il n'a pas exercé la diligence raisonnablement attendue d'un praticien ordinaire et prudent. S'il n'a pas expliqué au patient les « risques importants » connus au sujet du médicament, ou s'il a prescrit des médicaments

LA PRESCRIPTION D'OPIACÉS ET DE STIMULANTS DÉSIGNÉS

d'une manière qui a causé un préjudice « raisonnablement prévisible », le droit conclut à une négligence. La prudence attendue du médecin dépend de la nature du médicament et du cas du patient.

Le traitement d'entretien à la méthadone

La méthadone est le seul opioïde approuvé pour le traitement à long terme de la dépendance aux opiacés, au Canada. Aux côtés d'importants avantages (voir le feuillet 9), le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) présente des limites. Il est efficace pour la dépendance à l'héroïne, mais pas à la cocaïne, aux amphétamines et à d'autres non-opiacés. Il n'est pas indiqué dans le cas de pluri-dépendance. Autre limite, la méthadone entraîne elle-même une dépendance. En fait, les symptômes du sevrage de la méthadone peuvent être pires et plus difficiles à gérer que ceux du sevrage de l'héroïne. Ainsi, bien que le traitement à la méthadone soit efficace dans la poursuite d'objectifs de réduction des méfaits, il ne résout pas tous les problèmes associés à la dépendance à la drogue. C'est pourquoi il est nécessaire d'explorer aussi d'autres méthodes.

Notamment, des 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. Ils déplorent que le Canada traîne maintenant loin derrière des pays comme le Royaume-Uni, où les médecins ont le droit de prescrire de l'héroïne, de la cocaïne, des amphétamines et d'autres drogues; ou la Suisse, dont le gouvernement a amorcé en 1994 un essai scientifique sur plusieurs années et dans plusieurs villes, consistant à fournir des drogues à des utilisateurs qui ont une dépendance de longue date, dans le but d'évaluer les effets sur leur santé, leur intégration sociale et leur comportement. En 1997, cette expérience d'entretien à l'héroïne a été qualifiée de réussite : la criminalité a chuté de 60%, le chômage a diminué de moitié et une somme importante de fonds publics a été épargnée par cet évitement de poursuites criminelles, d'emprisonnement et de traitement de maladies.

Un essai contrôlé sur l'héroïne au Canada?

Vu les limites du TEM, plusieurs intervenants adoptent la position 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. Des chercheurs du Canada et des États-Unis ont élaboré un protocole (la *North American Opiate Medications Initiative*) pour évaluer l'efficacité de la prescription d'héroïne pour attirer et retenir ceux qui ont démontré une résistance aux traitements conventionnels. Cette étude clinique randomisée comportera un groupe témoin recevant de la méthadone par voie orale, alors que le groupe expérimental recevra un opiacé injectable, avec ou sans méthadone orale. L'étude durera deux ans et le traitement expérimental, une année. Le protocole est en attente d'approbation.

Questions éthiques

D'un point de vue éthique, il peut s'avérer impératif d'effectuer une telle étude. De fait, des recherches et des essais cliniques fiables sur le plan de la méthodologie font partie intégrante de l'impératif éthique fondamental que les médecins et autres professionnels *sachent* ce qu'ils font lorsqu'ils interviennent sur le corps, l'esprit et la vie de gens malades. Les opposants à des essais cliniques méthodologiquement fiables, sur le traitement au moyen d'opiacés, se trouvent à promouvoir l'abandon thérapeutique de patients qui ne bénéficient pas ou qui ne peuvent pas bénéficier des traitements actuels.

Recommandations

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

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

6

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

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 de plusieurs essais cliniques sur les médicaments anti-VIH/sida?

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
8. Les programmes d'échange de seringues
9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles

Contexte historique

Après la deuxième Guerre mondiale, on a amorcé des efforts concertés pour exclure les personnes vulnérables des expériences scientifiques et médicales. La principale préoccupation éthique est devenue la protection des personnes vulnérables contre l'exploitation médicale. Le *Code de Nuremberg*, l'*International Code of Medical Ethics* et la *Déclaration d'Helsinki* ont été développés pour protéger les gens contre l'exploitation médicale et scientifique. Les personnes de groupes ethniques et de minorités, celles ayant un handicap mental ou qui sont marginalisées socialement ont été mises à l'abri des recherches expérimentales en médecine.

Cette exclusion est due à des recherches médicales effectuées au dix-neuvième siècle et dans la première moitié du vingtième, où des expériences médicales d'une éthique douteuse ont eu lieu sur des personnes vulnérables, notamment des personnes de race noire, des enfants, des personnes ayant un handicap mental, des détenus et des Juifs.

Nouvelle perspective

Depuis quelques années, cependant, la perspective se modifie. Bien que la protection des sujets de recherche demeure une préoccupation importante, l'opinion aujourd'hui mise de l'avant est le devoir d'offrir un accès équitable aux essais cliniques. On estime que les femmes, les personnes désavantagées sur le plan économique, marginalisées socialement ou appartenant à des groupes ethniques et à des minorités, rencontrent souvent de la discrimination et de l'injustice parce 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, affirme que « 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 ».

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

On manque de renseignements cliniques appropriés pour déterminer les traitements à donner aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs. Les utilisateurs de drogue sont souvent exclus ou sous-représentés dans les études sur ces médicaments. De plus, peu de recherche a porté sur les effets des drogues illégales sur le système immunitaire et leur interaction avec les médicaments anti-VIH. Ceci nuit à la fourniture de soins et traitements optimaux pour les utilisateurs de drogue par injection séropositifs, car il est possible qu'ils présentent un registre plus large de déficiences immunitaires, des différences dans la progression de la maladie et des réactions différentes aux traitements.

Questions juridiques

Autorisation légale d'effectuer des recherches

Les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS) permettent aux chercheurs et aux utilisateurs de drogue de participer à des essais cliniques impliquant des drogues illégales. Le ministre de la Santé et le Cabinet ont le pouvoir d'exempter des personnes de la LDS pour des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public.

Obligations juridiques dans l'exécution des recherches

Il n'existe aucune obligation juridique d'effectuer des recherches sur les effets des drogues illégales sur le système immunitaire et leurs interactions avec les médicaments anti-VIH/sida. Même si la loi autorise les ministres fédéral et provinciaux de la Santé à effectuer des recherches, et bien que ces derniers puissent légalement autoriser des recherches sur les drogues illégales, il est douteux que les mandats larges des autorités sanitaires, « la promotion et [le] maintien » de la santé des Canadiens, soient interprétés par les tribunaux comme imposant au gouvernement une obligation légale d'effectuer des recherches d'un type particulier.

Toutefois, la loi régit la manière dont les recherches sont effectuées. La conception des recherches doit tenir compte de considérations juridiques et éthiques et on pourrait peut-être invoquer la *Charte canadienne des droits et libertés* ou les lois provinciales sur les droits de la personne pour contester l'exclusion des usagers de drogue, dans des études, et pour contester le refus des autorités gouvernementales ou des organismes privés d'autoriser des recherches sur les drogues illégales. Par exemple, 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 (art. 7). Toutefois, la *Charte* ne s'applique généralement qu'aux institutions gouvernementales (art. 32). L'application de la *Charte* 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.

Questions éthiques

Il est impératif, selon l'éthique, que les professionnels de la santé s'efforcent d'obtenir le savoir pour s'acquitter des responsabilités cliniques du traitement, des soins et du soutien. L'exclusion systématique des utilisateurs de drogue par injection (ou des femmes ou des personnes pauvres), dans les essais cliniques, équivaut au refus d'obtenir le savoir 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 séropositives qui ne consomment pas de drogue par injection, ou que les drogues n'interagissent pas de manière défavorable avec des antirétroviraux. 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. Par conséquent, il est fautif sur le plan éthique d'exclure ces personnes d'essais qui pourraient indiquer si on doit leur donner d'autres traitements que ceux que reçoivent les autres.

Recommandations

1. Les Instituts de recherche en santé 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.
2. 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.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

7

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

L'information sur l'usage et les effets des drogues

Ce feuillet aborde les questions juridiques et éthiques liées au besoin que les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogue et le grand public reçoivent de l'information exacte et complète au sujet des drogues et de leurs effets.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles

Où est le problème?

Les professionnels de la santé, les utilisateurs de drogue et le grand public ne reçoivent pas suffisamment d'information exacte au sujet des drogues illégales. Ce manque d'information a un impact négatif sur les soins, les traitements, le soutien et les efforts de prévention.

Programmes d'éducation fondés sur l'abstinence
Plusieurs des programmes d'éducation, en particulier à l'intention des jeunes, reposent sur une philosophie de tolérance-zéro. L'abstinence de drogue en est l'objectif principal. On dit souvent aux jeunes qu'au delà de l'expérimentation d'une seule fois, il s'agit d'abus de drogue; que l'alcool et la cigarette 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. Des analystes considèrent que l'optique du *Dites simplement non* est dangereuse :

Quand on a dit aux jeunes que les drogues illégales, y compris la marijuana, sont très dangereuses et qu'elles créent une dépendance, puis qu'ils découvrent par l'expérience que cela est faux, le reste du message perd toute crédibilité. Une éducation honnête sur la drogue est un des moyens pour assurer que les individus sachent comment prendre des décisions éclairées. Mais cette approche ne cadre pas dans la campagne du *Dites simplement non*.

Pour que l'éducation sur la drogue soit efficace, ils soulignent qu'elle devrait être fondée sur des hypothèses réalistes : « Les programmes doivent répondre aux besoins des individus, dans leur contexte social, et ils doivent être souples et créatifs comme le sont les jeunes qu'ils cherchent à informer. »

Programmes d'éducation sur la réduction des méfaits
Les programmes d'éducation sur la réduction des méfaits ne portent pas de jugement sur l'usage de drogue. Ils cherchent à donner de l'information exacte au sujet de la composition et des effets des diverses substances et de proposer des sources d'aide aux personnes qui en consomment. 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.

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

L'INFORMATION SUR L'USAGE ET LES EFFETS DES DROGUES

Au Canada, certains ministères et agences gouvernementales ont publié de l'information basée sur des principes de réduction des méfaits, à l'intention du public. Mais 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, sont encore rares.

De plus, les fournisseurs de soins de santé, comme les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, ne reçoivent pas suffisamment d'éducation au sujet des drogues, de la dépendance et des traitements pour les personnes qui ont une dépendance à la drogue. Une étude effectuée en Colombie-Britannique, auprès d'étudiants et de résidents en médecine, a conclu que les programmes de formation devraient consacrer plus de temps aux drogues autres que l'alcool.

Questions juridiques

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 documentation il s'agira et à quels segments du public elle s'adressera. 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 au grand public, est généralement laissée à la discrétion 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.

Principes d'éthique

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.

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* 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 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.

Le *public* – les *citoyens* et leurs *représentants au pouvoir* – a la responsabilité de devenir adéquatement informé au sujet de l'usage de drogue et des effets de cet usage. Ceci 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.

Recommandations

1. Les responsables de la santé, aux paliers fédéral et provincial/territorial, devraient octroyer des fonds au développement et à la distribution d'information sur les drogues illégales qui soit exacte, non biaisée et qui ne porte pas de jugement, pour les fournisseurs de soins de santé, les utilisateurs de drogue et le grand public.
2. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agences gouvernementales et les organismes communautaires devraient élaborer des programmes d'éducation fondés sur les principes de la réduction des méfaits.
3. 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.
4. 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 de la drogue, de son usage et des approches de réduction des méfaits qui y sont liés.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

8

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

Les programmes d'échange de seringues

Ce feuillet explique comment les règles et règlements entourant les programmes d'échange de seringues, au Canada, font obstacle à la prévention du VIH ainsi qu'aux soins, aux traitements et au soutien des utilisateurs de drogue par injection.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
8. Les programmes d'échange de seringues
9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles



Buts de l'échange de seringues

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. 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 et du virus de l'hépatite C (VHC). La philosophie inhérente aux PÉS est la suivante : en donnant des seringues et aiguilles stériles aux utilisateurs de drogue par injection, on diminue le partage de matériel d'injection, ce qui réduit la propagation d'agents infectieux transmissibles par le sang, comme le VIH et le VHC.

En plus de distribuer des seringues, les PÉS facilitent les contacts avec une population qui est autrement difficile à joindre, pour lui fournir des services d'éducation, de counselling et d'orientation vers des services de santé et de désintoxication.

Ça fonctionne?

Des études montrent que les PÉS :

- sont efficaces pour réduire la propagation du VIH,
- n'entraînent pas d'augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue ni de diminution de l'âge d'une première injection, et
- n'accroissent pas le nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire, dans une communauté, ni ne modifient les lieux où on en jette.

L'échange de seringues au Canada

Le premier PÉS au Canada a été mis sur pied à Vancouver en 1989. En quelques mois, d'autres voyaient le jour à Montréal et à Toronto, puis d'autres villes canadiennes ont rapidement emboîté le pas. Aujourd'hui, on estime qu'il existe au delà de 100 sites d'échange de seringues, au Canada. Pourtant, seulement une petite proportion des utilisateurs de drogue par injection a accès aux PÉS. Plusieurs problèmes subsistent :

- Dans plusieurs PÉS, le nombre de seringues remises à chaque utilisateur, à chaque visite, est limité. Des quotas individuels peuvent être imposés. De telles limites peuvent être bien intentionnées, mais elles restreignent l'accès à du matériel d'injection stérile. Dans l'ensemble, le nombre d'aiguilles distribuées, au Canada, est bien inférieur au nombre requis pour la population d'utilisateurs de drogue par injection.
- Le nombre de PÉS au Canada demeure insuffisant et 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, ce qui crée une autre difficulté d'accès.

LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

- L'injection de drogue est prévalente en prison, mais aucun PÉS n'est offert dans les prisons fédérales et provinciales du Canada.
- Les heures de fonctionnement des PÉS sont souvent limitées. Dans les régions rurales, du matériel d'injection stérile est fourni par des cliniques communautaires ou l'urgence d'hôpitaux, mais parfois seulement deux heures par semaine.
- À plusieurs endroits, les pharmaciens sont réticents à fournir des seringues aux utilisateurs de drogue par injection. Certains se préoccupent de possibles impacts négatifs sur les revenus de leur commerce. Ceci est un problème, notamment dans des régions rurales ou semi-urbaines, puisque les pharmacies peuvent constituer une des rares possibilités d'accès à du matériel d'injection stérile.
- Les PÉS n'offrent pas tous des services de soins de santé, du counselling et du soutien.

Questions juridiques

Il est légal, au Canada, 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 *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), si les seringues qu'ils possèdent renferment des traces de drogue illégale. Notons aussi 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.

Questions éthiques

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 l'injection de drogue. Les PÉS [...] offrent des moyens de parvenir à cette fin.

Cependant, ces programmes ne sont pas efficaces lorsqu'ils fonctionnent de manière qui impose des restrictions qui les empêchent de satisfaire les besoins des personnes pour lesquelles ils avaient été conçus.

Les limites énumérées ci-dessus empêchent des PÉS, au Canada, de respecter les principes de l'autonomie et de la dignité, de la bienfaisance et de la non-malfaisance, de la justice et de l'équité, de même que de l'utilitarisme. La bienfaisance et la non-malfaisance concernent la maximisation des bienfaits pour le patient et la minimisation des méfaits. L'autonomie et la dignité impliquent le droit de l'individu à l'autodétermination et sa capacité de décision éclairée sur le cours d'action à suivre. La justice et l'équité commandent une distribution équitable des fardeaux et des bienfaits parmi les individus et la communauté. L'utilitarisme dicte la maximisation du bienfait pour la société.

Lectures complémentaires

Hankins, C., « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129. L'historique et les lacunes actuelles des programmes d'échange de seringues au Canada.

Santé Canada, « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida et les MTS*, Ottawa, mai 2001. Contient des références aux études ayant démontré que les PÉS fonctionnent.

Recommandations

1. 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.
2. 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 d'injection contenant des traces d'une substance désignée.
3. Les systèmes correctionnels devraient rendre disponible en prison du matériel d'injection stérile.
4. Les associations de pharmaciens ainsi que leurs instances d'accréditation devraient encourager ces professionnels à distribuer du matériel d'injection stérile.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais pas vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

9

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

Le traitement d'entretien à la méthadone

Ce feuillet explique comment les règles et règlements sur les programmes d'entretien à la méthadone, au Canada, peuvent nuire à la prévention du VIH et aux soins, aux traitements et au soutien des utilisateurs de drogue par injection.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles

Le traitement d'entretien à la méthadone

La méthadone est encore le seul opioïde approuvé au Canada pour le traitement prolongé de la dépendance aux opiacés. C'est un narcotique synthétique utilisé pour le traitement de personnes accoutumées à l'héroïne ou à la morphine. C'est un opioïde à action prolongée qui peut être pris par voie orale. Un utilisateur de drogue n'a besoin que d'une dose de méthadone par période de 24 à 36 heures. La méthadone n'a pas d'action euphorisante ou sédatrice, ce qui contraste avec l'action plus brève et les périodes marquées de hauts et de bas associées à l'héroïne, à la morphine et à d'autres opiacés. L'effet soutenu de la méthadone permet de chercher ou de garder un emploi et favorise la réinsertion dans la communauté.

La sûreté et l'efficacité du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) sont documentées dans des publications scientifiques et médicales. On attribue aux programmes de TEM une diminution de l'usage d'opiacés, une réduction de la criminalité et une amélioration de la santé générale du patient. Le TEM réduit chez les individus la morbidité et la mortalité. Un autre bienfait important est qu'il réduit la propagation du VIH, puisque la méthadone est administrée par voie orale plutôt que par injection. Le TEM est donc devenu une « ressource critique dans les efforts contre l'injection de drogue et le VIH/sida ». De plus, les cliniques de méthadone sont d'excellents sites pour l'éducation et la prévention des maladies. On peut y offrir aux patients des tests de MTS et du VIH, de même que du counselling; on peut aussi y donner de l'information sur le sécurisexe, les dangers du partage d'aiguilles et les méthodes pour bien nettoyer le matériel d'injection.

Histoire de la méthadone au Canada

En 1959, le D^r Robert Halliday a reçu l'approbation du ministère fédéral de la Santé pour une étude sur la méthadone comme moyen de traitement de la dépendance aux opiacés. Il a établi que l'entretien à la méthadone était une forme légitime de traitement pour ces personnes. En 1972, il existait au Canada près de 25 programmes d'entretien à la méthadone. La Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain) a conclu que la méthadone est l'arme la moins coûteuse et la plus efficace contre la dépendance à l'héroïne. Elle a recommandé que l'entretien à la méthadone soit rendu disponible partout au pays, pour les personnes dépendantes d'opiacés.

Au début des années 1970, les possibilités d'usage abusif de la méthadone sont devenues une préoccupation pour le gouvernement fédéral. Des règlements ont été adoptés en 72, dans la *Loi sur les stupéfiants*, interdisant à tout médecin ou pharmacien d'administrer, prescrire, donner ou vendre de la méthadone à quiconque sans y être autorisé

LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN À LA MÉTHADONE

par le gouvernement fédéral. Cette réglementation a eu un impact marqué : de 1972 à 1975, le nombre de professionnels à prescrire la méthadone et le nombre de patients en recevant ont chuté d'un tiers.

Vers le milieu des années 90, les autorités fédérales de santé ont délégué aux provinces l'accréditation et le contrôle de la prescription de méthadone. Certaines provinces ont confié à leur collège des médecins et chirurgiens la surveillance des programmes, mais un permis fédéral est encore nécessaire pour pouvoir prescrire et administrer de la méthadone à des patients.

Obstacles à l'efficacité des programmes

Les restrictions imposées aux programmes de traitement à la méthadone sont dues à plusieurs facteurs. Un d'entre eux est l'opposition philosophique à ce traitement et à son utilisation pour parvenir à une abstinence d'usage de stupéfiants. À plusieurs égards, ce traitement est un bon exemple de l'entrave, par la réglementation, à l'efficacité d'un programme controversé de santé publique pour des « gens qui n'ont pas la faveur populaire ». Le US Institute of Medicine a conclu que les politiques mettent « trop d'emphasis sur la protection de la société contre la méthadone, et pas assez sur la protection de la société contre l'épidémie de dépendance, de violence et de maladies infectieuses que la méthadone peut aider à réduire ». La même remarque a été faite au Canada, où l'on déplore que les règles et les règlements des programmes de méthadone soient souvent des obstacles à la provision de soins efficaces aux utilisateurs. En janvier 1999, un médecin ontarien a écrit :

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.

Les programmes de méthadone sont critiqués, au Canada, pour l'arsenal de règles qu'ils imposent à leurs patients – rigoureuses procédures d'évaluation, exigence de visites quotidiennes, abstinence d'autres drogues et analyses d'urine au hasard. Parmi les autres problèmes qu'on observe :

- Un faible nombre de personnes dépendantes de l'héroïne reçoivent un traitement à la méthadone, dans plusieurs régions du Canada.
- Le financement des programmes de méthadone au Canada est insuffisant et, dans plusieurs provinces, trop peu de médecins et de pharmaciens participent à la provision de TEM.
- L'accès à la méthadone en prison est encore rare. Dans le système correctionnel fédéral et dans certains systèmes provinciaux – mais pas tous –, les détenus qui suivaient un TEM avant leur incarcération peuvent le continuer en prison. Cependant, le TEM devrait être accessible aussi aux détenus qui sont dépendants d'opiacés mais qui ne recevaient pas ce traitement avant l'incarcération.

Recommandations

1. Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux devraient prendre les mesures pour assurer que des programmes d'entretien à la méthadone soient plus accessibles dans tous les territoires et provinces.
2. Les responsables gouvernementaux de la santé et les Collèges des médecins et chirurgiens devraient assurer que des services complets soient accessibles aux participants aux programmes de méthadone, y compris les soins de santé de premier recours, du counselling, de l'éducation et du soutien.
3. Les systèmes correctionnels devraient assurer que les détenus qui suivaient un TEM avant leur incarcération aient la possibilité de le continuer en prison, et que les détenus puissent amorcer ce traitement en prison d'après les mêmes critères qu'hors de prison.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

10

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

Les lieux sécuritaires pour l'injection

*Ce feuillet d'information explique ce que sont les lieux
sécuritaires pour l'injection et pourquoi le Canada devrait
appuyer leur mise à l'essai.*

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions
juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles

Un autre des moyens de solution partielle proposés à la crise de l'injection de drogue, du VIH/sida et du VHC (et des surdoses) consiste à établir – d'abord à titre d'essai – des « lieux sécuritaires pour l'injection » (« LSI », aussi appelés « sites d'injection sécuritaires » ou « lieux d'injection supervisés »).

Qu'est-ce qu'un lieu sécuritaire pour l'injection?

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

Les LSI peuvent aussi diriger des utilisateurs de drogue vers des programmes de traitement et de réadaptation; ils peuvent de plus jouer un rôle de centres de soins de santé primaires. On y fournit gratuitement du matériel d'injection stérile, y compris des seringues, de l'alcool, des cotons ouate, de l'eau, des chauffe-cuillères et des garrots. Les buts sont de réduire les incidents de l'utilisation non sécuritaire de drogues par injection et de prévenir les conséquences néfastes qui résultent trop souvent de l'injection non sécuritaire. Il ne s'agit pas de « piqueries », qui ne sont pas reconnues légalement ou officiellement, et qui sont souvent non sécuritaires parce qu'elles n'offrent pas de conditions salubres, d'accès à du matériel d'injection stérile, de supervision, d'accès immédiat à du personnel de soins de santé, ni de lien avec d'autres services de soutien et de santé.

Les LSI peuvent améliorer la santé publique de trois façons principales : (1) en prévenant des surdoses mortelles; (2) en prévenant la propagation d'infections par le sang et d'autres méfaits causés par des pratiques d'injection non sécuritaires; et (3) en servant de portail pour l'accès à de l'éducation, à des traitements et à la réhabilitation.

Le débat

Certains soutiennent que l'établissement de LSI lance un « mauvais message » à la communauté – notamment que l'usage de drogue est acceptable et appuyé de manière officielle – et que cela contribuerait à une augmentation de la consommation. Pourtant, dans des villes européennes où l'on trouve des LSI, le nombre total d'utilisateurs de drogue a diminué.

Certains craignent que l'introduction de LSI fasse augmenter la concentration d'utilisateurs de drogue dans le secteur et affecte le cachet du quartier. En réalité, cependant, les LSI devraient atténuer les problèmes liés à la nuisance et à la visibilité –

LES LIEUX SÉCURITAIRES POUR L'INJECTION

criminalité, violence, flânage, trafic de drogue et dommages matériels pourraient être réduits; et plusieurs seringues seraient mises au rebut de façon sécuritaire, plutôt que jetées dans les rues. Des études européennes le confirment : les autorités policières rapportent un déclin des vols dans la rue, des vols dans les automobiles, du trafic d'héroïne et d'infractions similaires, après l'introduction de LSI.

Expériences d'autres pays

On peut établir des LSI – comme en témoigne la mise en œuvre réussie de cette stratégie pragmatique, pratique et efficace de réduction des méfaits dans une ville d'Australie et d'autres villes de Suisse, d'Allemagne et des Pays-Bas. Ces LSI ont été implantés dans des endroits qui étaient devenus des scènes très publiques de consommation de drogue, auxquelles s'associaient des effets néfastes tels la détérioration de la santé et l'accroissement des nuisances publiques. Les LSI semblent maintenant acceptés dans ces pays, malgré l'opposition initiale.

Aspects juridiques

Le droit international requiert que des essais de LSI soient entrepris, en vertu de l'obligation légale internationale de permettre aux individus d'atteindre le meilleur état de santé possible. De plus, les conventions internationales sur la drogue n'empêchent pas la mise à l'essai de LSI. En fait, ces traités sur la drogue permettent expressément les expériences scientifiques et médicales.

Les craintes au sujet de la responsabilité criminelle ou civile, souvent exagérées, ne sont pas des obstacles insurmontables à la mise en place de LSI. Néanmoins, il est souhaitable d'établir un cadre clair pour qu'ils fonctionnent dans la légalité.

Conclusion

La mise en œuvre de LSI a beau n'être qu'une des composantes importantes d'une stratégie complète de réduction des méfaits, le Canada ne peut rester dans l'inaction – et tolérer que le VIH, l'hépatite C et d'autres méfaits évitables continuent de frapper les utilisateurs de drogue – en refusant d'adopter ces mesures raisonnables dont l'efficacité se démontre dans d'autres pays. Les responsables des politiques gouvernementales ont une obligation légale et morale de donner l'aval et d'accorder leur soutien à tout le

moins à la mise à l'essai de LSI, en tant que mesures qui sont permises en vertu des traités sur le contrôle de la drogue, qui vont dans le sens de nos obligations à l'égard des droits de la personne et qui sont requises par la logique, la compassion et la décence élémentaire.

Enfin, il semble absurde de se rendre jusqu'au point d'offrir des programmes d'échange puis de refuser d'introduire des LSI. À l'heure actuelle, des programmes financés par le gouvernement offrent des seringues et des aiguilles à des utilisateurs de drogue par injection, tout en sachant qu'elles serviront à la consommation de drogues illégales. Dans ces circonstances, le fait de reculer devant la provision de lieux sûrs et hygiéniques, où les utilisateurs pourraient s'injecter de façon sécuritaire, dénote un manque de perspective.

Les LSI pourraient exister paisiblement aux côtés de l'échange de seringues, comme une autre stratégie importante pour lutter contre des effets néfastes de l'injection de drogue. Aucune des différences entre ces deux mesures n'est suffisamment importante ou marquante pour empêcher la mise à l'essai de LSI, qui pourrait avoir des effets positifs considérables sur la santé publique.

Recommandations

1. Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'un essai scientifique multi-sites de LSI.
2. Les fonctionnaires et élus des paliers fédéral, provincial/territorial et municipal qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux ainsi que de l'application de la loi devraient collaborer à faire en sorte que la mise à l'essai de LSI s'amorce dès que possible.
3. Le gouvernement fédéral devrait établir un cadre de réglementation aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), pour éliminer le risque de responsabilité criminelle des employés et clients de LSI; et pour réduire les risques de responsabilité civile liée à l'opération de ces établissements.
4. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en vigueur, la ministre fédérale de la Santé devrait accorder des exemptions ministérielles de l'application des dispositions pertinentes de la LDS, à certains LSI ainsi qu'à leurs employés et clients, de sorte que ces programmes puissent fonctionner à titre d'essai.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

11

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

Une obligation de passer à l'action

Une crise de santé publique sévit depuis le début des années 1990, au Canada, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'injection de drogue. La réaction du Canada à cette crise n'est ni efficace, ni concertée. Les améliorations récentes n'empêchent pas que bien des choses peuvent – et doivent – être faites pour freiner la propagation du VIH et d'autres infections parmi les utilisateurs de drogue par injection et pour améliorer les soins, les traitements et le soutien de ceux qui sont séropositifs. Bien des choses doivent être faites, parce que les approches actuelles ne résistent pas à l'analyse éthique.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
 4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
 6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
 8. Les programmes d'échange de seringues
 9. Le traitement d'entretien à la méthadone
 10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
 11. Une obligation de passer à l'action
 12. Ressources essentielles



Une autre tragédie de santé publique

Le Canada est en pleine crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et l'injection de drogue. Et, la réaction du Canada à cette crise est loin d'être efficace et concertée. 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 montre 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 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 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 des individus à risque.

Encore beaucoup à faire

L'illégalité des drogues, au Canada, contribue aux difficultés de réagir au problème du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection. Cependant, bien des choses peuvent être faites dès maintenant, dans le cadre législatif actuel, sans attendre les changements légaux nécessaires à plus long terme. De fait, bien des choses *doivent* être faites, comme l'indique l'analyse éthique à laquelle ne résistent pas les approches actuelles. Comme l'explique le Dr David Roy,

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 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

UNE OBLIGATION DE PASSER À L'ACTION

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 : 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 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 donnent d'une main pour reprendre de l'autre.

Il est *impératif* de reconnaître que les personnes qui font usage de drogue possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.

Beaucoup à faire dès MAINTENANT

En 1997, le Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'injection de drogues, dans son *Plan d'action national*, avertissait qu'il était « urgent que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates » – notamment pour régler les problèmes juridiques et

de politiques; améliorer les efforts de prévention et d'intervention; améliorer les options de traitement; et porter une attention urgente aux questions touchant les populations autochtones et les femmes. Le Groupe réaffirmait avec vigueur la responsabilité du ministère fédéral de la Santé de faire preuve de leadership dans ce domaine, en particulier auprès d'autres ministères importants (Justice, Solliciteur général, Service correctionnel) par des mesures concrètes, la surveillance de leur mise en œuvre et l'évaluation des résultats.

En 1999, le Réseau juridique canadien VIH/sida publiait son rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*. En 2001, Santé Canada répliquait à ce rapport et aux recommandations qu'il contient, en s'affirmant « engagé à renforcer et à augmenter ses efforts en ce qui a trait à l'usage de drogues par injection ». La même année, cinq comités gouvernementaux de l'arène fédérale-provinciale-territoriale rendaient public un document axé sur la nécessité et les moyens de « Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada ».

Mais la crise se poursuit en 2002. Nos gouvernements s'en tiennent encore à leurs réponses tièdes, sans conviction – et les gens continuent de contracter le VIH en nombre accablant. L'application des mesures recommandées dans le *Plan d'action national* et dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* doit devenir une priorité urgente.

Lectures complémentaires

D. Roy, « L'injection de drogue et le VIH/sida : commentaire éthique sur des questions prioritaires », dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

I. Skirrow, « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3) : 39-47.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, <aids/sida@cpha.ca>. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : <info@aidslaw.ca>. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.

12

L'injection de
drogue et le
VIH/sida

2002/2003

Ressources essentielles

Les lectures sur le VIH/sida dans le contexte de l'injection de drogue ne manquent pas. Ce feuillet donne de l'information sur quelques ressources choisies pour l'importance de leur apport – des recommandations cruciales au sujet de l'injection de drogue et du VIH, en particulier sur les questions de droit et d'éthique.

Ce feuillet d'information fait partie d'une série de douze sur les questions juridiques et éthiques entourant l'injection de drogue et le VIH/sida.

1. L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits
2. Le statut juridique actuel de la drogue
3. L'usage de drogue et la provision de services sociaux et de santé
4. Les traitements
5. La prescription d'opiacés et de stimulants désignés
6. Les utilisateurs de drogue et les études sur le VIH/sida et les drogues illégales
7. L'information sur l'usage et les effets des drogues
8. Les programmes d'échange de seringues
9. Le traitement d'entretien à la méthadone
10. Les lieux sécuritaires pour l'injection
11. Une obligation de passer à l'action
12. Ressources essentielles



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

Les auteurs critiquent l'approche prohibitionniste des politiques sur la drogue au Canada, où les médecins peuvent être poursuivis comme s'ils faisaient du trafic de drogue s'ils prescrivent des stupéfiants. Ils recommandent que les médecins canadiens aient l'autorité légale de prescrire des drogues selon leur jugement sur les besoins du patient.

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

Discussion sur les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et commentaire sur les difficultés que certaines présentent au traitement de patients utilisateurs de drogue.

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, 146 : 994.

Décrit le but des programmes d'échange de seringues et l'historique de ces programmes à Montréal.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada (document de travail)*, Ottawa, mars 2001.

Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>>. Reconnaît la gravité du problème de l'injection de drogue et décrit ce que les gouvernements pourraient et devraient faire. Passeront-ils à l'action?

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.

Ce groupe de travail a souligné que « 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 » et ajouté : « Il est donc urgent que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates. » Incontournable! Disponible à <www.ccsa.ca>.

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*, décembre 1994.

Discussion sur la philosophie des programmes d'échange de seringues et suggestions pour en optimiser l'efficacité.

Clark, P.A., « The Ethics of Needle-Exchange Programs », *AIDS & Public Policy Journal*, 1998, 13(4) : 131-139.

Article où il est conclu que les programmes d'échange de seringues sont « une composante à la fois nécessaire

RESSOURCES ESSENTIELLES

et vitale d'une stratégie complète et plus vaste, pour prévenir la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection ».

Drucker, E., « Drug Prohibition and Public Health: 25 Years of Evidence », *Public Health Reports*, 1999, 114(1) : 14-29 (reproduit dans *The Drug Policy Letter*, 1999, 40 : 4-18).

Conclut que les dégâts – directs et collatéraux – de la guerre à la drogue surpassent la prétention que la tolérance-zéro protège la santé publique : « La tentative de remède est pire que la maladie. »

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

Tout ce que vous devez savoir sur les LSI. Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>>.

Erickson, P.G., D.M. Riley, Y.W. Cheung, P.A. O'Hare, *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, 1997.

Recueil d'abrégés de la V^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits associés à la drogue (Toronto, mars 1994).

Fischer, B., « Prescription, power and politics : the turbulent history of methadone maintenance in Canada », *Journal of Public Health Policy*, 2000, 21(2) : 187-210.

Regard sur l'histoire turbulente du traitement à la méthadone au Canada et les règlements et politiques qui le régissent, pour conclure qu'on fait entrave au traitement des personnes qui ont une dépendance à la drogue.

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

Présente la position selon laquelle, devant les problèmes de santé publique liés à l'injection de drogue, les professionnels devraient avoir l'autorisation de traiter les utilisateurs de drogue en employant des drogues présentement illégales, comme l'héroïne.

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.

Présentation des programmes québécois de prévention. Recommandation de nouvelles stratégies.

Hadaway, P., B.L. Beyerstein, J.V.M. Youdale, « Canadian drug policies: irrational, futile and unjust », *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(2) : 183-197.

Selon les auteurs de cet article, bien que l'on accorde beaucoup d'importance à la protection de la liberté individuelle et des libertés civiles au Canada, les

Canadiens permettent que l'on porte atteinte à ces droits dans la guerre contre la drogue.

Hankins, C., « Syringe exchange in Canada : good but not enough to stem the HIV tide », *Substance Use and Misuse*, 1998, 33 : 1129.

Aborde l'historique et les lacunes actuelles des programmes d'échange de seringues au Canada.

Kerr, T., *Safe Injection Facilities: Proposal for a Vancouver Pilot Project*, préparé pour la Harm Reduction Action Society, Vancouver, 2000.

Proposition d'essai pilote de lieu sécuritaire pour l'injection, à Vancouver.

Kerr, T., Palepu, A., « Safe injection facilities in Canada: Is it time? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 165(4) : 436-437.

Éditorial qui soutient que le temps est venu d'introduire des lieux sécuritaires pour l'injection, au Canada. Disponible à <www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-4/0436.asp>.

Kirby, M., « Sex, drugs and the family », *National AIDS Bulletin [Australie]*, 1994, 7(12) : 20-22.

Le juge Kirby signale que jusqu'à maintenant « la plupart des avocats sérieux et pratiquement tous les juges » ont passé sous silence la question des droits de la personne de ceux qui font usage de la drogue. « Pour dire les choses comme elles sont, il est barbare de punir, par de longues périodes d'emprisonnement, des personnes qui ont une toxicomanie en particulier. C'est un problème de santé publique et non de droit pénal. »

Loue, S., P. Lurie et S. Lloyd, « Ethical issues raised by needle exchange programs », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 1995 : 382.

Aborde les principes d'éthique à la base de la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues.

MacFarlane, B., *Drug Offences In Canada*, Toronto, Canada Law Book Inc., 3^e édition, 1997.

Discussion approfondie sur les lois canadiennes en matière de drogue.

Malkin, I., « Establishing Supervised Injecting Facilities: A Responsible Way to Help Minimise Harm », *Melbourne University Law Review*, 2001, 25(3) : 680.

Soutient que, pour des raisons juridiques et éthiques, des lieux sécuritaires pour l'injection devraient être mis sur pied.

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

Pointe des problèmes qu'il faut résoudre pour être efficaces dans la provision de soins, de traitements et de soutien aux utilisateurs de drogue (en particulier ceux de la rue ou qui sont marginalisés); suggestions susceptibles d'amorcer un processus de solution.

RESSOURCES ESSENTIELLES

MacPherson, D., *A Framework for Action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver* (2^e édition), Ville de Vancouver, 2001.

Le plus récent effort coordonné pour s'attaquer au problème de drogue, à Vancouver. Disponible à <www.city.vancouver.bc.ca>. Voir aussi le commentaire de Skirrow dans la *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 101-103 (disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6nos1-22001/f-drogues.htm>>.

Millar, L., *HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia – Pay Now or Pay Later?*, Office of the Provincial Health Officer, B.C. Ministry of Health, juin 1998.

Le rapport du coroner de la Colombie-Britannique affirme que « la continuation de cette épidémie [de VIH parmi les UDI] est un échec des valeurs et attitudes sociales ». Nombreuses recommandations.

Mitchell, C.N., « A justice-based argument for the uniform regulation of psychoactive drugs », *McGill Law Journal*, 1986, 31 : 212-263.

L'auteur affirme que les lois modernes de contrôle de la drogue sont fondées sur des mythes et des préjugés plutôt que sur des principes de justice et la validité scientifique. Il propose des réformes fondées sur la justice.

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.

Arguments en faveur d'une approche de réduction des méfaits, devant le problème de santé publique de l'injection de drogue à l'ère du VIH/sida. Appui aux orientations de pays comme le Royaume-Uni, la Suisse et les Pays-Bas.

O'Brien, M., « Needle exchange programs : ethical and policy issues », *AIDS & Public Policy Journal*, 1989, 4(2) : 75-82.

Analyse des arguments pour et contre l'échange de seringues.

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.

Ces chercheurs ont constaté que les utilisateurs de drogue sont moins susceptibles de recevoir un traitement antirétroviral que les individus séropositifs d'autres groupes. Ils suggèrent aux médecins des moyens de mieux soigner les patients séropositifs qui utilisent de la drogue.

Poulin, C. et coll., « The Epidemiology of Cocaine and Opiate Abuse in Urban Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, 89 : 234.

Données sur la prévalence de l'usage de drogue, l'application de la loi, le traitement, la morbidité et la mortalité, venant de Vancouver, Calgary, Montréal, Toronto, Winnipeg et Halifax.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Consommation de drogue et VIH/sida – Déclaration de l'ONUSIDA lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, Session spéciale sur les drogues, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Outils fondamentaux, Genève, ONUSIDA, mars 1999 (UNAIDS 991F; 10 p.).*

Énoncé de l'ONUSIDA sur la drogue et le VIH/sida. Appui important à la réduction des méfaits. Disponible sur le site Web de l'ONUSIDA, à <www.onusida.org>.

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

Le rapport à la base de la présente série de feuillets d'information. À lire! Voir aussi la réplique de Santé Canada à ce rapport (*infra*, Santé Canada, 2001). Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>>.

Riley, D., *Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins de l'intolérance et de l'apathie*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 1993.

Livret expliquant la notion de réduction des méfaits. Disponible à <www.ccsa.ca/docs/harmredf.htm>.

Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada » et « Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2001, Ottawa, Santé Canada, 2001.

Information détaillée sur l'épidémie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada. Références, mises à jour régulières. Disponibles à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/index_f.html>.

Santé Canada, *L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables*, Ottawa, 2001.

Disponible à <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/aboutfacts.html>.

Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida : réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Ottawa, 2001.

La réplique de Santé Canada au rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida en 1999). Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>>.

RESSOURCES ESSENTIELLES

www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>.

Sherer, R., « Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(6) : 567-56.

Présente les motifs pour lesquels les médecins sont réticents à prescrire des traitements antirétroviraux (TARV) aux utilisateurs de drogue par injection. Propose des moyens d'aider ces patients à respecter le TARV.

Solomon, R.M., S.J. Usprich, « Canada's Drug Laws », *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(1) : 17-40.

Historique (jusqu'en 91) des lois canadiennes relatives aux drogues qui, selon eux, ont été édictées et modifiées en fonction de facteurs raciaux et politiques plutôt que d'une analyse rationnelle.

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

Étude canadienne où l'on a constaté que plusieurs utilisateurs de drogue par injection séropositifs ne reçoivent pas de traitement antirétroviral.

Strathdee, S.A. et coll., « Needle Exchange is Not Enough : Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study », *AIDS*, 1997, 11(8) : F59-65.

Conclut que les programmes d'échange de seringues sont cruciaux, mais doivent s'inscrire dans des programmes complets assortis de counselling, de soutien et d'éducation.

VIH/sida et prisons : feuillets d'information 1-13 (2^e édition) Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001.

Feuillets d'information essentielle sur le sida et la drogue en prison. Disponible à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm> ou au Centre canadien de documentation sur le VIH/sida.

Ward, J., R.P. Mattick et W. Hall (éd.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1998.

Excellent ouvrage composé de 18 articles sur divers aspects de l'entretien à la méthadone et d'autres traitements de substitution.

Bulletins, revues et sites Web

Revue canadienne VIH/sida et droit

Des lectures essentielles pour quiconque travaille sur le VIH/sida et les politiques en matière de drogue au Canada, ou s'y intéresse. Disponible à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm>>.

International Journal of Drug Policy

La revue officielle de l'International Harm Reduction Association (www.ihra.net) contient des articles sur le contexte social, politique, juridique et de santé de l'usage de substances psychoactives (légal et illégal). Renseignements de commande : www.elsevier.com/locate/drugpo.

www.aidslaw.ca

Le site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida. Dans la section sur les lois et politiques en matière de drogue (<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>), on trouve de nombreux extraits de la *Revue canadienne VIH/sida et droit*.

<http://canadianharmreduction.com>

Site Web du Canadian Harm Reduction Network, voué à la réduction des méfaits sociaux, économiques et de santé associés à la drogue et aux politiques sur les drogues.

www.ccsa.ca

Le site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie présente des articles sur des sujets comme l'hépatite et l'injection de drogue, les concepts et pratiques de la réduction des méfaits, l'échange de seringues, etc.

www.cfdp.ca

Le site Web de la Fondation canadienne des politiques sur la drogue. La ressource la plus complète au Canada, en matière de réforme des lois et politiques sur la drogue.

www.drugpolicy.org

Le site Web de la Drug Policy Alliance (anciennement le Lindesmith Center) est excellent. À visiter!

Plus d'information

Contactez le Centre de documentation du Réseau juridique canadien VIH/sida : <http://www.aidslaw.ca/francais/contenu.htm#cdd>.

Deuxième version, révisée et mise à jour, 2002. Cette série de feuillets est tirée du rapport sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques* (Réseau juridique canadien VIH/sida), mais elle a été mise à jour en 2002. Le rapport et les feuillets sont téléchargeables à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm et disponibles en imprimé auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, aids/sida@cpha.ca. On peut en faire et en distribuer (mais non vendre) des copies, en indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour information : info@aidslaw.ca. **This info sheet is also available in English.**

Financé par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques du ministre de la Santé.